



HAL
open science

Psychomotricité et adolescents "à fleur de peau": la question du toucher dans la prise en charge psychomotrice des troubles du comportement de l'adolescent

Elena Etchart

► To cite this version:

Elena Etchart. Psychomotricité et adolescents "à fleur de peau": la question du toucher dans la prise en charge psychomotrice des troubles du comportement de l'adolescent. Sciences de l'Homme et Société. 2022. dumas-03714975

HAL Id: dumas-03714975

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03714975>

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

Psychomotricité et adolescents

« à fleur de peau »

La question du toucher dans la prise en charge

psychomotrice des troubles du comportement de l'adolescent

ETCHART Elena

née le 13 novembre 2000 à Saint Palais (64)

Juin 2022

Directeur de mémoire : Maithé CAPDEVILLE

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier dans un premier temps Maïthé, qui m'a accompagnée dans l'élaboration de ce mémoire. Merci pour tous nos échanges si enrichissants et vos conseils avisés.

Merci Ama pour tout le temps passé à me relire, à me corriger et à me soutenir.

J'aimerais également remercier toutes les psychomotriciennes qui m'ont accueillie lors de mes stages et tous les professionnels que j'ai pu rencontrer sur ces lieux pour leur écoute bienveillante et le partage de leurs expériences.

Merci à tous les patients et résidents que j'ai pu accompagner durant mes stages, pour toutes ces relations qui m'ont donné à voir que la psychomotricité est pour moi une vocation.

Merci à l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux et à toute l'équipe pédagogique pour cette formation riche qui a contribué à façonner mon identité de professionnelle.

J'adresse également mes sincères remerciements à mes proches pour leur compréhension et leur soutien tout au long de ces trois années de formation.

Enfin, un grand merci à Emma, Alizée, Camille, Mailys et Léa que la psychomotricité a mis sur ma route et sans qui ces trois années n'auraient jamais été aussi mythiques. Merci pour votre soutien sans faille.

AVANT PROPOS

« *Je me pose*

*Je m'installe, je laisse mon corps se poser
Sur le cousin, sur le matelas
J'entends, j'écoute, je sens
Je voyage dans mon corps et dans tout ce qui m'entoure
Le temps
L'espace
L'odeur
Mon corps prend sa place
Un chant d'oiseau
La lumière au travers de mes paupières fermées
La voix
Les sons
Le tic-tac de l'horloge
Une atmosphère, étrange, douce, à la fois amère et silencieuse
Je prends mes repères.
Mon corps s'appuie, je ressens les contacts avec les matières.
Moelleux, ferme, la couverture, chaude, qui m'enveloppe
Ma peau
Mon cœur qui bat
Je visite tous ces lieux de mon corps.
Je respire, ça circule.
Tour à tour fluide ou saccadé,
Émotions du corps et de l'âme.
Je suis là, dans ce présent de mon corps.
Je me détends. »*

Catherine POTEL

Le corps en relaxation, 2020

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : Le toucher	3
I] L'organe du toucher : la peau	3
II] Le toucher	7
III] Le toucher dans le développement psychique du sujet	9
IV] Le toucher dans la relation	22
CHAPITRE 2 : L'adolescence	27
I] Période de transformation : la puberté	28
II] Remaniements identitaires : la crise d'adolescence	31
III] Caractéristique comportementale : l'agir à l'adolescence	37
CHAPITRE 3 : Le public du DITEP	39
I] L'institution	39
II] Adolescence et troubles du comportement	42
CHAPITRE 4 : Le toucher en psychomotricité	48
I] Le psychomotricien du DITEP	48
II] Le toucher dans la situation de détente	66
III] Étude de cas : prise en charge individuelle de Paul	73
DISCUSSION	88
CONCLUSION	89
BIBLIOGRAPHIE	90

INTRODUCTION

Durant mes études, mes différents stages auprès des enfants ainsi que mes échanges avec différents professionnels de l'Éducation Nationale de mon entourage m'ont amenée à prendre conscience du véritable enjeu de santé publique que constituent les troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent. En effet, les débordements comportementaux chez les plus jeunes préoccupent les adultes, c'est d'ailleurs le motif de consultation le plus fréquent en pédopsychiatrie. D'autre part, le 16 novembre 2021, la défenseure des droits ainsi que son adjoint, le défenseur des enfants, publient leur rapport annuel consacré aux droits de l'enfant : « Santé mentale des enfants, le droit au bien-être ». Ce rapport met en lumière le défaut de prise en charge de la santé mentale des enfants, le manque d'institutions et de moyens qui permettraient aux enfants de jouir d'un de leurs droits fondamentaux, en particulier en ce qui concerne les enfants issus de milieux socio-culturels défavorisés.

C'est donc dans ce contexte de remise en question du système de santé français que je décide d'effectuer mon stage de troisième année au sein d'un Dispositif Intégré Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (DITEP). À travers ce stage, je réalise que beaucoup des enfants accueillis et pris en charge par le DITEP sont issus d'environnements familiaux instables. Nombre d'entre eux ont été exposés à la violence de manière plus ou moins directe durant leur enfance, à la séparation de leurs parents et/ou leur fratrie, parfois dès le plus jeune âge. Certains ont été ballottés de famille d'accueil en famille d'accueil, ont vécu des changements d'écoles fréquents, ont été impliqués dans des procédures judiciaires complexes, etc. Or, nous apprenons lors de nos cours, sur la théorie de l'attachement notamment, que les interactions précoces entre la mère et l'enfant peuvent faire partie des facteurs de risque d'apparition de troubles du comportement chez un enfant lorsqu'elles sont insatisfaisantes. Ainsi, les carences affectives, économiques, sociales et les traumatismes vécus par les enfants accueillis par le DITEP, associés à d'autres facteurs, causent une souffrance psychique telle, que ces enfants ne trouvent parfois pas d'autre voie que leur comportement pour l'exprimer.

Je réalise pendant ce stage que l'adolescence vient complexifier ce tableau puisqu'elle constitue une période de bouleversements identitaires et de remaniements corporels importants. On constate chez les adolescents une ambivalence entre des besoins affectifs et identificatoires subsistants de l'enfance et les besoins de séparation, d'opposition et d'autonomie nécessaires à la construction du sujet adulte. Cette ambivalence peut être source d'angoisse, qui va s'exprimer de différentes manières pendant « la crise d'adolescence ». Durant cette période, le rapport à son corps et au corps de l'autre est complexifié par la sexualisation du corps et des relations dans le processus de puberté.

L'adolescence suppose alors bien souvent une exacerbation des troubles du comportement liée à une souffrance psychique augmentée.

Ainsi, chez les adolescents des DITEP, les problématiques corporelles, émotionnelles, relationnelles et mêmes cognitives sont souvent teintées et malheureusement entravées par leur histoire de vie compliquée. C'est dans ce contexte que l'intervention du psychomotricien paraît essentielle : l'investissement corporel du sujet et du professionnel dans la relation permet de soutenir l'adolescent dans son développement psycho-corporel. La thérapie psychomotrice offre alors un cadre contenant et sécure où l'adolescent va pouvoir déverser ce qui « déborde », ses angoisses inorganisées qui peuvent exploser corporellement. Le psychomotricien accompagne l'adolescent dans la symbolisation de ces comportements. Cette recherche de régulation tonico-émotionnelle vient en réponse au besoin d'apaisement psycho-corporel.

Durant mon stage, j'ai constaté que la question du toucher occupe une place particulièrement importante dans la prise en charge psychomotrice des troubles du comportement. En effet, elle est étroitement liée au concept de contenance. Le massage constitue quant à lui une médiation à laquelle on peut avoir recours dans un but de détente psycho-corporelle. Mais comment installer cette relation de proximité physique et relationnelle avec des adolescents qui peuvent manifester une agressivité importante et dont l'intégrité physique et psychique a si souvent été malmenée ?

Ainsi, je m'interroge : ***Comment le psychomotricien se saisit-il de la question du toucher dans la prise en soin des difficultés psychologiques chez l'adolescent du DITEP ?***

J'aborderai dans un premier temps la question du toucher dans sa globalité ainsi que son rôle dans le développement psychomoteur et la construction psychique du sujet, puis toute la vie dans sa relation au monde et avec autrui. Ensuite, j'évoquerai l'adolescence et ses enjeux. Je poursuivrai par une présentation du DITEP et du public qui y est accueilli. Enfin, je décrirai le rôle du psychomotricien au sein du DITEP ainsi que l'intérêt et les limites de l'utilisation du toucher auprès de ces adolescents. Cette dernière partie sera notamment illustrée de cas cliniques issus de mon stage.

CHAPITRE 1 : Le toucher

I] L'organe du toucher : la peau

La peau constitue la première barrière de protection de l'organisme. C'est aussi l'interface physique par laquelle il interagit avec son environnement. Ainsi, la peau est à la fois un organe de séparation et de communication.

Depuis le début de l'histoire de l'humanité, la peau a rempli sa fonction de support de communication. À ce titre, elle a souvent été l'interface privilégiée de l'expression d'une identité propre et unique par les tatouages, les incisions ou les perçages. Elle permet également de reconnaître une personne comme faisant partie d'un ensemble grâce aux marques traditionnelles d'asservissement ou bien d'appartenance à un groupe ethnique, religieux ou culturel. Ainsi, selon les époques, les civilisations, la classe sociale, l'âge ou même le genre, la peau est plus ou moins exposée. Par conséquent, l'espace d'expression qu'elle constitue, telle une page blanche au départ, est plus ou moins investi.

L'investissement de la peau est également perçu à travers les soins qu'on lui porte. Elle constitue le réceptacle de soins spécifiques tels que les différents onguents et cosmétiques depuis toujours. Elle peut également être vue comme une interface à travers laquelle c'est tout le corps dont on cherche à prendre soin. C'est le cas dans certaines approches telles que l'acupuncture ou le massage.

D'autre part, la peau est également le support d'expression de la santé du corps. Elle permet l'expression de nombreux symptômes et signes sémiologiques. En effet, on peut relever des anomalies (la couleur par exemple) qui peuvent renseigner sur l'état de santé physique et même psychique d'un sujet (hygiène, ecchymoses...). Ainsi, on a longtemps prétendu pouvoir lire l'avenir d'une personne dans les lignes de sa main par exemple. La dermatographie a également pu être interprétée dans le cadre du diagnostic de l'hystérie par J-M Charcot notamment.

Selon les espèces, les caractéristiques de la peau sont différentes en terme d'épaisseur, d'innervation et de lien avec les tissus internes tels que les muscles, les fascias et les organes. La souplesse de la peau lui permet de s'adapter au corps en constante évolution lors de la croissance notamment. La peau est notre enveloppe corporelle et elle constitue le garant de notre intégrité physique depuis sa formation au début de notre vie intra-utérine jusqu'à notre mort.

1. Embryologie

La peau est composée de trois couches principales qui sont : l'épiderme (en superficie), le derme et l'hypoderme (partie la plus inférieure). Son origine embryologique est double : l'épiderme provient de l'ectoderme tandis que le derme et l'hypoderme sont issus du mésoderme.

Au tout début de la vie embryonnaire, l'organisme n'est constitué que d'une couche de cellules qui se dédouble entre la cinquième et la septième semaine. Dans la couche basale où ont lieu les divisions cellulaires, on observe des bouquets de cellules dermiques (épiderme) en regard desquels se développent les follicules pileux, les glandes sébacées et les glandes sudorales, aux alentours du troisième mois. L'épiderme s'épaissit. Cependant, la différenciation ne s'achèvera qu'après la naissance, au contact de l'air.

Le mésoderme, qui commence à se former dès la deuxième semaine de la vie in utero, sera le constituant de la plupart des organes profonds. Ainsi, aux alentours du deuxième mois de la vie fœtale, certaines cellules situées sous l'épiderme vont produire de la matrice extracellulaire que l'on appelle le collagène. Des fibres élastiques synthétisées à partir du cinquième mois viennent s'y lier pour former le derme. Les cellules commencent à se différencier :

- en fibroblastes qui restent au niveau du derme et dont certains formeront progressivement poils, ongles, glandes sébacées et glandes sudorales.
- en cellules adipeuses qui vont venir constituer l'hypoderme qui commence à se différencier à partir du troisième mois.

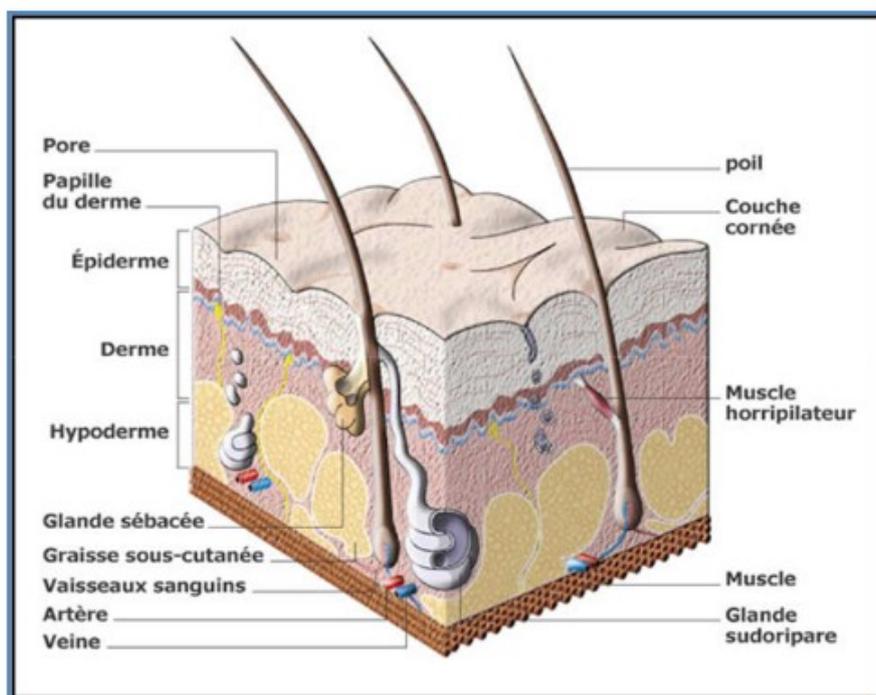
En définitive, la formation de la peau est basée sur la différenciation en parallèle de deux tissus provenant d'origines embryologiques différentes. Ce dialogue complexe se poursuit ensuite tout au long de la vie jusqu'au décès et dépend également de la vascularisation des tissus.

L'innervation de la peau provient quant à elle de la crête neurale. C'est à partir de là que se développent les récepteurs de la sensibilité cutanée (pression, chaleur, douleur, récepteurs responsables de la sensation de démangeaison). D'autres terminaisons nerveuses qui proviennent elles aussi de la crête neurale sont quant à elles responsables de la libération de neuromédiateurs. Elles sont ainsi en charge de la modulation de la croissance et de la différenciation des tissus. Elles sont également garantes du contrôle des processus inflammatoires ainsi que de la dilatation et la perméabilité des vaisseaux sanguins. C'est également de la crête neurale que proviennent les mélanocytes. (PEAU, Embryologie - Encyclopædia Universalis, s. d.)

Ainsi, on constate l'apparition des premiers récepteurs tactiles à partir de la septième semaine de vie intra-utérine au niveau de la bouche. Les récepteurs se développent et se répartissent ensuite sur toute la surface de la peau pour en recouvrir l'intégralité aux alentours de la vingtième semaine. (Scialom et al., 2011)

2. Histologie

La peau est l'organe le plus étendu et le plus lourd que les humains possédons. Sa surface peut atteindre deux mètres carrés tandis que son poids est d'environ cinq kilogrammes (ces données varient en fonction de la taille et du poids de chaque individu). Comme décrit précédemment, elle est vascularisée et innervée. Elle comporte également des follicules pileux dans lesquels on retrouve des poils, des glandes sébacées et des pores qui permettent l'évacuation de la sueur. De même qu'expliqué auparavant, la peau est séparable en trois couches qui la structurent :



(Futura, s. d.)

- L'**épiderme** est la plus superficielle. Il constitue un épithélium stratifié composé de cellules mortes qui se desquament. Ainsi, il n'est pas vascularisé directement mais irrigué par diffusion du derme. Il est néanmoins très innervé et essentiel dans la sensibilité.
- Le **derme** se situe juste en dessous de l'épiderme. Il est composé de tissu conjonctif constitué de fibres musculaires lisses, de fibres de collagène et de fibres élastiques. C'est un tissu richement vascularisé et innervé. Ainsi, il est le siège de trois types de récepteurs sensitifs : les mécanorécepteurs (pour les sensations tactiles), les thermorécepteurs (pour les sensations thermiques) et les nocicepteurs pour les sensations douloureuses). C'est aussi dans cette partie de la peau que l'on retrouve les glandes sudoripares, les glandes sébacées et les follicules pileux.
- L'**hypoderme** est la couche la plus interne. On le décrit comme du tissu conjonctif très vascularisé et contenant des cellules adipeuses. Ces dernières participent à la thermorégulation. L'hypoderme est en contact avec des composants plus mobiles de l'organisme tels que les muscles, les organes... Il est plus épais dans les endroits où les chocs sont fréquents ou les zones d'appuis (talons, fesses...) puisqu'il a un rôle de protection contre les traumatismes.

3. Fonctions physiologiques

La première fonction de la peau que nous décrivons est celle de **protection**. En effet, elle constitue une barrière contre les bactéries, les agressions chimiques, les agressions mécaniques.

C'est en outre une enveloppe imperméable qui protège d'une entrée massive d'eau dans l'organisme. La mélanine produite par les mélanocytes permet également de se protéger contre les rayons du soleil. L'exposition de la peau aux rayons du soleil permet d'autre part la synthèse de vitamine D. Elle possède donc également une fonction **métabolique**.

D'autre part, nous pouvons décrire le rôle de la peau dans la **thermorégulation**. Elle permet le maintien d'une température corporelle à 37°C. On parle d'homéostasie.

On concède également à la peau une capacité à absorber directement l'oxygène de l'air et à rejeter du dioxyde de carbone. On parle de **respiration cutanée**.

La peau a, de plus, un rôle de **sécrétion**. La sudation va permettre d'éliminer produits toxiques et eau. Elle possède également un rôle **d'absorption**.

La peau constitue par ailleurs une **réserve énergétique** puisque les adipocytes présents dans l'hypoderme peuvent être mobilisés au cours d'efforts intenses ou prolongés ou bien de jeûne.

Enfin, la peau possède un rôle primordial dans la perception des **sensibilités**. Elle permet de ressentir les sensations tactiles, thermiques et douloureuses grâce à différents récepteurs. C'est ce que je décrirai dans la partie concernant la physiologie du toucher.

II] Le toucher

« Le toucher est le sens par lequel sont reçues les informations sur l'environnement qui sont perçues par un contact cutané direct. »(Larousse, s. d.-b). Il provient du latin *toccare* qui signifie heurter ou frapper.

Le toucher est le premier sens mis en place durant la vie *in utero* chez l'Homme. Il est également le dernier à être atteint lors du processus de vieillissement. Le toucher est par ailleurs le seul sens réflexif chez l'Homme. Ainsi, « toucher » signifie intrinsèquement « être touché ». Or le contact n'est jamais neutre. Il peut être perçu de manière positive, on parle alors de toucher contenant (les caresses par exemple). Il peut également être perçu de manière plus hostile ou agressive (synonyme du verbe atteindre, comme pour une cible). L'étendue de l'organe de la peau ainsi que son importante innervation permettent de comprendre que le toucher conduit à éprouver des sensations parmi les plus fortes, qu'elles soient positives ou négatives. Le toucher est donc fortement lié à la sphère émotionnelle de l'individu. Au sens figuré, « être touché par quelque chose » signifie être ému.

1. Physiologie

Le toucher constitue une **sensibilité somesthésique générale**. C'est à dire qu'il correspond à une sensation consciente liée à la stimulation d'une partie du corps (la peau). Le toucher ou sens tactile constitue un système sensoriel complexe. Ce dernier est composé de divers récepteurs répartis sur toute la surface de la peau. Ces terminaisons nerveuses sont sensibles à trois paramètres qui sont la **pression** (mécanorécepteurs), la **température** (thermorécepteurs) et la **douleur** (nocicepteurs). La densité des récepteurs varie selon la zone cutanée. Les lèvres et la pulpe des doigts sont ainsi dotées d'une densité en récepteurs plus importante que le torse ou le dos. Des nerfs acheminent l'information tactile en passant par la moelle épinière jusqu'au thalamus. C'est à cet endroit que l'information est divisée puis acheminée vers deux destinations : l'amygdale et le cortex.

Au niveau de l'amygdale, l'information est analysée de manière très rapide et en fonction des mémoires affectives et émotionnelles.

L'information est également traitée par les aires somesthésiques du cortex. Cette analyse sera plus lente et tiendra compte de la réflexion rationnelle en lien avec le contexte et les autres expériences vécues. La représentation d'une zone cutanée au niveau du cortex dans ces aires est proportionnelle à la densité en récepteurs dont elle est dotée, c'est l'Homunculus de Penfield.

2. Les sensibilités

En physiologie, on distingue trois types de sensibilités qui forment l'ensemble du système sensoriel :

- Le tact fin ou épicrotique ainsi que le tact grossier ou protopathique font partie de la **sensibilité extéroceptive** au même titre que les sensations perçues par les autres systèmes sensoriels (vue, ouïe, odorat et goût). Ils concernent la perception d'informations liées à des stimulations provenant de l'environnement extérieur. On peut ajouter à ces deux types de tact la sensibilité thermoalgique.
- La **sensibilité proprioceptive** se rapporte aux sensations perçues de manière consciente ou inconsciente et qui renseignent sur la position des différentes parties du corps dans l'espace. Elle est intimement liée à la question du tonus.
- La **sensibilité intéroceptive** concerne quand à elle les sensations viscérales qui véhiculent des informations sur le fonctionnement interne de l'organisme.

Le toucher constitue un des sens extéroceptifs de l'homme au même titre que l'ouïe, l'odorat, la vue ou le goût. Il est indispensable à la survie et au développement de tous les êtres vivants. En effet, ce sens est impliqué dans l'exploration et la découverte de l'environnement, la locomotion, la préhension des objets et la nutrition, les contacts sociaux et la sexualité, etc. Il peut aussi avoir une action antalgique face aux douleurs aiguës lorsque l'on masse la zone douloureuse.

Ainsi, nous avons vu jusqu'ici que le toucher revêt une importance capitale dans le rapport à l'environnement d'un individu d'un point de vue physiologique et de la sensibilité. Cependant, comme nous l'avons évoqué précédemment, il est également intimement lié à la sphère émotionnelle du sujet et joue donc un rôle essentiel dans sa construction psychique.

III] Le toucher dans le développement psychique du sujet

1. Toucher et attachement

a) Théorie de l'attachement

L'attachement est un concept développé par J.Bowlby lorsqu'il s'est intéressé aux effets pathologiques de la séparation d'une mère et de son enfant au milieu du XX^{ème} siècle. En se basant sur l'éthologie animale, il déclare que l'attachement est un besoin vital, inné, au même titre que celui de s'alimenter. Le bébé humain naissant néoténique, sa survie dépend entièrement de la personne qui lui apporte les soins. Bowlby décrit cinq conduites d'attachement que l'on peut observer chez le nourrisson : la succion, l'étreinte, le cri, le sourire et la tendance à aller vers l'autre (Scialom et al., 2011). « L'attachement se construit dans les interactions précoces autour des soins réels » (Pillet, 2007) . L'attachement désigne donc un lien affectif spécifique entre un enfant et la personne qui s'occupe de lui et avec qui il est en interaction au quotidien. Cette personne est appelée « figure d'attachement primaire ».

La qualité du lien d'attachement dépend de la faculté de la figure d'attachement ou *caregiver* à reconnaître et répondre de manière régulière et adaptée aux besoins exprimés par l'enfant. « L'engagement et le sentiment de responsabilité dans la protection de son enfant font partie du caregiving » (Guedeney et al., 2021). C'est la motivation de la figure d'attachement à établir un lien durable entre lui et l'enfant.

Bowlby parle de **modèle interne opérant** : « C'est un modèle interactif né des attentes, des anticipations des qualités interactives chez la personne qui donne les soins à l'enfant au quotidien ». (Pillet, 2007) Le but du système d'attachement chez l'enfant est donc de provoquer l'activation du **système de caregiving** de la figure d'attachement. L'attente confiante ou non en la disponibilité du *caregiver* et en la qualité de ses réponses est à l'origine du modèle interne opérant. Cette construction est donc basée sur une multitude d'expériences qui ont lieu sur un temps plutôt long et qui sont mémorisées.

M.Ainsworth décrit quatre caractéristiques du comportement de la figure d'attachement qui constituent des paramètres conditionnant les différents comportements d'attachement chez les nourrissons : la **sensibilité** (l'interprétation fine des signaux), la **coopération** (guider le bébé, ajuster son comportement en fonction des signaux), la **disponibilité** physique et psychique (réactivité aux signaux d'alerte) et **l'acceptation** (« capacité du parent à intégrer les sentiments positifs et négatifs que déclenchent en lui son bébé et leurs interactions » (Guedeney et al., 2021).

En résumé, l'attachement est un système de comportements. Lorsque le bébé éprouve un besoin, il va activer son système d'attachement. Cela se manifeste notamment par une hypertonie corporelle globale. Ceci va permettre d'interpeler sa figure d'attachement dont le système de *caregiving* va s'activer à son tour. Dès que les besoins ont été évalués, la figure d'attachement y répond. Elle va alors lui procurer les soins nécessaires à la satisfaction de ses besoins : faim, douleur, fatigue ou angoisse entre autres. La réponse à ces besoins passe essentiellement par une interaction corporelle, d'où l'importance de la question du toucher contenant.

Si cette réponse est satisfaisante pour l'enfant, ce dernier se sentira sécurisé et apaisé. Son tonus diminuera en conséquence, on parle d'hypotonie de satisfaction. Les systèmes d'attachement et de *caregiving* seront alors tous deux désactivés au profit du **système d'exploration** qui pourra être activé chez l'enfant. « L'attachement, par le lien continu et fiable qui en découle, sert l'autonomie de l'individu car il permet l'exploration libre de l'environnement et plus tard de son psychisme » (Pillet, 2007). La figure d'attachement constitue à ce moment là une base de sécurité vers laquelle l'enfant peut se diriger et auprès de laquelle il peut se réfugier à tout moment. Selon Bowlby, « Le comportement d'attachement continue à être un trait dominant de la vie. Au cours de l'adolescence l'attachement à ses parents diminue ». (Sialom et al., 2011).

b) D'un point de vue neuro-scientifique

L'attachement peut également être abordé d'un point de vue neuroscientifique puisqu'il met en jeu des processus sensoriels, des processus cognitifs (attention, mémoire, motivation..) et des réponses motrices complexes (comportement). Les structures neurobiologiques qui sous-tendent la mise en place des liens d'attachement sont nombreuses : « Les études démontrent le rôle prépondérant de l'aire préoptique médiane de l'hypothalamus, du noyau accumbens, du noyau de la strie terminale, de l'amygdale, des bulbes olfactifs et du cortex pariétal » (Guedeney et al., 2021) CHAP 10. Mais chez l'homme, les circuits neurobiologiques impliqués dans la création des premiers liens d'attachement entre le nourrisson et le parents sont mal connus étant donné que leur étude est complexifiée par la grande immaturité du bébé humain à la naissance. On peut quand même préciser que chez la plupart des mammifères, les stimulations olfactives jouent un rôle crucial d'empreinte. Il existe par ailleurs chez l'homme une réponse spécifique du nourrisson humain aux odeurs.

Chez l'adulte, c'est l'**ocytocine** qui est le neuromédiateur responsable de la mise en place des liens interpersonnels et donc des liens parentaux. Le taux d'ocytocine dans l'organisme des parents augmente après la naissance de l'enfant.

L'évolution de ce taux est en corrélation avec les comportements d'interaction avec l'enfant dans les situations de jeu (plus ce taux augmente, plus les comportements d'interaction avec l'enfant observés sont nombreux). L'interaction, et par conséquent le contact avec l'enfant, ont un rôle prépondérant.

Il existe d'autres messagers chimiques impliqués dans le processus d'attachement entre une mère (ou une figure d'attachement) et son enfant : les opioïdes endogènes, la vasopressine, la dopamine et la noradrénaline. Les liens d'attachement fonctionnent comme des circuits de récompense. Les opioïdes endogènes permettent d'éprouver un plaisir lié au contact. Par ailleurs, « il a été montré que des polymorphismes du gène codant l'ocytocine sont associés à un score d'attachement anxieux élevé et une exacerbation de la réponse dopaminergique à des stress chez des femmes adultes (Love et al., 2012). » (Guedeney et al., 2021).

Les découvertes actuelles dans le domaine des neurosciences laissent entrevoir d'éventuelles pistes thérapeutiques liées à l'ocytocine : « Des travaux se développent actuellement pour déterminer le rôle potentiel de l'ocytocine sur le plan thérapeutique en psychiatrie, en particulier la possibilité d'un traitement adjuvant à des thérapies dans les pathologies du lien et de la dérégulation émotionnelle. » (Guedeney et al., 2021).

c) Attachements insécures et psychopathologie

Dans les années 1960, M.Ainsworth va s'interroger sur la composante traumatique de la séparation entre l'enfant et ses parents. Elle va émettre l'hypothèse que l'ampleur du traumatisme dépend en réalité d'avantage de la qualité de la relation antérieure. Elle va donc mettre en place un protocole expérimental : la **Strange Situation**. Cette expérience consiste à proposer à l'enfant des situations standardisées de jeu libre en présence et en l'absence de sa mère, proposant plusieurs épisodes de séparation et de réunion. Suite à cette expérience, elle décrit trois types principaux de réaction à cette situation qui correspondent à trois types d'attachement : (Pillet, 2007)

- **sécuré** : « l'enfant qui retrouve sa mère avec plaisir puis retourne jouer ». Le *caregiver* est considéré par l'enfant comme une base de sécurité pour l'exploration dont la proximité va le rassurer. Il proteste lorsque le *caregiver* s'éloigne. Il peut être rassuré par un étranger mais préférera l'être par la figure d'attachement.

Ce type d'attachement est permis par les réponses appropriées, rapides et cohérentes du *caregiver* aux besoins de l'enfant.

«60 % des enfants en population générale ont un attachement sécurié avec leur mère qui les élèvent » (Guedeney et al., 2008).

- **anxieux-évitant (insécuré)** : « l'enfant, en apparence peu affecté, évitant la proximité et qui se focalise sur un jouet ». On parle de ce type d'attachement lorsque l'on observe peu d'interactions entre le *caregiver* et l'enfant durant le jeu. L'enfant manifeste peu de réactions lors de la séparation ou de la réunion avec la figure d'attachement. On ne constate pas de différence de considération entre l'étranger ou le *caregiver*.

On observe ce type d'attachement entre un enfant et un *caregiver* qui apporte peu ou pas de réponse à un enfant en état de stress. Cette attitude va décourager les pleurs (signaux d'alerte) et favoriser l'indépendance.

- **ambivalent ou résistant (insécuré)** : « l'enfant qui exprime de la détresse et, à la fois, une recherche de contact et du rejet ». Le *caregiver* va être considéré comme une base de sécurité et sa proximité va être recherchée par l'enfant. Néanmoins, ce dernier peut manifester des réactions ambivalentes lors de la séparation. Lorsque l'enfant est en état de stress, il va exprimer de la colère et manifester des signes de rejet du *caregiver*. Il va chercher le contact mais résister lorsque celui-ci survient. Il est difficilement apaisé par un étranger.

Ce type d'attachement est développé par l'enfant lorsque le *caregiver* lui apporte des réponses incohérentes, parfois adaptées et parfois inappropriées.

M.Main va quant à elle décrire un quatrième type d'attachement qu'elle va nommer « **attachement désorganisé** ». Elle considère que ce type d'attachement est développé par l'enfant lorsqu'il présente un vécu d'abus ou de violence. Il peut également concerner les liens entre un enfant et un parent ayant vécu un deuil ou un traumatisme qui n'a pas été résolu. « Dans ce cas, l'attitude parentale dite « effrayante/effrayée » entraîne la désorganisation/désorientation chez l'enfant ». (Pillet, 2007)

Grâce à ces travaux, on constate que les interactions précoces que va développer l'enfant avec ses figures d'attachement auront une incidence directe sur le fonctionnement et le type d'attachement qu'il développera tout au long de sa vie. Si l'attachement mis en place correspond à l'attachement désorganisé, on parle de fonctionnement pathologique.

On constate ainsi une corrélation indirecte entre le type d'attachement et le développement d'un trouble ou non notamment à l'adolescence. « État d'esprit insécure et fragilité des assises narcissique sont des notions très proches et constituent un facteur de risque de survenue de troubles psychopathologiques à l'adolescence »(Atger, 2015). En effet, on décèle chez les personnes qui présentent un attachement insécure différents facteurs de risque de développement ultérieur d'un trouble tel qu'une mauvaise image de soi, un sentiment de peur ou de colère vis à vis des parents, ainsi qu'une incertitude quant à la capacité d'être aimé « Rosenstein et Horowitz (1996) ont par exemple retrouvé 97 % d'adolescents insécures dans un échantillon d'adolescents hospitalisés. »(Atger, 2015). Ces fragilités narcissiques peuvent déborder lors de l'émergence du processus adolescent ou bien conduire un individu à développer des stratégies défensives. « La plupart des sujets présentant des troubles des conduites (externalisés) ont un style « détaché » et la plupart des adolescents souffrant d'un trouble affectif (internalisé) ont un style « préoccupé »(Atger, 2015). Mais ces liens sont indirects et complexes, beaucoup d'autres facteurs et paramètres entrent en jeu dans le développement d'un trouble. Tous les enfants qui développent des attachements insécures ne présenteront pas nécessairement de troubles à l'adolescence. Néanmoins, le type d'attachement semble avoir une incidence sur la nature des manifestations psychopathologiques, s'il y en a .

2. Des interactions corporelles structurantes

Le nourrisson a beau être néoténique, il n'en n'est pas moins compétent. Ainsi, la relation entre un bébé et ses parents est considérée comme bidirectionnelle. Le bébé a toute sa place, il influence le comportement de sa figure d'attachement autant que la figure d'attachement influence le sien. « Escalona (1968) parle de spirale transactionnelle ou interactionnelle » (Scialom et al., 2011).

On distingue trois niveaux d'interactions précoces : les interaction **fantasmatiques** (influence réciproque de la vie psychique du bébé et de sa mère), les interactions **affectives** (climat émotionnel des interactions, Stern parle d'accordage affectif) et les interactions **comportementales**. Ces dernières peuvent être visuelles (notion de « miroir » et constitution de « l'image de soi »), vocales (les cris et pleurs du bébé ainsi que la prosodie de la mère et leur rôle essentiel dans les processus d'attachement) ou corporelles. Ce sont ces dernières interactions que nous allons décrire ici : il s'agit des ajustements corporels interactifs entre une mère (ou figure d'attachement primaire) et son bébé. La question du toucher dans la structuration psycho-corporelle du bébé y prend tout son sens.

a) In utero

Le toucher est le premier système sensoriel qui se met en place durant la vie fœtale. Il se développe en même temps que le système nerveux primitif. Pendant les derniers mois de la grossesse, les contractions fréquentes de la paroi utérine perçues grâce à la peau du fœtus lui permettent de vivre ses premières expériences somatiques. Le fœtus est sensible aux différentes stimulations telles que les tensions ressenties par la mère, son stress, ou les bruits forts. Il va donc avoir en réponse à ses stimulations des réactions motrices. Il peut également manifester des signes de souffrance (accélération du rythme cardiaque, sursauts) lorsqu'il ressent une douleur ou éprouve un besoin. (Léonard-Mallaval, 2009)

b) Premières interactions avec le nourrisson néoténique : peau à peau et portage

Au moment de la naissance, le nourrisson vit « une expérience de massage de tout le corps et de frottement généralisé de la peau » selon D.Anzieu (Pagano, 2020). Cependant, d'autres auteurs décrivent une expérience traumatisante de séparation et des sensations extrêmes de douleurs liées à l'application de l'apesanteur sur le corps du bébé.

Le toucher est la première modalité de contact avec le monde et notamment avec les parents. Il est le support des premiers liens d'attachement dont la qualité est nécessaire au bon développement psychique du sujet sur le long terme. L'Organisation Mondiale de la Santé préconise d'ailleurs dans les guides de prise en charge des nouveaux-nés le **peau à peau**. « Le peau à peau est décrit en salle de naissance comme un contact précoce, dès les premières minutes de vie, et prolongé (90 à 120 minutes) entre la mère et son enfant. Le nouveau-né est idéalement placé nu, dos couvert après séchage, sur le ventre de sa mère ». (Pignol et al., 2008). En effet, le toucher dans les interactions précoces (premières minutes de vie du bébé) va avoir de nombreux bénéfices à différents égards :

- Il permet des bénéfices physiologiques tels que la stabilisation de la respiration, la régulation du taux de glycémie et la thermorégulation entre autres.
- Il serait impliqué dans les processus de croissance et de maturation nerveuse. (Arte TV, 2021)
- Les premières caresses au moment du peau à peau juste après la naissance vont favoriser les coordinations sensori-motrices : « le bébé s'ajuste à la main qui caresse » (Scialom et al., 2011).
- « Le contact tactile précoce et prolongé détermine le succès de la première tétée et optimise le comportement d'allaitement de l'enfant » (Pignol et al., 2008).
- Il est fortement impliqué dans la mise en place des premiers liens d'attachement : « L'analyse des études faites par Anderson et Moore en 2007 montre que le peau à peau précoce favorise les comportements d'affection, de lien et d'attachement de la mère » (Pignol et al., 2008). Le peau à peau aurait en outre un rôle primordial dans la sécrétion de l'ocytocine.

Ainsi, comme nous l'avons évoqué auparavant, le bébé humain naît néoténique. A sa naissance, sa survie dépend des soins procurés par sa figure d'attachement. Ces soins sont l'occasion de nombreuses interactions corporelles qui vont avoir une fonction structurante pour le bébé. « le nouveau-né en peau à peau s'adapte plus facilement à la vie extra-utérine » (Pignol et al., 2008.)

Le **portage** a également une fonction de structuration et de rassemblement du corps du nouveau-né. « Le terme de « portage » désigne tout moyen de porter son enfant d'une façon dite « physiologique », c'est-à-dire tout mode de portage qui s'adapte à la morphologie de l'enfant et de la personne qui le porte » (Vigouroux, 2011). Ce portage permet au bébé de vivre en toute sécurité des premières expériences corporelles tout en stimulant sa sensorialité : vestibulaire (mouvements de la personne qui porte), olfactive (proximité de la figure d'attachement dont le nouveau-né reconnaît l'odeur), auditives, tactiles, proprioceptives... Cette méthode permet de poursuivre les échanges sensoriels initiés avec la mère in utero. Le toucher occupe une place prépondérante dans cette relation pour la construction psycho-corporelle du bébé : « La naissance signe l'incarnation de cette relation, lui donne une dimension tactile qui permet au bébé d'élaborer son Moi, qui est d'abord un Moi corporel » (Vigouroux, 2011). Il permet par ailleurs d'apporter une réponse au besoin de proximité de la figure d'attachement que le bébé peut éprouver dans les premiers mois de sa vie (besoin de sécurité, de contact physique et psychique). L'enveloppe physique (qui sous-tend un enveloppement psychique) va également contribuer à l'élaboration des liens d'attachement évoqués précédemment et ainsi faciliter la séparation ultérieure dans les moments d'exploration.

c) Soutenir la structuration d'une enveloppe corporelle

(a) Dialogue tonico-émotionnel de J.Ajuriaguerra

1. Le tonus

Le **tonus** provient du grec *tonos* qui signifie « tension ». Vulpian le décrit à la fin du XIX^{ème} siècle comme « un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent » (Scialom et al., 2011). On distingue le tonus **de fond**, le tonus **postural** et le tonus **d'action**. Ces trois types de tonus présentent différentes fonctions.

Dans un premier temps, on décrit la fonction de **contenance** en lien avec le tonus de fond. Le tonus de fond est l'état de contraction sous-tendu par le réflexe myotatique. Il est involontaire et d'origine réflexe. Il est permanent, subsiste au repos et pendant le sommeil. Il fait partie des fondements du schéma corporel. En effet, le tonus de fond participe à la qualité du sentiment de cohésion entre les différents segments corporels. « Le tonus soutient alors le sentiment d'unité corporelle et d'individuation et constitue une véritable « enveloppe tonique » en support de l'enveloppe-peau » (Scialom et al., 2011).

On décrit ensuite le rôle dans la **posture** du tonus postural. Le tonus postural est l'activité tonique minimale qui permet l'équilibre et le maintien de la posture dans l'espace. Il correspond à la façon de se tenir et d'être en relation. Le tonus postural est en lien avec l'état de vigilance et est sous commande réflexe. « L'activité posturale, de par son fondement relationnel, permet au sujet de s'orienter corporellement vers son environnement et de s'y ajuster dans sa qualité de présence » (Scialom et al., 2011). Il est de ce fait également en lien étroit avec l'activité perceptive.

Enfin, le tonus d'action trouve son rôle dans la **motricité**. Il est donc impliqué dans les coordinations globales et fines mais aussi dans la communication non verbale et le langage.

Ainsi, le tonus constitue la toile de fond des émotions. Il est la trame de l'existence, ce qui lui confère une dimension relationnelle. Il a donc un rôle fondamental dans l'organisation psycho-corporelle du sujet ainsi que dans les relations qu'il développe avec son environnement puisqu'il assure d'autre part une fonction de communication : on parle notamment de dialogue tonico-émotionnel.

2. Dialogue tonico-émotionnel

C'est un lien de communication mis en place entre une mère (ou figure d'attachement) et son bébé tant qu'il n'y a pas d'échange de parole (et même après). Il se réalise grâce aux regards, aux sourires, au toucher, aux vibrations et aux mimiques émotionnelles. Wallon parle de **dialogue tonique** comme étant un aller-retour incessant entre le bébé et sa mère, dont émanent des états toniques différents qui s'ajustent l'un à l'autre. C'est par la suite J.Ajurriaguerra qui va ajouter la dimension affective en parlant de **dialogue tonico-émotionnel** : « Le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité de transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, dès le plus jeune âge » (Bachollet & Marcelli, 2010).

La maturation du contrôle tonique se fait selon trois phases d'après J.Ajuriaguerra (corps **vécu**, corps **perçu** et corps **représenté**), et en fonction des expériences corporelles vécues durant l'enfance selon Wallon. Chaque stade est marqué par des caractéristiques d'ordre relationnel ou narcissique. Le toucher en lien avec le dialogue tonico-émotionnel va donc avoir son rôle à jouer dans la maturation du contrôle tonique et donc de l'élaboration d'une enveloppe corporelle unifiée notamment durant le premier stade.

En effet, au cours du stade du **corps vécu** (de la naissance à trois ans), le contrôle tonique ne dépend pas du bébé mais de la personne qui va répondre à ses besoins. Durant cette période de la vie, le tonus du nourrisson est organisé de manière bipolaire. Le bébé est hypertonique lorsqu'il est en état d'alerte car il ressent un besoin. Lorsque son *caregiver* répond à ce besoin de manière rapide, adaptée et cohérente, il se retrouve dans un état d'hypotonie dite « de satisfaction ». On note alors l'importance des premières interactions avec la figures d'attachement telles que le peau à peau ou le portage évoqués précédemment. Le contrôle tonique est donc à la fois psychologique et physiologique. Au fur et à mesure de la maturation de son système neuro-moteur, le bébé développe une gamme de réponses motrices aux différents stimuli en fonction des réponses qui lui sont apportées. On parle de l'équilibration globale du tonus des muscles. Au niveau affectif, le bébé va globaliser ses sensations et tensions au sein d'une même enveloppe psychique. « Il se définit progressivement comme une personne globale, dans une enveloppe unifiée et la fonction d'ajustement tonique s'exerce avec l'évolution des fonctions de perception » (Scialom et al., 2011).

J.Ajuriaguerra développe ensuite les stades de corps **perçu** (de trois à six ans, la maturation du contrôle tonique est en lien avec les expériences sensorielles et donc la structuration perceptive) et de corps **représenté** (de six à douze ans, l'enfant acquiert dans un premier temps une capacité de mentalisation des différentes composantes spatio-temporelles du mouvement et un repérage topographiques des différents segments corporels, ce qui lui permettra ensuite l'apprentissage de gestes précis et techniques qui seront intériorisés sous forme de modèles gestuels).

(b) Holding, Handling, Object presenting de D.Winnicott

D.Winnicott parle de la « mère suffisamment bonne » en lien avec la préoccupation maternelle primaire qui serait une condition psychologique caractérisée par une sensibilité élevée aux signaux de son enfant développée durant la grossesse et à son paroxysme au moment de la naissance. Selon lui, c'est la qualité des interactions et des soins procurés par la mère qui serait à l'origine d'un développement harmonieux et d'une bonne santé psychique du bébé. Il va alors développer trois notions : le « holding », le « handling » et le « object presenting ».

Le « **holding** », traduit en français par « maintien », correspond à la manière dont l'enfant est porté physiquement et psychiquement. « La qualité du portage, sa régularité et sa dimension contenante apportent à l'enfant un sentiment de sécurité et de fiabilité » (Scialom et al., 2011). Ainsi, le toucher apporte ici de la contenance et permet une stimulation sensorielle de l'enveloppe corporelle.

Le « **handling** » correspond à la manière dont l'enfant est manipulé, notamment durant les soins. « Il s'agit de la manière dont la mère s'occupe de son bébé dans les menus détails de des soins quotidiens qu'elle lui prodigue »(Scialom et al., 2011).

Enfin, le « **object presenting** » correspond à la manière dont la mère présente les objets à son bébé, notamment le sein ou le biberon. Cela comprend la façon dont la mère montre au bébé qu'elle comprend ses besoins et qu'elle est capable d'y apporter une réponse adaptée au bon moment.

« La reconnaissance par la mère de la valeur communicationnelle et affective de la motricité du bébé appartient au holding. L'apprentissage par l'enfant de la valeur communicationnelle et affective de la gestuelle de la mère appartient au handling »(S. B. Robert-Ouvray, 2020).

Ainsi, ces différentes notions de l'interaction corporelle permettent au bébé de ressentir un sentiment d'unité corporelle et de continuité de l'existence. On parle de la fonction contenante de la mère. Cela permet au bébé d'acquérir une sécurité interne nécessaire à l'exploration de sa motricité et de son environnement seul par la suite.

3. De l'enveloppe physique à l'enveloppe psychique

Comme nous venons de l'évoquer, le toucher en lien avec la fonction contenante de la figure d'attachement vient soutenir la structuration de l'enveloppe corporelle. Le sentiment d'unité et de continuité d'existence que cette dernière apporte participe à la structuration de l'enveloppe psychique du sujet. Cette structure psycho-corporelle constitue la base de l'identité. « [...] l'expérience première est fondée sur un vécu corporel en relation avec un environnement « suffisamment bon ». Ce vécu est le support de l'expérience mentale et son intégration est nécessaire pour une bonne évolution psychique » (Decoopman, 2010).

L'enveloppe psychique a une fonction de contenance. Elle consiste à **contenir** et à **transformer**. Elle est une barrière entre le « dedans » et le « dehors » et résulte de l'intériorisation de l'objet contenant (la mère ou figure d'attachement). Les auteurs tels que W.Bion, E.Bick et D.Anzieu développent cette notion d'enveloppe psychique soutenue par les interactions avec la figure d'attachement.

a) « Peau mentale » de W.Bion

W.Bion parle de peau mentale. Il théorise le modèle de « contenant-contenu ». Selon lui, le bébé vit ses expériences de manière chaotique et désorganisée. La présence d'un contenant (en la personne de la mère ou d'une autre figure d'attachement) va accueillir cette expérience projetée par des éléments bruts, ce sont les éléments β . Ce contenu projeté est détoxifié par l'objet contenant et transformé en éléments α disponibles pour la pensée : c'est la fonction α . « Le « contenant-contenu » ainsi formé est ré-introjecté par le bébé et se développe jusqu'à devenir le propre appareil à penser du bébé » (Ciccone, 2001). La qualité de la fonction α dépend de la « capacité de rêverie » de la mère. C'est un préalable au processus de symbolisation. « Bion nous en montre le rôle dynamique de « peau mentale », c'est-à-dire une fonction d'organisation des éléments du psychisme » (Decoopman, 2010).

b) « Peau psychique » de E.Bick

E.Bick décrit la fonction psychique de la peau dans le développement. Elle traite de l'aspect essentiel de l'expérience d'un objet contenant auquel le bébé s'identifie, afin qu'il puisse par la suite être suffisamment contenu dans sa propre peau. « L'objet optimal est le mamelon dans la bouche, accompagné du portage, des paroles et de l'odeur familière de la mère » selon E.Bick ((Ciccone, 2001). L'objet contenant est éprouvé comme une peau, elle parle de « peau psychique ».

c) Les fonctions du « Moi-Peau » de D.Anzieu

Lors du nourrissage, le bébé vit une expérience sensorielle riche notamment sur le plan tactile (il est tenu, porté, serré contre le corps de sa mère, manipulé). Ces expériences tactiles lui permettent de distinguer le « dehors » du « dedans » et d'identifier la peau comme une surface de séparation, une interface. Cela le conduit également à ressentir l'intégrité de son enveloppe corporelle qui lui procure un sentiment de sécurité interne. Le Moi-Peau correspond alors à une enveloppe psychique et narcissique.

D.Anzieu définit cette notion à partir de 1974 : « Par moi-peau, nous désignons une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi à partir de son expérience de la surface du corps »(Scialom et al., 2011). Il décrit les fonctions du Moi-Peau (Ciccone & Lhopital, 2019):

1. **Fonction de maintenance du psychisme** : L'intériorisation de l'objet contenant permet de lier les éléments du psychisme entre eux et d'apporter un sentiment d'unité harmonieuse (en lien avec le *holding* de Winnicott)
2. **Fonction contenante** : L'enveloppe psychique permet de contenir les pulsions en leur donnant des limites (en lien avec le *handling* de Winnicott)
3. **Fonction de pare-excitation** : Le Moi-Peau vient filtrer les excitations externes trop importantes.
4. **Fonction d'individuation** : Le Moi-Peau est lié au sentiment de constituer un être unique et différencié.

5. **Fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles** : La peau permet de collecter des informations sur son environnement liées au système sensoriel tactile.
6. **Fonction d'inter-sensorialité** : La peau permet de rassembler tous les organes sensoriels et de les relier. En ce sens, le moi-Peau permet de relier les sensations entre elles et apporte un sentiment d'unité, un sens commun.
7. **Fonction de soutien de l'excitation sexuelle** : Sur la peau sont réparties des zones érogènes qui procurent un plaisir à être touché lorsqu'elles sont stimulées.
8. **Fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique** : Le Moi-Peau permet de maintenir et d'organiser l'énergie libidinale.

d) Schéma corporel et image du corps

Le **schéma corporel** désigne une représentation inconsciente du corps, qui permet un ajustement automatique des mouvements à l'environnement spatial (selon Head). L'**image du corps** désigne quant à elle une représentation subjective. « « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes. » Selon Schilder »(Morin, 2013).

Le toucher et les expériences corporelles vécues par le bébé dans l'interaction avec ses parents ont un rôle dans la constitution de son schéma corporel et de son image du corps. La prise de conscience du corps dans sa globalité, grâce au toucher enveloppant notamment, permet à l'individu de ressentir son corps comme un repère stable et solide. En effet, la structuration du schéma corporel se fait grâce à l'intégration d'expériences sensorimotrices.

D'autre part, les stimulations agréables et structurantes procurant des ressentis corporels nouveaux et positifs permettent à l'individu de ressentir son corps du point de vue de ses potentialités et de tout ce qu'il a de bon à offrir. Cela permet donc un investissement corporel positif en lien avec une image du corps valorisée : « être bien dans sa peau ». Le sujet peut alors affirmer sa personnalité et revendiquer son identité.

« L'image corporelle, fondée sur le vécu émotionnel des expériences corporelles, est donc en lien avec la fonction contenante. Elle symbolise le lien entre les différentes parties du corps et introduit ainsi la notion d'unité, très en lien avec le tonus. Les images fonctionnelle et érogène quand à elles, nous parlent des pulsions, de leur mise en sens et de leur organisation pour une action ajustée et productive » (Vogel, s. d.).

IV] Le toucher dans la relation

Le toucher participe, comme nous venons de l'évoquer, grâce au dialogue tonico-émotionnel entre autres, à la solidité psycho-corporelle de l'individu, support de sa personnalité et de l'affirmation de son identité. Mais ce dialogue tonico-émotionnel reste un moyen de communication non-verbal privilégié tout au long de la vie. Ainsi, le toucher perdure comme un moyen de communication et un véritable soutien du vécu corporel, notamment via son lien avec les émotions. Il constitue alors une composante essentielle de la relation à l'autre.

1. Communication et soutien du vécu corporel

a) Soutien du vécu corporel

La peau évolue en même temps que l'homme. Elle s'adapte aux changements morphologiques inhérents au corps qui mature, elle s'étire et se rétracte, tout en gardant des marques du temps qui passe, véritables traces des expériences vécues par ce corps qui vieillit (cicatrices, vergetures).

Cette peau est exposée, visible de tous et constitue une caractéristique commune à tous les hommes, soutien du sentiment d'exister et d'appartenance à une même espèce. Pourtant, elle est également le support de notre individualité puisque outre les traces du vécu, elle comporte des marques uniques qui nous différencient (grains de beauté, irrégularités).

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

Enfin, dans les derniers âges de la vie, le toucher est le dernier sens à perdurer lorsque tous les autres commencent à défaillir. Il reste un moyen de communication essentiel.

b) Communication

Au début de la vie et même durant la période de vie fœtale, le toucher est une modalité de communication. C'est même la première mise en place entre une mère et son bébé, on parle alors du dialogue tonico-émotionnel que nous avons évoqué précédemment. En effet, la particularité du sens tactile est sa composante réciproque : toucher signifie forcément être touché. Ce lien concret, « palpable » même instaure donc un climat relationnel particulier. Cependant, cette proximité peut être interprétée de différentes manières selon les individus, en fonction de leur histoire personnelle et du contexte socio-culturel.

E.T. Hall développe la notion de « **proxémie** ». Selon lui, l'espace relationnel est comparable à des bulles qui entourent une personne et dont le diamètre est plus ou moins important selon la distance relationnelle interindividuelle. Ces bulles proviennent selon lui de la résultante de deux facteurs : la perception de l'espace et la variabilité psycho-socio-culturelle individuelle. La proxémie désigne « l'usage que l'être humain fait de l'espace en tant que produit culturel nécessaire à son équilibre ». Il désigne quatre types de distances :

- **La distance publique** (allant de 3,60m à 7m) : l'individu s'adresse à un groupe, lors d'une conférence par exemple.
- **La distance sociale** (allant de 3,60m à 1,20m) : les individus peuvent interagir par la parole mais ils ne peuvent se toucher. L'interaction est portée par l'importance du regard, d'autant que chacun a accès au langage non verbal de l'autre (tonus postural, réactions de prestance, expressions du visage).
- **La distance personnelle** (allant de 1,20m à 45cm) : les individus peuvent se toucher. Cette distance correspond aux contacts proches, amicaux. L'affectivité y prend une part importante.

- **La distance intime** (allant de 45cm au contact physique) : les individus se touchent. la communication est essentiellement non verbale, la voix n'est plus qu'un murmure. Toutes les sphères de la sensorialité sont sensibles à la communication avec autrui. Cette distance est décrite entre des personnes proches, qui ont un lien fort, affectivement chargé. Entre deux personnes qui n'ont pas ce lien, cette distance peut être perçue comme gênante, induisant un sentiment d'intrusion. On développe alors des mécanismes de défense pour repousser l'autre (hypertonie au niveau de la zone de contact notamment).

La communication par le toucher revêt donc une dimension sociale et comporte donc des codes qui diffèrent selon les cultures et qu'il s'agit d'apprendre.

Chaque personne possède son propre rapport à l'espace qui est défini en fonction de son expérience personnelle, son niveau de sécurité affective et son fonctionnement sensoriel . Ainsi, le vécu du toucher comporte une grande dimension subjective et affective. D.Stern parle d'« **accordage affectif** ». Selon lui, « la communication primaire entre l'enfant et sa mère se fait sur la base d'un rythme commun entre les lallations du bébé et les mots de la mère »(Diatkine & Maffioli, 2017). Cela procure à l'enfant le sentiment d'être compris. Mais cet accordage ne se cantonne pas à la relation mère-enfant. Il est transposable à tous les types de relation interindividuelle et passe par notamment par le toucher.

2. Toucher et émotions

Toucher est un moyen d'appréhender l'environnement, dont l'individu se sert pour récolter des informations sur le monde qui l'entoure. Toucher permet de percevoir certaines propriétés physiques des objets (forme, texture, densité, poids, etc). La sensation perçue est ensuite évaluée de manière subjective. En ce sens, il est intimement lié aux émotions. De ce fait, lorsque J.Ajurriaguerra a repris le concept de « dialogue tonique » de H.Wallon, il y a ajouté la dimension émotionnelle en parlant de « dialogue tonico-émotionnel » comme nous l'avons évoqué précédemment. Le toucher participe, au même titre que les autres systèmes sensoriels, à la boucle d'intégration « sensation, perception, représentation ».

Dans un premier temps, il a été prouvé que les contacts réflexes de soi à soi qui sont souvent inconscients sont des mécanismes d'autorégulation neurophysiologique face au stress et ont donc une fonction de **régulation émotionnelle**. Ainsi, se toucher le visage ou les cheveux constituent également des indices infra-verbaux de l'état émotionnel de l'individu.

Le toucher est impliqué dans la transmission des émotions grâce à sa valeur de communication tel que nous l'avons évoqué précédemment. Par ailleurs, le toucher traduit les émotions dans la relation interpersonnelle. En effet, un contact peut être perçu comme bienveillant ou agressif. La perception et l'analyse du contact sont essentiels à notre survie : nous devons être en capacité de nous éloigner d'un danger potentiel ou bien de savoir profiter de la contenance d'un contact. Ce sont donc des mécanismes neurophysiologiques différents qui sont impliqués dans la transmission du message nerveux. Ainsi, dans les années deux mille, un nouveau type de fibres nerveuses a été découvert par le professeur Francis McGlone : les **fibres CT** (Arte TV, 2021).

Ces fibres seraient exclusivement dédiées aux sensations tactiles douces et agréables. Elles réagissent de manière optimale aux légères pressions. Les informations sont ensuite transmises aux zones cérébrales engagées dans le traitement des sensations positives, de l'attention à l'autre et de la conscience de soi. Contrairement aux autres récepteurs tactiles que nous avons évoqués auparavant, les récepteurs liés aux fibres CT ne sont pas répartis selon l'homonculus de Penfield. Leur densité est plus importante au niveau du dos.

Ceci serait lié au fait qu'on peut difficilement se toucher le dos soi-même. Cette action nécessite l'intervention d'une autre personne et cela appuie l'idée selon laquelle le toucher a une fonction sociale importante. Cependant, la perception positive n'est pas uniquement liée à la zone touchée ou au fait que ce soit une autre personne qui nous touche. Les émotions générées par un contact et les réactions physiologiques qui en découlent dépendent en outre du contexte dans lequel a lieu le contact et de la personne qui l'initie. Par conséquent, un même contact peut causer un ralentissement du rythme cardiaque si l'intention perçue est l'apaisement, ou bien l'accélération du rythme cardiaque s'il est associé à un sentiment amoureux. La synthèse des sensations (vibration, durée, profondeur, chaleur..) permet une perception globale.

Ainsi, la perception de la nature agréable du contact active le système de récompense au niveau du cerveau. Des hormones sont alors libérées :

- Les endorphines, communément appelées «hormones du bonheur »
- L'ocytocine, qui est l'hormone principale de l'attachement (dont nous avons parlé précédemment).

Le toucher permet d'unir deux personnes au sein d'une relation empreinte d'affection. Le toucher, par sa réciprocité, procure du plaisir à celui qui touche autant qu'à celui qui est touché. Il participe à l'installation des sentiments de confiance. En découle la notion de désir de l'autre.

Le toucher peut également être lié à la sexualité. La stimulation des zones érogènes est notamment ce qui permet à l'homme et la femme d'atteindre l'orgasme dans la sexualité génitale. La peau à peau lors de la relation sexuelle participe également à la sensation de plaisir, chacun ayant développé durant sa vie des sensibilités particulières à des endroits particuliers de son corps.

CHAPITRE 2 : L'adolescence

Le terme « adolescence » provient du latin *adolescens* qui signifie « grandissant ». Or, grandir implique de changer, d'évoluer, mais comme tout changement, cela n'a pas lieu sans risque ni peur. La définition de l'adolescence ainsi que la période de la vie qu'elle recouvre ont varié au cours de l'histoire selon les époques, les changements sociaux et les modifications physiques observées chez les jeunes adultes.

L'adolescence est la période de la vie qui succède à l'enfance et qui précède l'âge adulte. C'est une étape composée de périodes d'évolutions, de stagnations et de régressions. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est une période de transition vécue entre les 10 et les 19 ans de chaque individu. Elle est bouleversée par la puberté et les remaniements identitaires que cette dernière suppose. Elle se termine lorsque l'individu a achevé ces processus, lorsque l'identité et les comportements adultes sont ancrés et acceptés. C'est une période complexe du développement psychomoteur :

- Au niveau physique, les changements corporels sont nombreux et rapides et impliquent des modifications du schéma corporel et des compétences psychomotrices.
- Au niveau psychique, l'adolescence est caractérisée par une préoccupation majeure à propos du corps impliquant nécessairement des remaniements de l'image du corps et de l'estime de soi.

D'autre part, durant cette période, les changements physiologiques apportés par la puberté induit des différences sexuelles dans le fonctionnement psychomoteur. Les relations avec l'entourage s'en trouvent alors également impactées.

I] Période de transformation : la puberté

1. Transformation corporelle et image du corps

a) La puberté

L'adolescence est une période durant laquelle de nombreuses transformations bouleversent le rapport au corps de ceux qui la vivent. On parle de **puberté**. « La puberté se définit comme l'ensemble des changements, essentiellement biologiques et anatomiques, qui aboutissent à la capacité de reproduction »(Jeammet, 2005). Ce processus s'accompagne de changements hormonaux et corporels qui vont *transformer* voire *métamorphoser* le corps de l'enfant en un corps adulte. On constate une nouvelle poussée de la croissance staturo-pondérale lors de la « pré-puberté », ainsi que l'apparition des caractères sexuels secondaires. La puberté à proprement parler débute dès l'apparition des premières règles chez les filles et de la première éjaculation pour les garçons.

Ainsi, lors de la puberté, l'adolescent fait face à des changements corporels qu'il ne maîtrise pas. Ils lui sont imposés et impliquent des remaniements du schéma corporel. « L'adolescent doit également intégrer de nouveaux repères spatiaux pour composer avec ce corps qui grandit. Il peut y avoir une perturbation transitoire des coordinations psychomotrices, en lien avec une croissance irrégulière, ce qui peut aussi entraîner un sentiment de perte de contrôle du corps » (Gonzalez, s. d.).

Cela implique également des processus psychiques qui peuvent être vécus comme douloureux. « La métamorphose physiologique et somatique de cette période est une violence qui opère de l'intérieur mais qui est perçue également comme telle de l'extérieur » (Maïdi, 2012). L'adolescent doit faire le deuil de son corps d'enfant. « Renoncer à son corps d'enfant n'est pas une mince affaire, celui-ci étant le garant d'une sécurité acquise au cours des années dans une relation de dépendance aux images familiales, à leurs désirs, à leurs exigences »(Jeammet, 2005).

Par ailleurs, ce bouleversement le conduit à se poser de nombreuses questions, en lien avec la notion de normalité ou la différence des sexes et des générations notamment. L'émergence du sentiment de pudeur et du besoin d'intimité sont corrélés au processus de maturation psychique. L'adolescent a une nouvelle représentation de son corps et prend conscience qu'il lui appartient : « La pudeur est la conséquence de cette reconnaissance et de cette représentation de soi et de son corps, avec de surcroît une intériorisation de la différence des sexes et des générations qui marquent, en tant que repères, la relation aux autres »(Potel Baranes, 2019).

Dans un premier temps, c'est donc le rapport à son propre corps que l'individu voit évoluer souvent malgré lui. Ainsi, le corps grandit au sens propre et prend également de plus en plus de place au sens figuré, dans les préoccupations de l'adolescent. Son image corporelle ainsi que l'investissement de son corps s'en trouvent impactés.

b) Estime de soi et image du corps

A l'adolescence, l'individu est très sensible à son image : « Celle-ci est autant redoutée qu'investie avec force et fascination »(Maïdi, 2012) En effet, ce corps changeant peut parfois donner la sensation de trahir l'adolescent. Le rapport au corps de celui-ci peut alors être conflictuel, et c'est souvent à ce moment là qu'apparaissent les complexes. « L'adolescent est mal à l'aise dans ce corps « nouveau ». Sa mue, son acné, sa pilosité parcellaire lui apparaissent disgracieux et grotesques » (Maïdi, 2012). Son estime de soi s'en trouve alors impactée.

En effet, l'image du corps chez l'adolescent ne dépend pas seulement de son image qu'il observe face au miroir, mais également de la façon dont il se sent considéré par les autres. La valeur qu'il s'octroie dépend autant de ce qu'il peut observer dans le miroir que de ce que les autres lui renvoient de sa propre image : « Comme tout un chacun, l'image que l'adolescent a de lui-même ne dépend pas simplement de l'image spéculaire : il ne se regarde pas uniquement dans le miroir mais dans et par les yeux de l'autre »(Maïdi, 2012, p. 1). Cette inquiétude à propos de son image et de la normalité conduit l'adolescent à se comparer sans cesse à ses pairs. « L'inscription sociale, y compris cutanée, est fondamentalement un souci dans une comparaison constante avec les autres et ce qu'ils pensent pour s'approcher de ce qui est annoncé comme normal ou pour s'en singulariser »(Ballouard, 2011) .

L'image du corps possède un caractère labile et évolue en même temps que l'adolescent. Schil-der « peut écrire : « La libido narcissique a pour objet l'image du corps » »(Morin, 2013). Freud consi-dère que la libido s'investit tout au long de la vie. Quand c'est le Moi qui est pris comme objet d'amour, on parle de libido narcissique. On peut également parler de l'amour porté à soi-même ou d'estime de soi qui sont, comme nous venons de le décrire, impactés au moment de la puberté. Cependant, la libido peut aussi être investie sur des objets extérieurs comme les parents durant l'enfance. Par ailleurs, « avec l'entrée dans la sexualité génitale, la libido jusqu'alors uniquement investie sur les objets paren-taux doit se porter sur d'autres »(Cannard, 2019a).

2. Émergence d'une nouvelle sexualité

Freud décrit des étapes dans l'organisation de la **libido** (énergie psychique de la pulsion sexuelle) dans la vie psychique en fonction des zones érogènes sur lesquels se fixe l'énergie libidinale durant l'enfance (trois stades pré-génitaux).

Suite à la phase de latence, il décrit le stade génital qui correspond à l'adolescence. Cette phase se caractérise par la découverte de l'objet sexuel et la différenciation des sexes. « L'adolescent doit trouver un but à la pulsion sexuelle que la puberté vient d'actualiser dans le corps »(Cannard, 2019a).

La puberté induit des modifications corporelles, l'affirmation des identités sexuelles et la nais-sance du désir : la sexualité prend une place importante dans les préoccupations. En effet, les émois d'une sexualité nouvelle s'impriment dans le corps et se bousculent, elles obsèdent l'adolescent l'em-pêchant parfois de penser à autre chose.

Max participe à un atelier thérapeutique avec quatre autres adolescents . Au début de mon stage, ses propos m'interpellent. En effet, ils sont systématiquement ponctués d'expressions à conno-tation sexuelle même lorsque le contexte ne s'y prête pas. Il peut également lui arriver de gémir de ma-nière suggestive. Cet envahissement de la sexualité atteint également la sphère motrice : il mime des scènes de sexe . On constate ici cet envahissement de la sexualité génitale dans tous les domaine s du fonctionnement psychomoteur.

À l'adolescence, la sexualité correspond à une étape de transition entre une sexualité exploratoire et autoérotique et une sexualité partagée dans le cadre d'une relation à l'autre, plus adulte. Ainsi, ce sont les fantasmes et la masturbation qui dominent la vie sexuelle à cet âge là. La « première fois » représente un passage, rite initiatique vers l'âge adulte. L'âge auquel l'adolescent vit ses « premières fois » est largement influencé par la société, le groupe de pairs et la famille. C'est une étape vécue de manière intense : l'adolescent oscille entre excitation et peur de l'échec.

D'autre part, la sexualité confronte l'adolescent au doute, notamment en ce qui concerne sa « normalité » : « l'adolescent qui se cherche et se questionne quant à ses désirs, ses comportements, son orientation sexuelle »(Cannard, 2019a).

On retrouve notamment des comportements particuliers à l'adolescence : « un usage excessif de stratégies axées sur le corps dans le but de séduire, qui se manifeste par la tenue vestimentaire, des transformations du corps incluant des interventions chirurgicales, des comportements ou des postures qui affichent une certaine disponibilité sexuelle »(Cannard, 2019a). On parle d'hypersexualisation.

Ainsi, la sexualité à l'adolescence implique surtout d'avoir à faire face et à s'adapter au remaniement psychique, physique et relationnel, à la découverte de désirs et de besoins nouveaux. C'est une période d'apprentissage à propos de la relation à l'autre et de la connaissance de soi important. « « La sexualité est un moment essentiel à l'adolescence car, au-delà du plaisir, elle contribue au sentiment de soi, elle s'ancre dans un genre, elle coupe symboliquement les amarres avec les parents » (Le Breton, 2007) »(Cannard, 2019a). La puberté entraîne bien souvent des remaniements identitaires importants : c'est la crise d'adolescence.

II] Remaniements identitaires : la crise d'adolescence

1. La crise d'adolescence

P.Gutton considère la **crise d'adolescence** comme un processus de recherche de solutions qui permettraient d'assurer un sentiment de continuité de l'existence tout en intégrant les nouveautés induites par la puberté. C'est une « rupture, changement radical, nouvelle expérience sensorielle qui impose une construction psychique et identitaire nouvelle» (Duverger, 2017). Il s'agit pour l'adolescent de donner du sens, d'organiser les changements corporels et psychiques qui l'affectent et bouleversent son équilibre. C.Potel parle de dissonance entre maturité du corps et immaturité psychique et affective.

Cette crise fait partie intégrante du processus normal de la construction du sujet en tant qu'individu autonome, adulte et responsable de ses choix. Pour Catherine Potel, il s'agit d'une « rencontre avec soi rencontrant un autre différent »(Potel, 2015), nécessaire et organisatrice. Durant cette période, l'adolescent est confronté à une mise en doute de son sentiment identitaire. C'est une période de grande vulnérabilité pour le sujet dont le narcissisme est fragile et la dépendance aux parents est encore forte.

La crise d'adolescence est résolue la plupart du temps lorsque l'adolescent retrouve un nouvel équilibre : il se plonge dans une nouvelle passion ou investit de nouvelles relations. Il a alors acquis une certaine force d'indépendance et a fait le deuil de la « toute puissance ». Son Moi et son estime de soi sont solides, sa quête identitaire est satisfaite. Ainsi, l'adolescent n'est plus contraint de provoquer pour exister. Il peut s'exprimer et s'affirmer de manière plus adaptée, par sa créativité notamment, au sein d'un groupe social dont il a intégré les codes.

2. Quête identitaire de l'adolescent

a) Le concept d'identité

Le terme « identité » provient du latin *identitas* qui signifie « le même ». Elle se définit comme le « caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité »(Larousse, s. d.). Pour E.Erikson, l'identité est une « synthèse réalisée à partir des éléments du passé (histoire personnelle), des caractéristiques du présent (besoins, traits de personnalité, etc.) et des attentes du futur »(Lannegrand-Willems, 2012). Il soutient l'idée qu'elle perdure dans les sentiments subjectifs d'unité, de continuité et d'harmonie, ancrés dans le tonus. Cette identité n'est pas figée et évolue au cours de la vie en fonction des processus d'identification. L'adolescence constitue par conséquent une période de remaniement identitaire important. « Pour cela, il doit faire face à un paradoxe : changer en demeurant le même ». (Gonzalez, s. d.).

b) L'identité à l'adolescence : entre être et paraître

« Henri Wallon (1941) disait : « Si l'ado se relance à la découverte de soi, c'est qu'il est dépaysé devant sa propre personne. » Comment l'adolescent se perçoit-il face à tout ce bouleversement pubertaire, et comment se pense-t-il perçu par les autres ? »(Cannard, 2019b).

L'adolescence est une période complexe, aux multiples paradoxes. On constate ainsi un antagonisme entre, d'une part, des objets qui perdent leur qualité de supports narcissiques avec la sexualisation des relations, et d'autre part, un besoin d'identification encore très présent pour achever la construction psychique des adolescents, afin de sécuriser les acquis internes et assurer une certaine autonomie plus tard. C'est une période durant laquelle il leur est demandé de faire des choix concernant leur avenir, en fonction de ce qu'ils sont et de ce qu'ils veulent devenir. L'adolescent est en quête d'un sentiment nouveau de continuité et d'unité qui inclut désormais la sexualité. Or, cette construction psychique dépend tout autant de facteurs environnementaux exogènes que de facteurs endogènes (génétique, prédispositions...).

C'est donc un processus commun à tous mais dont le vécu est singulier et propre à chacun. C'est une période synonyme de grande **vulnérabilité**. L'échec de cette construction peut conduire à une confusion de l'identité.

Le corps, particulièrement à travers la peau, devient un outil de **différenciation** et d'affirmation de l'identité. Lors du processus adolescent, il n'est pas rare de voir apparaître des extravagances corporelles (cheveux colorés, piercing, tatouages...), comme des véritables marques d'une identité rêvée et symboles initiatiques. C'est aussi une manière pour l'adolescent de maintenir une certaine maîtrise de son corps et de son apparence. Maîtriser son apparence signifie en outre se différencier des figures parentales dont l'individu est presque indissociable durant les premières années de sa vie. Par ailleurs, on constate que les styles vestimentaires permettent également de clamer l'identité chez les jeunes. Selon C.Potel, « Les vêtements sont vécus comme une enveloppe qui sécurise, protège, distingue »(Potel, 2015). Au contraire, il est possible que la peau « enferme dans une identité insupportable dont on voudrait se dépouiller et dont témoignent les blessures corporelles délibérées »(Le Breton, 2016)chez les adolescents qui sont « mal dans leur peau » et qui présentent un déficit narcissique. Il s'agit le plus souvent de tentatives pour donner du sens à la souffrance, éprouver les limites du corps afin de reconstituer un lien dedans/dehors.

Le corps est aussi investi comme un instrument d'affirmation de **l'appartenance à un groupe** défini. Les adolescents développent un style d'apparence, un langage, des postures et une gestuelle qui leur sont propres et qui les rassemblent. Ils s'identifient à leurs pairs et à leurs modèles. L'autre devient un miroir, un reflet de soi qui rassure.

Ces codes sont spécifiques selon la période et la culture dans lesquels l'adolescent évolue, véritables signes de ralliement. Ils sont quasiment incompréhensibles des adultes qui sont exclus de ce groupe, leur usage traduit alors ce conflit avec la société. Ainsi, le groupe de jeunes rassure, « donne une peau » (Potel, 2015). L'adolescent est lui-même mais pareil aux autres.

Je rencontre Bastien, 12 ans, dans le cadre d'une prise en charge individuelle hebdomadaire. Lors de la première séance à laquelle je participe, je remarque que ses cheveux longs viennent constamment devant son visage.. Il les écarte d'un geste de la main mais ne semble pas vouloir les attacher. Je lui fais alors la remarque : il m'explique que sa mère veut qu'il les coupe mais qu'il a pour objectif de les laisser pousser afin de pouvoir effectuer la même coiffure que son rappeur préféré. C'est à ce moment là que je réalise l'importance des figures identificatoires à l'adolescence. Ce sont de véritables modèles qui permettent de s'affranchir des figures d'autorité notamment parentales.

3. Les relations à l'adolescence

L'adolescence occupe cette place ambiguë entre l'enfance et l'âge adulte. Les rapports relationnels sont remaniés et cette ambiguïté peut constituer une perte de repères pour l'adolescent.

Lionel a 14 ans, je le rencontre dans le cadre d'une prise en charge individuelle. C'est un garçon qui se confie très peu sur sa vie privée. Selon lui, cela ne nous regarde pas. Pourtant, vers la fin de l'année, il semble plus ouvert à l'échange. Durant une séance où nous construisions en collaboration une maison en Kaplas, il a alors pu me dire qu'il n'était plus un enfant mais un adolescent. La psychomotricienne était elle considérée comme une adulte. Cependant, il ne savait pas dans quelle catégorie me situer : « Toi t'es pas une adulte ». Lorsque je lui ai répondu que j'avais 21 ans, il a admis que j'en étais bien une. Il semble qu'il ait réalisé à ce moment-là que lui aussi grandit, vieillit et qu'il se rapproche alors de l'âge adulte. C'est un jeune qui a d'ailleurs commencé à faire des stages cette année, en prévision de son avenir professionnel.

a) Remaniement des rapports relationnels

L'adolescent est en quête d'émancipation, d'autonomie. Le groupe de pairs prend de plus en plus de place au détriment de la famille, des figures parentales. Les figures auxquelles il s'identifie changent et c'est le pair qui devient un miroir rassurant. Les adolescents vont, de manière classique, s'associer par paire dans une nécessité gémellaire, avec le ou la « meilleur(e) ami(e) ».

Le groupe devient également la source d'un sentiment de sécurité puisqu'il enveloppe. Autre composante relationnelle classique à l'adolescence, il permet d'intégrer une nouvelle forme de socialisation : « C'est le biais par lequel vont pouvoir « s'essayer » les nouveaux modes de relations, passionnelles, conflictuelles, amicales et amoureuses »(Potel, 2015).

La différence des sexes qui se révèle à l'individu au moment de l'adolescence vient impacter par ailleurs les relations avec ses pairs. Les filles et les garçons se séparent et leurs relations sont dirigées par des rapports de séduction ou de fuite, les émotions s'exprimant de manière intense par le biais du corps qui va trahir les sentiments et attirer le regard de l'autre.

Le regard de l'autre va aussi s'orienter sur les modifications corporelles induites par la puberté. Le corps s'exhibe sous le regard des parents notamment. Cela va réveiller les conflits œdipiens jusqu'à lors refoulés durant la période de latence. Cette période de crise et de malentendus entre les enfants et les parents est classique mais peut mettre à mal le climat familial. On constate une exacerbation des conflits avec les parents pour qui leur enfant devient un étranger. Le rejet et l'opposition permettent quant à eux à l'adolescent de prendre de la distance, de se différencier. Pour autant, le presque-adulte a encore besoin de ses parents. Il met alors en place des stratégies d'attachement particulières.

b) L'attachement à l'adolescence

Comme nous venons de l'évoquer, l'adolescent est en constante recherche d'autonomie et va donc débiter un processus d'individuation/séparation de ses parents au profit de développement de nouvelles relations avec ses pairs.

Contrairement au bébé, l'adolescent « sécure » voit son système d'exploration activé la plupart du temps : « Dans les conditions habituelles de sa vie quotidienne, l'adolescent « sécure » n'a pas besoin d'activer son système comportemental d'attachement »(Delage, 2008). Cela lui permet de tisser de nouveaux liens d'attachement avec ses pairs notamment. En cas d'obstacles rencontrés sur la voie de l'autonomisation, il part en quête d'une base de sécurité. La plupart du temps, il aura recours à ses intériorisations et/ou à ses pairs dans ces cas là. Néanmoins, ceci est possible et permis uniquement s'il sait qu'il peut avoir recours à ses figures d'attachement (ses parents) en cas de besoin, comme une base de sécurité relationnelle. « Le degré de sécurité des relations d'attachement aux figures parentales a un impact important sur la manière dont l'adolescent va investir ses nouvelles relation »(Hattinguais, s. d.).

Le lien d'attachement avec les parents reste donc primordial. La présence de ce lien d'attachement avec les parents est ce qui va permettre le conflit : « De cette manière, il expérimente et vérifie que le conflit, quel qu'il soit, ne remet pas en cause l'inconditionnalité de la base de sécurité »(Delage, 2008).

A l'adolescence, l'attachement n'est pas confondu avec la dépendance pour une personne ayant développé des types d'attachements sécures : « Il est maintien du lien positif avec les parents, dans la continuité des attachements de l'enfance »(Delage, 2008). Dans le cadre de liens d'attachement insécures développés avec les parents, « attachement » et « dépendance » peuvent être confondus. La crise d'adolescence et les conflits qu'elle suppose menace l'équilibre familial et peut provoquer des dommages allant jusqu'à la rupture des liens.

En effet, l'adolescent cherche à s'éloigner de ses figures parentales. L'intimité physique et psychique deviennent de plus en plus gênantes, et pour cause, la sexualisation a un impact sur l'ensemble des relations. Par ailleurs, l'adolescent va préférer se rapprocher de ses pairs qui vivent les mêmes bouleversements et le comprennent. « L'adolescence suppose donc une nécessaire prise de distance vis à vis des parents. Elle ne survient pas brutalement mais s'élabore par étapes. On observe ainsi une augmentation progressive du temps passé avec les amis et une diminution progressive du temps passé avec les parents »(Hattinguais, s. d.).

De nouveaux liens sont alors établis avec les pairs. Ces nouveaux liens d'attachement ont un rôle dans la régulation émotionnelle, notamment dans le cadre des émotions négatives. Les relations, différentes de l'asymétrie de la relation parents/enfants, s'organisent de manière horizontale et réciproque. L'adolescent développe des amitiés plus « consistantes » et soutenantes et peut vivre des relations affectives fortes et exclusives (associées ou non à l'exercice de la sexualité). « Ainsi, par l'intermédiaire de cet investissement auprès de ses pairs, l'adolescent crée une base sécurisante renforçant son autonomie »(Hattinguais, s. d.).

III] Caractéristiques comportementales : l'agir à l'adolescence

Tous les bouleversements vécus par l'individu durant cette période le conduisent à une panne langagière. Ainsi, c'est bien souvent l'acte qui remplace la parole. Les actes permettent à l'adolescent en plein changement de statut social d'affirmer son autonomie et lui donne un sentiment de liberté. « Recherche d'un plaisir immédiat, rapport passionné, presque « addictif », recherche de sensations et de puissance, c'est bien d'un défi lancé au danger, un défi « à la vie à la mort », qu'il est question »(Potel, 2015). Ainsi, l'adolescent va choisir un mode d'expression en fonction de sa personnalité, qui lui permettra d'apprivoiser l'excitation pulsionnelle et de sublimer cette agressivité en une force créatrice (par le sport, le théâtre, la danse, la musique...).

Cette décharge des tensions internes par les actes constitue un moyen d'expression, elle traduit l'intensité des tensions internes. Elle dépend alors des acquis de la petite enfance en terme de qualité d'intériorisation narcissique et identitaire.

D'autre part, l'adolescence est une période durant laquelle la norme et les apparences prennent une valeur de loi suprême, la réalité est donc contraignante. L'agir permet alors à l'individu de se défaire d'une pression excessive des exigences, parfois par la violence. Outre les facteurs environnementaux, des facteurs psychiques internes viennent appuyer ce besoin d'agir : le passage à l'acte vient en réponse à la difficulté d'élaboration et de prise de conscience de la violence du processus adolescent (la métamorphose pubertaire, l'émergence de problématiques psychiques nouvelles).

On parle de « passage par l'acte » qui lui consiste à passer par l'expérience afin d'intégrer des éléments du réel. C'est un besoin de passer par la sensation et l'action avant d'atteindre un niveau de symbolisation.

Toutefois, ce « passage par l'acte » est à différencier au « passage à l'acte » qui représente un débordement de la pulsion qui sort du psychisme, elle est *expulsée*. Ce débordement se manifeste par une action non élaborée qui exprime un conflit qui n'a pas été symbolisé.

En effet, l'agressivité qui s'exprime souvent dans le passage à l'acte représente « une forme de déséquilibre psychologique se traduisant par une hostilité permanente du sujet à l'égard de son entourage »(Potel, 2015). Les modalités ainsi que l'intensité de l'expression de cette agressivité varie en fonction des individus. Parfois, cette agressivité prend des formes démesurément dramatiques et d'autre fois son expression est presque silencieuse. Néanmoins, elle est prépondérante chez tous les individus qui traversent le processus adolescent et fait partie intégrante du déroulement normal de la crise. Elle est la manifestation concrète du conflit vécu par l'adolescent tiraillé entre le désir de liberté et d'émancipation, et la nécessité de régression et la dépendance aux figures parentales encore prégnante.

Cependant, l'expression de cette agressivité peut parfois prendre des forme violentes, dirigées contre soi (auto-agressivité) ou les autres (hétéro-agressivité). Dans ces cas là, la violence au-delà de l'agir, peut constituer l'expression de l'adolescent qui souffre. Le trouble du comportement devient symptôme d'un échec du processus de développement. La souffrance psychique et les difficultés psychologiques s'exprimant par le biais des troubles du comportement deviennent alors motif d'orientation de l'enfant ou de l'adolescent vers le Dispositif Intégré Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (DITEP).

CHAPITRE 3 : Le public du DITEP

I] L'institution

1. Présentation

Les Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (ITEP), anciennement appelés Instituts de Rééducation (IR) ou Instituts de Rééducation Psychologiques (IRP) ont été amenés à évoluer depuis leur origine. Aujourd'hui, on parle de **Dispositifs Intégrés Éducatifs Thérapeutiques et Pédagogiques**. Les DITEP sont définis par un décret datant de 2005 :

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

(ITEP - Institut Thérapeutique Éducatif & Pédagogique, s. d.)

2. Fonctionnement

Ces établissements médico-sociaux sont voués à accueillir des enfants et adolescents qui présentent des troubles du comportement, qui sont le plus souvent l'expression de difficultés psychologiques. Leur socialisation ainsi que l'accès aux apprentissages pour ses jeunes s'en trouvent entravés malgré des compétences et des capacités intellectuelles préservées. En ce sens, l'établissement est chargé de fournir à chaque jeune un accompagnement pluridisciplinaire conjugué et personnalisé. L'objectif de la prise en soin au sein du DITEP est de permettre à ces jeunes de voir leurs compétences et potentialités restaurées, de les aider à rétablir un lien avec leur environnement social.

La spécificité des DITEP réside dans leur capacité à pouvoir proposer des interventions personnalisées ainsi que dans la collaboration qui caractérise l'équipe interdisciplinaire. En effet, les membres de l'équipe sont répartis sur trois pôles qui sont :

- Le pôle **éducatif** composé par les éducateurs.
- Le pôle **pédagogique** dans le cadre duquel les enseignants interviennent.
- Le pôle **thérapeutique** dans lequel on retrouve le médecin psychiatre, l'infirmier ou infirmière, les psychologues, les psychomotriciens, les orthophonistes.

On constate une étroite collaboration des DITEP avec les partenaires de l'Éducation Nationale et la pédopsychiatrie. On retrouve parmi les autres partenaires les services de protection de l'enfance ainsi que la protection judiciaire de la jeunesse.

3. Indications

Les enfants et adolescents sont orientés vers le DITEP sur décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) du département de résidence après constitution et dépôt d'un dossier auprès la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Le premier élément d'indication est l'existence de difficultés psychologique. Ces difficultés sont caractérisées par une intensité, un caractère durable (pas d'ordre passager, ni réactionnel, ni circonstanciel) et leurs manifestations comportementales entravent profondément les processus de socialisation et la scolarisation. Il peut exister des expressions sous forme de symptômes positifs (projetés vers l'extérieur) ou négatifs (retrait). Les jeunes qui relèvent d'une orientation en DITEP sont engagés dans un processus handicapant qui a un impact sur leur participation sociale. Ainsi, on la population accueillie au sein du DITEP est hétéroclite, caractérisée par une grande variabilité des causes et de l'expression des troubles du comportement. Néanmoins, il semble que les conditions environnementales (notamment les relations avec les objets parentaux) et les interactions précoces semblent jouer un rôle important dans le développement des troubles, de même que les facteurs périnataux. Il existerait par ailleurs des facteurs de risques génétiques et neurobiologiques.

4. Accompagnement : de l'ITEP au DITEP

Quand on parle de la prise en soin d'un enfant ou adolescent au sein du DITEP, on parle **d'accompagnement** et non pas de placement. En effet, ces jeunes présentent des difficultés psychologiques qui entravent leurs capacités à construire des liens stables et sains avec leur environnement. Ainsi, on privilégie au maximum le maintien dans l'environnement familial, scolaire et social de base de l'enfant tant que cela lui est d'avantage bénéfique que délétère.

Par ailleurs, on parle aujourd'hui de DITEP et non plus d'ITEP dans la plupart des cas. En effet, en 2017 est publiée une instruction relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des DITEP et des SESSAD. Cette instruction est liée la loi de modernisation du système de santé français du 26 janvier 2016.

Les ITEP deviennent alors peu à peu des DITEP et le fonctionnement en SESSAD prend de plus en plus d'ampleur. Les modes d'accompagnement sont d'avantages variés et modulables, totalement personnalisables et les plus ajustables possible aux besoins de l'enfant en théorie (accueil de jour, accueil de nuit, SESSAD, scolarité en inclusion à temps partiels ou pas du tout...). En pratique, ce fonctionnement peut avoir des inconvénients. Durant mes stages, j'ai pu remarquer qu'il est difficile d'établir des emplois du temps qui conviennent à tout le monde. En effet, le temps effectif de présence des jeunes sur le site du DITEP peut être moindre selon les cas, ce qui pose parfois la question de la priorité entre prise en soin thérapeutique, prises en charges éducatives et enseignements pédagogiques. Ainsi, une psychomotricienne du SESSAD (situé dans une autre ville) a pu se retrouver à devoir mettre en place une séance individuelle pour un jeune au sein du site du DITEP, en début de soirée. On peut se poser la question du bénéfice d'une telle mesure sachant que l'adhésion au soin peut être compliquée pour ces jeunes. En effet, la séance aura lieu sur la plage horaire d'un temps informel destiné en général à des activités de loisirs ou du sport avec les éducateurs sur les pavillons de vie, temps fortement apprécié en général. Néanmoins, de telles mesures peuvent s'avérer utiles voire nécessaires quand s'agit de proposer une prise en charge individuelle à un jeune lorsque l'on sait que les temps prolongés de présence au sein du collectif sont compliqués à gérer pour lui, pour l'équipe encadrante ou pour les autres jeunes présents.

III] Adolescence et troubles du comportement

1. Définition et classifications

Il n'existe pas, à ce jour, de définition « scientifique » des troubles du comportement puisqu'il sont intrinsèquement liés au contexte socio-culturel dans lequel ils se manifestent. Les **troubles du comportement** se définissent en effet par des agissements qui correspondent à une déviation d'une norme, c'est à dire en excès (état d'agitation, d'agressivité etc.) ou au contraire en défaut (inhibition, etc). Ils peuvent ainsi se caractériser par un sous-investissement de l'hygiène, une motricité inadaptée à la relation (de l'ordre de l'agressivité ou au contraire de l'inhibition) et ni même à l'action (impulsivité motrice). Les troubles du comportement constituent un ensemble de réactions témoignant de la désorganisation psychique de l'enfant ou de l'adolescent, ces réactions intégrant souvent les registres de l'agressivité et de la violence. Pour qu'ils puissent constituer un « diagnostic », il est nécessaire qu'ils entraînent une altération cliniquement significative du fonctionnement familial, social, scolaire ou professionnel.

L'orientation vers le DITEP dépend des besoins de l'adolescent. Elle tient compte également des attentes des parents et de leur capacité à se mobiliser dans une dynamique de soin. La notion de « troubles du comportement » ne constituant pas une entité clinique comparable à d'autres troubles, ils ne constituent pas un diagnostic en soi. Leur classification est compliquée puisqu'ils sont d'avantage considérés comme un symptôme, dont la manifestation n'est ni quantifiable ni qualifiable si ce n'est en comparaison à une norme correspondant à un comportement conforme.

Le premier auteur qui propose une classification est H.Wallon en 1925 dans *L'Enfant turbulent*. J.Ajuriaguerra s'en inspire ensuite pour rédiger le *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, référence de la pédo-psychiatrie pendant très longtemps. Ces notions sont ensuite reprises dans la Classification Internationale des maladies (CIM 10) de l'OMS. La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfance et de l'Adolescence (CFTMEA) propose une autre classification. Ces derniers sont les deux ouvrages considérés comme les classifications officielles en vigueur en France. aujourd'hui C. Wacjam reprend ces classifications dans *Adolescence et troubles du comportement en institution* (Wacjman, 2011).

a) La CIM-10

On retrouve dans le chapitre V de la CIM 10 une classification des troubles du comportement de l'enfance et de l'adolescence au sein de la rubrique des troubles émotionnels. On retrouve :

- **Les troubles hyperkinésiques** décrits comme une difficulté à maintenir une tâche cognitive sur la durée et une tendance à la surconsommation d'activités (sans les terminer, de manière désorganisée).
- **Les troubles des conduites** décrits comme des conduites socialement inadaptées, dans le registre de la provocation et de l'agressivité, répétitives et persistantes.
- **Les troubles mixtes des conduites et les troubles émotionnels** associent les troubles des conduites (tels que décrits précédemment) et des symptômes dépressifs ou anxieux marqués.
- **Les troubles émotionnels** apparaissant spécifiquement dans l'enfance et particulièrement intenses (angoisse de séparation intense, trouble anxieux phobique, peur exacerbée des situations nouvelles ou inhabituelles).
- **Les troubles du fonctionnement social** apparaissant spécifiquement dans l'enfance et l'adolescence (mutisme sélectif, attachement généralisé non discriminatif)
- **Les tics**
- **D'autres troubles du comportement** tels que l'énurésie et l'encoprésie, l'ingestion répétée de substances non nutritives.

Grâce à cette classification, nous constatons que les troubles du comportement recouvrent en réalité des manifestations à la fois émotionnelles, comportementales et motrices. Il s'agit donc d'un trouble du fonctionnement global du sujet qui implique des répercussions dans ses relations selon le milieu (familial, social, professionnel).

b) La CFTMEA

L'intérêt principal de cet outil par rapport à la CIM 10 est qu'il prend en compte les situations de dysharmonie de l'évolution et la structure de la maladie. Ces deux classifications sont complémentaires. Ainsi, la CFTMEA rend compte de la diversité des atteintes que l'on retrouve chez ces jeunes, « qu'elles soient psychotiques, évolutives ou cognitives »(Wacjman, 2011). Les troubles du comportement seront alors classés parmi les pathologies de la personnalité et troubles évolutifs hors névroses et psychoses au sein de la catégorie 3 de la CFTMEA consacrées aux pathologies limites (Misès et al., 2020).

On y retrouve :

- **Les troubles de la personnalité et/ou du comportement pris dans une dysharmonie évolutive.** Influencés par des facteurs psychosociaux, ils s'expriment principalement par l'insécurité de fond, l'immaturité, les angoisses dépressives et de séparation.
- **Les pathologies narcissiques, anaclitiques, limites** sont associées à des irrégularités des apprentissages, à une vulnérabilité somato-psychique, à des manifestations dépressives et à des troubles des conduites allant de l'inhibition à l'agir (pathologies limites avec prédominance des troubles de la personnalité).
- **Les organisations de type caractériel ou psychopathique** s'organisent dans le sens de la tendance à agir avec défaut de contrôle, déni des règles sociales, répétition des échecs, indifférence aux sanctions. Elles sont associées à un défaut de maturité affective, à l'altération du sentiment de soi, à la pauvreté de la vie intérieure et à l'incapacité à nouer des investissements stables (pathologies limites avec prédominance comportementale).
- **L'organisation de type pervers** est caractérisée par le recours exclusif ou prédominant à des pratiques sexuelles déviantes et/ou à des comportements fondés sur la destructivité sans culpabilité, sans angoisse, sans prise en considération d'autrui.
- **Les dépressions liées à une pathologie de la personnalité** prennent en compte les formes où la dépression vient, à un moment, au premier plan du tableau clinique, ce qui n'est pas exceptionnel.
- **Les troubles de l'identité sexuelle**
- **Les dépressions liées à une pathologie de la personnalité ou à des troubles évolutifs hors névroses et psychoses**

2. Expression des troubles

Selon l'OMS, les troubles du comportement seraient plus fréquents chez l'adolescent jeune que chez les plus âgés. : « Le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) survient chez 3,1 % des jeunes de 10 à 14 ans et 2,4 % des jeunes de 15 à 19 ans. Le trouble des conduites (dont les comportements destructeurs ou provocateurs sont un symptôme) survient chez 3,6 % des jeunes âgés de 10 à 14 ans et chez 2,4 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans »(Santé mentale des adolescents, s. d.). D'autre part, des études montrent que les filles seraient moins susceptibles que les garçons de développer des troubles du comportement, ce qui explique une prévalence plus forte chez ces derniers.

Les manifestations externalisées sont le plus souvent celles qui justifient d'une orientation vers le DITEP. Ces manifestations entrent dans les registres de l'agressivité, de l'impulsivité, de l'agitation, du manque de respect des limites qui sont établies et/ou d'un défaut d'obéissance. Elle regroupent ainsi les fugues, l'auto-agressivité (scarifications, automutilations), les prises de toxiques, les tentatives d'autolyse (TA), les comportements hétéro-agressifs, les vols, les mensonges, les troubles des conduites sexuelles, les conduites d'opposition et les crises clastiques.

Le trouble du comportement ne renvoie pas à un diagnostic spécifique comme nous l'avons expliqué auparavant. Néanmoins, il est régulièrement associé aux troubles des conduites, au trouble oppositionnel avec provocation (TOP), au trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les adolescents que l'on rencontre au sein des DITEP. Ces psychopathologies peuvent également coexister chez un même adolescent.

a) Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH)

Les enfants et adolescents qui présentent un TDAH sont des enfants en perpétuel mouvement. Le tableau clinique de ce trouble s'organise autour d'une triade symptomatique : trouble de l'attention, impulsivité et agitation motrice. Leur comportement perturbe profondément les milieux dans lesquels ils évoluent, conduisant à des retentissements dans les sphères familiale, sociale, scolaire et professionnelle. Le fonctionnement familial est impacté, et le climat de la famille mis à mal : les parents impuissants mettent parfois en place des conduites répressives hélas inefficaces qui exacerbent même les troubles de leur enfant.

À l'école, des difficultés dans les apprentissages apparaissent dès l'entrée en primaire. Le comportement de ces enfants et leur agitation motrice stérile peuvent parfois conduire au rejet de la part de leurs camarades et entravent leur inclusion. S'en suit alors la mise à mal de leur estime de soi.

b) Trouble des Conduites

La pratique de conduites à risque est pratiquement un rite de passage pour la plupart des adolescents qui testent leur limites et les limites du cadre dans lequel ils évoluent. Elles font partie du processus normal de l'adolescence. En ce sens, il faut veiller à ne pas les dramatiser. Néanmoins, dans le cadre du trouble pathologique, l'adolescent est dans une véritable mise en danger de sa vie ou de celle d'autrui et il est alors primordial de ne pas banaliser ses conduites.

Le trouble des conduites est alors défini comme un ensemble de comportements récurrents à travers lesquels l'adolescent vient à l'encontre des droits d'autrui ou des principales normes sociales (Trouble des conduites - Pédiatrie, s. d.). En règle générale, ce sont des adolescents qui peuvent manquer de sensibilité par rapport à ce que peuvent ressentir les autres. Ils peuvent également percevoir de manière erronée l'attitude des autres comme menaçante alors que ce n'est pas le cas. Ils présentent par ailleurs une importante intolérance à la frustration. Parmi les symptômes, on retrouve les agressions d'autrui, la destruction de biens, les mensonges ou vols, la violation des règles du cadre (parental, scolaire, institutionnel, légal). Chez beaucoup d'adolescents, ce trouble est également associé à une prise de toxiques. Le fonctionnement relationnel familial, social, scolaire et professionnel s'en trouve entravé, impactant fortement la qualité de vie de l'individu qui se retrouve alors bien souvent en marge de la société.

Certains comportements constituent l'expression d'un sentiment d'abandon et servent de comportements d'évitement. C'est le cas de l'errance ou de la fugue, véritables signes d'une souffrance psychique. Ils peuvent être associés à des troubles anxieux, phobiques ou dépressifs.

c) Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)

Le TOP est décrit dans le DSM-V comme « un ensemble récurrent de comportements négativistes, provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position d'autorité ». Ce sont des adolescents irritables et provocateurs.

La plupart du temps, les symptômes du TOP apparaissent tôt dans l'enfance. Il s'agit d'enfants qui testent les limites délibérément, qui contestent ou ignorent l'autorité. En général, ce sont des enfants qui n'ont pas conscience de leur attitude hostile. Leur comportement est pour eux justifié par un sentiment d'injustice important.

Chez les adolescents qui sont diagnostiqués comme présentant un TOP, on retrouve les symptômes suivants : ils perdent facilement leur sang froid, défient l'adulte et sont souvent en conflit avec lui, cherchent à embêter délibérément autrui tout en les blâmant de leurs propres agissements et peuvent être méchants et vindicatifs.

CHAPITRE 4 : Le Toucher en psychomotricité

I] Le psychomotricien du DITEP

1. L'identité et la spécificité du psychomotricien

a) L'identité du psychomotricien

Le psychomotricien a une identité particulière de par l'histoire de sa profession. La psychomotricité est une profession ancienne, connue et reconnue. Elle est traversée par de nombreux courants théoriques, sociaux et culturels qui l'influencent et accompagnent sa transformation à travers les époques. C'est une pratique qui s'inscrit dans une théorisation large de l'humain afin de le considérer dans son entière complexité, psychique et corporelle. Ainsi, le psychomotricien s'appuie sur l'idée que la quête développementale du sujet est l'unité psycho-corporelle qui le conduira à fonctionner de manière harmonieuse tout au long de sa vie malgré les difficultés rencontrées lors de son parcours.

Ainsi, fort de ses appuis théoriques, le psychomotricien peut affirmer une identité et une spécificité qui lui sont propres. Il exerce une profession de santé du domaine paramédical et s'inscrit dans les équipes pluridisciplinaires présentes au sein des institutions. La spécificité du psychomotricien est garantie par le décret d'acte et l'obtention du diplôme d'état de psychomotricité délivré suite à trois années de formations validées. Elle est également soutenue par celle du bilan psychomoteur que le psychomotricien est le seul à pouvoir réaliser. Les médiations corporelles sont également caractéristiques de son travail.

D'autre part, chaque psychomotricien construit une identité professionnelle qui commence à émerger lors de ses études, à travers les stages et les cours de pratique notamment. Sa posture professionnelle et son éthique professionnelle développées durant ses études commencent ainsi à s'affirmer dès l'écriture de son mémoire en troisième année. Chaque psychomotricien s'inscrit alors dans une pratique unique, fait le choix de médiations corporelles avec lesquelles il développe une affinité et se rapproche plus un moins d'un courant de pensée en particulier. Cette posture professionnelle est ensuite approfondie et enrichie par l'expérience professionnelle, en lien avec son histoire personnelle..

b) Le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur est en général le premier acte délivré par le psychomotricien. Il est organisé en fonction du motif de consultation et de la demande formulée (par le médecin, la famille ou l'équipe pluridisciplinaire). La psychomotricité s'intéressant à la vitalité de l'individu, on rend compte, lors de la restitution du bilan psychomoteur, des difficultés d'une personne dans les différents domaines psychomoteurs mais également des compétences sur lesquelles nous, psychomotriciens (ou stagiaires futurs psychomotriciens) allons nous appuyer dans le cadre de la prise en soin.

Le bilan psychomoteur permet alors d'explorer différents domaines qui sont : la motricité fine (graphomotricité, coordinations oculo-manuelles) et dynamique (coordinations globales, équilibre), la structuration spatio-temporelle, le tonus, la latéralité, l'intégration du schéma corporel et l'image du corps. On s'intéresse d'autre part aux capacités relationnelles, attentionnelles, de logique et de raisonnement et la sensorialité. Il s'agit de dresser un portrait complet du fonctionnement de l'individu.

Le bilan peut être réalisé à l'aide de tests standardisés. Il s'appuie également sur les conclusions que le professionnel tire de l'observation clinique et qualitative du fonctionnement du sujet grâce à son regard spécifique. Au sein du DITEP, l'objectif premier du bilan psychomoteur n'est pas de poser un diagnostic de trouble psychomoteur. En effet, si les enfants et adolescents accueillis ont des difficultés dans les domaines psychomoteurs, l'origine du trouble est la plupart du temps due à des difficultés psychologiques qui peuvent être associées, ou non, à des troubles d'ordre instrumental. Ainsi, il s'agit principalement de dresser, comme nous l'avons dit précédemment, un portrait détaillé du sujet rendant compte de son fonctionnement psychomoteur global.

Cependant, au sein du DITEP la réalisation d'un bilan normé classique peut être compromise. En effet, lors de leur admission, les jeunes sont bien souvent dans l'incapacité de subir une situation d'évaluation standardisée. Ils sont la plupart du temps agités, et psychologiquement indisponibles. Rappelons-le, la spécificité de ces jeunes qui constitue une indication d'accompagnement par le dispositif est le fait qu'ils présentent un handicap du fait de leurs difficultés psychologiques qui s'expriment par le biais de troubles du comportement. Cela a été le cas pour Paul lors de son arrivée. Nous l'évoquerons lors de l'analyse du cas clinique.

Ainsi, lorsque le psychomotricien juge que l'enfant ou l'adolescent accompagné n'est pas disponible psychologiquement pour la passation d'un bilan classique, le professionnel peut prendre le parti de réaliser un premier bilan purement basé sur ses observations cliniques lors des premières rencontres dans un premier temps. Laisser le temps à l'enfant ou l'adolescent de s'inscrire au sein de l'établissement, d'y trouver un certain apaisement et d'instaurer une relation de confiance avec les différents professionnels permettra au psychomotricien d'avoir accès de façon plus large au fonctionnement global du sujet, sans être focalisé sur ses troubles du comportement. Ne pas installer d'emblée une situation d'évaluation lors de laquelle l'enfant ou l'adolescent pourrait éventuellement être confronté à ses difficultés est également une condition d'avantage favorable à l'installation de l'alliance thérapeutique en vue d'une future prise en soin.

Dans le cadre de l'évaluation (ou de la réévaluation) d'un adolescent, le psychomotricien peut se trouver face à d'autres difficultés. En effet, les psychomotriciens disposent essentiellement de tests étalonnés pour les enfants. Les cotations ne seront donc pas adaptables à l'adolescent ou jeune adulte et seules les mises en situations pourront être utilisées. Par ailleurs, il est des domaines, tels que le schéma corporel, qui pourront être impactés de façon transitoire par le processus adolescent sans constituer le présage d'un trouble persistant à l'âge adulte. Enfin, la puberté n'est pas égalitaire et touche les adolescents à différents âges, impactant alors leurs compétences psychomotrices. Ainsi, le développement psychomoteur ne pourra pas être évalué sur la seule base de comparaison avec la norme des enfants du même âge.

Pourtant, la réalisation du bilan psychomoteur d'un adolescent ainsi que la passation de tests dans le but d'une réévaluation présentent des enjeux importants et constituent des moyens thérapeutiques en eux-même. Outre le fait que les conclusions participent à l'évaluation globale (c'est le PPA), il permet la mobilisation psychique du patient autour de ses problématiques. Suite à cela, il pourra être acteur de sa prise en charge en participant à la construction de son projet thérapeutique. « Si le bilan a pour objectif l'évaluation, il peut contenir en soi un potentiel thérapeutique en permettant de relancer une dynamique, une remise en mouvement de ce qui est figé, en remettant le patient en contact avec lui-même (émotions, ressentis, pensées), en le réinscrivant dans une temporalité (historicité, projection dans l'avenir) »(Potel Baranes, 2019).

c) Co-animer des groupes thérapeutiques

Cette spécificité du psychomotricien s'exerce par ailleurs au sein de cette interdisciplinarité grâce à la co-animation de groupes thérapeutiques et/ou éducatifs avec d'autres professionnels. Au sein de mon lieu de stage, des ateliers consacrés aux habilités sociales sont co-animés par une psychomotricienne, un éducateur et une infirmière. Il s'agit d'effectuer un travail sur l'hygiène, le « prendre soin de soi ».

J'assiste également à un atelier consacré aux capacités cognitives animé par la psychomotricienne et la neuropsychologue. Chacune y va de sa spécificité et apporte son regard sur les situations observées : d'une part sur le fonctionnement cognitif et d'autre part sur la mise en jeu de la motricité dans le jeu (jeux de société) et dans la relation aux pairs.

Enfin, j'assiste à un atelier intitulé « corps en relations » également co-animé par la psychomotricienne et la neuropsychologue. Il s'agit de proposer à un groupe d'adolescent des expériences de mise en jeu corporelles dans des situations de jeu, de collaboration et de coopération. J'évoquerai ce groupe d'avantage en discussion à la fin de mon écrit.

Outre le fait d'apporter chacun son regard spécifique à ce qui se joue lors d'un atelier, co-animer un groupe à plusieurs permet de ne pas avoir à privilégier ou à faire le choix du groupe ou de l'individu lors d'un débordement ou d'une crise (l'activité se poursuit avec l'un des adultes pendant que l'autre peut s'isoler avec celui qui n'est pas bien à ce moment-là).

2. Le psychomotricien au cœur de la transdisciplinarité

a) Pluridisciplinarité, Interdisciplinarité et transdisciplinarité

Pluridisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité correspondent à trois modélisations différentes du travail en équipe. Elles ne sont pas exclusives entre elles.

La pluridisciplinarité considère chaque professionnel comme étant le spécialiste de son domaine. Cette différenciation implique une responsabilité de chacun, la complémentarité et une forme d'interdépendance dans le projet de soin du patient. Il faut voir cela comme un enrichissement de ce qu'on peut mettre à disposition du patient en termes d'intervenants. Cela amène à identifier différents types de besoins d'où l'idée d'adjoindre des compétences nouvelles. Le soin est centré sur le trouble.

Selon la configuration de l'interdisciplinarité, on ne prend pas en charge un trouble mais un sujet dans toute ses dimensions et sa complexité. On évoque la notion de démarche soignante et de construction d'un projet de soin. Ce projet est même co-construit puisque le sujet participe à son élaboration. Le médecin coordonne ce projet. C'est le modèle sur lequel est basé l'élaboration du projet personnalisé d'accompagnement (PPA) dans les DITEP. Il est centré sur une fonction.

Enfin, on parle de transdisciplinarité quand le projet n'est plus un projet de soin mais un projet de vie. Cela vient transcender la notion de fonction altérée. En ce sens, il me semble que l'élaboration du PPA s'inscrit dans une démarche transdisciplinaire puisqu'elle fait intervenir l'ensemble des partenaires qui gravitent autour de l'enfant ou de l'adolescent dans toutes les sphères de sa vie, ainsi que le sujet lui-même, allant au-delà de la notion de soin.

b) le Projet Personnalisé d'Accompagnement, un exemple d'application

Comme évoqué auparavant, l'accompagnement d'un jeune par le DITEP est divisé en trois pôles qui sont les pôles thérapeutique, éducatif et pédagogique. Dans une démarche interdisciplinaire, tous les professionnels collaborent afin d'accompagner les jeunes dans la structuration de leur personnalité, dans l'acquisition d'une certaine autonomie en vue de l'avancée vers l'âge adulte et en fonction des besoins spécifiques exprimés et/ou identifiés.

Le **Projet Personnalisé d'Accompagnement** (ou PPA) est élaboré pour chaque jeune qui intègre le DITEP par l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès du jeune. Chaque enfant ou adolescent est rattaché à un référent, en charge de la coordination de son projet. Ce dernier est un interlocuteur privilégié pour les différents partenaires car il connaît très bien le jeune. C'est aussi une personne ressource pour celui-ci. Le projet est par ailleurs également élaboré en lien avec les partenaires à l'extérieur de l'établissement : l'école, la famille, les services de protection de l'enfance, les services de pédopsychiatrie.

La réunion consacrée à l'élaboration du PPA a lieu dans les six mois après l'admission du jeune et elle permet de dégager des objectifs de prise en charge en fonction des problématiques individuelles et des besoins identifiés. On prend en compte les observations de tous les partenaires, les conclusions des différents bilans et les attentes des parents (ou représentants légaux) et du jeune concerné. L'élaboration du PPA est inscrite dans une démarche transdisciplinaire.

Ainsi, on a une vision globale du fonctionnement de l'enfant et de son milieu écologique, ce qui permet l'élaboration d'un projet adapté, sur mesure. Ce projet est organisé en objectifs généraux, soutenus par des objectifs opérationnels. Il comporte également des indicateurs d'évaluation qui seront utilisés au moment de la réunion d'évaluation et d'actualisation du PPA qui a lieu une fois par an suite à l'élaboration du projet. Des réunions de synthèse ont également lieu chaque trimestre afin de faire un point sur la situation du jeune et de réajuster les différentes prises en charge en fonction de l'évolution observée. Elle permet également de mettre en commun certaines observations, de poser des questions et de trouver des solutions communes à tous les professionnels.

Les parents (ou représentants légaux) sont également conviés afin que leur soit exposé le projet, pour qu'ils puissent en prendre connaissance, le valider ou pas, poser des questions ou donner des informations sur la situation à la maison. D'autres rencontres ont lieu avec eux au courant de l'année.

Le DITEP est par ailleurs représenté lors d'autres réunions qui concernent le jeune au sein des autres institutions dans lesquelles il évolue, au sein des Équipes de Suivi de Scolarité (ESS) par exemple.

Le psychomotricien, par sa spécificité et son identité propre, participe au même titre que les autres professionnels à l'élaboration de ce PPA et à toutes les réunions qui concernent les jeunes accompagnés. Ainsi, il peut faire part de son regard spécifique et apporter des clés de compréhension du fonctionnement global de la personne dont il est question. L'élaboration du bilan psychomoteur tel que nous l'avons évoqué précédemment permet de tirer des conclusions qui seront mises en perspective avec les observations des autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire et de la famille. La mise en commun de toutes ces expériences et des différents bilans permettra de déduire des pistes de prises en soin thérapeutiques, de prises en charges éducatives ainsi que des aménagements pédagogiques adaptés.

C'est en cela que le psychomotricien est un maillon important de la chaîne de la transdisciplinarité, notamment au moment de l'élaboration du PPA mais également tout le long de la prise en charge..

Certains enfants participent à des ateliers « jardi-créa » dont l'objectif est de stimuler leur créativité par le biais artistique en assemblant des éléments que l'on retrouve dans la nature. La personne qui anime ces ateliers est en collaboration étroite avec la psychomotricienne. En effet, elle est une source d'informations riche puisqu'elle peut observer le fonctionnement psychomoteur des enfants de manière fine (motricité fine, capacités relationnelles, capacités d'anticipation, de planification...). Les échanges sont réciproques puisque de son côté, elle interpelle régulièrement la psychomotricienne afin de glaner des pistes d'adaptation de l'outil ou du geste en fonction de la problématique psychomotrice d'un enfant en particulier. Ensembles, elles collaborent pour offrir à l'enfant des expériences à travers lesquelles il peut progresser dans le cadre d'un environnement aménagé et ainsi gagner en sécurité interne.

3. La séance de psychomotricité

a) Cadre thérapeutique et alliance thérapeutique

Les adolescents accompagnés par le DITEP présentent un handicap psychique qui s'exprime notamment par des troubles du comportement et des difficultés à avoir une attitude adaptée en relation. L'importance du cadre thérapeutique et de l'alliance thérapeutique est donc primordiale et prend tout son sens en psychomotricité.

La séance de psychomotricité est régie par un certain nombre de règles tacites ou explicites qui constituent des repères et font partie intégrante de la prise en soin. En effet, la stabilité du cadre spatio-temporel, les règles de sécurité ainsi que la relation psychomotricien-patient sont des limites qui constituent une enveloppe, soutenant la contenance que l'on peut apporter par les médiations, comme une seconde peau psychique qui remplit par ailleurs une fonction de pare-excitation.

Le **cadre thérapeutique** est alors défini comme l'ensemble des conditions pratiques et psychologiques nécessaires au processus soignant. C'est ce qui perdure d'une séance à l'autre, l'ensemble des constantes. Il est inclus dans le cadre institutionnel et influencé par celui-ci (le public, l'espace, les règles, le fonctionnement, le PPA...). L'institution constitue d'ailleurs un tiers séparateur garant du cadre (un cadre autour du cadre) qui empêche la fusion psychomotricien-patient. Ce cadre est également soutenu par des postulats théoriques qui constituent le cadre de pensée dans lequel s'inscrit la pratique du psychomotricien.

Winnicott parle de « setting » et de « frame » lorsqu'il se réfère aux règles du cadre. Le « frame » représente un cadre stable, aux lois immuables à l'intérieur duquel les « settings » constituent des paramètres sur lesquels on peut jouer afin d'adapter au maximum le cadre à un patient en particulier, ou bien aux données dont on dispose et aux informations que l'on perçoit à un instant t lors d'une séance.

Le cadre est coconstruit par le psychomotricien et le jeune et il est sous-tendu par les objectifs de prise en charge dégagés lors de la réunion de PPA. En ce sens, l'élaboration du cadre thérapeutique soutient l'installation de **l'alliance thérapeutique**. L'alliance thérapeutique désigne quant à elle la relation de confiance et de collaboration qui se met en place entre un soignant et son patient (ici entre le psychomotricien et l'adolescent). Ainsi, le cadre thérapeutique et l'alliance thérapeutique ont une influence réciproque puisque l'alliance thérapeutique sert de point d'ancrage au cadre thérapeutique. Ces deux notions évoluent de concert au grè de la prise en soin.

(a) Cadre spatio-temporel

L'espace

A l'adolescence, la perception de l'espace est décentrée et ce dernier constitue une source de repères. Cependant, on constate que la perception de l'espace est sensible et donc modifiée par les états émotionnels du sujet, d'où l'importance d'un cadre spatial stable et repéré dans la prise en soin psychomotrice.

La salle de psychomotricité est repérée dans l'espace de l'établissement. Elle est située au sein du pavillon thérapeutique. Toutes les séances ont lieu à l'intérieur. Le psychomotricien pense également l'espace de la salle afin qu'elle apporte le plus de contenance possible. Les espaces sont divisés en fonctions des différentes activités que l'on peut y réaliser. C'est un véritable outil du psychomotricien puisqu'il comporte de nombreux enjeux. C'est un espace riche qui permet à l'enfant ou à l'adolescent de vivre toutes sortes d'expériences sensorielles, relationnelles, motrices qui sont nécessaires à sa structuration psycho-corporelle en toute sécurité.

La constance de l'espace ainsi que le fait qu'il soit clos lui procurent une propriété de stabilité qui en fait un espace protecteur et confidentiel. Cet espace est alors investi comme un lieu accueillant où le jeune peut s'exprimer et être écouté. Ces qualités soutiennent la qualité de présence du thérapeute et étayent la construction psychique de l'adolescent. L'investissement de l'espace par le jeune constitue par ailleurs une source d'indices à la compréhension de son fonctionnement psychomoteur. « il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps »(Potel Baranes, 2019).

On constate d'ailleurs lorsqu'on bouleverse ces repères que la stabilité n'est plus au rendez-vous. C'est le cas lors d'une prise en charge groupale que nous sommes contraintes d'animer dans la salle de psychomotricité et non pas dans la salle d'atelier comme les autres. Ce manquement aux règles est ressenti par les enfants et adolescents et s'exprime systématiquement dans leur comportement : ils testent le cadre qu'ils sentent fragile. C'est à nous, adultes garants de ce cadre, de le maintenir dans notre posture malgré tout.

Le temps

La séance de psychomotricité a lieu, à une fréquence régulière, toujours le même jour de la semaine et à la même heure. Sa durée est stable et elle peut être rythmée par des rituels qui viennent renforcer la stabilité du cadre spatio-temporel. Le fait que la temporalité de la prise en charge soit définie et régulière est primordial pour que le sujet puisse intérioriser les données temporelles dans sa structuration psychique. Instaurer une idée de permanence du lien grâce à la régularité et aux rituels permet également de soutenir la relation de confiance entre le psychomotricien et les jeunes qu'il accompagne. Cela fait du professionnel une personne fiable et qui constitue un repère disponible auprès duquel on peut trouver ressource. Cela soutient également l'individualité de l'enfant ou adolescent.

A l'intérieur d'une séance, le temps est également structuré de manière régulière : en fonction des enfants, on peut réaliser un certain nombre d'activités dans un ordre et d'une durée définis : alternance entre des activités que le psychomotricien choisit ou que l'enfant décide de faire, des activités à la table ou de motricité dynamique, des activités mobilisant les capacités attentionnelles et de concentration ou un temps de détente.

Le déroulé de la séance peut être organisé de manière à suivre une progression en forme de cloche en fonction de l'excitation que les activités génèrent. Ainsi, les séances se terminent régulièrement par un temps de détente qui permet de faire redescendre le niveau d'excitation et permet une transition sereine vers le lieu suivant ou se rendent les jeunes. Les adolescents eux-même peuvent être en demande de ce temps de détente à la fin d'une séance.

C'est le cas de Lionel qui vient systématiquement me demander un massage du crâne en fin de séance lors de l'atelier thérapeutique qui à lieu en fin d'après-midi. Une fois, il a pu verbaliser que cela le calmait et lui permettait de passer une soirée plus sereine à la maison.

Les transitions sont en effet souvent difficiles à gérer pour les jeunes accueillis au DITEP. Elles supposent de se détacher pour aller investir un autre lieu et nécessitent alors une certaine solidité psychique. Les rituels permettent de soutenir les adolescents lors de ces passages d'un lieu à un autre. Ils permettent également d'inscrire un rythme et soulignent la permanence du lien avec le psychomotricien. Ils sont constitués d'un appui réassurant.

Ainsi, la séance constitue un repère, tout comme la personne du psychomotricien ou de la psychomotricienne peut constituer une personne ressource. Ce cadre garantit la place du patient. C'est un espace-temps qui lui est réservé et à l'intérieur duquel le psychomotricien s'engage à être entièrement disponible pour lui. C'est une enveloppe qui permet l'épanouissement de la relation thérapeutique.

(b) Cadre relationnel

La séance de psychomotricité est régie par des **règles** de base qui sont valables dans les autres lieux de vie dans lesquels évoluent les jeunes. Ces règles garantissent les droits et les devoirs de chacun. Ainsi, il est interdit de se faire mal, de faire mal à l'autre ou d'endommager volontairement le matériel. Le secret professionnel fait également partie des règles du cadre. Ces règles peuvent être tacites, mais elles peuvent également être explicités à l'occasion.

En effet, les débordements comportementaux au sein du DITEP sont fréquents et le rappel des règles du cadre participe à leur contenance. Il est également utile de les rappeler aux jeunes qui, par défaut de conscience corporelle, ont tendance à se mettre en danger.

C'est le cas de Baptiste qui est un jeune enfant de 7 ans qui présente une intégration très approximative du schéma corporel doublée d'une importante agitation. Il se dirige très souvent vers les ballons physios pour rouler dessus lors de ses séances individuelles. Nous devons lui rappeler à chaque fois qu'il est important de placer un tapis à l'arrivée pour se réceptionner. La psychomotricienne doit garantir sa sécurité mais aussi sa prise de conscience du risque afin qu'il puisse continuer à expérimenter sa motricité dans un cadre sécurisé et favoriser l'intégration de son schéma corporel.

Ce cadre posé par les mots doit parfois être associé à une véritable contenance physique si les débordements émotionnels conduisent le jeune à entrer dans une véritable crise destructrice (auto ou hétéroagressivité) : « Mais avant de pouvoir dire, encore faut-il pouvoir contenir ces explosions corporelles massives que le patient projette à l'extérieur, faute de pouvoir les contenir à l'intérieur sans dommage ou risque d'implosion »(Potel Baranes, 2019). Face aux adolescents du DITEP dont les troubles du comportement ne sont bien souvent que l'expression d'une souffrance psychique, un des principaux enjeux du psychomotricien dans le cadre relationnel est de trouver le juste équilibre entre contenance et fermeté.

Le respect de ces règles de base illustre l'**engagement** des deux parties dans cette relation thérapeutique. Avec les adolescents en particulier, il paraît important de soutenir l'adhésion à la relation en instaurant une collaboration. Ainsi, comme nous l'avons évoqué à l'occasion de la partie à propos du bilan psychomoteur, il est important de rendre l'adolescent acteur de sa prise en soin. S'assurer de sa compréhension des objectifs dégagés lors du PPA et être à l'écoute de ses attentes permet d'initier une progression dans la prise en soin tout en étant au plus près des besoins identifiés. Cependant, chez les adolescents accueillis au sein du DITEP, l'intolérance à la frustration est monnaie courante. Or, lors d'un travail en psychomotricité, l'adolescent confronté à ses difficultés peut être enclin à laisser ses émotions le déborder et donc engendrer une crise. En ce sens, il n'est pas rare d'établir un contrat de prise en charge. La co-construction des séances permet alors de maintenir l'alliance thérapeutique tout en répondant aux objectifs de prise en charge. Rendre l'adolescent acteur de sa prise en soin permet par ailleurs de soutenir son autonomisation et son statut d'individu avançant vers l'âge adulte. C'est donc un moyen de contribuer à la solidification de ses assises identitaires et de son estime de soi.

Au début de mon stage, la psychomotricienne m'explique que Mathieu (que nous voyons en séance individuelle), est un garçon de 10 ans qui ne supporte pas de se confronter à ses difficultés. Son intolérance à la frustration ainsi que sa faible estime qu'il a de lui même peuvent être la source de crises destructives impressionnantes. Pour pallier cela, ils ont tous deux signé un contrat stipulant que le dérouler de la séance serait toujours le même : elle commence avec une activité dirigée que la psychomotricienne choisit et qui permet à Mathieu d'aborder ses difficultés puis se poursuit avec une activité que Mathieu choisit. Ainsi, le temps est divisé de manière équitable. Cela a permis de donner un nouveau souffle à une alliance thérapeutique mise à mal et la prise en charge a pu évoluer en faveur du progrès de Mathieu tant dans le domaine relationnel que dans ceux concernant ses difficultés (repérage spatial et motricité fine).

Durant la séance, la fonction de pare-excitation du cadre s'exerce aussi grâce à l'étayage verbal que le psychomotricien apporte. Le psychomotricien décrit à travers le langage ce qui se joue dans la séance pour lui mais également ce qui semble se jouer pour l'adolescent. Cela permet à l'adolescent d'avoir accès à un « miroir symbolique » et d'avoir un retour sur ses actes. Le temps de l'élaboration permet également de prendre de la distance avec les actes, du recul. Ce qui se joue alors dans cette relation est l'équivalent de ce que décrit W.Bion comme la fonction α de la mère dans sa relation avec l'enfant. Ceci est permis par la disponibilité psychique et physique ainsi que les capacités d'écoute et d'empathie du psychomotricien.

Néanmoins, le discours du psychomotricien n'est pas neutre puisqu'il est empreint de sa subjectivité. En effet, son engagement dans la relation est tout aussi important que celui du jeune, d'autant qu'il ne l'est pas uniquement psychiquement mais aussi corporellement. L'engagement corporel du psychomotricien dans la relation est également une spécificité de la profession. Cette implication corporelle lui procure une qualité de présence particulière.

« Par sa formation, qui a aiguisé, affûté en lui tout ce qui est du domaine des sensations et des émotions liées au corps et avant tout à son propre corps, il va utiliser ces informations, les écouter et s'en servir »(Potel, 2015). Le psychomotricien perçoit les signes corporels et émotionnels qui expriment l'état psychique interne de l'adolescent. Son objectif sera alors d'entrer en résonance avec eux afin d'y apporter une réponse tant sensorielle ou corporelle que verbale. « Comme la mère qui accueille en elle les éprouvés, les besoins de son nourrisson, les décode, les transforme en éprouvés de plaisir et de bonne sensation, le psychomotricien va accueillir ces expressions corporelles très primitives et régressives »(Potel Baranes, 2019).

L'enjeu pour le psychomotricien est de pouvoir être à une juste distance : « Le professionnel doit posséder une « peau psychique » suffisamment fine, pour laisser l'adolescent résonner en lui mais assez épaisse pour servir de barrière de protection. Il possède également une intimité, une histoire et il ne doit pas envahir ou se laisser envahir par l'autre »(Gonzalez, s. d.). Hall définit la notion de *proxémique* telle que nous l'avons évoquée précédemment. Il est alors important de considérer que chacun a une représentation personnelle de cette juste distance (en lien avec sa culture et son histoire personnelle) et donc des limites qui lui sont propres et qu'il est important de respecter.

Ainsi, le psychomotricien est un partenaire symboligène. Les capacités d'accès à la représentation de l'enfant et de l'adolescent se construisent à travers la relation avec le psychomotricien. Il s'agit alors pour se dernier de faire preuve de créativité afin de proposer, en plus de la relation, d'autres médiations comme autant de supports de symbolisation. « Les qualités du médiateur utilisé (malléabilité, transformabilité, destructibilité, sensibilité) sont autant d'éléments qui vont influencer le rôle symboligène qu'il joue entre la réalité psychique et la réalité externe »(Scialom et al., 2011). Les qualités du psychomotricien telles que la solidité, la constance, l'ajustement, l'attention bienveillante et la disponibilité interne sont indispensables.

(c) La place de stagiaire et mon vécu personnel

J'ai débuté mon stage au sein du DITEP au mois d'octobre 2021, prenant part à toutes les prises en soin menées par la psychomotricienne le jeudi. J'ai débuté mon stage en restant dans une place d'observatrice participative. Peu à peu, j'ai pris de l'assurance et ai pu proposer des activités et des axes de travail, prenant une part plus active à la prise en soin.

Tout au long de la journée, les échanges avec ma maître de stage m'ont permis de trouver des réponses à mes questionnements, à aborder des points théoriques en lien avec la clinique. C'est aussi un moment dédié à la prise de note. C'est d'ailleurs au cours d'un échange lors de mon premier jour de stage que j'ai réalisé l'importance du toucher en psychomotricité au DITEP : dans le cadre de la séance de détente mais plus largement dans la relation avec les adolescents. Ces échanges, en plus du temps de régulation prévu avec la neuropsychologue à la fin de la journée, permettent également d'avoir un temps de discussion suite à des situations plus ou moins compliquées vécues dans le cadre des séances. Le passage à l'écrit et l'élaboration à plusieurs permet en outre de mettre de la distance avec les événements et de symboliser les éléments du vécu corporel et affectif.

Ce qui m'a frappée lors de ce stage et qui allait à l'encontre de mes préjugés sur l'exercice de la psychomotricité auprès d'enfants et d'adolescents qui présentent des troubles du comportement, c'est la qualité relationnelle qu'il est possible de développer avec ces jeunes. En effet, il me semble avoir rapidement pu gagner leur confiance, aidée par l'implication totale (corporelle et psychique) de chacun dans la relation. Chacun a pu trouver sa place. La mienne était celle de tiers, souvent en collaboration avec les jeunes dans les jeux, soutenant l'alliance thérapeutique notamment au moment de l'abord des difficultés de ces derniers.

Les activités dirigées mises en place durant la première moitié de la séance de Mathieu étaient en général des activités à la table qui lui permettaient d'aborder les notions de structuration spatiale ou de motricité fine, domaines dans lesquels il était en difficulté. Pour permettre à Mathieu d'être dans le « plaisir de faire », la psychomotricienne m'a associée avec lui. Étant dans la même équipe durant les jeux de société et physiquement à côté de lui (et non pas en face, de l'autre côté du bureau), Mathieu ne s'est plus senti seul face à ses difficultés et a pu investir ces temps de manière plus sereine. Vers la fin de l'année, sa sécurité interne était un appui et c'est jouer contre moi qui est devenu stimulant pour lui, même durant les activités dirigées. Il est devenu plus indépendant.

Ainsi, la difficulté pour moi réside d'avantage dans l'adoption d'une juste distance. Au début, j'avais parfois l'impression d'être « la bonne copine » et de ne pas avoir un statut professionnel. Néanmoins, mes doutes se sont rapidement estompés. Le rappel du cadre à certains moments m'a permis de réaffirmer ma position. Je pense avoir au fur et à mesure pris une place de personne ressource notamment au sein du groupe lorsqu'un jeune, se sentant débordé par son angoisse, pouvait trouver refuge auprès de moi pour verbaliser ses ressentis.

Enfin, ce qui me semble primordial aujourd'hui, touchant à la fin de mon stage, est de travailler avec les jeunes mon départ afin de ne pas mettre à mal l'alliance et le cadre thérapeutique qui devront perdurer une fois que je serai partie. Il s'agira également de me préparer personnellement à ce départ.

b) La prise en soin en psychomotricité : jeu et enjeux

La séance de psychomotricité est pensée afin de tendre vers les objectifs définis lors de l'élaboration du PPA et en collaboration avec l'adolescent, tel que nous l'avons évoqué précédemment. Elle vise à répondre à des besoins précis et identifiés. Ces derniers sont réévalués avec l'adolescent plusieurs fois en cours d'année, de même que les moyens mis en œuvre pour y répondre. Cela participe à rendre l'adolescent acteur de sa prise en soin tel qu'évoqué dans la partie sur le bilan psychomoteur. En effet, le but du psychomotricien est d'accompagner l'adolescent dans la construction psycho-corporelle. C.Potel parle de « mise en pensée du corps » (Potel Baranes, 2019).

Ainsi, la séance peut être organisée autour d'activités prévues par le psychomotricien dans le but de développer des compétences précises d'un domaine psychomoteur particulier. Cela peut être en lien avec un « contrat » mis en place avec le jeune. Néanmoins, la spontanéité y a aussi toute sa place. En effet, le psychomotricien accueille l'adolescent avec tout ce qu'il amène au moment de la séance.

Celui ci peut arriver lors du rendez-vous avec une demande, un besoin ou une envie particulière que le psychomotricien écoute et auquel il choisit de répondre. L'objectif est de passer par des activités qui parlent au jeune en question afin de favoriser sa coopération (par le sport, les jeux de société, les activités créatives...). C'est une composante essentielle de la collaboration et de l'alliance thérapeutique puisqu'elle redonne à l'adolescent une place active.

La psychomotricité est un dispositif centré que des « médiations transactionnelles » selon C.Potel. Il s'agit d'un espace, d'un temps et d'une activité particuliers. Qu'importe le choix de la médiation, l'essentiel est dans sa fonction qui elle ne varie pas : elle est l'intermédiaire entre le psychomotricien et l'adolescent, support de la relation thérapeutique. Néanmoins, le choix de la médiation n'est pas anodin, elle doit être investie pour ce qu'elle est par le psychomotricien et l'adolescent qui s'impliquent psychiquement et corporellement : « C'est en cela que la médiation va avoir une véritable valeur de symbolisation, parce qu'elle est investie pour elle-même »(Potel Baranes, 2019).

Les objectifs de la médiation en psychomotricité sont pluriels. Il s'agit dans un premier temps de proposer des expériences qui vont pouvoir s'inscrire dans un **vécu corporel** (sensations et perceptions). Dans un second temps, le jeu ou autre médiation dans laquelle l'adolescent est impliqué corporellement va permettre de donner une place à son **expression** dans le cadre d'une relation contenantante et sécurisante. Enfin, la médiation et l'étayage du psychomotricien permettront d'accéder à la **représentation** grâce à l'élaboration des éprouvés corporels.

En effet, selon D.Winnicott, la médiation suppose une régression et donc une dépendance, d'où l'importance de l'étayage contenant du psychomotricien car l'adolescent peut développer des mécanismes de défense visant à éviter cette régression. Le psychomotricien remplit alors une fonction de « mère suffisamment bonne ». Il s'appuie sur le *holding*, le *handling* et *l'object presenting* dans les différentes situations qu'il propose à l'adolescent. Il lui fournit un cadre **contenant**, adapté à ses besoins.

L'adolescent accompagné par le DITEP présente bien souvent un défaut de structuration psycho-corporelle qui entrave ses capacités de symbolisation et d'élaboration et favorise donc les passages à l'acte. La proposition d'activités concrètes par le biais des médiations corporelles, lui permet de développer des processus de représentations primaires (représentations en présence de l'objet). Les premières représentations sont liées aux éprouvés sensoriels et perceptivo-moteurs. La médiation est alors un contenant qui donne forme en permettant de transformer les éprouvés en représentations élaborées. En ce sens, le jeu partagé peut être considéré comme un levier thérapeutique puisqu'il présente les qualités indispensables à la constitution d'une enveloppe contenantante.

Dans un second temps, l'étayage verbal du psychomotricien vient lier ses représentations aux émotions. Des pensées plus élaborées prennent le relais des représentations primaires ancrées dans le corps. Ainsi, « le jeu psychomoteur sera ce moyen privilégié qui permettra au sujet de communiquer ce qui est encore non communicable sous une forme secondarisée »(Potel Baranes, 2019). Les représentations secondaires perdurent en l'absence de l'objet.

L'accès à cette capacité d'élaboration permet à l'adolescent de développer ses représentations notamment du schéma corporel et de l'image de soi. « Au travers des activités ludiques, c'est toute l'expression du corps et sa fonctionnalité qui se déploient au service d'une maturation et d'une construction « d'être soi » »(Potel Baranes, 2019). Le cadre thérapeutique soutient un sentiment de continuité de l'existence. En ce sens, la psychomotricité participe à la structuration d'une unité psycho-corporelle qui soutient la construction identitaire de l'adolescent. À travers la construction du jeu, c'est son propre psychisme que l'adolescent construit.

Lors des dernières séances, Lionel décide d'investir une activité de construction de cabanes avec des Kaplas. C'est un jeune dont le psychisme est structuré sur une rigidité qui se manifeste d'habitude par le choix répété d'une même activité sur un grand nombre de séances et par une volonté de tout contrôler. Néanmoins, durant les trois séances où il investit ce jeu je remarque une progression. Tout d'abord, il accepte que je construis avec lui tout en discutant. Il peut accepter mes conseils et les appliquer de manière différée. Lors de la première séance, il exige que l'on reproduise le modèle à l'identique. Au fur et à mesure, il fait preuve de spontanéité et de créativité. Il tolère mes erreurs et lorsque la maison s'effondre, cela l'amuse. Il est de plus en plus adapté dans la relation et s'ouvre peu à peu à nous.

L'acquisition d'une certaine sécurité interne permet par la suite de travailler sur des compétences psychomotrices ou des aspects plus instrumentaux grâce aux jeux de société, aux activités artistiques et au sport notamment. Les jeux de société permettent par exemple, selon le type, de travailler sur la structuration spatio-temporelle (ce qui consolide la notion d'unité psycho-corporelle), la motricité fine, ou la graphomotricité. Ils permettent également un travail autour de la tolérance à la frustration et de l'ajustement relationnel. Les activités artistiques, outre les compétences instrumentales qu'elles mobilisent, permettent de stimuler les capacités créatives et l'imaginaire de l'adolescent. Enfin, passer par le sport permet entre autres de travailler des compétences de motricité dynamique et d'ajustement tonique (jeux de visée, d'équilibre, de coordinations et de dissociations...) et de favoriser une décharge des tensions internes.

C'est le cas de Cédric, 13 ans, qui a longtemps investi les séances de détente mais qui déclare en cours d'année ne plus en ressentir le besoin. En effet, nous le notons bien plus calme et adapté dans la relation avec nous. Il est en revanche en demande d'activités plus dynamiques, il veut « faire du sport ». Nous acceptons de répondre à cette demande à condition qu'il soit en mesure d'organiser ses jeux sans être dans de la décharge motrice pure. Il organise alors des « Jeux Olympiques » : il met en place le matériel et le range à la fin, invente un système de points et de récompenses. Ce jeune ne présente pas de difficulté de motricité globale. Cependant, passer par une activité plaisir permet d'une part de travailler ses capacités d'anticipation, et de planification et d'autre part de renforcer ses assises narcissiques. Ainsi, au début du troisième trimestre, il a été en mesure de comprendre les objectifs de prise en charge que nous lui avons expliqués et d'accepter de commencer un travail à la table afin d'aborder les domaines dans lesquels il était plus en difficulté. Ce travail préalable a été essentiel dans l'instauration d'une alliance thérapeutique suffisamment solide et d'une sécurité interne chez Cédric.

Durant mon stage, j'ai également réalisé l'importance que revêtent la valorisation des adolescents. Fragiles dans leurs assises identitaires, ils y sont particulièrement sensibles. Ainsi, je pense qu'il est important de valoriser l'adolescent dès qu'il accepte de se confronter à ses difficultés. L'abord de ses difficultés pour un jeune peut alors passer d'être à une source d'angoisse à être source de fierté. Il est donc essentiel de passer par la verbalisation, de mettre des mots sur les progrès que l'on observe. La prise de conscience de ses progrès devient une source de motivation, induit un plaisir de faire avec l'autre et d'oser. Un système de récompense peut permettre de mettre en place des renforçateurs positifs, véritables moteurs d'une prise en charge qui progresse (dans le cadre d'une prise en charge rééducative ou éducative). En ce sens, le psychomotricien peut proposer une activité « plaisir » ou un moment de jeu libre, choisis par le jeune après l'investissement d'une activité dirigée plus ciblées sur ses difficultés. À différencier de la notion de chantage, il s'agit d'avantage d'un contrat tacite passé avec le jeune.

Tout le long de mon stage, j'ai remarqué que la psychomotricienne proposait également très régulièrement des séances de détente aux adolescents. Outre l'intérêt que cette proposition comporte en tant que médiation, j'ai pu constater que le toucher revêt un outil à part entière pour le psychomotricien dans la prise en soin des adolescents.

II] Le toucher dans la situation de détente

1. Cadre de la séance : *qui? quand? Comment?*

Les adolescents accompagnés par le DITEP présentent une agitation importante due à une instabilité et une insécurité interne. En effet, leurs comportements peuvent se trouver dominés par les circuits neurologiques du stress et dans des modes relationnels d'urgence, souvent en lien avec leur vécu personnel. Ils se présentent en état d'alerte ou d'hypervigilance, avec peu de stratégies d'auto-apaisement. Ainsi, dans l'absolu, il est important de proposer des situations d'apaisement à tous les enfants et adolescents accueillis au sein du DITEP. Tous présentent un besoin de renforcement de leur enveloppe corporelle afin d'atteindre un meilleur niveau de sécurité interne. Néanmoins, tous les adolescents ne sont pas en mesure d'accepter la proximité induite par le toucher en situation de détente qui peut être vécu comme intrusif ou angoissant. De plus, le handicap psychique reconnu par la loi de 2005 pour les enfants et adolescents accompagnés par les DITEP réside en leur incapacité à maintenir une distance relationnelle adaptée. Ainsi, la situation de détente paraît être un incontournable de la psychomotricité auprès de ce public mais elle ne se propose pas sans avoir au préalable instauré un cadre spatio-temporel et une relation thérapeutique stable et sécurisante.

Une prise en soin psychomotrice axée autour de la détente par le toucher n'a pas de commencement type. Le psychomotricien identifie les besoins de l'adolescent en fonction de ses ressentis. Il peut alors proposer à l'adolescent une séance de détente lorsqu'il pense que cela pourrait être un moyen pour lui de répondre aux objectifs de prise en soin définis lors du PPA. Cette proposition s'accompagne nécessairement d'une explication claire du cadre. Si la question du **consentement** est primordiale pour toutes les modalités de prise en charge, elle l'est d'autant plus lorsqu'il s'agit pour l'adolescent d'accepter d'être touché par un adulte. La demande de la séance de détente peut également émaner directement de l'adolescent qui est conscient de son besoin d'apaisement et qui présente un attrait pour cette médiation ou bien qui montre une curiosité particulière vis à vis des instruments de massage mis à disposition dans la salle de psychomotricité. ,

Néanmoins, il est essentiel de garder en tête que, si tous les adolescents du DITEP présentent un besoin d'apaisement, le moyen de parvenir à cet objectif en psychomotricité est différents pour chacun d'eux.

Lorsque le psychomotricien décide de commencer une séance de détente par le toucher, il installe d'emblée un **cadre contenant**. Dans un premier temps, il s'agit pour le psychomotricien de s'inscrire dans un cadre théorique de pensée. Ainsi, pour parvenir à être le plus contenant possible, le psychomotricien s'inspire de tous les modèles théoriques que nous avons évoqués précédemment lorsque nous avons décrit le rôle du toucher dans la construction psychique du sujet et dans la relation. La séance de détente devient alors une application clinique des différents concepts de *holding*, *handling* et *object presenting* développés par D.Winnicott, du dialogue tonico-émotionnel développé par H.Wallon et J.Ajuriaguerra et de l'accordage affectif développé par D.Stern afin de permettre à l'adolescent de vivre en toute sécurité des expériences corporelles positives. Il va étayer le vécu corporel de l'adolescent en l'élaborant sur le plan verbal en se basant sur les concepts de la fonction α de W.Bion, de la « peau psychique » de E.Bick et des fonctions du Moi-peau de D.Anzieu.

Pour mettre en application ces notions, le psychomotricien a recours à différents outils. Par définition, la séance de psychomotricité est contenante de par le cadre spatio-temporel et relationnel par lequel elle est portée, comme nous l'avons évoqué dans une précédente partie. D'autre part, la contenance des séances est accentuée par la ritualisation. Le déroulé de la séance est toujours identique. Parmi des exemples de ritualisation, on retrouve le fait de proposer à l'adolescent de choisir les instruments de massage au début de la séance ou bien le fait de lui proposer un temps de verbalisation pour la clôturer.

La contenance peut être apportée par la création d'enveloppes sensorielles qui viendront soutenir l'enveloppe corporelle créée via la stimulation tactile de la peau. Le massage peut également constituer une stimulation proprioceptive (pressions profondes) ou vestibulaire (mobilisations passives). La lumière tamisée et le coussin à micro-billes viennent contenir sur des modalités visuelles et proprioceptives. Une enveloppe sonore est également installée par la voix douce et posée du psychomotricien qui prodigue le massage. Enfin, on peut également imaginer diffuser une musique douce en fond pour amplifier l'enveloppe sonore ou des huiles essentielles pour stimuler le sens olfactif.

Le psychomotricien constitue lui-même un élément contenant du cadre thérapeutique qu'il met en place de par sa qualité de présence et d'écoute des éprouvés de l'adolescent. Cette qualité de présence « tient compte autant de son positionnement dans l'espace, de ses propres appuis, de sa tonicité, des inflexions de sa voix, sa mélodie, son rythme »(Potel Baranes, 2019). En effet, la séance de détente par le toucher induit nécessairement une certaine régression chez l'adolescent .

La relation psychomotrice évoque alors les premières trames d'une enveloppe relationnelle primaire. Le psychomotricien va, d'une part, stimuler et accepter l'excitation du côté du plaisir chez l'adolescent et d'autre part s'assurer de leur intégration psychique puisqu'il a un rôle de pare-excitation.

Le toucher est lui aussi cadré. En première intention, le psychomotricien va utiliser des instruments de massage (balle à picots, balles sensorielles, rouleaux, brosses, knobber vibrant, masseur de tête...) par-dessus les vêtements. En effet, le toucher direct peut être vécu comme intrusif et être une source d'anxiété. D'autre part, il peut également être érotisé chez l'adolescent dont la poussée pubertaire fait bouillonner les hormones. Ainsi, lorsque l'adolescent demande à être massé directement par les mains sur la peau, c'est au psychomotricien qu'il revient d'évaluer la demande et de poser des limites s'il pense que c'est nécessaire au maintien du cadre thérapeutique. Dans la même idée, le psychomotricien va masser l'ensemble du corps en évitant les zones intimes et celle que l'adolescent ne veut pas qu'il masse. L'intimité de l'adolescent est bien évidemment respectée. « Tout le corps est massé (dos, bras, jambes, mains, tête, poitrine, ventre), sauf évidemment les zones corporelles intimes. C'est un toucher d'apaisement, donc de soin, et pas un toucher qui pourrait susciter confusion, ambiguïté et excitation »(Sarda, 2003).

Bastien est un jeune de 12 ans qui investit essentiellement des activités de détente. Lors de ces séances, il choisit toujours des instruments rugueux, rudes. Il semble que pour qu'il ressente quelque chose, il faille « appuyer fort ». C'est un garçon qui a longtemps été victime de violences dans son enfance et qui semble s'être construit une carapace d'« insensibilité » : « le corps maltraité [...] fait tellement mal que par dissociation, il n'y a plus de ressenti »(AIRE & MÈTIS Europe, 2016).

Alors, le jour où, il nous a demandé de le masser à mains nues, avec des effleurages au niveau du dos et des bras notamment, cela m'a étonnée. Pourtant, nous avons accepté car il semblait évident que sa demande allait dans le sens du besoin d'un toucher maternant et contenant qui n'avait rien à voir avec un toucher érotisé.

La place d'acteur de l'adolescent est garantie par le choix d'un nombre limité d'instruments utilisés qui lui revient. Il s'assure ainsi que ces besoins sensoriels soient satisfaits, il garde une certaine maîtrise et cela est rassurant pour lui. L'adolescent choisit également s'il préfère être massé assis ou allongé. La seule condition réside dans le confort de sa position puisqu'il est invité à rester calme, le plus immobile et passif possible. Cela constitue déjà une difficulté pour ces jeunes.

En effet, Bastien fait partie de cette majorité d'adolescents accueillis par le DITEP qui sont dans l'hypermotricité et le contrôle. Ainsi, accepter de se laisser masser sans bouger est compliqué pour lui. Au départ, c'est lui qui décidait de qui massait quelle partie du corps et de quelle façon. Tentant de l'accompagner dans le lâcher prise, nous lui avons demandé de ne plus diriger le massage. Il a alors commencé à induire physiquement nos massages (en tendant son bras, se tournant, etc). La détente volontaire n'est pas, à ce jour, possible pour Bastien pour qui semble bien trop préoccupé par des éléments extérieurs pour baisser sa garde.

2. Intérêt et objectifs : *pourquoi?*

La mise en place des séances de relaxation fait partie des compétences du psychomotricien et est inscrit dans le décret d'acte. La séance de détente proposée dans la salle de psychomotricité du DITEP (en individuel ou en groupe) entre dans ce cadre. Les adolescents qui investissent les séances de relaxation sont en général en recherche d'un apaisement psycho-corporel, un « mieux-être ». Pourtant, la spécificité du psychomotricien ne réside pas dans seul le fait de procurer du « bien-être » à ces jeunes.

Quels sont alors les objectifs de la séance de détente par le biais du toucher telle qu'elle est proposée par le psychomotricien aux adolescents du DITEP ?

L'objectif du psychomotricien ne se cantonne pas uniquement à la procuration d'un moment de bien-être. Il s'agit en premier lieu d'accueillir les états de mal-être de l'adolescent, de chercher à les comprendre et de trouver ensemble des solutions, différentes des symptômes que sont les troubles du comportement notamment. C.Potel a expliqué lors d'une conférence destinée aux étudiants en psychomotricité de Bordeaux le 15 avril 2022 : « Mais dans l'attente de ces autres solutions éventuelles à trouver, le travail de relaxation va correspondre à une étape intermédiaire, que sont : le portage, la relation, les sensations, la parole à partir des sensations ». C'est le cadre théorique (évoqué précédemment) qui garantit au psychomotricien sa spécificité et qui fait que le massage proposé par ce dernier sera toujours différent de celui proposé par un autre professionnel de santé ou du bien-être.

Les objectifs de prise en soin par le toucher dans la séance de détente sont sous-tendus par les présupposés que sont la contenance, le portage, les enveloppements. Il s'agit de permettre à l'adolescent de retrouver le sens de lui-même dans son corps.

Un des premiers objectifs du psychomotricien va être de « faire de la détente un port d'attache » comme l'exprime C.Potel. Cette médiation lui permet d'offrir à l'adolescent un **espace relationnel** privilégié et contenant en réduisant la distance et en investissant un canal de communication autre que le langage verbal. Cela est amplement permis par la disponibilité du psychomotricien, ses capacités d'écoute et d'empathie ainsi que par le cadre contenant qu'il met en place. « Un environnement est ainsi créé, humain et non humain, et nous comptons sur la stabilité de cet univers, qui pourra peut-être aider à lutter à contre courant de ce qui paraît parfois comme une fatalité dramatique pour le patient : la répétition du drame, de la carence, de la folie ».

L'instauration de ce repère sera le prérequis pour qu'il puisse atteindre un certain niveau d'**apaisement psycho-corporel** grâce au dialogue-tonico-émotionnel. Les effets physiologiques (détente musculaire, libération d'ocytocine, diminution de la fréquence respiratoire et augmentation de son amplitude) induisent un apaisement psychique.

Les capacités à se détendre volontairement chez l'adolescent proviennent de la qualité de ses interactions précoces. En effet, si elles ont permis l'expérience de la sensation de détente, celle-ci est inscrite dans la peau, véritable soutien de la mémoire corporelle. «Les premières expériences de détente ont été primordiales, se sont inscrites dans une mémoire du corps, un fonds de mémoire originelle » selon C.Potel. Le recours ultérieur à l'appareil perceptivo-sensoriel nécessaire à l'équilibre psychique en dépend. Or on constate que c'est ce qui fait bien souvent défaut chez les adolescents que nous accompagnons en psychomotricité au sein du DITEP. Il s'agit alors d'offrir des situations grâce auxquelles le jeune expérimente cette sensation de détente, afin qu'elle **s'ancre dans sa mémoire corporelle** et qu'il puisse y avoir recours ultérieurement si besoin.

Le vécu agréable de ces expériences permet par ailleurs de soutenir un investissement corporel positif. Ceci contribue au sentiment d'habiter son corps, d'être au monde. Le toucher contribue à la constitution d'une **image du corps positive**.

Par le biais du toucher, c'est l'intégralité de l'enveloppe corporelle qui est stimulée. La perception des différentes sensations qu'il éprouve et leur intégration dans son psychisme permettent à l'adolescent de prendre conscience de son unité psycho-corporelle. Ainsi, le massage en situation de détente contribue à la **structuration du schéma corporel**, préalable à une structuration spatio-temporelle satisfaisante. Les sensations globalisées en fin de massage notamment viennent souligner cette sensation.

La stimulation de la peau qui constitue une limite entre le dedans et le dehors ainsi que le fait de se recentrer sur ses propres sensations, permettent à l'adolescent de se différencier de l'autre et de **renforcer son sentiment identitaire**.

Au fil des séances, l'objectif est également d'affiner les capacités à ressentir les différences perceptives. On parle de la stimulation des **stéréognosies**. C'est également un moyen pour le psychomotricien de mettre en jeu les **capacités attentionnelles** de l'adolescent. L'incitation de la verbalisation de ces perceptions est d'autre part un préalable à la symbolisation.

Enfin, le dernier objectif, comme pour toutes les médiations en psychomotricité (comme nous l'avons évoqué auparavant) est de parvenir à développer les **capacités de symbolisation** de l'adolescent. En effet, le massage par le toucher permet l'application de la boucle « sensation-perception-représentation ». Ce moment de relaxation pourra ensuite évoluer vers d'autres méthodes pouvant appuyer d'avantage sur ces capacités de représentation afin de réveiller chez l'adolescent ses **capacités créatives et imaginaires**.

« L'enfant va re-liaison les multiples passerelles allant :
des sensations repérées aux émotions corporelles repérées ;
de ces émotions repérées à l'intériorisation de leurs représentations ;
de cette intériorisation à la mise en mots (verbale, graphique, gestuelle) ;
de cette mise en langage au vagabondage, à la rêverie, au voyage intérieur, à l'intimité psychique, jardin secret échappant à l'emprise de l'autre pour les uns, créant une présence en soi, c'est-à-dire se rendre corporellement et psychiquement présent à soi, pour d'autres. »

(Sarda, 2003).

3. Conditions et limites : *pourquoi pas?*

En psychomotricité, le travail corporel revêt deux composantes essentielles : stimuler et contenir. Néanmoins, pour que ce travail puisse être perçu comme une médiation symbolisante, il faut s'assurer que les excitations (provocations de réactions physiques et psychiques) engendrées par les stimulations corporelles puissent être contenues. Le psychomotricien doit donc s'assurer de la solidité du cadre spatio-temporel et relationnel assurée, en grande partie, par sa propre posture professionnelle.

En effet, le premier risque d'un travail corporel avec les adolescents est de favoriser une régression trop importante. L'adolescent peut se sentir infantilisé, ce qui va l'atteindre dans ses assises identitaires et mettre à mal la relation thérapeutique. Par conséquent, il n'adhérera pas à la proposition et pourra même y répondre de manière inadaptée, par des troubles du comportement notamment.

« Contenir les éprouvés corporels des adolescents, leurs angoisses, les protéger des débordements pulsionnels et des envahissements fantasmatiques, maintenir un lien avec la réalité en supportant néanmoins les frottements avec le bizarre et l'étrange, voilà qui nous demande d'avoir une conception pluridimensionnelle du corps, un corps récepteur de sensations, émetteur d'actions, vecteur d'expression et d'émotion, un corps qui porte en lui ses propres processus de symbolisation » (Potel, 2015). Cela demande également au psychomotricien une grande qualité de présence et une disponibilité entière. Cela implique qu'il ait auparavant vécu lui-même des situations de travail corporel (durant ses études et même par la suite dans le cadre d'une pratique personnelle) qui lui auront permis de prendre conscience des sensations qu'elle peuvent engendrer ainsi que de connaître ses propres limites et d'en tenir compte. .

Il ne faut pas oublier non plus que la mise au travail du corps dans une proximité relationnelle peut engager des sensations et éprouvés intenses. Si ces derniers s'additionnent à des préoccupations qui tournent autour de la sexualité génitale (ce qui caractérise les adolescents en pleine poussée pubertaire, tel que nous l'avons évoqué précédemment), alors on peut parfois susciter une érotisation de la relation. Ce travail thérapeutique est alors contre-indiqué vis-à-vis les angoisses et les excitations qu'il génère. C'est en ce sens que l'on préfère utiliser lors des séances de détente un toucher médiatisé par les instruments de massage et par-dessus les vêtements.

Enfin, il est également important d'avoir à l'esprit que pour beaucoup de ces jeunes, les interactions précoces sont marquées par des violences, directes ou indirectes et parfois même sexuelles. La question du toucher peut alors parfois être associée à ces vécus de violence. Cette violence conduit à une objectivation du corps et les assises narcissiques identitaires sont gravement mises à mal. Il est donc important de redonner à l'adolescent sa place de sujet ayant le contrôle du corps qu'il habite. Les questions du consentement et du droit au refus sont primordiales. La séance de détente pourrait en outre constituer un théâtre de reviviscence pour cette mémoire post traumatique. Avant de proposer une séance de détente et de toucher un adolescent, il faut avoir conscience de cela et être prêt, en tant que garant du cadre contre lequel viendraient se heurter ces éléments, à les contenir afin qu'il ne soient pas destructeurs pour l'adolescent. L'objectif serait plutôt de pouvoir en faire quelque chose de l'ordre de l'élaboration et de l'intégration psychique. Il est également important pour le psychomotricien de ne pas travailler seul dans ces cas là et de prendre appui notamment sur les collègues psychologues.

Ainsi, l'enjeu du travail corporel en psychomotricité tel qu'il peut être proposé lors des séances de détente par le toucher, est de proposer des situations suffisamment stimulantes **et** contenant dans le but d'accompagner l'adolescent dans sa structuration psycho-corporelle et la construction de son identité. Il est en parallèle impératif de maintenir une certaine distance en lien avec la fonction de pare-excitation exercée par le cadre thérapeutique. En effet « [...] l'éthique générale du soin en psychomotricité est de conférer au sujet défaillant une capacité corporelle relationnelle satisfaisante ou du moins suffisante pour recréer un équilibre pulsionnel et relationnel vivable »(Scialom et al., 2011).

III] Étude de cas: prise en charge individuelle de PAUL

1. Anamnèse

Paul intègre dans un premier temps le DITEP pour deux journées d'immersion en juin 2018. Il intègre ensuite l'établissement à plein temps à partir de septembre 2018.

a) Situation familiale

Paul est né le 16 février 2008, c'est le second enfant né de l'union de ses parents. Sa mère a déjà un fils de vingt ans et une fille de dix huit ans nés d'une précédente union. Les parents de Paul ont également eu une fille qui est décédée trois semaines après sa naissance, un an avant la venue au monde de Paul. Il a également un petit frère de dix ans et une petite sœur de six ans. Les parents de Paul sont mariés et travaillent tous deux, l'un en tant que salarié manutentionnaire et l'autre comme agent polyvalent de l'éducation nationale. Toute la famille vit sous le même toit.

Selon la mère de Paul, il ne présente pas plus de problèmes que ses autres frères et sœurs à la maison. Paul pouvait être victime de **crises clastiques** (crise impressionnante au cours de laquelle le sujet devient violent et brise des objets, qui traduit un débordement interne massif) lorsqu'il était plus jeune mais cela ne serait plus d'actualité au moment de l'admission au DITEP. La demande d'orientation en DITEP est soutenue par la saturation éprouvée par les parents qui sont sans cesse appelés par l'école. Les parents de Paul sont favorables à une prise en charge par le DITEP mais ils refusent d'y laisser Paul pour les nuits. Ce refus est en lien avec un événement de l'histoire familiale que la mère ne souhaite pas évoquer.

Paul n'exprime aucune attente quant à son admission au DITEP. Il ne souhaite pas intégrer l'établissement.

b) A l'école

Des difficultés sont apparues pour ce jeune dès la maternelle. Il est alors décrit comme turbulent avec un comportement qui « attire les ennuis ». Des conflits perdurent depuis entre l'école et la famille. Les capacités de communication et d'interaction sociale avec ajustement au contexte de Paul sont entravées. À ces difficultés s'ajoute une impossibilité pour ce jeune de gérer ses émotions, notamment une colère très importante lorsqu'il est confronté à des obstacles. Paul présente une intolérance à la frustration et très peu de confiance en lui. Les caprices, les mises en danger de lui-même et les rapports conflictuels avec ses pairs conduisent souvent les différents professionnels à exclure Paul des temps périscolaires et à écrire des mots aux parents quasiment tous les jours. On note par ailleurs, dans le domaine scolaire, des difficultés d'apprentissage. La collaboration du jeune est aléatoire, avec parfois une opposition doublée d'une labilité attentionnelle. Tout ceci constitue un motif d'orientation en DITEP.

c) Éléments médico-psychiatriques

Avant son admission au DITEP, Paul à été suivi par un CMPEA entre 2014 et 2015 où il a été suivi par un médecin pédopsychiatre et une psychologue. Néanmoins, ces prises en charge ont été interrompues à cause des crises de Paul. Il a également été orienté vers un CMPP en 2017 pour effectuer des bilans mais aucun suivi n'a été entamé.

Dans le recueil de données construit au moment de l'admission de Paul en 2018 (lorsqu'il avait alors dix ans), il est écrit que Paul n'a jamais pris et ne prend pas de traitement à ce moment-là. On apprend par ailleurs par la mère de Paul que son père présentait également des troubles du comportement étant jeune et qu'il prenait alors un traitement médicamenteux.

Lors de son diagnostic, le médecin psychiatre mentionne un **trouble oppositionnel avec provocation (TOP)**, une inadaptation dans le contact social et relationnel et une intolérance à la frustration. Il diagnostique également un **trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)** avec notamment une capacité attentionnelle très courte. Il a tendance à se décourager facilement. Le médecin psychiatre évoque également de bonnes capacités motrices et perceptives ainsi que l'aspect soutenant des supports visuels dans les apprentissages. Il préconise la relation duelle avec comme supports l'humour et le jeu auxquels Paul semble sensible et qui peuvent constituer selon lui des points d'appui.

Le médecin psychiatre expose donc des indications d'accompagnement, avec un projet basé sur la prévisibilité et l'anticipation des procédures, des supports visuels et de manipulations. Les objectifs transversaux qui sont dégagés lors du premier Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) seront alors de permettre à Paul de trouver l'apaisement, d'être en confiance et de mieux accepter la frustration.

2. Bilans après trois années dans la structure

a) Bilan psychologique

La psychologue qui suit Paul en entretiens individuels dorénavant, mentionne son besoin de temps pour trouver sa place au sein de l'établissement. Il parvient petit à petit à s'inscrire dans ce lieu. Elle évoque un rapport au monde chahuté et chaotique, avec une difficulté pour ce jeune à construire une continuité et à historiciser ses moments de vies. Selon elle, cela transparaît dans une posture corporelle difficile à maintenir. Paul est en proie à des angoisses corporelles (corps qui explose) et de mort (peut-être en lien avec le décès de sa sœur aînée) dont il ne dit pas grand-chose. Néanmoins, il peut évoquer ses sensations corporelles désagréables et ses douleurs auprès de l'infirmière de l'établissement qui constitue une personne ressource.

Paul met en place des appareillages imaginaires afin de créer du lien (vidéos, chansons...). Cependant, il semble plus attiré par le visuel des corps en mouvement que par le sens des choses qui se produisent dans ces vidéos. Paul a recourt à divers moyens et effectue plusieurs tentatives pour se structurer (comme l'exemple de l'identification à un youtubeur) mais elles se soldent par des échecs. La psychologue constate un décalage avec les autres jeunes de son âge et ses préoccupations. Elle évoque une dissociation psychique, comme une disjonction entre les événements vécus par Paul et son ressenti émotionnel qui ne sont pas toujours rattachés. Ainsi, Paul parvient peu à peu à trouver des points de stabilité et un ancrage au sein de cet établissement malgré une grande insécurité interne.

b) Bilan éducatif

D'un point de vue éducatif, plusieurs problématiques sont à relever chez Paul. En effet, un travail important est réalisé autour de la question du soin et de l'hygiène qui font défaut chez ce jeune. D'autre part, l'alimentation reste un sujet sensible : Paul mange peu et est très sélectif (il mange essentiellement des sucreries). Il fournit de plus en plus d'efforts pour goûter mais peut s'enfermer dans des comportements enfantins lorsqu'il n'y est pas disposé.

Au sein des unités de vie, Paul a su tisser des liens de confiance avec des professionnels qui constituent aujourd'hui des personnes ressources auprès desquelles il parvient à verbaliser ses ressentis, à revenir sur des situations qui l'ont interpellé. Cependant, son mode de communication n'est pas toujours ajusté ce qui lui vaut des difficultés relationnelles avec ses pairs au sein de l'institution. Il peut être impliqué de manière indirecte dans les conflits cherchant à « titiller » l'autre, sans pour autant être dans aucune forme de violence. La présence de l'adulte lui permet de prendre conscience des limites du cadre et il est capable de réajuster son comportement en fonction.

Dans le cadre des ateliers éducatifs auxquels il participe, Paul est poli, respectueux des règles et du cadre. Il peut se montrer très consciencieux, impliqué et performant dans les activités qu'il investit particulièrement (cheval, cuisine). Si certains codes ne semblent pas encore acquis, la présence soutenante et l'accompagnement de l'adulte lui permettent de progresser dans un environnement stable et sécurisé.

c) Bilan pédagogique

Au niveau pédagogique, de nombreuses lacunes sont relevées dans les différents domaines. Néanmoins, Paul montre de bonnes capacités de compréhension et une certaine implication, il est volontaire. Lorsque l'expression orale ou la lecture sont entravées par des difficultés de prononciation, il passe volontiers par l'écrit. Paul présente de nombreuses capacités et un potentiel qui mérite d'être développé selon ses professeurs.

d) Bilan psychomoteur

(a) Présentation du bilan

Aucun bilan normé n'a pu être réalisé avec Paul au moment de son admission au DITEP (en juin 2018), il est donc basé sur des observations cliniques.

Lors des premières séances, Paul accepte de suivre la psychomotricienne dans la salle mais la passation des différents items de bilan n'a pas pu être possible car Paul n'était pas disponible à ce moment-là. Il nécessitait certainement un temps afin d'établir une relation de confiance et de s'apaiser. L'objectif premier lors des premières séances pendant son immersion était de ne pas créer de situation anxiogène ou frustrante afin de ne pas déclencher une crise.

(b) Observations cliniques lors des séances en immersion

Paul est dans l'agir, en mouvement permanent et montre des difficultés à se poser sur la durée. Ainsi, ses capacités de concentration sont moindres, et sa relation à l'autre peut être perturbée par son agitation permanente puisqu'il est difficile de capter son attention.

Durant ces premières séances, Paul explore la salle et le matériel mis à sa disposition. Il révèle des capacités motrices satisfaisantes, en accord avec son âge. Cependant, Paul peut rapidement se mettre en danger et montre ainsi un défaut de conscience corporelle et de contrôle tonique et moteur. La psychomotricienne constate d'autre part une latéralité homogène à droite.

Son intérêt s'est rapidement porté sur les instruments de massage destinés à la détente. Il demande de lui-même à essayer et parvient à se poser pendant 15 minutes. Il atteint un niveau de lâcher prise satisfaisant et s'apaise.

Paul ne semble pas correctement repéré dans dans le temps social (ne connaît pas sa date de naissance et ne maîtrise pas la chronologie des mois). On relève ainsi une fragilité de sa structuration spatio-temporelle.

(c) Conclusion

Ainsi, **Paul présente des capacités motrices d'un niveau conforme à ce qui est attendu pour son âge mais elles sont entravées par une dynamique tonico-émotionnelle perturbée.**

Même si un bilan psychomoteur conventionnel n'a pas pu être réalisé au départ (et n'a pas été réalisé ensuite), une prise en charge en psychomotricité est préconisée en accord avec toute l'équipe pluridisciplinaire qui constate un urgent besoin d'apaisement chez Paul dès les premières journées d'immersion. Les objectifs de prise en charge psychomotrice sont donc l'accompagnement dans la **gestion des émotions** et la recherche **d'apaisement**.

Parmi les moyens mis en œuvre pour parvenir à ces objectifs en psychomotricité, on retrouve dans un premier temps le fait de lui offrir un **lieu ressource stable et sécure** et un temps durant lequel il va pouvoir être en relation avec son environnement et communiquer avec autrui de manière ajustée dans une relation contenant et apaisante. D'autre part, les séances de psychomotricité seront l'occasion pour lui d'expérimenter des **vécus corporels positifs** et ainsi de se rapprocher de ses sensations pour parvenir à être littéralement « mieux dans sa peau ». Enfin, le but va être de rendre Paul de plus en plus **acteur de sa prise en charge** en lui offrant des choix et en sollicitant la verbalisation de ses ressentis tout en soutenant ses capacités avec de la guidance et de l'accompagnement.

e) Conclusion et lecture psychomotrice

Au terme de ces trois ans passés au sein de l'établissement, Paul semble avoir acquis une certaine confiance en l'adulte ainsi qu'une base de sécurité et de stabilité qui lui permettent de se montrer plus apaisé. Cependant, son évolution reste cyclique. Par période, Paul peut se montrer très fatigué, il peut également être régulièrement absent. De plus, son état interne se traduit par des manifestations corporelles et somatiques (impétigo, manque de soin, blessures de la peau, maux de tête..). Selon Catherine Potel « Ces dernières manifestations symptomatiques, peu graves en apparence, peuvent [...] être des signes d'appel qui ne préjugent pas de la gravité réelle de la pathologie »(Potel, 2015). Son rapport complexe à l'alimentation peut également être mis en lien avec ses angoisses et confirme une perception corporelle particulière. Le chaud et le sucré rassurent Paul, il peut s'y réfugier.

D'autre part, Paul peut exprimer certaines impossibilités pour lui, comme celle d'être présent au sein de l'établissement lorsque ses frères et sœurs sont à la maison (les jours de grève par exemple) sans parvenir à l'expliquer davantage. De même, la proposition d'effectuer un stage à l'extérieur de l'établissement lui a été faite mais il a refusé, son insécurité interne étant toujours massive. Néanmoins, Paul parvient de mieux en mieux à gérer sa frustration et aujourd'hui ses crises sont rares.

On peut faire l'hypothèse chez Paul d'une dynamique tonico-émotionnelle perturbée en lien avec un système d'attachement insécure. Ce système d'attachement se construit durant la première année de vie, en fonction des relations nouées avec les figures d'attachement qui sont ici les parents de Paul. Durant cette période, la vie du bébé est organisée autour de ses besoins physiologiques et l'attachement se construit en fonction de la qualité de réponse à ces besoins..

« Si les relations demeurent bien-traitantes, bien sécurisées dans ses enveloppes psychotiques, en se développant, l'enfant aura la possibilité de vivre librement ses émotions sans exploser, de parler de ce qu'il ressent sans destructivité et d'agir sans transgressions corporelles » (S. Robert-Ouvray, 2014). Or, nous constatons chez les parents de Paul un prendre soin au sens du corps et au sens psychique qui peut parfois faire défaut. Ils ne semblent pas porter attention à son hygiène ou à son état de fatigue, ils lui achètent beaucoup de bonbons. Lorsqu'on leur parle des souffrances et des besoins psychologiques de Paul, ils ne semblent pas en avoir conscience. On peut se demander quelle en est leur perception et s'interroger sur le lien éventuel avec le décès de leur fille un an avant la naissance de Paul. « Lorsqu'une mère est déprimée, absente de la relation, vide d'affects pour son enfant, ou lorsque les parents ont une cécité émotionnelle forte, ou lorsqu'ils ne tiennent pas compte de la vie affective de leur bébé, celui-ci est gravement frustré dans ses besoins psychologiques. Il attend de l'autre du sens pour comprendre son monde interne, une confirmation de la vérité de ses sensations et une validation de sa motricité »(S. Robert-Ouvray, 2014). C'est ce dont Paul sembla avoir manqué et qui s'exprime par son comportement (intolérance à la frustration, crises de colère et de destructivité, mode de relation inadapté). « Notre capacité à réguler avec satisfaction nos émotions dépend, via les mémorisations, de notre équilibre psycho-corporel. » (Boscaini & Saint-Cast, 2010).

On peut également faire le lien entre ces signes cliniques et le « syndrome du gisant » développé par S.Sellam (Sellam, 2019). Il s'agit de la réparation transgénérationnelle d'un décès injustifié ou injustifiable (qui serait ici celui de la sœur de Paul) par la conception d'un autre enfant. Cette réparation peut avoir comme conséquence le développement d'une pathologie organique ou d'un trouble psychique chez l'enfant de « remplacement ».

3. Prise en soin en psychomotricité

a) Première rencontre

Je rencontre Paul peu de temps après sa rentrée scolaire au DITEP, le 10 octobre 2021. Il est alors âgé de treize ans et entame sa quatrième année au sein de l'établissement. Cette année, sa séance de psychomotricité est programmée à 9h tous les jeudis.

Je le rencontre donc pour la première fois dans la cour, lorsque nous allons le solliciter pour sa séance. La psychomotricienne n'a pas pour habitude d'aller chercher les jeunes, ce sont eux qui viennent dans la salle d'eux-même en règle générale. Cependant, même si ce n'est pas sa première séance de l'année scolaire, Paul ne semble pas avoir tout à fait intégré les repères de son emploi du temps à ce moment-là. Par ailleurs, ma maître de stage émet l'hypothèse que Paul aurait besoin que nous nous déplaçons nous même pour faire le premier pas vers lui et amorcer la rencontre. C'est quelque chose qui semble se vérifier lors des rencontres suivantes et que j'évoquerai plus tard.

Lorsque je le vois dans la cour, Paul discute avec un camarade. C'est un jeune adolescent de taille moyenne et très mince. Il se présente dans une tenue en accord avec le style « normal » des jeunes de son âge, le même que la plupart des adolescents du DITEP (jogging, sweat-shirt et baskets). Pourtant, en l'observant plus attentivement lorsqu'il est en interaction avec nous, on peut noter des signes de détérioration: des chaussures sales, des vêtements troués... . « Les vêtements vécus comme une enveloppe qui sécurise, protège, distingue. » chez les adolescents selon Catherine Potel (Potel, 2015). On peut alors faire le lien ici avec le défaut d'enveloppe corporelle étanche que l'on observe chez ce jeune et que l'on évoquera à nouveau plus tard.

Par ailleurs, il se présente à nous avec un regard fuyant et une attitude de repli sur lui-même. Il est souvent tourné de trois quart, porte le masque et la capuche et regarde peu l'interlocuteur. Il se présente avec une posture en fermeture. Son apparence physique ainsi que son attitude m'évoquent une fragilité, il semble être un garçon chétif. Cependant, il reste communicant, poli et accepte volontiers de nous suivre vers la salle pour sa séance de psychomotricité.

b) Prise en charge psychomotrice individuelle

Avant la première séance à laquelle j'assiste, la psychomotricienne m'apprend que Paul a été très régulièrement absent l'année précédente, ce qui ne lui a pas permis de s'inscrire dans une continuité de prise en charge. Selon elle, il investissait de moins en moins les activités de motricité générale pour ne finir par demander que de la détente.

Au début de mon stage, chaque séance avec Paul démarre par un **rituel**. Le jeune vient toquer à la porte de la salle puis se cache derrière le mur ou dans la salle d'attente. Ce rituel permet de soutenir la stabilité du cadre thérapeutique et contribue à son aspect contenant. Il instaure une permanence spatio-temporelle ainsi qu'une rythmicité qui est structurante. On soutient grâce à ce cadre les capacités de structuration spatio-temporelle de Paul qui est nécessaire à l'acquisition d'une solidité psychique.

Par ailleurs, le rituel permet également d'initier l'échange et la relation. C'est nous qui nous dirigeons vers lui pour aller le saluer et lui dire qu'il peut entrer dans la salle dès qu'il le souhaite. En effet, comme évoqué auparavant, Paul semble fonctionner avec un système d'attachement de type insécure. La théorie de l'attachement développée par Bowlby sous-entend que c'est sa qualité qui permet à l'enfant d'explorer par la suite. Quand Paul arrive dans la salle d'attente, son système d'attachement est activé ce qui l'empêche d'activer son système d'exploration qui lui permettrait d'entrer en relation et d'explorer sa motricité et l'espace de manière sereine. Dans ce contexte, la psychomotricienne voit son système de caregiving activé en réponse au besoin identifié chez Paul. Elle va donc agir comme une figure d'attachement et répondre à ce besoin avec de la réassurance verbale ainsi qu'un toucher qui se veut apaisant et contenant.

Au fil des séances, Paul ne semble plus avoir besoin de ce rituel de prise de contact et il est capable de venir de lui-même dans la salle de manière adaptée. Lorsqu'il arrive dans la salle, il se dirige directement vers les gros ballons sur lesquels il s'affale. Il porte souvent une capuche et se cache le visage avec les mains. On peut observer un effondrement tonique, son corps « dégouline », il semble lourd à porter. Cet effondrement est également observé par d'autres professionnels à d'autres moments de la journée. Selon sa psychologue, cet effondrement serait lié à sa difficulté à gérer les transitions. Pour ce jeune, il semble impossible de se construire une histoire, un sentiment de continuité d'existence. Cette position d'enroulement au sol serait alors un moyen de se protéger face à l'angoisse que peut générer ce moment.

Lors de ce temps de début, il parle peu, répond tout juste à nos sollicitations et il verbalise régulièrement de la fatigue. Il est généralement en demande de détente. Au fur et à mesure des séances, il peut évoquer de lui-même des inquiétudes au début de la séance, dans un échange adapté avec l'adulte.

Durant la séance, Paul est allongé sur un gros coussin à microbilles. Avant de s'allonger, il vient choisir trois objets de massage (blaireau, balle à picot, masseur de tête, rouleau sensoriel, balle sensorielle ...). Les massages sont prodigués à quatre mains par la psychomotricienne et moi-même dès les premières séances. Nous sommes assises sur des coussins au sol de part et d'autre de celui sur lequel il est allongé. Le massage dure environ 30 minutes.

Il commence la détente le plus souvent en position décubitus ventral, parfois même en position fœtale et continue à se cacher le visage avec les mains. Symboliquement, cette position évoque un besoin de se protéger du monde extérieur. L'enroulement a une fonction structurante. Comme pour le bébé, cette position permet de se protéger face au stress tout au long de la vie. C'est un "pare-excitation endogène" selon S.Robert-Ouvray (S. Robert-Ouvray, 2014) .

Au départ, Paul est agité, semblant avoir des difficultés à trouver une position confortable pour lui. Au fur et à mesure du massage, le tonus de Paul au niveau de ses membres diminue. Il est de moins en moins agité et finit par s'immobiliser. Il peut alors amorcer une ouverture de la posture. On observe son corps se déposer sur le coussin. Par ailleurs, les traits de son visage se détendent et on aperçoit Paul sourire. Au niveau respiratoire, on constate une diminution de la fréquence respiratoire ainsi qu'une augmentation de son amplitude. La détente est la première forme d'acceptation de la réalité extérieure pour le bébé, « C'est la première manière que nous avons de dire « oui » avant le langage parlé. » (S. Robert-Ouvray, 2014).

Durant ce temps, c'est essentiellement de la **contenance** que nous apportons à Paul. Le coussin à billes l'enveloppe et vient stimuler son enveloppe corporelle, les limites de son corps. La lumière tamisée ainsi que la voix douce de la psychomotricienne viennent renforcer cette sensation de contenance régressive et d'enveloppe sensorielle : « Resurgit certainement alors le plaisir du bébé à être enveloppé par le corps de sa mère, engrammé dans la mémoire corporelle » (Reinalter Ponsin, 2002).

Le travail autour de la conscience corporelle par le biais du massage et via les instruments médiateurs permettent à Paul de consolider sa conscience des limites du corps et de l'enveloppe. D'autre part, l'attention portée à la respiration permet la prise de conscience de l'intérieur du corps. « Avec le souffle, l'enfant découvre l'intérieur de son corps ; la prise de conscience respiratoire que l'on généralise à tout le corps contribue à la sensation d'unité corporelle » (Reinalter Ponsin, 2002).

On stimule ainsi la construction de son schéma corporel lié à l'image qu'il peut avoir de son corps. Le massage permet ainsi à Paul de se construire peu à peu une unité psycho-corporelle et ainsi de soutenir un sentiment de continuité de l'existence qui fait défaut à ce jeune garçon.

Le toucher est donc un moyen d'entrer en relation avec Paul. C'est le *dialogue tonico-émotionnel* développé par Ajuriaguerra qui est mis en jeu lors du massage, et ce même si des objets médiateurs sont utilisés. On peut parler des concepts de *Holding* ainsi que de la *mère suffisamment bonne* de Winnicott. Selon cet auteur, le *Holding* désigne la façon que la mère a de porter son enfant. Il a une valeur affective. Il va influencer la manière dont l'enfant va se sentir en sécurité plus tard. Dans la relation thérapeutique entre la psychomotricienne et le jeune, le toucher de la psychomotricienne peut se rapprocher du *Holding* et va permettre à Paul de se sentir en sécurité. Ainsi, lui qui semble hermétique à son environnement de par sa posture (comme s'il voulait s'isoler du monde qui l'entoure), paraît plus accessible lorsqu'on entre directement en contact avec lui par le toucher. Cette modalité sensorielle de communication semble le « reconnecter » à son corps, le rapprocher de ses propres sensations. Cela est le préalable pour qu'il puisse ensuite s'ouvrir à l'autre et à son environnement. Il est plus présent à lui-même et à l'« ici et maintenant » ce qui lui permet d'être plus présent à la relation à l'autre pour créer des liens.

Au fil des séances, il s'ouvre de plus en plus et peut parfois se retourner pour être en décubitus dorsal et donc à visage découvert. Il accepte occasionnellement les stimulations directes (avec de l'huile sur les mains ou le visage). C'est l'occasion pour nous d'amorcer un travail autour de l'**hygiène**. En effet, on lui passe une lingette sur le visage avant d'utiliser les instruments de massage ou l'huile. Il verbalise alors des sensations agréables.

Durant le massage et même après, Paul ne verbalise que très peu ses ressentis et uniquement sur sollicitation. Au début de la prise en charge, il pouvait lever le pouce lorsqu'on lui demandait si c'était agréable. Aujourd'hui, Paul est en capacité d'être un petit peu plus proche de ses sensations, mais leur verbalisation reste succincte. Néanmoins, Paul n'exprime que des sensations positives et reste en demande de ce temps de détente séance après séance. « Ici le corps peut être investi d'affects, représenté et parlé. L'enfant, qui a donc moins mal, apprend qu'il peut exister une réponse rassurante du corps qui ne produit pas que du symptôme » (Reinalter Ponsin, 2002).

Le fait d'être à deux nous permet de solliciter Paul sur sa capacité à être attentif aux différences entre nos deux touchers, entre les sensations procurées par les différents instruments sur les différentes parties du corps. On lui demande également de remettre dans l'ordre d'utilisation les instruments de massage. Nous sollicitons ainsi ses capacités stéréognosiques ainsi que ses capacités attentionnelles et d'élaboration. « En effet, s'il s'agit de permettre au sujet d'éprouver de vraies expériences corporelles – tel le bébé qui se construit avec des expériences sensori-motrices et expérimente l'espace par le biais de sa motricité active et de sa curiosité –, il s'agit aussi de l'aider à assimiler, à intégrer, à transformer ses expériences en représentation symbolique, afin qu'elles lui servent à faire d'autres expériences de plus en plus élaborées » (Potel Baranes, 2019). Paul participe activement à sa séance de détente.

Par ailleurs, il peut à nouveau être en demande d'activités dynamiques engageant sa motricité générale à partir du mois de janvier en fonction de son état psychique. Il peut alors investir des jeux de balles, d'équilibre et de visée. Il peut explorer de lui-même l'espace de la salle et le matériel qui s'y trouve. On peut alors dire que son système d'exploration est activé grâce à une sécurité interne suffisamment stable. « La construction de l'autonomie de l'adolescent repose donc sur l'activation du système d'exploration qui ne peut être optimale que si le système d'attachement est désactivé » (Atger, 2015). Paul montre alors de très bonnes capacités motrices associées à un tonus d'action adapté. Il retrouve une certaine verticalité. Or on le sait, la verticalité comporte une valeur symbolique de l'ordre du narcissisme : « des dimensions d'autonomie, de confiance en soi, de dignité ». (Scialom et al., 2011). De plus, ces moments sont l'occasion pour lui d'être dans l'échange de manière plus directe, par le langage verbal via lequel il peut faire preuve d'humour.

Ainsi, on peut observer ici une application de la boucle d'intégration « sensation, perception, représentation ». La contenance et le maternage procurés par les différentes séances de détente par le massage permettent d'enclencher des processus de symbolisation primaire. « Par cette fonction contenant, le cadre thérapeutique a une fonction symbolique. Il permet de passer de l'expression directe des pulsions, des décharges tonico-émotionnelles, très présentes en psychomotricité, à un rôle d'aide à la symbolisation par la parole » (Reinalter Ponsin, 2002).

La sécurité de base atteinte au fil des séances permet à Paul d'avoir accès à la secondarisation. La prise en charge en psychomotricité permet à Paul de soutenir et favoriser son processus de maturation psycho-corporelle.

Cependant, l'évolution de Paul reste cyclique et fluctuante selon son état psychique du moment. En effet, depuis le début du mois de mars, nous observons un retour vers les comportements que l'on pouvait observer en début d'année. Paul n'investit plus que de la détente. Durant la séance, il reste le visage caché dans ses mains et en position fœtale ou décubitus ventral. Paul est plus passif durant les séances. Il nous demande de choisir les instruments de massage pour lui et parle très peu. D'autre part, on ne note pas ou peu de verbalisation spontanée de ses ressentis pendant la séance. Néanmoins, Paul exprime beaucoup de fatigue et dit régulièrement avoir froid, avant, pendant et après la séance. Par ailleurs, nous relevons un défaut d'hygiène important dont il ne semble pas avoir conscience : odeurs, chaussures et chaussettes sales, vêtements troués... Lors de ces séances, un accompagnement physique et verbal est nécessaire pour que Paul quitte sa position (effondré au sol) au fond de la salle pour venir s'installer sur le coussin et pouvoir commencer les massages. Il en va de même pour la fin de la séance où Paul peut faire semblant de dormir ou de ne pas nous entendre et nécessite beaucoup de temps pour sortir de sa position allongée et quitter la salle. Nous constatons cependant que des progrès perdurent malgré l'évolution son cyclique puisque même dans ces moments, Paul reste accessible à la communication, il est présent à la relation et ouvert dans l'échange.

4. Conclusion

Les séances de détente permettent à Paul d'aller vers les objectifs de prises en charge qui ont été établis lors de l'élaboration de son PPA. Elles lui permettent de trouver un réel apaisement et de s'inscrire dans un vécu corporel positif afin d'appréhender de manière plus sereine son environnement. D'ailleurs, l'enseignante que rejoint Paul juste après sa séance de psychomotricité le décrit comme beaucoup plus posé et prêt à travailler après sa séance avec nous. D'autre part, Paul peut se montrer encore aujourd'hui souvent absent mais presque jamais le jeudi. C'est un élément qu'elle met en lien avec un investissement important de sa séance de psychomotricité. En outre, bien que Paul ne verbalise que très peu ses sensations et ses ressentis, il nous remercie régulièrement à la fin de la séance. Il semble réellement investir cette prise en charge en psychomotricité.

Ainsi, la pratique de la détente par le biais du toucher médiatisé permet à Paul d'aller vers un apaisement tonico-émotionnel. En outre, la prise en charge psychomotrice accompagne Paul vers une construction de son identité en favorisant les processus de maturation psycho-corporel. Paul est plus ancré dans la réalité et vit son corps de manière plus sereine.

Lors de la dernière réunion de synthèse de Paul qui a eu lieu le 25 mars 2022, les différents professionnels s'accordent à dire que Paul évolue de manière significative et positive au sein de l'établissement. Il est plus serein et cela transparaît dans une attitude plus joviale, il sourit davantage. Par ailleurs, les temps de reprise éducative sont moins douloureux qu'auparavant et il s'exprime davantage sur des situations qui le préoccupent. Son comportement est plus adapté et respectueux malgré une agitation toujours présente. Il a aussi gagné en maturité de raisonnement même si sa maturité globale reste en deçà des jeunes de son âge.

En conclusion, Paul est sur le chemin de l'acquisition d'une certaine sécurité interne qui lui fait défaut. Son immaturité en décalage avec les jeunes de son âge ainsi que ses lacunes dans le domaine scolaire sont toujours sensibles. Néanmoins, Paul adopte une attitude volontaire, il est consciencieux, respectueux des règles du cadre et de plus en plus adapté dans la relation et cela présage d'une évolution qui va se poursuivre. Paul investit également davantage le DITEP puisqu'il accepte de participer aux sorties éducatives même en dehors des temps scolaires.

La prise en charge pluridisciplinaire au sein du DITEP a permis à Paul d'avoir de plus en plus confiance en lui-même et en l'autre malgré des périodes où l'agitation motrice et psychique prend le pas et d'autres où il se montre triste et préoccupé. Il est d'ailleurs aujourd'hui capable d'imaginer des projets pour son avenir. Il a en effet pu accepter d'effectuer un stage hors du DITEP, au sein du lieu de travail de sa mère, dans un cadre connu et repéré avec des personnes là aussi connues et repérées. C'est un petit pas pour Paul mais il témoigne d'une importante évolution de sa structuration psycho-corporelle et qui présage d'une progression positive dans l'avenir s'il continue à investir l'accompagnement global que lui apporte le DITEP.

DISCUSSION le groupe « Corps en relation(s) », la question du toucher élargie à la relations entre les pairs.

Ce groupe thérapeutique a pour objet la mise en jeu corporelle dans la relation entre les pairs. Il s'agit de permettre aux adolescents de s'épanouir dans une relation adaptée, de travailler sur l'intégration du schéma corporel et de renforcer leurs assises narcissiques par la prise de conscience de leur ressentis corporels et de leurs capacités. Il est animé par une psychomotricienne et une psychologue. Je suis également présente ainsi que cinq adolescents du DITEP. À travers cet atelier, j'ai réalisé que la question du toucher pouvait également être abordée sous le prisme de la relation entre les pairs. En effet, je constate dès le début de mon stage la difficulté pour ces jeunes de mettre en jeu leur corps dans la relation. Ils ne se touchent pas, sauf à travers des gestes hétéro agressifs brutaux. Ils manifestent également des difficultés à mettre en jeu le corps dans la communication et en particulier l'expression des émotions.

Au fil des séances, les adolescents parviennent à être de plus en plus adaptés dans la relation à l'adulte et aux pairs. Ils sont capables d'interagir sans geste hétéro-agressif. Néanmoins, leurs échanges verbaux restent souvent ponctués d'insultes ou de moqueries les uns envers les autres. Ce ne sont en général que des mots derrière lesquels on distingue très peu d'élaboration. En effet, malgré leur grossièreté on ne décèle derrière ses propos ni méchanceté ni provocation. Cela semble être juste un mode de communication comme un autre.

Au niveau corporel, les adolescents acceptent de se mettre en jeu dans les activités même s'il est souvent nécessaire de les solliciter à plusieurs reprises. La peur du jugement de l'autre qui semblait les empêcher de le faire au départ a laissé place aux prémices d'une relation de confiance mutuelle. En ce sens, on peut voir lors des dernières séances qu'il sont en capacité de se mettre au service du bien-être de l'autre. La séance se terminant systématiquement par un temps calme, un jeune qui ne souhaitait pas participer à la séance de détente en tant que « receveur » a fait la demande de pouvoir lui-même prodiguer un massage à un camarade qui a accepté. Chacun a pu profiter de ce moment en relation et sans parler. La communication passe à ce moment-là par le dialogue tonico-émotionnel.

Il perdure toujours un grand décalage entre leur mode de relation et le mode de relation « normal » caractéristique des adolescents de leur âge. Néanmoins, il semblerait que ce groupe thérapeutique favorisant la collaboration dans des activités mettant en jeu le corps dans la relation ait permis d'adoucir les rapports entre ces adolescents et leur ait également permis de communiquer sans se percuter. Ceci semble constituer une application concrète de ce que G.Haag appelle « peau du groupe » (Cicccone, 2001).

CONCLUSION

Le corps se construit, la peau porte une histoire, celle des premiers temps de soi et de la rencontre entre soi et l'autre. Dans la relation avec un psychomotricien, c'est cette rencontre qui va être un élément porteur, qui va engager l'un et l'autre, le patient comme le psychomotricien, à tisser encore et encore de la continuité, du sentiment d'existence, du plaisir de vivre.

L'adolescence, malgré toutes les difficultés personnelles et relationnelles qu'elle suppose, constitue un véritable levier thérapeutique dans la prise en charge des troubles du comportement en psychomotricité. Comme lors d'un « reboot » du système en informatique, tout est remis en cause et remanié. C'est l'occasion pour le psychomotricien d'accompagner l'individu dans une structuration psycho-corporelle plus saine et de l'aider à développer des assises narcissiques et identitaires solides. L'adolescence redonne du mouvement à ce qui était figé.

La médiation thérapeutique permet à l'adolescent de faire de nouvelles expériences en relation. En partant du concret que constituent les sensations et les perceptions corporelles, il acquiert des représentations de lui (schéma corporel et image du corps), de l'autre et de l'environnement. C.Potel dira : « Cela aura pour effet de redynamiser le lien corps-esprit, au cœur de la psychomotricité et d'aider l'adolescent à mettre en place une identité psycho-corporelle dans laquelle il se reconnaît soi, avec son histoire, et par laquelle il peut entrer en relation avec l'autre ».

La médiation que constitue le travail de détente en psychomotricité avec les adolescents accompagnés par les DITEP entre dans ce cadre. En effet, les interactions corporelles et le toucher permettent de donner une consistance, le toucher contenant vient porter le corps de l'adolescent dont les limites corporelles sont défailtantes et qui échouent dans leur rôle de pare-excitation et de protection. Ainsi, le corps à corps est une étape intermédiaire qui vient accompagner l'individu dans la réparation de ses limites corporelles afin qu'elles puissent retrouver leur fonction. La séance de détente par le toucher est un passage obligé, une transition vers le penser, créer, rêver. On peut d'ailleurs imaginer que la prochaine étape de ce processus (une fois que tous les objectifs sont atteints) serait de proposer à l'adolescent des séances de relaxation à induction verbale. Ce serait l'occasion pour le psychomotricien d'accompagner le sujet dans l'investissement de son imaginaire.

BIBLIOGRAPHIE

- AIRe & MèTIS Europe. (2016). *Des corps. Entre corps et psyché. Penser ce qui les agite*. Champ social
- Arte TV. (2021, mai 5). *Le pouvoir des caresses Le toucher, un contact vital Français VOF*.
- Atger, F. (2015). Attachement, psychopathologie et traitement des adolescents. *Enfances & Psy*, 66(2), 44-53.
<https://doi.org/10.3917/ep.066.0044>
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19.
<https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Ballouard, C. (2011). 17. Le prime adolescent, l'adolescent, l'adulescent. In *L'aide-mémoire de psychomotricité: Vol. 2e éd.* (p. 131-134). Dunod
- Boscaini, F., & Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy*, 49(4), 78-88.
<https://doi.org/10.3917/ep.049.0078>
- Cannard, C. (2019a). Chapitre 6. Le développement psycho-sexuel à l'adolescence. In *Le développement de l'adolescent: Vol. 3e éd.* (p. 159-190). De Boeck Supérieur; <https://doi.org/10.3917/dbu.canna.2019.01.0159>
- Cannard, C. (2019b). Chapitre 7. Développement identitaire et connaissance de soi à l'adolescence. In *Le développement de l'adolescent: Vol. 3e éd.* (p. 191-232). De Boeck Supérieur;
<https://doi.org/10.3917/dbu.canna.2019.01.0191>
- Ciccione, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102.
<https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>
- Ciccione, A., & Lhopital, M. (2019). Chapitre 7. Au sujet du moi-peau. Une enveloppe psychique achevée. In *Naissance à la vie psychique: Vol. 3e éd.* (p. 165-188). Dunod;
- Decoopman, F. (2010). La fonction contenante. Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenante du thérapeute. *Gestalt*, 37(1), 140-153. <https://doi.org/10.3917/gest.037.0140>

- Delage, M. (2008). L'attachement à l'adolescence. Applications thérapeutiques. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 40(1), 79-97. <https://doi.org/10.3917/ctf.040.0079>
- Diatkine, G., & Maffioli, M. (2017). De l'accordage affectif à l'interprétation. Tendance antisociale et troubles oppositionnels avec provocation. *Enfances & Psy*, 73(1), 67-78. <https://doi.org/10.3917/ep.073.0067>
- Duverger, P. (2017). *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent*. Lavoisier; Futura. (s. d.). *Définition / Peau / Futura Santé*. Futura.
- Gonzalez, P. (s. d.). *L'approche psychomotrice de l'identité chez les adolescents présentant des troubles du comportement : « C'est moi, mais je me suis mal dessiné »*. (Mémoire de psychomotricité)
- Guedeney, N., Guedeney, A., & Tereno, S. (2021). *L'attachement, approche théorique* (5e éd). Elsevier-Masson.
- Guedeney, N., Lamas, C., Bekhechi, V., Mintz, A. S., & Guédeney, A. (2008). Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. *Archives de Pédiatrie*, 15, S12-S19. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(08\)73942-3](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(08)73942-3)
- Hattinguais, H. (s. d.). *« Touche-moi si tu peux » : La question du toucher auprès d'adolescents atteints de troubles du comportement*. (Mémoire de psychomotricité)
- ITEP - Institut Thérapeutique Educatif & Pédagogique*. (s. d.). <https://www.aire-asso.fr/itep.-php>
- Jeammet, P. (2005). *Adolescences : Repères pour les parents et les professionnels*. Fondation de France : La Découverte.
- Lannegrand-Willems, L. (2012). Le développement de l'identité à l'adolescence : Quels apports des domaines vocationnels et professionnels ? *Enfance*, 3(3), 313-327. <https://doi.org/10.3917/enf1.123.0313>
- Larousse, É. (s. d.-a). *Définitions : Identité - Dictionnaire de français Larousse*.
- Larousse, É. (s. d.-b). *Définitions : Toucher, être touché, se toucher - Dictionnaire de français Larousse*.
- Le Breton, D. (2016). Chapitre 10. Corps et adolescence. In *Penser l'adolescence* (p. 137-151). Presses Universitaires de France; <https://doi.org/10.3917/puf.lebre.2016.03.0137>
- Léonard-Mallaval, M. (2009). Vie intra-utérine, naissance et première année. In *Ça mord à la crèche* (p. 61-74). Érès;

- Maïdi, H. (2012). Chapitre 1—Le corps et son image à l'adolescence. In *Clinique du narcissisme* (p. 17-64). Armand Colin; <https://doi.org/10.3917/arco.maid.2012.01.0017>
- Misès, R., Botbol, M., Bursztejn, C., Golse, B., & Portelli, C. (2020). Catégories de la CFTMEA – R-2020. In *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent—R2020* (p. 33-80). Presses de l'EHESP; <https://doi.org/10.3917/ehesp.mises.2020.01.0033>
- Morin, C. (2013). 2. L'image du corps. In *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire* (p. 39-67). Érès;
- Pagano, C. (2020). 1. Du développement intra-utérin à la naissance. In *La stimulation basale* (p. 41-48). Érès;
- PEAU, Embryologie—*Encyclopædia Universalis*. (s. d.). <https://www.universalis.fr/encyclopedie/peau/1-embryologie/>
- Pignol, J., Lochelongue, V., & Fléchelles, O. (2008). Peau à peau : Un contact crucial pour le nouveau-né. *Spirale*, 46(2), 59-69.
<https://doi.org/10.3917/spi.046.0059>
- Pillet, V. (2007). La théorie de l'attachement : Pour le meilleur et pour le pire. *Dialogue*, 175(1), 7-14.
<https://doi.org/10.3917/dia.175.0007>
- Potel Baranes, C. (2019). *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès;
- Potel, C. (2015). *Corps brûlant, corps adolescent : Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents* (Nouvelle éd. actualisée). Éditions Érès.
- Potel, C. (2020). Je me pose. In *Le corps en relaxation* (p. 171-171). Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/le-corps-en-relaxation--9782749267418-p-171.htm>
- Reinalter Ponsin, F. (2002). L'élaboration de l'unité corporelle en relaxation. *Enfances & Psy*, 20(4), 96-101.
<https://doi.org/10.3917/ep.020.0096>
- Robert-Ouvray, S. (2014). La fonction d'apaisement de la motricité chez l'enfant. *Le Journal des psychologues*, 316(3), 16-21.
<https://doi.org/10.3917/jdp.316.0016>
- Robert-Ouvray, S. B. (2020). *Psychomotricité du bébé : La construction des liens corps-esprit*. Desclée de Brouwer.

- Santé mentale des adolescents.* (s. d.). <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Sarda, J. (2003). Le toucher en thérapie psychomotrice: *Enfances & Psy*, no20(4), 86-95.
<https://doi.org/10.3917/ep.020.0086>
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité.* Solal.
- Sellam, S. (2019). *Le syndrome du gisant : Un subtil enfant de remplacement* (3e éd., 2019, revue, corrigée et augmentée). Éditions Bérangel.
- Trouble des conduites—Pédiatrie.* (s. d.). Édition professionnelle du Manuel MSD.
- Vigouroux, A. (2011). Le portage de l'enfant : Une réponse à ses besoins. *Le Journal des psychologues*, 285(2), 58-62.
<https://doi.org/10.3917/jdp.285.0058>
- Vogel, F. (s. d.). *La fonction contenante : Un double ancrage corporel et relationnel.* (Mémoire de psychomotricité)
- Wacjman, C. (2011). Chapitre 3. Classifications des troubles de l'adolescence. In *Adolescence et troubles du comportement en institution* (p. 37-56). Dunod;

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	
AVANT PROPOS	
SOMMAIRE	
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : Le toucher	3
I] L'organe du toucher : la peau	3
1. Embryologie	4
2. Histologie	5
3. Fonctions physiologiques	6
II] Le toucher	7
1. Physiologie	7
2. Les sensibilités	8
III] Le toucher dans le développement psychique du sujet	9
1. Toucher et attachement	9
a) Théorie de l'attachement	9
b) D'un point de vue neuro-scientifique	10
c) Attachements insécures et psychopathologie	11
2. Des interactions corporelles structurantes	13
a) In utero	14
b) Premières interactions avec le bébé néoténiques : peau à peau et portage	14
c) Soutenir la structuration d'une enveloppe corporelle	16
(a) Dialogue tonico-émotionnel de J.Ajuriaguerra	16
1. Le tonus	16
2. Dialogue tonico-émotionnel	17
(b) Holding, Handling et Object Presenting de Winnicott	18
3. De l'enveloppe corporelle à l'enveloppe psychique	19
a) « Peau mentale » de W.Bion	19
b) « Peau psychique » de E.Bick	20
c) Les fonctions du « Moi-Peau » de D.Anzieu	20
d) Schéma corporel et image du corps	21
IV] Le toucher dans la relation	22
1. Communication et soutien du vécu corporel	22
a) Soutien vécu corporel	22
b) Communication	23
2. Toucher et émotions	24

CHAPITRE 2 : L'adolescence	27
I] Période de transformation : la puberté	28
1. Transformation corporelle et image du corps	28
a) La puberté	28
b) Estime de soi et image du corps	29
2. Émergence d'une nouvelle sexualité	30
II] Remaniements identitaires : la crise d'adolescence	31
1. La crise d'adolescence	31
2. Quête identitaire de l'adolescent	32
a) Le concept d'identité	32
b) L'identité à l'adolescence : entre être et paraître	32
3. Les relations à l'adolescence	34
a) Remaniement des rapports relationnels	35
b) L'attachement à l'adolescence	35
III] Caractéristique comportementale : l'agir à l'adolescence	37
 CHAPITRE 3 : Le public du DITEP	 39
I] L'institution	39
1. Présentation	39
2. Fonctionnement.....	39
3. Indications	40
4. Accompagnement : de l'ITEP au DITEP	41
II] Adolescence et troubles du comportement	42
1. Définition et classifications	42
a) La CIM-10	43
b) La CFTMEA	44
2. Expression des troubles	45
a) Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH)	45
b) Troubles des conduites	46
c) Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP)	47
 CHAPITRE 4 : Le toucher en psychomotricité	 48
I] Le psychomotricien du DITEP	48
1. Identité et spécificité du psychomotricien	48
a) L'identité du psychomotricien	48
b) Le bilan psychomoteur	49
c) Co-animer des groupes thérapeutiques	51
2. Le psychomotricien au cœur de la transdisciplinarité	51
a) Pluridisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité	51
b) Le Projet Personnalisé d'Accompagnement, un exemple d'application	52

3. La séance de psychomotricité	54
a) Cadre thérapeutique et alliance thérapeutique	54
(a) Le cadre spatio-temporel	55
(b) Le cadre relationnel	58
(c) La place de stagiaire et mon vécu personnel	61
b) La prise en soin en psychomotricité : jeux et enjeux	62
II] Le toucher dans la situation de détente	66
1. Cadre et modalités : <i>Qui ? Quand ? Comment ?</i>	66
2. Intérêt et objectifs : <i>Pourquoi ?</i>	69
3. Conditions et limites : <i>Pourquoi pas ?</i>	72
III] Étude de cas : prise en charge individuelle de Paul	73
1. Anamnèse	73
a) Situation familiale	74
b) A l'école	74
c) Éléments médico-psychiatriques	75
2. Bilans après trois années dans la structure	76
a) Bilan psychologique	76
b) Bilan éducatif	76
c) Bilan pédagogiques	77
d) Bilan psychomoteur	77
(a) Présentation du bilan	77
(b) Observations cliniques lors des séances en immersion	78
(c) Conclusion	78
e) Conclusion et lecture psychomotrice	79
3. Prise en soin en psychomotricité	80
a) Première rencontre	80
b) Prise en charge psychomotrice individuelle	81
4. Conclusion	86
DISCUSSION	88
CONCLUSION	89
BIBLIOGRAPHIE	90