



**HAL**  
open science

# ”Un corps sans limites”: l’apport de la psychomotricité dans la prise en charge des troubles du comportement chez l’enfant à la suite d’un défaut de construction des enveloppes psychocorporelles

Elsa Engleraud

## ► To cite this version:

Elsa Engleraud. ”Un corps sans limites”: l’apport de la psychomotricité dans la prise en charge des troubles du comportement chez l’enfant à la suite d’un défaut de construction des enveloppes psychocorporelles. *Psychologie*. 2023. dumas-04317626

**HAL Id: dumas-04317626**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04317626>**

Submitted on 1 Dec 2023

**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 de Sciences de la Réadaptation

**Institut de Formation en Psychomotricité**

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

---

« Un Corps sans Limites » : L'apport de la psychomotricité dans la prise en charge des troubles du comportement chez l'enfant à la suite d'un défaut de construction des enveloppes psychocorporelles.

---

**Engleraud Elsa**

**Née le 14 Juin 2000 à Pessac (33)**

**Juin 2023**

**Maître de Mémoire : ROUYER Amandine**

## Remerciements

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

Amandine Rouyer pour m'avoir accompagnée dans la réalisation de ce mémoire. Je la remercie pour sa disponibilité, ses conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Sophie Cardey qui m'a supervisée au cours de mon stage en troisième année au sein de l'ITEP.

Marie Daguerre qui m'a accompagnée lors de mon stage en EHPAD.

Merci pour votre patience, votre précieuse aide et votre implication.

Tous mes maîtres de stages, qui m'ont accueillie sur leur lieu de travail et qui ont contribué à faire de moi la psychomotricienne que je deviendrai.

Merci à l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux pour cette formation riche.

Je souhaite également remercier ma famille et mes amis pour leur soutien et leur compréhension tout le long de ma formation.

## Avant propos

« Le défaut ou les défaillances de cette première enveloppe, de ce premier container psycho corporel entraîne souvent une organisation psychopathologique ou des défenses massives de type psychotique. »

(COURBERAND Daniel, 2015)

## Sommaire

● Remerciements.....	1
● Avant propos.....	2
● Introduction.....	4
● <u>Partie 1 : Le développement de l'enfant</u>	
I- Le développement cognitif.....	6
II- Le tonus.....	11
III- Le concept de transitionnalité.....	16
● <u>Partie 2 : Structuration des enveloppes psychocorporelles</u>	
I - L'enveloppe psychique et fonction contenante.....	17
II- Le corps et ses représentations.....	27
● <u>Partie 3 : Psychopathologie de l'enveloppe</u>	
I- Défaut de contenance et troubles du comportement.....	38
II- Définition des troubles du comportement.....	41
● <u>Partie 4: Rôle de la psychomotricité</u>	
I- Présentation de l'institut thérapeutique éducatif et pédagogique.....	50
II- Cas cliniques.....	53
● Conclusion.....	83
● Bibliographie.....	85
● Table des matières.....	90
● Annexes.....	92

## Introduction

Que sont les enveloppes corporelles ? Les enveloppes psychiques ? Comment structurent-elles l'individu ? Quel est leur lien avec les troubles du comportement ? Comment pouvons-nous, en tant que psychomotricien, remédier à ce défaut de structuration ?

Je tenterai de répondre à ces différentes interrogations tout au long de cet écrit avec un point de vue psychomoteur.

L'idée de ce sujet m'est venue progressivement ; tout d'abord mon envie de thème de mémoire portait sur le toucher puis mon stage de troisième année a débuté.

Mon idée s'est alors orientée sur le concept de contenance et de limites corporelles.

Le toucher est fortement lié à ces concepts et sera donc évoqué tout au long de ce mémoire.

J'effectue mon stage de Troisième année au sein d'un Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP), la population rencontrée en psychomotricité est majoritairement des enfants, entre 5 et 8 ans, présentant des troubles du comportement et de la relation.

J'ai constaté rapidement que nombre de ces enfants présentaient un point commun : un défaut de construction des limites corporelles, un défaut de contenance.

Cette structuration défailante entraîne alors certains comportements atypiques, une relation particulière, une instabilité psychomotrice.

Il semblerait que le sentiment de ne pas avoir été contenu physiquement et psychiquement peut alors induire des troubles du comportement.

Par l'observation et le suivi de certains patients, j'ai donc pu observer l'apport de la psychomotricité dans ce type de troubles.

De cette réflexion est née la problématique suivante : **Comment la médiation psychomotrice des enfants présentant des troubles du comportement en ITEP participe-t-elle à la restructuration de leurs enveloppes psychocorporelles ?**

Dans un premier temps, j'exposerai le développement de l'enfant avec l'importance de l'environnement et des expériences sensorielles, tout en incluant le rôle du tonus dans ce développement et la notion d'espace transitionnel.

Dans un second temps, je développerai comment la conscience corporelle s'édifie avec notamment les notions de contenance, de « holding » de Winnicott, le « Moi Peau » d'Anzieu ou même la théorie de l'attachement.

J'aborderai également les notions de schéma corporel et d'image du corps, tout en resituant l'importance du corps en psychomotricité.

Dans un troisième temps, je définirai certains troubles du comportement et j'établirai leur lien avec la psychopathologie de l'enveloppe.

Dans un quatrième et dernier temps, j'expliquerai brièvement le principe et le rôle d'un ITEP pour ensuite détailler deux cas cliniques rencontrés.

## Partie 1 : Le développement de l'enfant

L'étude du développement de l'enfant est nécessaire afin de comprendre les facteurs qui contribuent à une structuration psychique dite "normale".

### I- Le développement cognitif

Au vu de la population rencontrée et de l'âge des patients présentés en étude de cas, je détaillerai davantage les stades se situant entre 0 et 8 ans. Les autres stades seront évoqués de façon plus succincte.

*a- Selon J.Piaget*

**J. Piaget**, psychologue, a étudié les différentes phases du développement de l'enfant afin de comprendre l'intelligence humaine.

Il décompose ce développement en 4 stades dépendant de l'environnement dans lequel l'enfant est inséré.

Tous ces stades se déroulent dans le même ordre pour chaque enfant (mais pas forcément aux mêmes âges).

Il étudie donc l'intelligence de l'enfant qui va passer d'une intelligence sensori motrice à une intelligence abstraite.

Pour lui, c'est surtout l'**action sur son environnement** qui va permettre de construire les structures de l'intelligence.

### *1- Le stade sensori-moteur, de la naissance à environ 2 ans*

Ce stade est caractérisé par le développement des capacités sensorielles et motrices du bébé.

En effet, il va interpréter le monde environnant selon ses sens et ses actions avec la constitution des schèmes sensori-moteurs.

Au début, le bébé va travailler ses réflexes. Puis petit à petit, l'enfant a adapté progressivement ses réflexes, on parle de réactions circulaires primaires. Il va pouvoir répéter des comportements dont les effets lui procurent du plaisir. **Il joue et expérimente différentes parties de son corps.**

Ainsi, au fur et à mesure il va **donner du sens à de l'expérience.**

A l'issue de ce stade, l'enfant peut reconnaître son corps, comprendre la relation de cause à effet et la notion de permanence de l'objet mais aussi avoir une représentation mentale des objets et des événements.

### *2- Stade préopératoire, de 2 à 6 ans*

Cette période est marquée par le développement de la représentation symbolique. Elle va se manifester à travers le langage, l'imitation différée, le dessin et le jeu.

A travers ce jeu symbolique, il se crée soit un monde fictif où il se laisse déborder par son imagination soit un monde proche du sien.

Ce jeu aide parfois à résoudre des conflits, d'où l'importance et l'observation du jeu libre en psychomotricité.

Il tente de comprendre les causes des événements, de percevoir les émotions, de mettre en place des stratégies pour atteindre un but.

C'est également l'âge d'une plus grande intériorisation de l'action.

### *3- Le stade des opérations concrètes, de 7 à 12 ans*

L'enfant à cette période a des capacités cognitives importantes qui se développent de plus en plus. Il peut envisager d'autres points de vue que le sien.

Il a la capacité de faire des opérations mentales de façon logique pour résoudre des problèmes.

Il recherche des explications logiques au lieu de faire appel à ces intuitions.

### *4- Le stade des opérations formelles, plus de 12 ans*

Les adolescents sont dotés de nombreuses habiletés même s'il existe une énorme variabilité du fonctionnement cognitif. Ils ne sont plus obligés de passer par le concret et peuvent réfléchir sur des notions abstraites et des notions en soi (le bien, le mal, l'infini, la mort...)

#### *b- Selon L. Vygotsky*

Connu pour ses recherches en psychologie du développement et notamment sa théorie historico-culturelle du psychisme, son objectif est l'étude du développement des fonctions psychiques supérieures.

Il se base sur trois points:

- ★ Approche historico-culturelle, cela dépend de la société où on évolue
- ★ Ancrage social du développement, se fait dans les relations sociales
- ★ Instruments psychologiques, c'est le langage, l'écriture... (qui s'acquièrent à travers les interactions).

Pour lui, il y a une relation entre le groupe social et l'environnement de l'enfant avec le développement de son intelligence. On apprend et on se développe dans l'échange avec les autres.

*c- Selon H. Wallon*

**Henri Wallon**, psychologue et neuropsychiatre, cherche à comprendre à travers les dimensions sociales, affectives et cognitives le développement de la personnalité.

Il définit 6 stades correspondant à des étapes importantes du développement aboutissant à l'intégration de l'affectivité et de l'intelligence.

**Le développement résulte de l'interaction avec l'environnement.**

*1- Le stade impulsif, de 0 à 3/6 mois*

Ce stade est prédominé par le facteur affectif et caractérisé par un désordre gestuel, une fusion émotionnelle. Le bébé dépend totalement de ses parents et du milieu extérieur.

*2- Le stade émotionnel, de 3 mois à 12 mois*

Les émotions se différencient petit à petit à l'aide des **réponses adaptées et répétées de l'entourage**. Ceci lui permet de préciser sa gestuelle et d'adapter ses réactions.

*3- Le stade sensorimoteur et projectif, de 1 à 3 ans*

L'enfant va développer le langage et la marche. Il explore son environnement, le corps est un outil indispensable pour réaliser ses différentes expériences.

Vers la fin de ce stade, on parle de "stade projectif" car l'enfant projette sa pensée grâce aux gestes.

#### *4- Le stade du personnalisme, de 2 à 6 ans*

Ce stade marque la découverte de l'opposition et de la négociation et teste le cadre et les limites.

Il adapte son comportement en fonction des personnes avec qui il interagit. C'est aussi le début de la différenciation entre le moi et autrui.

#### *5- Stade catégoriel, de la personnalité polyvalente, de 6 à 11 ans*

Le développement de l'enfant sera davantage guidé par l'intelligence. Ce stade est aussi marqué par la capacité de l'enfant à se représenter les choses de manière abstraite.

#### *6- Stade de l'adolescence, à partir de 11 ans*

Les conduites affectives prédominent. On se concentre sur soi et découvre le nouveau corps lié à la puberté. Cette période permet d'achever la construction de la personnalité.

Wallon considère donc le corps comme un support pour les interactions entre le monde social et l'enfant.

Par exemple, les émotions de bébé sont identifiées par l'environnement à partir de son tonus et de son activité motrice (hypertonie, hypotonie).

**Ces interactions précoces entre la mère et l'enfant permettent aussi à l'enfant de prendre conscience de lui, grâce à l'autre.**

## II- Le Tonus

**Le tonus est l'une des pierres angulaires de la psychomotricité.**

Il me paraît donc incontournable d'en évoquer son intérêt.

C'est un "*état de tension active, permanente, involontaire et variable*" (Scialom et al., 2011)

Le tonus est sous la dépendance de deux types de motoneurones et de la boucle gamma.

Il existe différents types de tonus : tonus de fond, tonus postural et tonus d'action.

Il constitue le fondement même de la posture, du mouvement et des dynamiques d'interaction avec l'environnement.

En effet, le tonus est d'une importance fondamentale dans l'organisation émotionnelle de l'enfant et dans les étapes de son développement.

Il est propre à chaque individu et reflète la personnalité, la manière d'être et d'agir de chacun face à l'environnement.

Il intervient également dans la relation avec autrui.

Le tonus est la toile de fond des activités motrices et posturales.

Au cours du développement et à l'âge adulte, le tonus est un aspect fondamental du bien être chez un individu.

*a- La maturation du contrôle tonique*

**J. Ajuriaguerra** définit 3 stades du développement psychomoteur de l'enfant.

- de la naissance à 3 ans

Le tonus est réparti de manière bipolaire:

- hypertonie (contraction exagérée) lorsqu'il est dans état de besoin
- hypotonie (tension à peine perceptible) lorsqu'on subvient à ses besoins

Aussi, le contrôle tonique est dépendant des personnes qui vont s'occuper du nourrisson. C'est la présence, la satisfaction de ses besoins et la consolation par son entourage qui abaisse ses tensions.

L'édification tonique est également dépendante de la maturation neurologique avec une équilibration globale du tonus des muscles.

Effectivement, au début, le nouveau né présente une répartition tonique déséquilibrée avec une hypotonie axiale et une hypertonie des muscles fléchisseurs.

Le développement du contrôle du tonus va dans le sens de la myélinisation et suit également les lois céphalo-caudales et proximo-distales.

Donc *“l'enfant sort de la bipolarité émotionnelle primaire et globalise ses tensions , ses sentiments et ses représentations opposées dans une même enveloppe psychique.”*

(Scialom et al., 2011)

En effet, cette maturation du contrôle tonique est sous dépendance de facteurs psychologiques et physiologiques.

- de 3 à 6 ans

La structuration perceptive joue un rôle prépondérant lors de ce stade, avec pour objectif d'arriver à un contrôle de sa tonicité.

On constate aussi une inhibition des réflexes archaïques.

Il va apprendre à utiliser les différentes stimulations visuelles ou sonores et adapter ses réponses motrices et toniques.

Comme par exemple, marcher sans faire de bruit ou adapter sa force lors de lancer de ballons.

Enfin vers l'âge de 4-5 ans, l'enfant est en capacité d'expérimenter une détente globale en interrompant ses contractions musculaires.

Il sera en mesure de contrôler plus consciemment ses états toniques.

- de 6 à 12 ans

Le processus de conscience corporelle débuté dès la naissance mais c'est vers l'âge de 6 ans que la représentation corporelle s'actualise.

Grâce à ses compétences à relâcher ses différents membres, l'enfant va se construire une certaine topographie du corps (le schéma corporel).

Tout ceci contribuant à l'organisation mentale du temps, de l'espace et du geste.

#### *b- Rôle du tonus*

Différentes fonctions peuvent être attribuées au tonus, je vais donc en citer certaines.

Tout d'abord, le tonus joue un rôle dans la **conscience de soi** et la perception corporelle. La contenance tonique procure un sentiment d'unité corporelle.

De par son lien avec la proprioception, il instaure aussi la conscience d'être en mouvement, d'être en relation.

Ainsi, la prise de conscience de ces états toniques, de son enveloppe tonique participe à cette conscience de soi. Ce fond tonique relie toutes les différentes parties de notre corps.

Il permet la cohésion de l'ensemble du corps.

De plus, le tonus est le **support de notre système émotionnel**.

*“ Il est la chair de l'émotion ”* (Scialom et al., 2011)

La régulation émotionnelle ne peut être dissociée de notre régulation tonique. Nos empreintes affectives sont marquées au sein de notre tonus.

Lors d'expériences émotives, de rencontres à autrui, l'observation du tonus est importante. Par exemple, en situation de peur, de stress une hypertonie est observable.

En tant que psychomotriciens, nous sommes très sensibles à cette lecture du corps, du tonus pour comprendre l'état émotionnel dans lequel se présente notre patient.

En raison de son lien avec la sphère émotionnelle, il en découle une autre fonction: celle de communication.

Pour le nouveau né, c'est une **voie privilégiée et unique de communication** avec sa mère au sein du dialogue tonico-émotionnel.

De l'enfance à la mort, cette fonction de communication persiste.

Elle peut autant être consciente que inconsciente.

A travers notre corps, notre visage et nos postures, nous véhiculons certains messages (observation des variations toniques).

*“La tonicité est un baromètre interne”* (Scialom et al., 2011)

Les variations entre états hypertoniques et hypotoniques sont révélatrices.

L'hypertonie est associée à des sensations d'angoisses, de doutes, de conflits ou alors à de l'excitation et du désir.

L'hypotonie est liée à des états de dépression et de détresse mais aussi à de la détente et de la tendresse.

### *c- Le dialogue tonico-émotionnel*

Le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé.

Lorsque le bébé est dans les bras de sa mère, il est particulièrement sensible aux variations toniques et rythmiques des bras qui le portent et l'entourent.

C'est là que plusieurs paramètres doivent être pris en compte : le tonus des bras, le rythme du portage, le visage, la prosodie...

Grâce au dialogue tonique, le bébé accumule et intègre des informations riches, variées et adaptées.

Ceci lui permettra de reconnaître ses propres éprouvés et de les différencier de ceux des autres. Le sujet vit son corps et interagit dans la relation à l'autre à travers ce tonus.

Ce jeu du dialogue tonique va se vivre et s'observer à plusieurs niveaux et on retrouvera ces notions que Winnicott a développées c'est-à-dire dans les qualités de soins données à l'enfant par le holding, le handling et l'object presenting.

Ce jeu est également retrouvé auprès de nos patients et représente un outil thérapeutique important.

Il permet aussi l'intégration des sensations, par la confrontation aux différents états toniques des personnes rencontrées.

**Enfin, le sens donné aux émotions et tensions ressenties par le bébé permet d'accéder à la symbolisation.**

Parfois, la communication tonique se fait mal, c'est un mauvais dialogue. Ce sont des réponses non adaptées ou une absence de réponse, favorisant ainsi une hausse tonique.

On comprend bien ici, l'enjeu de cette maturation tonique à travers le dialogue tonico-émotionnel notamment.

C'est un enjeu du point de vu affectif et développemental.

La capacité d'auto-régulation est également dépendante des réponses apportées durant cette prime enfance.

### III- Concept de transitionnalité

Nous attribuons ce concept à D. Winnicott avec les notions “d’objet transitionnel” et “d’aire transitionnelle”.

Ces concepts sont considérés comme clés dans le développement de l’enfant notamment dans le développement émotionnel et psychologique.

L’objet transitionnel est une notion ayant atteint le grand public. En effet, l’intérêt du doudou est connu par tous. Celui-ci permet de mieux supporter l’absence de la mère.

La notion qui m’intéresse ici est celle d’aire, d’espace transitionnel. Elle correspond à un espace qui n’est ni moi, ni non moi, ni dehors, ni dedans.

C’est une aire où se réalisent des expériences et qui participe au développement psychique.

Elle permet de laisser place au jeu, à la créativité, à l’agressivité de l’enfant. Elle fait le lien entre la réalité interne et la réalité du monde extérieur.

C’est un espace sûr, rassurant et partagé.

L’espace créé en psychomotricité s’apparente à l’espace transitionnel de Winnicott.

L’espace thérapeutique représente un lieu où l’enfant est censé se sentir en sécurité pour expérimenter, décharger...

Il fait le lien entre les expériences vécues et les représentations, la transition entre monde intérieur et extérieur, autrement dit la symbolisation.

La notion d’aire transitionnelle se confond donc avec la notion du cadre thérapeutique.

Ce cadre, de part ses limites et la contenance, joue un rôle d’enveloppe et représente un lieu d’expérimentation.

Le thérapeute participe à ces bonnes conditions.

Il a pour rôle d’instaurer et de maintenir ce cadre comme les soins parentaux favorisent la structuration des enveloppes psychocorporelles.

## Partie 2 : Structuration des enveloppes psychocorporelles

L'enveloppe psychocorporelle est l'union de l'enveloppe corporelle et de l'enveloppe psychique. En unissant le corps et le psychisme, cela fait d'elle une notion psychomotrice.

### I- L'enveloppe psychique et fonction contenant

#### *a- Premiers modèles post-kleinien sur la notion d'enveloppe*

Le concept d'enveloppe psychique se retrouve au sein de plusieurs disciplines telles que la psychanalyse, l'étude du développement psychique de l'enfant, la neuropsychologie et les sciences cognitives. Le domaine de la psychanalyse est riche en littérature concernant ce concept.

Il permet de décrire certaines organisations psychopathologiques, de mieux comprendre la genèse et certains modes de fonctionnement.

Ce concept a également enrichi la fonction du cadre thérapeutique sur lequel je reviendrai.

Qu'est-ce qu'une enveloppe ? C'est ce qui entoure complètement un espace, contient tout ce qui se trouve dans celui-ci, par exemple, l'enveloppe cutanée d'un être vivant. Cette enveloppe définit une limite entre un dedans et un dehors.

L'enveloppe psychique n'est pas un objet mais a un rôle de fonction : la fonction contenant.

Cette fonction contenant est déléguée à la personne qui va s'occuper de l'enfant. Elle existe dans une rencontre.

Dès 1962, **Bion** construit le modèle du « contenant-contenu » ; l'expérience du bébé **nécessite la présence d'un contenant** pour accueillir, transformer et détoxifier les différentes informations de l'environnement.

**Cette détoxification réalisée le plus souvent par la mère porte le nom de « fonction alpha ».**

L'objet contenant (par exemple la mère) reçoit les informations brutes « les éléments bêta » et les transforme en « éléments alpha » pour l'enfant.

Ces éléments transformés seront disponibles pour la pensée du bébé.

Le bébé n'étant pas en capacité d'assurer lui-même la transformation nécessaire de ses éprouvés corporels pour les assimiler psychiquement.

Cette « fonction alpha » est d'abord dévolue par la mère, peu à peu l'enfant intériorise et devient capable de traiter lui-même ses propres expériences pour les transformer en pensées.

Donc au début la mère va « prêter » son appareil « à penser les pensées » jusqu' à ce que l'enfant se construise le sien.

Il y a quelque chose de l'ordre des impressions que le bébé va ressentir (faim, sommeil...) qui précède à la sensation, qui n'ont pas de sens pour lui au départ. Elles vont être contenues dans ce giron maternel. Cela sera sous forme de portage, de dialogue tonico-émotionnel...

C'est à partir de cette incapacité à lier ses impressions, que le bébé va créer une demande, vécue par la mère comme un appel. Elle va contribuer par ses actions à lier ses ressentis et faire que le bébé puisse se développer.

Or pour en arriver à ce stade, il faut que l'objet contenant ait été en capacité de se rendre disponible et d'apporter des réponses adaptées afin de démarrer cette transformation.

*Esther Bick*, en 1967 introduit le concept de « peau psychique ».

« *La thèse est que, sous leur forme la plus primitive, les parties de la personnalité sont ressenties comme n'ayant aucune force liante entre elles et doivent de ce fait être tenues passivement ensemble grâce à la peau faisant office de limite. Mais cette fonction interne de contenir les parties du Self dépend de l'origine de l'introjection d'un objet externe, reconnu apte à remplir cette fonction* » Esther Bick en 1968, (Houzel, 2010).

L'objet externe et contenant jouant cette fonction est le mamelon dans la bouche, accompagné par le portage, les paroles, les odeurs familières ...

**Les soins parentaux jouent un rôle indispensable dans la contenance et la construction de limites.**

Le nourrissage représente une expérience de rassemblement à l'intérieur d'une peau. Esther Bick nous dit que faute de cette expérience d'une relation à objet contenant extérieur alors l'enfant s'engage dans la constitution d'une seconde peau psychique. Elle s'apparenterait à une sorte de coquille protectrice formée par un surinvestissement de la musculature protégeant le bébé contre des angoisses.

Donc Esther Bick montre comment cet objet contenant est éprouvé comme une peau. Les perturbations de cette première peau conduisent au développement d'une seconde peau, dans laquelle l'indépendance envers l'objet est remplacée par une pseudo-indépendance, en créant un substitut à cette fonction de contenant-peau.

Enfin, *Geneviève Haag* démontre que le contact bouche-sein combiné au contact œil à œil entre le bébé et sa mère crée des boucles de retour c'est-à-dire comme si en « *partant de l'enfant, un lien atteignait la mère, notamment son regard, pour faire retour vers l'enfant à partir d'un point d'inflexion qui correspondrait au sentiment d'avoir pénétré le psychisme de la mère* » (Houzel, 2010)

Ce lien entre qualité de contact du regard et le contact mamelon-bouche ainsi que le portage donne l'expérience au bébé d'un appui dorsal, d'une unification de son enveloppe psychique.

La conscience de la présence d'un arrière-plan serait expliquée par cette qualité de portage, le regard pendant l'allaitement effectuant des boucles de retour.

Cette conscience est donc dépendante de la présence d'un portage satisfaisant et agréable.

La représentation d'un appui dorsal est également constitutive d'un narcissisme sain.

*« Le bébé accède au sentiment de rassemblement de l'espace avant/ arrière lorsque la maman le porte dans ses bras » (Houzel, 2010)*

Cette notion de portage met en avant une prise de conscience pour le bébé d'un corps unifié et fermé. Par exemple, quand le toucher au niveau du dos est insupportable pour le patient, on peut supposer que cet arrière-plan de sécurité n'a pas été intériorisé, intégré.

La contenance, c'est ce qui va donner une unité à la fois au corps mais aussi à toutes les composantes qui vont faire de nous ce que nous sommes.

#### *b- Anzieu et le moi peau*

Le « Moi- Peau » est le concept créé par le psychanalyste **D.Anzieu**, ce concept est utilisé pour parler d'enveloppe psychique. Il reprend en partie l'ensemble des modèles existants.

Tout d'abord nous allons commencer par définir ce qu'est la peau selon D.Anzieu.

Il choisit de définir l'univers tactile et cutané selon différentes approches : linguistique, physiologique, évolutionniste, histologique, psycho-physiologique, interactionniste et psychanalytique.

Je choisirai ici d'évoquer l'approche physiologique.

La peau, de par sa structure et ses fonctions est plus qu'un organe, c'est un ensemble d'organes différents.

Elle regroupe différents organes de sens (toucher, pression, douleur, chaleur...) et est en lien avec les différents sens externes (ouïe, vue, odorat, goût).

La peau remplit également des rôles annexes, elle est le support du tonus, elle stimule la respiration, la circulation, la digestion...

Elle maintient le corps autour du squelette, protège contre les agressions extérieures et transmet des informations utiles.

### **La peau est un organe vital qui joue un rôle d'enveloppe.**

Anzieu a étudié les contenants psychiques à travers notre principale enveloppe physique : la peau.

Par le nom de **Moi-peau**, il désigne « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps.* »(Anzieu, 1995)

Le Moi-peau trouve son étayage sur les différentes fonctions de la peau. Il définit alors 8 fonctions du Moi-peau :

- 1- **La Maintenance** : la peau remplit la fonction de soutènement du squelette et des muscles, le Moi-peau lui remplit une fonction de maintenance du psychisme. Cette fonction s'assimile à la notion de « holding » de Winnicott, elle retient le bon et le plein des soins maternels qui permet ainsi l'émergence de la pensée.
- 2- **La Contenance** : cette fonction est exercée principalement par le « handling » maternel.
- 3- **Pare-excitation** : la mère assure une pare-excitation pour son enfant. Elle le protège des excitations du monde extérieur jusqu'à ce qu'il trouve un

étayage corporel suffisant pour satisfaire cette fonction. C'est une fonction de protection des agressions de l'autre.

- 4- **Individuation** : cette fonction permet l'émergence du soi et de l'unicité de l'individu.
- 5- **Intersensorialité** : le Moi-peau est une surface reliant les différentes sensations grâce à notre enveloppe tactile.
- 6- **Soutien de l'excitation sexuelle** : due à la présence de zones érogènes
- 7- **Recharge libidinale**
- 8- **Inscription des traces sensorielles** : à travers les sensations tactiles, vont s'inscrire sur la peau les différentes expériences du bébé.

Ce concept de Moi-peau maintient le lien entre psyché et soma.

Donc pour Didier Anzieu, la peau ne se restreint pas à un rôle d'enveloppe physiologique. **Elle a une fonction psychologique qui permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire...**

Cette fonction est tributaire de la qualité des soins maternels développés par Winnicott.

*c- La question du « holding » selon Winnicott*

**Winnicott**, pédiatre et psychanalyste britannique met l'accent sur la nécessité d'un environnement bon pour le développement de l'enfant.

A travers ses différents ouvrages "La relation parent-nourrisson" et "La mère suffisamment bonne" et articles, il évoque l'importance des soins parentaux.

Il introduit les notions de « holding » et de « handling ».

Le «  **Holding**  » est le tout premier stade de la relation « parents-nourrisson ».

Il fait l'hypothèse que le « moi » de l'enfant n'est pas intégré de manière innée, son intégration dépend du holding maternel.

Ce qu'il appelle « l'état d'unité » de l'enfant dépend de l'adéquation des soins maternels à ses besoins.

Cela aboutit à une délimitation du dehors et du dedans indispensable à son individuation.

*« Puis il apparaît dans la suite du développement ce qu'on pourrait appeler une membrane de délimitation, qui se confond jusqu'à un certain point avec la surface de la peau ; elle se situe entre le « moi » et le « non-moi » de l'enfant. Ainsi le nourrisson en vient à avoir un intérieur et un extérieur et un schéma corporel .» Winnicott en 1960 (Cupa, 2006)*

L'intrication harmonieuse du corps et de l'esprit se fait grâce aux soins.

La notion de « soin » est la clé de voûte du développement de l'enfant pour Winnicott. Les soins parentaux correspondent à la notion de « holding » (maintien), qui est la manière de contenir physiquement l'enfant comme le portage aux bras, le bercement et aussi le contenir psychiquement (disponibilité psychique pour son enfant, interpréter ses émotions...).

Le « **Handling** » correspond aux soins du type laver, changer, habiller l'enfant. Cependant, la mère n'exécute pas ses différents actes de manière robotique, ils seront emprunts d'affectifs.

Enfin « **l'object presenting** » est également une notion indispensable, ceci correspond à la manière dont la mère va présenter le monde à l'enfant. Elle va donc introduire l'extérieur à leur dyade mère-enfant.

Des soins maternels satisfaisants édifient chez l'enfant un sentiment de continuité d'être. Au contraire, une carence des soins aboutit à une détresse extrême qui se traduit par le sentiment de partir en morceaux, le sentiment que la réalité extérieure ne peut servir à la réassurance. Un affaiblissement du moi en résulte.

« *La santé mentale est donc le résultat des soins ininterrompus qui permettent une continuité du développement affectif personnel.* » (Winnicott et al., 2011)

#### *d- Théorie de l'attachement*

La théorie de l'attachement de **John Bowlby** représente aussi un éclairage intéressant sur ce concept d'enveloppe psychique.

Bowlby s'est intéressé aux conséquences des séparations précoces des enfants avec leurs parents.

Ceci l'a conduit à élaborer la théorie de l'attachement.

Cette théorie affirme que le bébé, de par son équipement inné, manifeste des conduites dirigées vers sa mère qui ont pour but le maintien le plus possible de la figure maternelle à côté de lui.

Ces conduites de base sont la succion, le grasping (l'étreinte), les actions de poursuite (regard ou déplacements), les cris et le sourire.

Ces conduites visent donc à garder la proximité physique avec la mère ou à faire revenir la mère à proximité.

Cette proximité physique est indispensable pour que le bébé développe un sentiment de sécurité afin d'accroître ses potentialités psychiques et intellectuelles.

Pour que le système d'attachement se déclenche, il faut se trouver dans une situation de détresse.

En situation de stress et d'inconfort, le bébé interpelle alors sa figure d'attachement par les différentes conduites de base.

Les réponses apportées par cette figure d'attachement sont très importantes dans la construction de la sécurité interne de l'enfant.

Le bébé est dépendant de la personne qui prend soin de lui, sans proximité avec cette personne, il est en danger de mort. Il va donc avoir sans cesse besoin d'aide pour grandir en toute sécurité.

**La sécurité émotionnelle de l'enfant va le rassurer pour ses explorations, ses expériences.**

On voit donc ici le lien entre les soins, réponses apportées par la figure maternelle avec la sécurité interne de l'enfant et sa capacité à faire des expériences sensori-motrices.

Ces dernières étant fondamentales notamment pour créer des repères spatiaux (dedans/dehors, derrière/devant...). Ces repères enrichissent la conscience corporelle et les limites du corps.

La théorie de l'attachement nous explique aussi comment les liens vont se construire, comment nous allons nous positionner dans nos relations, nos attentes, la confiance accordée aux autres, notre volonté à vouloir rencontrer de nouvelles personnes....

Un attachement insécure entraînera chez l'enfant une manière spécifique de s'adapter et de communiquer avec l'adulte.

C'est **Mary Ainsworth**, dans les années 1960-1970 qui évoque les notions d'attachement « sécure » et « insécure ».

En fonction de la qualité de soins reçue par notre « caregiver » ou figure d'attachement qui déterminera le type d'attachement. Les différents types d'attachement sont :

- Les attachements sécures
- Les attachements insécures
  - Les attachements anxieux-évitants
  - Les attachements anxieux-ambivalents ou résistants
  - Les attachements désorganisés

### *e- Syndrome d'hospitalisme*

Ce sont les travaux de **Spitz**, datant de 1946, qui mettent en évidence les conséquences chez les nourrissons suite à leur abandon ou leur privation de liens d'attachements stables.

René Spitz observe 123 nourrissons âgés de 12 à 18 mois, de mère célibataire en prison. « Il décrit la « *dépression anaclitique* » (*carence affective partielle*) chez ces enfants séparés pendant le deuxième semestre de vie. Quand la séparation se prolonge, on observe une évolution vers un état de marasme, physique et psychique, que Spitz appelle « *hospitalisme* » (*carence affective totale*). »(Rousseau & Duverger, 2011)

Plus récemment, c'est la pédiatre **Emmi Pikler** en 1975 qui remarque qu'un grand nombre d'enfants jeunes vivants en internat sont atteints du point de vue de leur développement de leur personnalité.

Les travaux de E.Pikler et R.Spitz sur l'hospitalisme ont suscité une prise de conscience sur la manière de prendre en charge les enfants et l'importance de l'affectif dans la constitution de l'individu.

Il est donc apparu le souci de prévenir l'apparition de troubles psychologiques liés aux carences affectives.

Malheureusement cela reste un objectif non atteint, lors de ce stage en ITEP, j'observe de nombreux enfants placés en pouponnières et en foyer d'accueil. Une autre partie de ces enfants sont encore domiciliés chez leurs parents mais cet environnement constitue un milieu familial carencé voir maltraitant.

Une grande partie des enfants rencontrés en prise en charge présente ce syndrome d'hospitalisme et/ou un type d'attachement insécure.

Je clôturerai cette partie avec une étude récente qui montre encore l'actualité de ce problème. « *Sur cinq années, entre 2005 et 2009, parmi la centaine d'enfants de moins de 3 ans admis à la pouponnière du Maine et Loire au titre de la protection de l'enfance, 40% présentaient un tableau gravissime au regard de leur état somatique, psychique ou de leur développement avec un fort risque de séquelles irréversibles. 15% présentaient des signes de souffrance psychiques sévères ou des troubles de la personnalité.* »(Rousseau & Duverger, 2011)

## II- Le corps et ses représentations

Un défaut de conscience corporelle est corrélé avec un défaut de connaissance de son schéma corporel et un trouble de l'image du corps.

### *a- L'enveloppe corporelle*

Elle correspond à la peau. Elle nous limite, protège et contient le corps. L'enfant prend conscience de sa peau grâce à la relation du corps à corps.

La peau est constituée de plusieurs couches :

- *L'épiderme*, qui est la première couche, est elle-même constituée de quatre couches distinctes : la couche cornée, granuleuse, épineuse et basale. L'épiderme est renouvelé en moyenne tous les 60 jours.
- *Le derme*, situé sous l'épiderme, est richement innervé, vascularisé et parcouru par beaucoup de vaisseaux lymphatiques. Il comporte de nombreux récepteurs sensoriels qui reçoivent les différents stimulus.
- *L'hypoderme* est placé sous le derme et sert de barrière entre ce dernier et le reste du corps.

La peau remplit des fonctions telles que la protection, la régulation thermique, l'absorption, l'excrétion et la production de vitamine D.

**La peau est le siège du toucher, elle est en étroite relation avec les autres organes des sens.**

Lors de sa naissance, l'enveloppe physique de l'enfant est visible. Cependant, l'enveloppe psychique est encore absente et va se construire au fil du temps, au fil des expériences.

La notion de toucher, associée à la peau, est centrale et transversale.

En effet, le système sensoriel humain se développe in-utero.

À la naissance le bébé est doté de capacités sensorielles qui participent à son développement physique et psychique. Il passe d'un milieu aquatique à un milieu aérien qui est moins contenant.

Le sentiment d'enveloppe diminue et le nouveau-né se retrouve confronté à des angoisses archaïques.

**Les interactions précoces et les sensations participent donc à l'édification de l'enveloppe psychocorporelle.**

**Le toucher est le premier sens à apparaître et le dernier à se détériorer: on peut être muet, sourd, aveugle, on sent toujours un contact sur la peau.**

Les représentations mentales ne peuvent se construire qu'à partir de la sensation corporelle. Il est donc intéressant d'utiliser des médiations corporelles pour remettre cette connexion entre le sensoriel et ce qui est de l'ordre du symbolique.

Ce sens du tactile est structurant pour le schéma corporel et unificateur grâce aux soins maternels.

Il représente alors un véritable atout en psychomotricité.

*b- Le corps*

- *Conception du corps en psychomotricité :*

Selon moi, il existe deux visions de pratiques psychomotrices.

-La *Rééducation Psychomotrice*, de manière schématique elle vise à réduire un symptôme. Par exemple dans le cas d'une agitation motrice, d'un déficit de l'attention, on va viser à réduire le symptôme c'est-à-dire l'agitation.

On pourra proposer des exercices permettant, de par leur répétition, à amener le sujet à avoir un meilleur contrôle de son attention, de ses troubles.

-La *Thérapie Psychomotrice*, en reprenant l'exemple de l'instabilité, on ne visera pas directement à réduire les symptômes mais on va considérer ces derniers comme le signe d'une difficulté ou d'une souffrance qui existe en arrière-plan.

On pourra proposer au patient des expériences lui permettant d'exprimer sa souffrance, de trouver des moyens d'expression qui lui permettent de dépasser sa souffrance.

**Ces deux visions de la pratique ne sont pas à opposer mais plutôt à combiner pour être au cœur de la psychomotricité.**

La question de comment on conçoit le corps renvoie à ce choix que peuvent faire certains psychomotricien(ne)s concernant leur pratique et impactera les moyens mis en œuvre ainsi que le sens de leurs actions.

L'enfant, grâce à ses différentes expériences sensori-motrices, explore son corps.

Puis, progressivement il pourra le nommer et s'en faire une représentation personnelle et unique.

**Les représentations de l'enfant seront dépendantes de ses diverses explorations qui seront aussi imprégnées de la dimension affective.**

Tout cela est une construction progressive, des changements s'effectuent tout au long de notre vie.

Par exemple, la formation au diplôme d'état de psychomotricien a provoqué chez un certain nombre d'étudiants des remaniements grâce à nos différentes médiations corporelles et au savoir théorique.

Donc, toute notre vie nous pouvons repenser notre manière de percevoir et de se représenter notre corps.

**En Psychomotricité, le corps occupe une place centrale. Le corps est un outil indispensable pour le psychomotricien. En effet, notre spécialité sont les médiations corporelles.**

Le corps permet d'exprimer certaines souffrances et certains symptômes. Il nous permet de lire chez notre patient ce qu'il ne peut pas ou ne veut pas exprimer.

Il est également notre outil médiateur, un moyen de rentrer en communication, un moyen d'expression.

Le corps est aussi un outil d'apprentissage car l'expérience corporelle construit la conscience, la temporalité, la spatialité, la motricité... des notions que nous traitons en tant que psychomotricien.

La richesse des expériences corporelles proposées aux enfants conditionne leur conscience.

Le corps est l'instrument général de la compréhension du monde dans l'articulation du vécu corporel avec l'articulation psychique (en présence ou non du thérapeute).

**Donc, par le biais d'expériences corporelles nous pouvons aussi instaurer ou restaurer une conscience précaire.**

### *c- Le schéma corporel*

Je parlerai de ces deux notions parfois séparément bien qu'elles soient liées. En effet l'image du corps ne peut exister sans schéma corporel et inversement.

Les représentations du corps (schéma corporel et image du corps) sont **plastiques**. Elles se réinventent, s'adaptent et se transforment en fonction de nos différents chemins de vie.

**C'est en cela que la plasticité de nos tissus donne une place importante à la psychomotricité.**

Historiquement, la notion de schéma corporel a été développée afin de répondre à des manifestations pathologiques du système nerveux.

Le schéma corporel se construit en parallèle de la maturation du système nerveux.

**P. Bonnier**, dès 1833, introduit l'idée d'une représentation topographique du corps dont les altérations pathologiques déterminent des troubles particuliers (tel qu'une perte de la perception topographique du corps ou une confusion des différentes régions du corps).

En 1895, il donne le nom de schéma corporel, il le définit comme une représentation permanente, une figuration spatiale du corps.

En 1908, **Pick** propose la notion « d'image spatiale du corps » établissant une relation entre les sensations perçues dans le corps et les représentations de celui-ci, relation qui permet d'estimer la localisation des stimulations.

Le schéma corporel constituerait une interface permettant une relation adaptée aux sensations et à l'environnement.

Enfin **Head**, dans les années 1920, parle de « modèle postural du corps ». Il ajoute la dimension temporelle et donc le caractère plastique et en perpétuel construction.

D'après **Julian de Ajuriaguerra** (1970) le schéma corporel est « *édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* » (Scialom et al., 2011) p.216

D'après **Jean Michel Albaret** « *le schéma corporel (système de localisation) correspond à un ensemble de représentations pour l'action et répond donc à la fameuse question « Où ? » (Où sont les membres et où est la cible de l'action) mais aussi à la question « Comment ? » (Comment utiliser l'ensemble du corps pour réaliser le but fixé). Il fournit les informations sur la posture et les coordonnées spatiales des différentes parties du corps qui détermine aussi ce qu'on appelle le référentiel égo-centrique. Il intervient donc pour la locomotion et la préhension.* »(Scialom et al., 2011) p.216

De nombreux auteurs ont défini les différentes étapes du développement du schéma corporel.

Voici une proposition de ces différentes étapes :

#### Le corps subi (0-3mois) :

La motricité à ce stade reste de type « sous corticale » donc on parle de « motricité réflexe ». C'est le stade de l'impulsivité motrice, les gestes sont explosifs, non orientés.

Il a une conscience de son corps que fragmentaire et peu différenciée de l'autre.

Par la maturation du système nerveux (qui suit les lois céphalo-caudales et proximaux-distales) et la stimulation de l'environnement lui apportant sécurité physique et affective, l'enfant va passer peu à peu de cette motricité réflexe à une motricité plus libérée et ainsi volontaire.

### Le corps vécu (3 mois- 3ans) :

Freinet parle d'un « tâtonnement expérimental » lorsqu'un résultat nouveau est obtenu, parfois par hasard, l'enfant cherche à le reproduire avec des variantes.

L'enfant est alors capable d'utiliser un schéma intériorisé pour une situation nouvelle.

Donc par la répétition des multiples expériences sensorielles et motrices, l'enfant va de mieux en mieux maîtriser son corps.

Par l'expérience vécue du moment, l'enfant délimite progressivement son « corps » du monde des objets. S'établit alors une première ébauche des représentations corporelles en tant que représentations conscientes.

L'adulte met aussi les mots sur les sensations de l'enfant, ce qui permet le passage de la sensation à la perception.

A ce stade apparaissent les premiers apprentissages et connaissances corporelles.

C'est également la période sensori-motrice, selon Piaget, elle correspond au développement et à la coordination des capacités sensorielles et motrices du bébé.

L'intelligence est liée à l'action, le bébé touche les objets et expérimente, peu à peu il comprend le fonctionnement de son corps et commence à le différencier des objets.

### Le corps perçu (3 ans -7 ans) :

La motricité continue de s'affiner. L'enfant passe d'une connaissance globale et d'une perception de son corps à une connaissance topologique des différentes parties du corps.

A cet âge, l'enfant acquiert le jeu symbolique et la latéralité se met en place. Tout ceci contribue à l'acquisition des repères spatiaux et temporels.

Il y a une meilleure connaissance des sensations éprouvées, de la conscience du corps dans l'espace et un meilleur ajustement postural.

### Le corps représenté (7 ans-12 ans) :

L'enfant passe d'une connaissance globale à une connaissance topologique des différentes parties de son corps : il peut nommer et situer ces différentes parties.

La représentation mentale du corps se constitue à cette période.

Il peut ainsi mieux représenter ce corps au travers du dessin.

Il acquiert également l'efficacité motrice c'est-à-dire qu'il peut s'ajuster toniquement, exécuter des mouvements plus précis, anticiper ...

L'enfant prend donc conscience de son corps en mouvement.

Le schéma corporel va ainsi se construire via toutes les informations issues du corps afin de constituer un schéma de référence.

Il se construit sur l'expérience sensori-motrice et grâce à l'aide de l'environnement. En effet, il se structure grâce à la maturation neurologique, l'équipement sensoriel et la motricité mais également grâce à l'environnement humain et le dialogue tonico-émotionnel. Il a donc un lien avec l'affectif.

Il regroupe la connaissance et la conscience que l'on a de son corps. Sa structuration repose sur une multitude d'informations neurosensorielles : les sensations tactiles, visuelles et vestibulaires.

La synthèse de toutes ces informations sensorielles permet à chaque instant d'établir une représentation unifiée de notre corps et fournit un repère de base pour s'organiser.

En effet, la conscience d'un schéma de référence permet de s'orienter et de déterminer un haut et un bas, une droite et une gauche, un devant et un derrière...

Son intégration aura des répercussions sur l'ensemble du développement de l'enfant comme son aisance motrice et gestuelle, se repérer dans l'espace et le temps.

A l'image de la psychomotricité, le schéma corporel n'est donc pas à considérer comme un concept uniquement neurologique et objectif, mais s'articule également avec la dimension de l'expérience vécue subjective.

Le développement psychomoteur s'appuie sur la **boucle sensation-perception-représentation** : les sensations, une fois intégrées, nourrissent des représentations, des images mentales qui ouvrent le champ à d'autres sensations.

C'est cette boucle qui est mise en jeu tout au long des différents stades nécessaires à la construction du schéma corporel .

#### *d- L' image du corps*

Cette notion est issue de la psychanalyse.

À partir de **Bergson** (1896), l'image du corps a beaucoup été l'objet de la psychanalyse. Il définit l'image du corps comme la perception actuelle que le sujet a de son corps, et d'autre part, le produit de l'assimilation des expériences passées qui lui ont conféré son unité.

Pour lui, l'image du corps est à la fois consciente et inconsciente.

Pour **Bergson**, il y a donc pour lui une mémoire du corps (celle des expériences passées) et l'image du corps est garante de l'identité du sujet qui incarne la continuité du rapport que l'individu établit entre le passé et le présent.

D'après **Jean Michel Albaret** « *L'image du corps (système de perception des formes) sert à l'identification et à la reconnaissance du corps et répond à la question « Quoi ? » (Quel corps suis-je ? Quelles sont les particularités de mon corps ou de mon apparence corporelle ?). Elle regroupe des perceptions et des attitudes à l'égard de son corps propre qui s'expriment par des pensées, des convictions, des sentiments mais aussi des comportements. Cette image du corps est influencée par un ensemble de facteurs socioculturels, psychologiques, biologiques.* » (Scialom et al., 2011) p.216

**Gallagher** définit l'image du corps comme un « *système de perception, d'attitudes et de croyances se rapportant à son propre corps.* »(Scialom et al., 2011)

L'image du corps présente un rôle social important car elle se construit à travers la relation à autrui. Elle est unique, propre à chacun et liée à nos différentes expériences affectives, sensorielles, sociales...

L'image du corps est à l'origine du narcissisme du sujet et de sa subjectivité. Elle assure une assise identitaire.

Il permet au « Moi » de se constituer par rapport à son environnement.

En effet, **F. Dolto** l'assimile à la « *trace structurale de l'histoire émotionnelle d'un être humain* ». (Scialom et al., 2011)

Grâce à l'image du corps nous sommes ce que nous sommes. En relaxation, on travaille autour de l'image du corps.

**J. Lacan** propose le « stade du miroir ». Celui-ci permet à l'enfant d'acquérir une image corporelle unifiée ainsi que la représentation de son propre corps.

L'image du corps se constitue à partir d'images qui sont d'abord morcelées et qui vont petit à petit se rassembler autour d'une expérience : l'expérience du miroir.

L'enfant va s'identifier progressivement à l'image qu'il voit dans le miroir.

Au début, l'enfant prend son image pour un autre réel. Par la suite, il va se rendre compte que ce qu'il voit dans le miroir est une image et non une autre personne.

Enfin, l'enfant s'identifie à l'image du miroir en reconnaissant cette image comme étant la sienne. Ce stade est alors constructif pour le développement du « moi », il acquiert alors son image du corps comme un tout unifié et différent d'autrui. Ce qui aboutit à la constitution de son identité.

D'après Wallon, « *l'enfant devient sujet lorsqu'il intègre l'image renvoyée par le miroir à son schéma corporel comme la représentation mentale d'une identité.* » (Scialom et al., 2011)

La qualité de l'image du corps aura une incidence sur l'estime de soi et la confiance en soi.

En résumé, le schéma corporel s'élabore sur des sensations, il est sensiblement le même pour tous et se structure par les apprentissages et les expériences. **Il est sous influence de deux facteurs principaux: l'intégration sensori-motrice et les interactions avec le milieu.**

L'image du corps est propre à chacun et liée à notre histoire. Elle s'élabore sur des expériences émotionnelles et se structure par la relation.

Le dessin du bonhomme représente une épreuve efficace pour évaluer les représentations du corps.

Nous venons donc de voir comment se structurent les enveloppes psychocorporelles et les enjeux que cela représente.

Ainsi, l'environnement et les soins parentaux jouent un rôle fondamental dans la structuration des enveloppes psychocorporelles et le développement psychique de l'enfant.

En cas de défaut de structuration, comment cela se manifeste-il ?

## Partie 3 : Psychopathologie des enveloppes

### I- Défaut de contenance et Trouble du comportement

Quand la fonction contenante n'a pas été suffisante, qu'elle ne s'est pas développée de façon harmonieuse pour le sujet, celui-ci a recours à des enveloppes pathologiques.

Par exemple, E.Bick parle de seconde peau musculaire pathologique, le patient ayant recours à celle-ci pour faire tenir celle qui ne tient pas ensemble.

Elle montre comment l'objet contenant est éprouvé comme une première peau.

Les perturbations de cette première peau vont conduire à la création d'une seconde peau pathologique (comme une enveloppe de substitution), véritable substitut d'un contenant peau défaillant.

Ainsi, cette seconde peau peut être de nature musculaire ou motrice: hypertonie, hyperactivité protégeant l'individu contre des angoisses archaïques.

Il existe également des manifestations comportementales en réponse à ce défaut de contenance comme **certaines angoisses archaïques persistantes**.

Lors d'un développement "normal" durant la petite enfance, la structuration du « Moi » en ressort unifié et ces angoisses archaïques disparaissent.

L'exploration et la compréhension des angoisses corporelles archaïques sont fondamentales pour le psychomotricien notamment quand il s'agit de penser l'image du corps.

Le travail par le corps représente une solution pour lutter contre ces angoisses.

L'angoisse est une réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation avec trop de stimulations externes ou internes non maîtrisables (stimulations qui devraient être filtrées dans un premier temps par la mère).

Winnicott distingue donc deux sortes de bébés : « *ceux qui ont l'expérience de la continuité d'être, portés par un environnement (holding) et ceux qui connaissent l'angoisse archaïque d'être dans une confusion aiguë contre laquelle ils produisent des défenses.* » (Pireyre, 2011)

Ces derniers porteront une trace de leur traumatisme c'est-à-dire une persistance des angoisses archaïques.

Dans le cas qui nous intéresse, l'édification du « Moi » ne s'est pas établie correctement et donc laisse place à la persistance de certaines angoisses :

*Angoisse de morcellement* : Comme vu précédemment, l'enfant de par ses expériences sensori-motrices va construire et découvrir son corps (si son environnement est assez sûr pour lui permettre). Lorsque cela fait défaut, l'angoisse de morcellement peut persister. Elle est la plus connue et se retrouve particulièrement dans la psychose. Elle correspond à la perception de son corps en morceaux, non unifié. Elle s'assimile aussi à la peur d'une explosion du corps.

*Angoisse de chute* : Une autre angoisse primitive est l'angoisse de chute, du fait peut-être du passage soudain à une pesanteur au moment de la naissance. Le réflexe de Moro est une illustration de cet éprouvé de chute contre lequel le bébé se défend. Les manifestations de cette angoisse se retrouvent également dans les moments d'agrippement. C'est donc la peur de chuter sans fin.

*Angoisse de dévoration* : c'est la peur de se faire mordre, manger, dévorer. Elle peut s'observer chez l'enfant lors de la répulsion à se faire embrasser.

*Angoisse de liquéfaction* : elle est dérivée de l'angoisse de morcellement et de chute. Elle correspond à l'angoisse de se liquéfier, se transformer en flaque, d'être aspiré par l'eau du bain, de s'écouler, de se répandre...c'est une crainte de la disparition de la frontière corporelle déjà vécue comme discontinue.

Toutes ces angoisses peuvent se retrouver chez certains enfants, elles peuvent mener à certains troubles du comportement, de par la peur qu'elles peuvent générer.

De plus, les concepts de défaut de limites psychiques et corporelles font écho aux limites de l'enfant, au respect des règles...

Un enfant n'ayant pas conscience de ses propres limites rencontrera certainement des difficultés à respecter un cadre, des règles.

D'où l'agitation et la désorganisation que peuvent présenter ce type d'enfants et ainsi l'importance de réinstaurer des limites par un cadre et par la prise de conscience de leurs propres limites corporelles.

Je tiens à préciser que la défaillance de l'enveloppe psycho-corporelle peut être due à un trouble dans la relation entre le nourrisson et son entourage maternant (sujet sur lequel insiste ce mémoire) mais aussi à des troubles sensoriels importants.

Ce défaut de contenance peut donc se traduire, entre autres, par des troubles de la régulation tonique, troubles de l'image du corps et de l'instabilité psychomotrice.

Golse parle d'une "*enveloppe motrice défensive face à un défaut de contenance primordial*". (Golse, 2015)

A travers les définitions de certains troubles du comportement, nous pouvons constater un point commun: les facteurs de risques mettent en évidence les carences dans les soins, un environnement précaire et non adapté au développement de l'enfant.

## II- Définition des troubles du comportement

Le « trouble » se définit comme un état de dysfonctionnement comportemental, relationnel et psychologique d'un individu en référence aux normes attendues à son âge.

Le comportement doit être répété ou durable, entraîne une souffrance chez l'individu et/ou son entourage et enfin provoque une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

### **Le trouble a une étiologie multifactorielle.**

Les troubles du comportement (TC) constituent un ensemble de réactions qui démontrent la désorganisation de l'enfant.

Ils s'expriment de différentes manières : par excès ou par défaut (inhibition).

Ils se manifestent le plus souvent par de l'agressivité et de la violence notamment à la maison ou à l'école et aussi par de l'agitation psychomotrice.

Le trouble du comportement peut se traduire de manières différentes, il existe donc plusieurs types de troubles du comportement.

Deux troubles représentent le plus souvent les troubles du comportement repérés en ITEP :

- **Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP)**
- **Le trouble des conduites**

J'ai choisi de définir ces deux types de troubles ainsi que **le trouble explosif intermittent** que j'ai pu rencontrer au sein de mon stage en ITEP.

- Selon le DSM-V

Dans le **DSM-V**, le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation sont classifiés dans les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites. Cette catégorie regroupe des troubles impliquant des difficultés dans l'autocontrôle des émotions et des comportements.

Ces derniers sont caractéristiques du fait que ces difficultés se traduisent par des comportements qui nuisent aux droits d'autrui et/ou qui exposent le sujet à des conflits avec les normes sociétales ou les personnes en position d'autorité.

### **Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) :**

La caractéristique essentielle du TOP est « *un ensemble fréquent et persistant d'une humeur colérique/irritable, d'un comportement querelleur/provocateur ou d'un esprit vindicatif.* »

Ces différents symptômes peuvent se restreindre à un seul lieu de vie de l'enfant, le plus souvent à domicile.

La présence de ce trouble dans d'autres contextes est un indice de sa sévérité.

Parmi les facteurs de risques, nous pouvons retrouver les facteurs environnementaux. Ces facteurs comprennent les pratiques éducatives dures, contradictoires ou négligentes.

Il existe également des facteurs tempéramentaux (liés à des problèmes de régulation émotionnelle) et des facteurs génétiques et physiologiques.

## **Le trouble des conduites :**

Ce trouble se caractérise comme un « *ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet.* »

Ces conduites peuvent être classées en 4 catégories : conduites agressives envers des personnes ou des animaux, conduites avec destruction ou endommagement de biens matériels, fraudes ou vols et violations de règles.

Les facteurs de risques environnementaux comprennent entre autres le rejet parental, la carence de soins, des pratiques éducatives dures, un manque de surveillance, un placement précoce en institution...

Des facteurs de risques génétiques et physiologiques sont aussi présents bien que ce trouble soit autant influencé par la génétique que par l'environnement.

## **Le trouble explosif intermittent:**

Ce trouble est composé « *d'épisodes comportementaux agressifs récurrents témoignant d'une incapacité à résister à des impulsions agressives.* » L'agressivité peut être verbale ou physique.

Ces actes agressifs entraînent une détresse significative chez la personne.

Ce diagnostic peut être posé en plus des diagnostics du TOP ou du trouble des conduites.

Ces crises durent généralement moins de 30 minutes.

Les sujets ayant des antécédents de traumatismes physiques et émotionnels durant les premières années de leur vie ont un risque plus élevé de présenter ce type de trouble.

Il n'existe pas de facteur seul expliquant leur origine. Néanmoins, certains facteurs sont à risques tels que les facteurs familiaux (avec notamment la relation mère-enfant, le contexte relationnel), les carences affectives et éducatives, les facteurs socio-économiques et culturels.

- Selon la CIM-10 et CIM-11

Dans la CIM 11, ces troubles sont classés dans les comportements perturbateurs ou troubles dissociés dans la rubrique “ 6C91 Trouble dyssocial du comportement”

Dans la CIM 10, ils sont classés dans les troubles des conduites F91.

### **Le trouble oppositionnel avec provocation:**

Il fait partie des troubles des conduites et apparaît plutôt chez le jeune enfant.

Il est caractérisé par un “*comportement provocateur, désobéissant ou perturbateur*” et “*d'opposition et de méchanceté*”.

Contrairement au trouble des conduites, il ne présente pas de comportements délictueux, ni de conduites agressives graves, de troubles à autrui...

Ce trouble est à utiliser avec précaution et ne doit pas être confondu avec le trouble des conduites.

La CIM-11 ajoute à cela la persistance de ces manifestations comportementales pendant plus de six mois.

Ce trouble peut aussi se manifester par “*une humeur colérique ou irritable dominante et persistante, souvent accompagnée de violents accès de colère, ou par un comportement entêté, argumentatif et provocateur*”.

Ce trouble a un retentissement et une altération significative sur le fonctionnement social, psychologique, familial, scolaire et professionnel de la personne.

Ce trouble est classé dans la CIM 11 dans les comportements perturbateurs ou troubles dissociatifs. Il se décline en différentes catégories, par exemple avec ou sans irritabilité chronique, colère et émotions prosociales.

### **Le trouble des conduites:**

Ce trouble est caractérisé par un “*ensemble de conduites dissociatives, agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes*” “*les règles sociales correspondant à l’âge de l’enfant sont bafouées*”.

Ce trouble va au-delà d’un comportement blagueur, farceur.

La persistance de ces comportements doit être significative et supérieure ou égale à six mois selon la CIM-10 et 12 mois selon la CIM-11 (excluant alors les actes criminels).

Il faut faire attention à ne pas le confondre avec une maladie psychiatrique.

Le diagnostic repose sur certains symptômes caractéristiques:

“*bagarres, tyrannie, cruauté envers les personnes ou animaux, destruction des biens d’autrui, vols, mensonges, fugues, crises de colère, désobéissance...*”

Ces symptômes doivent être présents avant l’âge de 10 ans ( CIM-11)

Ce trouble des conduites peut être associé à un trouble émotionnel; c'est-à-dire une association entre un trouble des conduites et des perturbations émotionnelles (phobie, anxiété, dépersonnalisation ....) .

### **Trouble explosif intermittent:**

Ce trouble est classé, dans la CIM-10, dans les troubles des habitudes et des impulsions F63. Dans la CIM 11, il est classé dans les troubles du contrôle des impulsions.

Il se caractérise par des comportements inadaptés et répétitifs, non attribuables à une maladie psychiatrique.

*“Le sujet ne parvient pas, de façon répétitive, à résister à des impulsions le poussant à adopter ce comportement” (ICD-10 Version:2008, s. d.)*

*“Caractérisé par de brefs épisodes répétés d’agression verbale ou physique ou destructions de bien qui traduisent une incapacité à contrôler les pulsions.”*

*“Le degré d’agressivité étant largement disproportionné par rapport à la provocation ou aux facteurs de stress.”(CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité, s. d.)*

Ces comportements sont assez importants pour induire une perturbation dans les différents domaines de fonctionnement de l’individu.

L’agitation psychomotrice est caractéristique des troubles du comportement.

*Elle “ se manifeste par une exagération et/ou une anomalie de l’activité psychomotrice. Elle entraîne une perte du contrôle des pensées et des actes. C’est un trouble du comportement qui a pour origine une souffrance.” (Agitation psychomotrice - Neuromedia, s. d.)*

- L’instabilité psychomotrice

Les écrits sur les troubles du comportement sont généralement associés au terme d’instabilité psychomotrice.

Elle est classée et décrite parmi les troubles à dominante comportementale dans la Classification Française des Troubles Mentaux de l’Enfant et de l’Adolescent (CFTMEA).

J’utiliserai donc aussi le terme d’instabilité psychomotrice pour décrire et illustrer la population rencontrée au cours de mon stage.

L'instabilité psychomotrice est illustrée par deux versants selon la CFTMEA:

- Psychique: l'individu éprouve des difficultés à fixer son attention et manque de continuité quand il s'implique dans des tâches cognitives. Il a tendance à s'investir dans des activités désorganisées, incoordonnées et excessives, teinté d'un certain degré d'impulsivité.
- Moteur : l'individu est sujet à une hyperactivité ou à une agitation motrice incessante.

Jusqu'à 3-4 ans, l'instabilité est considérée comme "normale" car l'enfant a besoin de bouger. Elle se définit comme une hyperactivité avec un déficit de l'attention et de l'impulsivité. Tout ceci pouvant être associé à de l'agressivité et des troubles affectifs.

Généralement ces enfants souffrent d'être en difficulté de canaliser leur énergie.

Ces troubles du comportement sont parfois une réponse à une problématique familiale ou scolaire.

Pour terminer sur la définition des troubles du comportement, je vais m'appuyer sur la revue "Évolutions psychomotrices (n°92 vol 23, juillet 2011) "

Le comportement est la partie visible de l'être humain. Il s'exprime à partir du corps et est en lien avec le tonus musculaire (lui-même lié à la dimension émotionnelle).

Le tonico-émotionnel va donc soutenir notre comportement et notre rapport à l'environnement.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) "*Les troubles du comportement se caractérisent par un changement du mode de pensées, de l'humeur ou du comportement qui ne rentre plus dans les normes ou les croyances culturelles*".

La Haute Autorité de Santé (HAS), en mai 2009 notifie que le *“trouble du comportement suppose une réaction inadaptée ou inattendue à une stimulation.”*

Nous parlons donc de troubles du comportement lorsque les actions de l'individu s'expriment de manière inadaptée et perturbante en référence à un cadre social.

Le trouble du comportement s'évalue selon deux paramètres:

- qualitatif (déviation, inadaptation, écart à la réalité)
- quantitatif ( en excès ou en défaut)

On retrouve donc des troubles du comportement caractérisés par une inhibition (cas que j'ai personnellement moins rencontré en séance).

Pour les psychomotriciens notamment, ce comportement troublant est une tentative de s'affirmer, socialement inadéquate qui témoigne d'une souffrance psychique. C'est la seule manière trouvée et possible pour l'enfant de signaler son mal-être.

*“Le comportement se présente alors comme l'expression psychomotrice de tensions, de difficultés, de mal être et de souffrances liés au processus de développement.” (Evolutions psychomotrices, Juillet 2011)*

Les troubles du comportement peuvent être le reflet de difficultés vécues par la personne au niveau psychomoteur, c'est-à-dire dans la relation entre le corps et la psyché.

La dimension psychomotrice est donc à prendre en compte dans la compréhension du comportement humain, notamment dans le contexte de développement de l'individu.

L'origine des troubles du comportement est dépendante de facteurs psychologiques, affectifs et physiologiques.

De nombreuses théories et modèles tentent d'expliquer l'apparition de ces troubles.

Tout d'abord il existe des théories biologiques avec des explications génétiques, neurochimiques et neuropathologiques.

Puis il existe des théories socio-psychologiques avec des auteurs comme Ajuriaguerra, Bion et Winnicott. Ces derniers soulèvent le rôle des relations précoces et donc les carences affectives, éducatives et sociales. Le comportement exprime la souffrance psychique.

Les théories psychanalytiques tentent elles aussi de les expliquer avec l'apport de la théorie freudienne.

Enfin, il existe des théories systémiques. Ces théories considèrent la famille comme un système, tous les éléments composant ce système étant dépendants des autres. Si l'entourage familial est désorganisateur cela aura des retentissements sur les autres membres du système.

Les traitements sont multiples, médicamenteux ou non.

Dans les traitements médicamenteux, nous retrouvons les psychotropes afin de réguler le comportement (neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs...)

Parmi les traitements non médicamenteux, il existe les thérapies cognitivo-comportementales, les activités visant à la détente, la relaxation et la psychomotricité.

Les troubles des interactions précoces peuvent entraîner un défaut de construction de conscience corporelle, plus précisément des limites.

Quand celle-ci est perturbée, cela provoque un sentiment d'insécurité, d'anxiété et peut contribuer à l'apparition de troubles du comportement.

Pour de nombreuses personnes dans cette problématique, verbaliser est compliqué voir impossible.

Le corps représente alors un vecteur de communication privilégié. Il représente la trace de nos expériences vécues. Les psychomotriciens sont des experts du corps en relation.

**En quoi l'apport de la psychomotricité tente de remédier à cela ?**

## Partie 4 : Rôle de la Psychomotricité

### I- Présentation de l'Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP)

- Qu'est-ce qu'un ITEP ?

Un ITEP est un établissement médico-social financé par l'assurance maladie

Selon l'article du Code de l'Action Sociale et des Familles « *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.* » (Winnicott et al., 2011)

En règle générale, ils ne sont pas atteints de troubles mentaux ou d'handicap intellectuel.

« *Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, **malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées**, engagés dans un processus handicapant* » (Article D312-59-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance, s. d.)

Les ITEP agissent sur différents plans :

- Thérapeutique : un suivi individualisé est créé et pensé pour chaque jeune
- Pédagogique : le but est de les réconcilier avec la scolarité et l'apprentissage
- Éducatif : soutien à leur développement personnel et à la socialisation

Un ITEP peut rentrer dans le cadre d'un Dispositif Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (DITEP).

Ce dispositif a pour objectif de mieux s'adapter aux patients.

Par exemple, un enfant peut au départ être accueilli en internat au sein de l'ITEP mais si la situation évolue il pourra retourner vivre à son domicile tout en conservant des soins ambulatoires au sein du Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). L'internat peut également représenter une solution dans le cas d'une perspective d'autonomie de l'enfant.

Il existe donc de multiples modalités d'accueil : accueil de jour, internat, semi-internat, ambulatoires avec le SESSAD...

Au sein de l'ITEP existe une équipe pluridisciplinaire qui intervient au plus près du sujet.

Cette équipe étudie et actualise le projet d'accompagnement personnalisé de chacun des patients régulièrement.

Elle joue également un rôle auprès des familles et des autres instituts accueillant le sujet (foyers d'accueils, écoles...). L'objectif étant une cohérence des soins.

- A propos de mon stage

- *Description de l'ITEP*

Le DITEP évoqué dans ce mémoire accueille 46 jeunes au sein de son dispositif. Il est composé d'un ITEP de 32 places et d'un SESSAD de 14 places. Les jeunes accueillis ont entre 3 et 16ans.

L'ITEP est constitué d'un bâtiment réunissant l'accueil et les bureaux de l'assistante sociale, secrétariat, chef de service et directeur.

Ensuite, on trouve le réfectoire avec la cuisine, une cour avec des structures de jeux, terrain de foot et terrain de pétanque.

Enfin, il y a le bâtiment avec les salles de classe et les salles de jeux pour le temps libre.

Dans ce même bâtiment, se situent la salle de psychomotricité, des psychologues, des orthophonistes et la salle d'eau, la salle Snoezelen, la salle d'art-thérapie, la cuisine thérapeutique, salle de vidéo, salle de poterie, salle de lecture...

- *Missions et fonctionnement de l'ITEP*

L'ITEP propose des interventions éducatives et rééducatives avec un projet unique et personnalisé pour chaque enfant. L'objectif est également de le réconcilier avec la scolarité en proposant des apprentissages.

Il est de son rôle aussi de favoriser sa réintégration sociale, faciliter leur vie au quotidien.

L'enfant peut donc être scolarisé soit en milieu ordinaire ou à l'ITEP, ou les deux.

Ce qui permet une scolarisation progressive et adaptée en fonction de son développement.

Il existe deux pôles : le pôle enfance et le pôle pré-adolescent. Ces deux pôles sont divisés en trois groupes : colibri (3-6 ans), mésange (7-10 ans) et albatros (10-14 ans).

Tous les mercredis après-midi et pendant les vacances scolaires sont organisés des médiations, des sorties (piscine, médiation animale, patinoire, accrobranche...).

Les professionnels accompagnant les enfants sont les mêmes tout au long de l'année et sont présents tous les jours de la semaine.

Le moindre changement, remplacement est signalé le plus tôt possible aux jeunes.

Pour un grand nombre d'entre eux, l'ITEP constitue un vrai cadre, il est important de maintenir ceci pour leur amener un maximum de stabilité.

Toute l'équipe soignante se rejoint sur cette idée.

- *Personnel accompagnant :*

Le personnel accompagnant est composé du médecin psychiatre, d'orthophonistes, d'éducateurs spécialisés, de moniteurs éducateurs, de psychologues, de professeurs, d'une assistante sociale et enfin d'une psychomotricienne.

La chef de service et le directeur sont également présents et bien identifiés par les jeunes.

En effet, chaque enfant a connaissance de tout le personnel et semble placer une certaine confiance envers chaque professionnel.

## II- Cas Cliniques

*Par souci d'anonymat, les prénoms des différents professionnels et des patients ont été modifiés.*

### *a- Étude cas n°1*

En octobre 2022, j'ai débuté un stage thérapeutique dans un institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP) pendant 10 mois.

Je rencontre Ismaïl, un enfant d'un peu plus de 8 ans accueilli au sein de l'ITEP depuis la rentrée de Septembre 2019. Il est actuellement scolarisé en CE2 à temps partiel avec une accompagnante d'élève en situation de handicap (AESH).

Il vit en maison d'enfants à caractère social (MECS) depuis le 1 février 2021.

C'est un enfant impulsif, débordé par ses émotions. A l'école, suite à des propos et des attitudes sexualisés, une indication de prise en charge au sein de l'ITEP est demandée par la maison départementale de la solidarité et de l'insertion (MDSI).

La mère ne semble pas comprendre l'intérêt des soins apportés à Ismaïl malgré le fait qu'elle soit dépassée par les agissements de son fils.

## 1-Anamnèse

- ***Histoire de vie***

La mère d'Ismaïl a arrêté ses études en cinquième et parle très peu le français.

La langue parlée à domicile est l'arabe. Elle est venue en France pour trouver du travail. Elle vit en France et sa famille vit au Maroc.

Madame relate régulièrement des violences conjugales au sein de son couple. Le père d'Ismaïl est d'origine française, il est de 20 ans l'aîné de Madame et est à l'époque en couple lorsqu'ils se rencontrent.

Madame a eu 3 enfants de pères différents. Ismaïl a un grand frère de 4 ans de plus que lui, Sofiane, qui est également accueilli au sein d'un ITEP.

Suite à des propos sexuels avec des actes déplacés de la part de Sofiane, un premier signalement est envoyé au juge des enfants.

Ismaïl est né en 2014. Il est un enfant désiré bien qu'il soit issu d'une relation extra conjugale.

Le père a reconnu son fils mais n'en assume pas la responsabilité. Ils se voient de temps en temps lorsque la santé de Monsieur lui permet de se déplacer. Actuellement, le père semble absent de la vie d'Ismaïl.

Aucun souci particulier pendant la grossesse n'est à noter si ce n'est un diabète gestationnel. Il est né à terme.

Dès 2017, lors de son entrée à l'école, son agitation est rapidement repérée. Le dossier MDPH (maison départementale des personnes handicapées) est constitué et il bénéficie d'une AESH en parallèle avec la mise en place de soins au Centre Médico-psychologique enfants et adolescents (CMPEA) qui fait état de nombreux doutes quant aux capacités de la mère à se mobiliser. Un Accompagnement éducatif en milieu ouvert (AEMO) est alors mis en place.

En 2018, l'école alerte sur les comportements sexualisés d'Ismail, ainsi que pour ses passages à l'acte agressifs envers ses pairs et les adultes.

A cette même période, Madame reprend une activité professionnelle et est peu présente au domicile pour ses enfants. Elle sollicite alors l'aide d'une voisine.

Actuellement en couple, Madame a donné naissance à un troisième enfant il y a moins d'un an.

- **L'entrée en ITEP**

Une prise en charge à l'ITEP est proposée le lundi et mardi matin, le mercredi et jeudi après-midi ainsi que toute la journée du vendredi.

Lors de son entrée en 2019, Ismail se présente en toute authenticité ; avec ses difficultés et des fragilités. Il est très réactif dans ses propos et passages à l'acte : impulsif, débordé par ses émotions et perméable à tout ce qui l'entoure. Le collectif est compliqué pour lui : importante agitation motrice, rivalité avec les autres enfants, en recherche d'exclusivité de l'adulte.

Il vient tester et attaquer le cadre de façon récurrente. Les règles et les limites ne font pas sens pour Ismail ; ses capacités cognitives sont préservées.

A l'école il est préconisé une AESH pour sécuriser, encourager, stimuler et contenir Ismail.

Au sein de l'ITEP, il bénéficie de temps en classe avec une enseignante et deux éducateurs, ainsi que de prises en charges thérapeutiques : un entretien individuel avec une psychologue et une séance de psychomotricité, chaque semaine.

Depuis Février 2021, Ismail vit en MECS suite à l'échec de l'AEMO et d'une famille d'accueil dans laquelle cela n'a pas fonctionné. Un placement en MECS a été décidé

suite à de nombreux signalements de la part des différentes institutions accueillant Ismaïl (ITEP, école).

Selon le rapport d'accompagnement de Janvier 2022, Ismaïl vit dans une situation familiale complexe et souffre d'un manque de cadre, de cohérence et de stabilité.

C'est un garçon sensible et curieux, en quête de repères...

Il refuse l'autorité et transgresse les règles. Il est dans l'agir et ses réactions émotionnelles échappent à son contrôle.

Malgré tout, cela lui tient à cœur de bien faire et cela lui demande des efforts considérables. Il souffre réellement du fait de ne pas être en capacité de rester calme, de respecter le cadre.

Son projet de soin global est de l'aider à réguler ces troubles du comportement pour maintenir sa scolarité. L'objectif étant qu'il trouve des moyens de régulation.

Concernant ses traitements, Ismaïl prend tous les soirs un neuroleptique afin de favoriser son endormissement et limiter les réveils nocturnes.

Il prend également un anti-psychothique.

L'objectif principal de ces traitements est d'apaiser ses angoisses.

## 2-Bilan Psychomoteur et projet thérapeutique

- **Bilan psychomoteur**

Le dernier et unique bilan psychomoteur réalisé date de Juin 2022. Ismaïl est âgé de 7 ans.

Avant ce bilan, Ismaïl n'était pas évaluable en raison du peu de disponibilité psychique et de réactions excessives face à l'échec.

Ce bilan a été réalisé par la psychomotricienne de l'ITEP. Ismaïl a fait des efforts pour répondre aux exigences des consignes malgré une grande fragilité. Au bout de 15 min d'épreuve, il s'agite et transgresse les règles.

Cliniquement, on peut noter une grande instabilité et des débordements émotionnels fréquents. Il est nécessaire d'être présent pour l'aider à contenir son agitation.

L'un des éléments marquants de ce bilan est l'évaluation du schéma corporel et des représentations du corps.

Son niveau au dessin du bonhomme équivaut à un enfant de 5 ans et demi. De nombreux détails importants sont manquants.

De plus, l'évocation des zones érogènes et les références à la sexualité sont quasi permanentes dans le discours sur le corps. Il est alors débordé par une excitation qu'il met en scène.

L'évaluation des compétences motrices mettent en évidence des difficultés au niveau de la dextérité manuelle marquées par une forte tension interne et une impulsivité qui viennent parasiter la précision du geste.

Les épreuves du tonus de fond mettent en évidence de très bonnes capacités de relâchement volontaire. Le tonus de soutien est correct. Concernant le tonus d'action, la réalisation des mouvements rapides démontre des difficultés de régularité et d'exécution du geste avec l'apparition de tensions corporelles diffuses.

L'examen du tonus met en évidence une immaturité neuro-motrice avec des difficultés au niveau de la régulation tonique.

Globalement, les résultats de ce bilan démontrent de bonnes compétences en adéquation avec celles attendues pour son âge. Il souligne des fragilités au niveau des représentations corporelles, de l'organisation visuo-spatiale et enfin la dextérité et l'organisation bi-manuelle.

Son accompagnement passe en premier lieu par la mise en place d'une relation thérapeutique stable et solide au sein d'un cadre contenant et rassurant afin de lui apporter un sentiment de sécurité interne.

L'objectif en psychomotricité est d'accompagner Ismaïl dans l'apaisement des tensions par le biais d'expériences sensori-motrices et par le biais d'un travail thérapeutique axé sur l'enveloppe et les limites corporelles. Tout ceci contribuera à un sentiment d'unité et de relâchement corporel.

Selon son premier projet personnalisé d'accompagnement (PPA) datant de 2019, Ismaïl est diagnostiqué par le psychiatre de l'ITEP comme ayant un trouble mixte des conduites et des émotions et une immaturité affective due à une évolution dans un milieu carencé.

- **Évolution au sein de l'ITEP avant mon arrivée**

Dès le début, Ismaïl investit beaucoup cet espace de suivi individuel. Il vient toujours avec beaucoup d'entrain. La permanence du cadre et la continuité du travail proposé en séances représentent un repère stable dans son emploi du temps.

Dans un premier temps, l'objectif était de permettre à Ismaïl d'avoir des temps de décharge motrice structurés, il s'agissait également de lui permettre de faire l'expérience des limites et du cadre. Ismaïl avait beaucoup de difficultés à contenir son agitation et sa frustration. Les passages à l'acte (violence, dégradation, ...) étaient alors récurrents.

Puis Ismaïl a petit à petit pu se sentir en sécurité et a été progressivement capable de lâcher prise. Par le biais notamment de l'installation d'un « espace ressource » (cabane) pour des temps de relaxation et de détente.

Les passages à l'acte sont aujourd'hui peu présents en séance. Ismaïl fait beaucoup d'efforts pour préserver cet espace et le lien qu'il entretient avec la psychomotricienne. Les débordements lorsqu'ils ont lieu, sont suivis d'une réparation spontanée.

### 3- Suivi en Psychomotricité lors de mon arrivée

J'ai donc commencé à rencontrer Ismaïl tous les vendredis depuis début Octobre.

A mon arrivée, Valérie, la psychomotricienne m'a prévenue qu'Ismaïl pourrait me rejeter dans un premier temps par peur de s'attacher et de me voir partir en fin d'année (en lien avec les nombreuses ruptures dans son parcours de vie).

Dès ces premiers instants, je me questionne alors sur le développement affectif d'Ismaïl ainsi que sur son type d'attachement.

J. Bowlby décrit la théorie de l'attachement et les différents types d'attachements: sécure, insécure évitant, insécure désorganisé, insécure ambivalent.

Les attachements insécures ne sont pas des attachements pathologiques, ils permettent la mise en œuvre de stratégies et de ressources particulières.

En effet, tout au long de la prise en charge on pourra constater qu'Ismaïl a une certaine manière d'agir. Il teste en permanence la solidité du lien dans sa relation à l'adulte et ne peut se reposer que sur certaines figures de l'ITEP lorsqu'elles sont suffisamment sécurisantes. Quand ces dernières sont absentes, les troubles du comportement sont majorés. Je suppose donc que ceci est relié à son histoire de vie et du type d'attachement insécure qu'il présente.

Valérie me décrit Ismaïl comme un enfant ayant bien évolué depuis le début de la prise en charge.

Elle me parle de son enfance et de ses conditions de vie, il passait beaucoup de temps dans les rues de son quartier avec des jeunes beaucoup plus âgés que lui.

La prise en charge en psychomotricité se réalise donc une fois par semaine, tous les vendredis après-midi, avant son rendez-vous chez la psychologue.

Notre première séance ensemble s'est composée d'un parcours moteur et s'est terminée de manière rituelle par un temps calme dans sa cabane.

Pendant le parcours, il a été chargé de me l'expliquer et de surveiller ma bonne réalisation. Il aime être responsabilisé et rentre donc facilement en contact avec moi.

Il me montre beaucoup de bienveillance et reste vigilant pour éviter que je me blesse.

Ismaïl aime être investi de missions et de responsabilités.

Il aime aider l'adulte et sentir qu'on lui fait confiance, qu'on le considère.

Il précise régulièrement qu'il a 9 ans (8 ans en réalité), il veut être plus grand.

La suite des séances se sont réalisées en Salle Snoezelen. C'est une demande effectuée par Ismaïl.

Jusqu'à présent il était impossible de l'amener dans ce type de salle en raison du risque de casse du matériel.

Désormais cela est possible, il respecte mieux les règles du cadre.

Cette salle a un effet direct sur son comportement.

Cette notion de **cadre** est essentielle chez les enfants en ITEP.

Le **cadre thérapeutique** est ce qui contient notre action thérapeutique dans un lieu et temps donné. C'est aussi savoir imposer des limites et des rituels.

*“Le cadre thérapeutique est une question fondamentale qui, en psychomotricité, va prendre une valeur toute particulière et originale.” (Potel, 2019)*

**Ce cadre physique soutiendra un cadre psychique essentiel pour le patient.**

Dans ce cadre s'inscrit également la relation thérapeutique entre patient et psychomotricienne.

La relation thérapeutique est dépendante de la création de l'alliance thérapeutique créée avec le patient.

Cette relation, tout ce qui se joue en relation en séance, de par la posture du professionnel, les rituels, les règles, l'espace donné permettra de recréer un sentiment de sécurité et de limites chez le patient.

A terme, cela permettra à l'enfant de puiser dans ses ressources internes pour mieux gérer ses émotions et problèmes.

Ce sentiment de sécurité interne soutiendra les différentes expériences de l'enfant.

On constate qu'Ismaïl teste les limites de cette relation et de ce cadre notamment lors de son début de prise en charge mais aussi lors de mon arrivée. En effet, il vérifie la stabilité du cadre et des règles. Il est donc important lors de crises et lors des séances d'apporter cette continuité et de poser les limites.

Au fil du temps, il se constitue alors chez l'enfant cette enveloppe psycho-corporelle, cette unification du corps et une sécurité interne.

Il en découle une atténuation des troubles du comportement, cela se remarque en séance de psychomotricité.

La salle de psychomotricité représente un lieu sûr chez Ismaïl, les troubles sont quasi absents alors qu'en classe ils sont davantage présents.

Tous les éléments du cadre en psychomotricité représentent un réel soutien à l'enfant, les rituels apportent sécurité, les règles et les limites une contenance et la relation est synonyme de confiance. A terme, cela permettra à l'enfant de puiser dans ses ressources internes pour mieux gérer ses émotions et problèmes.

Le cadre thérapeutique s'inscrit aussi dans un cadre que l'on peut nommer institutionnel. Chaque institution possède un projet global pour les patients avec des règles qui permettent une cohérence entre les différents professionnels.

Cette notion de cadre est immuable à la thérapie psychomotrice.

La salle de psychomotricité est à la fois un lieu sécurisant mais aussi un lieu de décharge émotionnelle pour Ismaïl. Notre rôle est de contenir ce qui déborde.

Les premières séances en salle Snoezelen sont consacrées à la découverte des différents objets et un grand jeu autour de pâtes à malaxer : une légère et souple et une autre très rigide. C'est une alternance entre « douceur » versus « résistance » dicit Ismaïl.

Pendant de nombreuses séances, il nous propose de fermer les yeux et il s'amuse à poser la pâte légère le plus doucement possible sur une partie de notre bras.

Nous devons ainsi désigner où cette dernière a été posée. L'expérience est aussi inversée.

Cette activité est importante à mes yeux, elle est spontanée et elle vient de lui. Elle travaille de nombreux points importants pour Ismaïl.

Le schéma corporel, l'attention, l'écoute et la perception sont travaillés avec la sensation agréable qui se pose sur différentes parties de son corps.

Le schéma corporel se structure notamment par l'expérience sensorimotrice et par la boucle sensation-perception-représentation. C'est cette boucle que nous sollicitons majoritairement pendant les séances de psychomotricité.

La relation de confiance et thérapeutique se joue également entre Ismaïl et moi.

Ces séances sont toutes ponctuées d'un temps calme dont il est demandeur.

Tous types de stimulations sensorielles sont donc proposées à Ismaïl.

De nombreuses mobilisations passives lui sont aussi réalisées, il se relâche aisément.

Donc c'est un grand travail autour de l'enveloppe, de la conscience corporelle qui est réalisé.

Lors des temps de relaxation, Valérie lui pose des sacs lestés sur l'ensemble du corps tout en appliquant des pressions puis les enlève progressivement.

Ce sont des expériences proprioceptives agréables et contenant qui lui sont proposées.

Cette expérience sensorielle est réalisée dans un cadre contenant, relaxant et enveloppant. Un temps est pris pour mettre des mots sur ses ressentis corporels, ses sensations...

En effet, la contenance et le travail d'enveloppe est un des axes principaux de sa prise en charge. Comme j'ai pu l'évoquer durant l'anamnèse, Ismaïl n'a pas bénéficié de soins maternels, d'un environnement sécurisant et adapté.

De nombreux auteurs ont théorisé sur la notion d'enveloppe (D. Anzieu, E. Bick, G. Haag) et l'importance des soins parentaux (Bion, Bowlby, Spitz) comme indiqué précédemment.

Chez Ismaïl, cette carence a contribué à un défaut de construction de ses enveloppes psycho-corporelles, le but est de reconstruire tout ceci à travers les séances de psychomotricité.

L'enveloppe psychocorporelle résulte de l'intériorisation de la fonction contenant. Pour reconstruire ces enveloppes, ce sentiment d'unité, il est important de recréer cette contenance.

Pour cela nos outils seront le cadre, la rythmicité des séances, l'ITEP et surtout nous (le professionnel). Le psychomotricien contient les émotions, fixe les limites et répond de manière adaptée au patient. Il joue le rôle d'objet contenant, de « fonction alpha » (concept développé par Bion dans le modèle « contenant-contenu »).

Après la réalisation de ces différentes séances, une réelle diminution de son agitation et de sa provocation est constatée, notamment dans la séance de psychothérapie succédant la séance de psychomotricité.

Il est donc décidé de continuer sur ce travail en proposant différents types de relaxation, d'expériences sensorielles dans le but d'arriver à un relâchement musculaire et un apaisement général.

Une proposition autour de la contraction/décontraction est également initiée.

C'est une inspiration de la méthode de relaxation de Jacobson. Cette méthode présente un grand intérêt pour les enfants car elle leur permet de rester actifs dans leur processus de détente. Elle est donc très adaptée à Ismaïl pour qui il est compliqué de se poser.

Cette méthode consiste en un travail sur la décontraction musculaire.

Il lui est donc proposé de serrer fort une pâte rigide et de mordre un objet pendant quelques secondes puis de relâcher. On a renouvelé cette expérience plusieurs fois jusqu'à lui proposer de serrer aussi un coussin à l'aide de tout son corps.

A la fin, des mobilisations passives sont réalisées pour attester de son relâchement musculaire.

En effet, il semble libéré de ses tensions. Il est complètement détendu.

Le fait de baisser son état tonique contribue à une relaxation psychique et à la modulation de ses ressentis affectifs.

J'évoque ici un certain type de relaxation mais au cours de l'année ce sont différentes séances qui ont été proposées.

Toutes séances s'inspirant de plusieurs styles de méthodes différentes.

La relaxation est aussi un outil précieux auprès d'Ismaïl pour travailler son schéma corporel, son image du corps et cette notion d'enveloppe psychique.

A travers les diverses stimulations sensorielles (notamment tactiles et proprioceptives) nous lui apportons de nouvelles sensations agréables. Ces sensations vont être interprétées et deviendront des perceptions. La verbalisation de ses ressentis en fin de séance soutiendront de nouvelles représentations.

*“La relaxation favorisera ainsi l'unité psychologique et physique du schéma corporel”*  
(Wintrebert, 2003)

Le 20 janvier 2023, en raison de l'absence de mon maître de stage, j'effectue la séance seule. J'appréhende le risque de crise. Il est important de préciser qu'Ismaïl a été averti en amont par la psychomotricienne de son absence et le contenu de la séance avait été anticipé.

Ismaïl arrive donc seul en salle de psychomotricité comme à son habitude.

J'ai le regret de lui annoncer que je n'ai pas les clés de la salle Snoezelen, un début de crise commence. Ismaïl commence donc à dire des injures et exige une solution.

Il se précipite alors dans le bureau de la psychologue pour lui demander les clés.

On constate une grande intolérance à la frustration et au changement de cadre.

La suite de la séance s'effectue en salle Snoezelen et se déroule correctement. Il teste le cadre tout au long de la séance ce qui m'oblige à rappeler les règles et les limites régulièrement.

La régulation du tonus fait aussi partie de nos axes de prise en charge, notamment à travers la relaxation ou bien à travers des exercices de respiration.

Le tonus est en lien avec la régulation émotionnelle, ils s'influencent réciproquement.

Ismaïl est un enfant très angoissé (dû à son histoire de vie : une absence d'unité corporelle, peur de l'abandon, manque de repères...) ce qui impacte son comportement au quotidien.

En séance de psychomotricité nous jouons sur cette régulation tonique afin d'obtenir un apaisement et une diminution de ses angoisses. Ainsi, la fin de séance est par exemple moins angoissante et une diminution des troubles est remarquée sur ce temps-là. La prise de conscience de nos états toniques impacte également notre sensation d'unité corporelle.

Pour cela un travail est effectué autour du toucher particulièrement.

Par exemple, nous sommes amenés à :

- Réaliser des pressions sur la totalité de son corps
- Faire rouler le ballon sur son corps
- Jeu autour de la proprioception
- Enroulement dans un sac en tissu (*cf.annexe 1*)

Au cours des mois de Mars- Avril, je suis chargée de réaliser certaines séances seule avec Ismaïl. Toujours dans l'esprit de consolider ce sentiment de sécurité interne en passant par des expériences sensori-motrices et des activités régressives.

A sa demande, je réalise alors un "cache-cache" dans le noir, l'obligeant à être discret, marcher lentement ( contrôle tonique très important) et travaillant aussi sa frustration face à l'échec.

Ce jeu le confronte aussi à certaines angoisses, le fait d'avoir l'impression d'être seul dans le noir. Il a besoin, entre chaque partie, d'une pause où la lumière est allumée et discute avec moi avant d'être prêt pour reprendre. Il est important de le réassurer lors de ces moments.

Par la suite, nous jouons au loto tactile sensoriel, l'objectif étant qu'il soit attentif à ses sensations. Il doit me décrire différents objets présents dans une sacoche sans les regarder et me les faire deviner. Ceci n'est pas évident pour lui, il essaie de regarder dans la sacoche.

Pour me les décrire, il me demande de regarder ou alors mime certaines caractéristiques de l'objet. La répétition de ce jeu lui permet d'être de plus en plus attentif à ses sensations et décrit de mieux en mieux les différents objets ou odeurs proposées.

De nombreuses activités sur le toucher au niveau du dos sont proposées.

Par exemple, écrire des chiffres, dessiner sur son dos toujours dans l'objectif de le rendre attentif à ses sensations.

Pour terminer, nous réalisons des séances de relaxation avec l'aide ou non de sacs lestés. Les rôles sont aussi échangés.

Ce sont des relaxations avec des propositions associant des massages et des visualisations mentales, par exemple faire le potager ou cuisiner une pizza. Il est très sensible à ce type de relaxation et prend plaisir aussi à me le faire. Il me demande mes ressentis et adopte une posture très douce.

A travers le toucher et la sensibilité profonde (avec la pose des sacs lestés), le but est d'apporter un sentiment de contenance, une revalorisation de l'estime de soi et une unification corporelle.

Au fil des différentes séances auprès d'Ismaïl, je constate une réelle progression. Il est de plus en plus calme, se régule de plus en plus, teste de moins en moins les limites : il est de plus en plus disponible.

Je suppose que le travail réalisé en séance, le cadre posé, lui amène un certain sentiment de sécurité interne. Ce sentiment le rend davantage disponible aux différentes expériences sensorielles et plus tolérant à la frustration.

La capacité d'autorégulation est essentielle pour l'enfant afin de se calmer malgré des émotions ou tensions changeantes.

C'est un véritable objectif pour Ismaïl de parvenir à s'autoréguler et de ne pas nécessiter d'une aide extérieure pour contenir et transformer son agressivité et ses excès.

*“Elle est facilitée par des interactions de qualité avec les figures d'attachement”*  
(Babington, 2018)

En occurrence, pour Ismaïl c'est le travail réalisé en séance, au sein de l'ITEP qui favorisera cette capacité d'autorégulation.

## *b-Étude cas n°2*

Malo, né le 20 février 2016 est un enfant accueilli au sein de l'ITEP dans lequel j'effectue mon stage. Il bénéficie de l'accompagnement à l'ITEP depuis le 7 février 2022.

Au moment de nos rencontres il est donc âgé de 7 ans.

Il est actuellement scolarisé en CP ordinaire avec présence d'une AESH.

Il est présent dans l'institution les jeudis et vendredis en journée complète. Il bénéficie d'une prise en charge individuelle en psychomotricité, de temps de classe, participe à des ateliers éducatifs et d'une prise en charge en psychothérapie.

Suite à des difficultés comportementales majorées lors du confinement (arrêt de l'école et de la prise en charge), Malo est placé depuis mai 2020 dans le cadre d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) en MECS. Il se rend chez sa mère le week-end et les vacances. Malo n'a pas de lien avec son père qui n'a pas reconnu l'enfant.

### 1-Anamnèse

- **Histoire de vie**

L'identité du père biologique de Malo est inconnue.

Malo peut demander si son père est décédé et réclame à le voir.

Concernant sa mère, elle a vécu avec ses parents et son frère porteur d'un TSA, qui est décédé à l'âge de 17 ans d'une rupture d'anévrisme.

Suite à cela, Madame dit avoir vécu un choc émotionnel.

Elle raconte avoir fait une dépression suite au décès de son frère.

Madame fait état de relations amoureuses multiples et toxiques.

Elle dit avoir été victime de violences conjugales.

Madame a travaillé dans le secteur médical en tant qu'aide-soignante.

Elle apprend sa grossesse tardivement autour de 4 mois d'aménorrhée et vit sa grossesse chez ses parents.

A 7 mois de grossesse, Madame est alitée et suivie par une sage-femme à domicile.

L'accouchement fut très long et difficile.

La période qui suit sera compliquée pour Madame qui fera un Burn-Out et sera hospitalisée alors que Malo est âgé de deux ans et 4 mois.

Ce sont ses grands-parents qui s'occuperont de lui. A sa sortie d'hospitalisation, elle entre en conflit avec sa mère qu'elle décrit comme « toxique » et « folle ».

Actuellement, les relations sont instables et conflictuelles.

Il peut arriver que la mère soit en bon terme avec ses parents, Malo passe alors ses week-ends chez eux.

D'autre fois, la mère énonce des disputes et décide de ne plus les voir.

La mère de Malo est atteinte de dyslexie, sclérodermie et de troubles thymiques (troubles bipolaires évoqués par la psychiatre du CMPEA).

Elle ne travaille plus depuis la naissance de son fils.

Elle évoque la mort foetale d'un deuxième enfant en 2020.

- **Histoire développementale**

Il y a un déni initial de grossesse pendant environ 4 mois avec notion de consommation maternelle d'alcool avant la découverte. Les échographies anténatales sont normales.

Sa motricité se développe de manière conventionnelle et la propreté est acquise avec un léger retard (4-5 ans).

La mère décrit Malo comme un bébé calme et souriant.

Elle notifie des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes.

Malo est gardé par sa mère puis en crèche à partir de 2 ans.

Madame relate quelques inquiétudes concernant une hyperactivité très précoce (18 mois- 2 ans).

Malo consulte une orthophoniste depuis ses 2 ans et demi suite au retard massif de langage dû à une surdité faisant suite à des otites séreuses.

- **L'entrée en ITEP**

La psychologue de l'ITEP , dans un rapport d'accompagnement datant de Mai 2022, présente Malo comme ayant une immaturité affective et un attachement dit insécure. Cela se traduit par des difficultés à exprimer, comprendre et réguler ses émotions.

Il a besoin d'un étayage de l'adulte pour verbaliser ce qu'il ressent.

Malo est en difficulté pour recevoir les informations qu'il reçoit autour de lui ainsi que dans ses relations avec ses pairs. Il est nécessaire de structurer les temps de relation avec ses pairs.

Il est en difficulté pour rechercher le contact de manière adaptée.

Il peut rapporter de manière envahissante des propos de son quotidien qui engendrent à la suite des angoisses. Ces angoisses se manifestent par des troubles du comportement.

Il peut déposer des éléments dont il est difficile d'évaluer la véracité « maman tape » « j'ai peur de maman » « ta gueule » « je suis un con moi » « maman me met dehors ».

## 2-Bilans

- **Bilans et diagnostics**

Malo est adressé au Centre Ressources Autisme suite à des difficultés scolaires et comportementales.

Il a été diagnostiqué par le CRA en octobre 2021 comme porteur d'un Trouble de l'attention avec hyperactivité sévère avec impact majeur sur les apprentissages et les

interactions sociales et d'un trouble développemental du langage. A la suite de ce diagnostic est préconisé une AESH, de l'orthophonie, de la psychomotricité, un suivi psychologique et un traitement à discuter à partir de ses 6 ans.

Il reçoit, depuis le 25 mars 2022, un traitement pour son trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

Depuis la mise en place du traitement, une amélioration est notable au niveau attentionnel et comportemental. Il est alors capable de suivre les temps de groupe, de rester plus de 5 minutes sur une activité et de travailler en autonomie.

Son TDAH est très imbriqué au contexte dans lequel il évolue, le manque des repères et à sa disponibilité.

C'est un enfant qui a une certaine angoisse de l'échec, il est donc très sensible aux encouragements.

Le 16 juin 2022, la PEP 3 lui a été administrée attestant d'un retard global de développement.

Ses fragilités se situent sur le versant du langage tant réceptif qu'expressif ainsi que sur le versant de la cognition.

- **Bilan psychomoteur**

Son premier bilan psychomoteur remonte à octobre 2018 (2ans et 7mois pour Malo) suite à ses difficultés à se canaliser. A l'issue de ce bilan, une prise en charge est recommandée pour l'aider à se poser tant corporellement que émotionnellement et lui proposer des activités motrices variées pour explorer ses capacités.

Aucune trace du suivi irrégulier en psychomotricité entre 2018 et 2020.

Un second bilan psychomoteur est réalisé en mars 2020, un suivi est toujours recommandé. Ce bilan est basé sur des observations psychomotrices, la passation d'un bilan classique n'étant pas possible au regard des troubles de Malo.

Malo semble être dans une désorganisation corporo-psychique, c'est un jeune garçon qui a besoin de repères. L'objectif étant qu'il fasse de nouvelles expériences corporelles, sensorielles et motrices afin de se sécuriser et se structurer sur le plan corporel et psychique.

En octobre 2020, suite à son placement en MECS, c'est une autre psychomotricienne qui prend le relais, à une fréquence hebdomadaire, Malo est très en demande de ce temps. L'apaisement de l'agitation psychomotrice reste l'axe primordial pour permettre de guider Malo vers les expériences sensori-motrices qui l'aideront à le structurer.

Le dernier bilan psychomoteur a été réalisé début octobre 2022 au sein de l'ITEP par la psychomotricienne et moi-même. Ce bilan consiste principalement en de l'observation clinique.

Il révèle une conscience corporelle précaire et des difficultés temporo-spatiales.

Il met également en valeur un trouble du tonus et un trouble de la préhension et de l'exécution du geste. La réalisation des items moteurs est parasitée par un défaut de construction du geste expliquée par la difficulté à penser et à construire le mouvement mais aussi à vivre et habiter son corps.

- **Evolution au sein de l'ITEP avant mon arrivée**

Depuis avril 2022, Malo vient sans difficulté dans la salle de psychomotricité.

Il explore les objets de la salle mais manifeste un intérêt exclusif pour le matériel sur lequel il pourra taper et jouer à des scénarios de bagarres qu'il met en scène « je vais te battre », « je vais te donner une bonne leçon ».

La séance de psychomotricité représente un lieu de décharge motrice.

Il est parfois débordé par son excitation, par exemple il mord le ballon.

Cependant il n'y a pas d'agressivité envers l'adulte.

Il rejette tous les modules de motricité et semble appréhender l'ensemble du matériel moteur (poutre, espalier, toupie...). Il peut dire « qu'il a peur ».

En mai, la psychomotricienne propose une construction de cabanes pour aborder le besoin de contenance, d'enveloppe et pour le décaler des intérêts restreints autour de la bagarre. Il s'en saisit bien, utilise les coussins et les couvertures. Il définit cet espace comme "agréable" et "doux".

Il commence à repérer la psychomotricienne (connaît son prénom en mai).

Il refuse tout contact physique (balles ou massages).

Il devient progressivement plus en lien, plus en interaction et accepte davantage les propositions de l'adulte .

Il y a un intérêt naissant pour les instruments de musique. La psychomotricienne décide alors de décaler son envie de taper sur du matériel pour en faire quelque chose. Ils travaillent alors autour de la notion de rythme avec le tambour et des percussions corporelles.

En septembre, à la rentrée, il y a une reprise du suivi en individuel. Il accepte d'aller vers les modules moteurs en précisant « pas trop vite ». Il semble en sécurité pour accepter des expériences motrices plus intenses, stimulantes.

### 3-Suivi en Psychomotricité lors de mon arrivée

J'ai donc commencé à rencontrer Malo tous les vendredis depuis début octobre, avec une poursuite du travail déjà entrepris.

La première séance avec Malo m'interroge. Il y a une forte demande de contenance via la construction d'une cabane par exemple.

Cependant il refuse tout contact physique.

Face au toucher, Malo met en place des stratégies d'évitement comme si le contact physique pouvait porter atteinte au sentiment d'intégrité corporelle, comme si ses limites étaient absentes.

Il veut être dans les jeux d'attaque, de combat et verbalise des mots menaçants.

Les premières séances sont débutées par “la chanson de l’indien”, qui consiste à frapper la cadence sur le tambour et à réaliser des percussions corporelles.

L’objectif étant d’appuyer les sensations au niveau de l’enveloppe.

J’observe que ses gestes sont forts, il ne réalise pas de percussions mais se frappe.

Est-ce dû à un défaut de régulation tonique ? Ou bien ne perçoit-il le contact que de manière violente ? Recherche-t-il ses limites ?

Malo est un enfant qui verbalise peu, il est envahi par un monde imaginaire qui le rend peu disponible, coupé de la réalité et de ses sensations.

Il n’évoque pas du tout son quotidien et ne répond pas aux questions.

En revanche, il est fréquent que lors du trajet entre l’atelier de groupe et la salle de psychomotricité, Malo évoque des préoccupations, en s’adressant à lui-même, notamment en lien avec son père ou son grand-père.

L’objectif avec Malo en séance est également de revenir à des activités régressives, de lui proposer des activités corporelles, sensorielles et motrices.

Il s’agit d’expérimenter des choses qu’il n’a pas eu l’occasion de faire durant son enfance.

En effet, en se référant à la “pyramid of learning”, le passage par les sens est essentiel dans le développement de l’enfant. Les différentes étapes de cette pyramide sont donc importantes.

En ce qui concerne Malo, l’environnement dans lequel il a évolué ne lui a pas permis d’explorer, d’expérimenter de manière sécurisée.

Il est alors compliqué pour lui de se construire sur ses bases instables. (*cf. Annexe 2*)

La psychomotricité auprès de Malo consiste à réinvestir les bases fondamentales du développement ; le sensoriel en passant par le corps tout en apaisant ses angoisses.

Suite à un entretien avec la mère de Malo auquel j’étais absente, Valérie me fait part de sa prise de note. La mère semble avoir un discours très intrusif, évoque de manière insistante l’intimité de Malo.

Dans ce discours maternel, les limites ne semblent pas très claires, mère et fils sont dans une sorte de fusion.

Elle est très présente, l'aide pour de nombreuses tâches comme aller aux toilettes, l'habiller, le doucher... De nombreuses questions se posent quant aux moments passés auprès de sa famille et les répercussions sur son bien être.

En début d'année, un essai en salle snoezelen (pour ses caractéristiques contenant) est réalisé: il refuse la couverture lestée, la couverture chaude, le massage avec la balle. Il ne se pose pas et passe d'une activité à une autre. Il ne prend pas de temps pour découvrir tous les éléments nouveaux.

Il est de manière générale constamment dans une agitation motrice, une sorte d'hyperactivité protectrice. Il est compliqué voir impossible pour lui de se poser plus de quelques minutes.

L'hyperactivité observée chez Malo ne serait pas le signe d'une seconde peau musculaire tel que l'a défini Esther Bick ?

Une seconde peau musculaire qui jouerait le rôle d'enveloppe pathologique en le protégeant de ces angoisses archaïques.

La salle Snoezelen ne semble pas être bénéfique pour Malo, il y a certainement encore trop de stimulations pour lui ou bien ce nouvel espace est angoissant pour lui.

Il redoute les activités ou jeux qui le sollicitent de façon trop débordante et excitante. Il semble réduire volontairement l'activité pour préserver la cohérence de la perception corporelle.

Sa perception des éprouvés corporelles est défaillante.

La psychomotricité permet aux vécus corporels de trouver un contenant dans lequel ils prennent sens pour l'enfant.

Mais aussi qu'il puisse habiter son corps autrement que menacé en permanence ou encore comme menaçant pour lui-même.

Nous poursuivons alors les séances dans la salle de psychomotricité.

Un travail avec le ruban est proposé afin d'agir sur les limites spatiales, libérer le geste (observer l'engagement tonique), travailler le tour de rôle, l'inhibition, la compréhension des consignes et la capacité à s'ajuster à l'autre.

L'adhésion aux règles est compliquée pour Malo et paraît très envahi par ses pensées. Il semble rejouer certaines scènes passées à la MECS ou à domicile, parle à des personnes imaginaires (qui sont menaçantes).

En séance, tout devient une arme pour attaquer ou se défendre (par exemple le ruban devient une épée). Il y a toujours un méchant à combattre et une personne à protéger. De même, le ballon d'équilibre devient un véritable défouloir. Il frappe dans celui-ci (avec beaucoup de force) et verbalise en même temps avec des propos menaçants "vas-y prend ça".

Il est dans ce rapport de force avec le ballon dont l'objectif est de gagner et de décharger.

Lors du bilan réalisé auprès de Malo au cours de l'année, on remarque une absence de conscience corporelle et une conscience de ses limites interrogées. Il manifeste également de nombreuses angoisses et est dans l'évitement de tout ce qui peut le mettre en échec.

Le 20 janvier 2023 en raison de l'absence de la psychomotricienne, je prends en charge Malo seule. Je décide d'organiser un parcours moteur, un atelier topologie (il était prévu d'évaluer ses repères topologiques) puis du dessin.

Lors de la séance, Malo me semble encore plus agité, distrait et désorganisé que d'habitude. Il est très compliqué de le ramener sur la tâche et refuse les activités.

J'émet donc l'hypothèse que le changement de cadre (absence de Valérie) a un impact. En fin de séance, Malo refuse de mettre ses chaussures et s'échappe dans le placard de la réserve (lieu contenant de part sa superficie).

Lors de l'arrivée de l'éducatrice Malo part en crise. Pendant 30 min, il est contenu dans les bras de son institutrice et de son éducatrice et verbalise de nombreuses peurs. Il a peur de rentrer chez lui et aussi de se faire « manger tout cru ».

Il verbalise également de la maltraitance à domicile de la part de ses grands-parents.

On retrouve ici la persistance d'angoisses archaïques (angoisse de dévoration). Ces angoisses sont liées au sentiment de désorganisation corporelle de Malo.

Le changement de cadre participe au déclenchement des crises, cela est constaté et confirmé lors d'une absence de ma part en stage.

Comme de nombreux enfants présents à l'ITEP, suivi en psychomotricité, le cadre représente un enjeu majeur.

Pour Malo, il joue vraiment ce rôle de limites, des règles bien définies qui lui disent "Non, cela n'est pas autorisé". Mais aussi des limites spatiales concrètes avec un lieu qui se veut rassurant et contenant. Ce lieu qui contient ses angoisses, ses peurs et où il est autorisé à se décharger.

Au cours de l'année, il m'est mentionné certains comportements de Malo au sein du groupe. Par exemple, il étale son crachat sur l'éducatrice et verbalise "alors tu vas crier ?".

De plus, sur le groupe est calculé de nombreux "comportements à problèmes".

On peut alors s'interroger quant à sa recherche de limites, le besoin qu'on lui dise STOP et qu'on lui apporte des réponses différentes de son enfance. Des réponses cohérentes, adaptées et répétitives. Il a besoin qu'on contienne sa propre agressivité et qu'on ne le laisse pas tout détruire.

Les séances avec Malo sont de plus en plus intéressantes.

Il commence à accepter quelques minutes le gilet lesté, très intéressant du point de vue proprioceptif (aide à l'autorégulation).

La proprioception est la conscience de la position de nos différentes parties du corps dans l'espace. Elle est permise par nos récepteurs présents dans les articulations (sensibilité profonde).

Elle est aussi à l'origine de la contraction de nos muscles de façon adéquate (grâce à la régulation tonique). Elle est associée à une bonne conscience de soi et un ajustement tonique efficace.

Nous stimulons alors les récepteurs profonds et la proprioception avec ce gilet lesté, pour favoriser ce sentiment d'unité et de régulation tonique.

Le fond tonique sur lequel sa motricité s'appuie est instable avec des alternances entre effondrement tonique et carapace tonique

On note une certaine raideur dans sa gestualité et dans sa façon de se déplacer.

Est-ce une tentative de maintien de sa cohésion corporelle ?

Ceci donne un aspect disharmonieux à sa motricité. Il est en difficulté pour s'ajuster à notre propre tonus témoignant d'un trouble profond du dialogue tonico-émotionnel.

Dans la même idée, lors d'une séance nous réalisons une sorte de montagne avec des tapis, qu'il escalade malgré une certaine peur.

Ensuite, il s'installe entre les gros tapis, en demandant à ce qu'on s'allonge sur lui (de manière à exercer une légère pression sur le tapis).

Cette expérience rappelle le concept de "machine à serrer" ou de "packing" utilisé chez les enfants porteurs d'un trouble du spectre de l'autisme ou les enfants psychotiques.

Le "packing" est une méthode consistant à envelopper le patient, utilisée dans certains pays pour le traitement des troubles du comportement, hyperactivité et psychose pour un effet relaxant.

En effet, *"elle permettrait aux patients de reprendre conscience des limites et de l'existence de leur enveloppe corporelle, altérée dans certaines psychoses"* (*Le packing, une méthode contestée pour traiter l'autisme ou des psychoses*, 2015)

Malo manque de repères, a eu des réponses inadaptées pendant son enfance; sa pensée n'est pas structurée. Sa structuration psychique est totalement désorganisée.

L'ancien terme de psychose infantile, maintenant incluse dans la catégorie des troubles envahissants du développement non spécifié (DSM-IV), me semble aussi approprié pour préciser la nature des troubles de Malo.

Nous réalisons également un jeu avec un ballon de baudruche afin de stimuler la construction de son schéma corporel. Chacun notre tour, nous citons deux à trois parties de notre corps qui touchent le ballon de baudruche et c'est à notre "adversaire" de réaliser la composition.

Cela permet d'associer le nom de la partie du corps avec la sensation.

Enfin, le cœur de nos dernières séances consiste à réaliser des jeux d'opposition.

Malo ne cesse de détourner toutes les activités en jeu de guerre, d'attaques...

Nous avons donc pensé que cela serait intéressant de se servir de ce type d'activité dont il semble avoir besoin tout en l'inscrivant dans un cadre.

Le combat est donc très ritualisé avec un espace défini (sur les tapis), un salut en début et en fin de duel, ne pas faire mal à l'autre (régulation tonique très importante) et enfin des règles de victoire changeant à chaque séance (soit il faut pousser en dehors du tapis, épaule touchant le sol plus de 5s ...).

Pendant ce combat, Malo accepte de porter le gilet lesté qui fait office "d'armure" et me demande de rentrer dans la poche en tissu. Au début, il est très brusque dans ses gestes. Progressivement, ses coups sont de plus en plus régulés et il intègre de mieux en mieux les règles.

Malo semble pouvoir s'appuyer sur des repères rassurants notamment lors de jeux impliquant moins son imaginaire mais plus structurés par des règles.

L'expérience de la compétition et de la rivalité mise en scène vient progressivement mettre au second plan la violence et la destruction qui prenaient autrefois toute la place.

Nous sommes 3 ce qui laisse place à un arbitre ( très important, il rappelle les règles et on doit l'écouter) et les deux adversaires.

Personne n'a de titre bien défini, tout le monde expérimente les différents rôles.

Malgré une bonne intégration des règles de la part de Malo, il se jette, fonce contre son adversaire. Le contact ne semble plus lui poser problème dans ce contexte là.

A la fin de ces combats, un temps de "réparation" est initié. Pour réparer les "blessures" nous disposons des sacs lestés tout le long du corps, en exerçant des pressions avant de les retirer délicatement.

Ce qui est intéressant est de voir Malo initier et pratiquer cette réparation sur autrui et aussi accepter qu'on lui pose sur lui.

Ce type de contact était impossible en début d'année. Dorénavant, le port du gilet lesté et la pose de sacs lestés sur son corps sont possibles.

Probablement qu'au sein de cette séance il se sent en sécurité, nous permettant ainsi d'agir sur ses limites corporelles et stimuler les récepteurs profonds.

Je réalise par la suite une séance toute seule en raison de l'absence de Valérie. J'appréhende le changement de cadre pour Malo.

Au vu de la situation je ne réalise pas seule les jeux de lutte car il manquerait l'arbitre et cela enfreindrait le cadre.

Nous réalisons donc des activités à la table pour travailler sa motricité fine. Il se pose aisément, nous sommes entourés par des paravents qui amènent une certaine contenance.

La première activité consiste à accrocher des pinces sur un support (je constate aucune stratégie mise en place).

Lors de la seconde activité nous réalisons de la pâte à modeler pour construire chacun notre bonhomme puis ce dernier se transforme en guerrier avec une épée.

Je remarque un vocabulaire très riche dans le domaine de la guerre.

Je lui propose alors des combats entre nos fabrications tout en respectant les mêmes règles que nos duels réalisés avec Valérie. Il se prend au jeu, reconstruit de nouveaux guerriers à chaque combat et respecte relativement bien les consignes.

Je lui propose un dessin de notre activité, il décide de dessiner un personnage “le méchant” et son “petit frère” à plusieurs reprises.

Enfin, je lui signale que la fin de séance approche, il construit alors deux cabanes avec les paravents, chacun la sienne (chose sur laquelle il insiste).

On continue alors nos dessins dans sa cabane ( dans laquelle je ne rentre pas car semble ne pas l’accepter).

Puis vient le temps de la sieste, me demande de retourner dans ma cabane pour aller dormir. Il verbalise “Bonne Nuit Elsa” “Bisous”.

Je considère cette séance importante dans la relation thérapeutique entre Malo et moi car c’est la première fois qu’il m’appelle et retient mon prénom. Jusqu’à présent cela semblait un peu flou.

Il est compliqué de mettre terme à la séance, je décide de déconstruire ma cabane et lui demande d’en faire de même.

Le changement de cadre a également bien été toléré.

La psychomotricité, le cadre et tout ce qui se joue en séance apparaissent bénéfiques pour Malo.

Il tolère de plus en plus le changement, ses angoisses sont de moins en moins présentes, accepte le toucher via un médiateur.

Il régule également mieux son tonus en fonction des activités proposées et des consignes imposées.

L'engagement corporel du psychomotricien consiste à reprendre, modifier, transformer les propositions de l'enfant. Ainsi, lui montrer que l'engagement dans l'action et dans la relation n'est pas dangereux.

Cela passe par le portage et les appuis que nous proposons en séance avec l'association de la qualité du toucher et du regard.

Les invariants du cadre viennent remplir le rôle pare excitant : première ébauche de contenant.

Les notions de contenance et de cadre sont encore importantes à tenir pour favoriser sa conscience corporelle encore précaire et soutenir sa structuration psychique.

Selon moi, l'objectif serait d'aboutir à des séances de relaxation (dans la même idée qu'Ismail) quand cela sera possible pour lui.

## Conclusion

La psychomotricité est au carrefour de diverses notions comme la psychanalyse, la psychiatrie, la neurologie...

Nous nous inscrivons dans une relation thérapeutique propre à nous sur laquelle nous abordons les notions de contenance, de confiance et de sécurité.

Notre boîte à outils de médiations est variée et aussi riche qu'il existe de psychomotricien(ne)s.

Le tonus et la communication non verbale représentent nos fondements faisant ainsi du toucher un élément incontournable.

Au travers de ce mémoire, je tente de vous démontrer l'importance d'un environnement bon, stable, sécurisant pour le développement psychomoteur de l'enfant et pour son sentiment d'unité.

Mais surtout de vous montrer le rôle de la psychomotricité dans ce type de problématique.

La psychomotricité réalise le lien entre la psyché et le soma.

Son approche globale et corporelle la rend sensible, voire indissociable de cette notion d'enveloppes psychocorporelles.

Les troubles du comportement puisent probablement une partie de leur origine dans cette défaillance et ce manque de repères psychocorporels.

Le comportement est une manière d'exprimer ce qui est impossible à verbaliser ou à mentaliser. Il faut donc savoir « lire » le corps.

En effet, les séances de psychomotricité, à travers nos différentes expériences sensori-motrices, le toucher, la relaxation participent à la restructuration des enveloppes, du schéma corporel et à la revalorisation de l'image de soi.

L'espace thérapeutique en lui-même constitue également un outil important. Il contribue à l'apport de limites, d'une sécurité interne et d'une contenance chez l'enfant.

Tout cela, avec de la régularité, aura un impact sur le comportement de l'enfant.

Au fil de cette année, j'ai aussi effectué un stage en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), plus précisément au sein d'une unité d'hébergement renforcée.

Le toucher, à travers ses qualités d'apaisement, offre des perspectives thérapeutiques en EHPAD identiques à celles utilisées à l'ITEP et permet notamment d'entrer en relation avec autrui. Pour ma part, le toucher représente la notion psychomotrice fondamentale dans l'exercice de notre profession.

*“Le psychomotricien accompagne le patient dans la découverte et la prise en compte de son unité psychocorporelle” (Pireyre, 2015)*

## Bibliographie

*Agitation psychomotrice—Neuromedia.* (s. d.), à l'adresse

<https://www.neuromedia.ca/agitation/>

Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod. (p.121 à 129, p.25, p.61)

*Article D312-59-1—Code de l'action sociale et des familles—Légifrance.* (s. d.).

Consulté, à l'adresse

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006906399](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006906399)

Babington, I. (2018). *L'enfant extraordinaire : Comprendre et accompagner les troubles des apprentissages et du comportement chez l'enfant*. Eyrolles. (p.90)

Boukobza, C. (2003). La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott. *Le Coq-héron*, 173(2), (p.64-71). <https://doi.org/10.3917/cohe.173.0064>

Boyer, E. (s. d.). *L'étayage psychomoteur face à la désadaptation de l'enveloppe et des distances intersubjectives chez l'adolescent en ITEP*.(p. 113).

Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), (p.81-102). <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>

*CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité.* (s. d.). Consulté 14 avril 2023, à l'adresse

<https://icd.who.int/browseu/1-m/fr#/http://id.who.int/icd/entity/1487528823>

Claudon, P. (2001). L'instabilité psychomotrice infantile. Une pensée en action. *Psychologie clinique et projective*, 7(1), (p.153-173). <https://doi.org/10.3917/pcp.007.0153>

- COURBERAND Daniel. (2015). De l'informe à la forme le concept d'enveloppes psychocorporelles. *THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES*, 182 vol 48, (p.12-24).
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson. (p.547 à 564)
- Delion, P. (2016). Actualité du concept de psychose infantile. *Journal français de psychiatrie*, 44(2), 134-144. <https://doi.org/10.3917/jfp.044.0134>
- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66(2), (p.14-22). <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>
- Favereau, S. (2016). L'ITEP, pour qui, pour quoi faire ? *Journal du droit des jeunes*, 354-355(4-5), 40-46. <https://doi.org/10.3917/jdj.354.0040>
- Fortini, K. (2009). Le dialogue tonique dans la psychothérapie analytique de relaxation. *Psychothérapies*, 29(1), (p.33-38). <https://doi.org/10.3917/psys.091.0033>
- Fremond, J. (s. d.). *LA RELATION THERAPEUTIQUE PSYCHOMOTRICE :*
- Golse, B. (2015). *Le développement affectif et cognitif de l'enfant* (5e éd. [refondue et enrichie]). Elsevier Masson. (p.121 à 127)
- Hattinguais, H. (s. d.). " Touche-moi si tu peux " : *La question du toucher auprès d'adolescents atteints de troubles du comportement*. (p.88).
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique* (2e éd. actualisée et augmentée). In press.
- ICD-10 Version:2008*. (s. d.), à l'adresse <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F91.3>
- Ignazio, A. d', & Martin, J. (2018). *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants*. Tom Pousse.

- Jaeger, P. (2004). Holding et processus psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, 68(5), (p.1839-1845). <https://doi.org/10.3917/rfp.685.1839>
- Joly, C. B., Vincent. (2018, juin 22). Jean Piaget : Les stades du développement infantile.Cabinet Psy-enfant. <https://psy-enfant.fr/stade-developpement-jean-piaget/>
- Krotenberg, A., Lambert, É., & Debarbieux, É. (2012). *Scolarité et troubles du comportement : Des solutions pour enseigner*. Champ social éd.(p.87 à 91)
- La peau et le toucher*. (s. d.). Alloprof. Consulté à l'adresse <https://www.alloprof.qc.ca/fr/eleves/bv/sciences/le-toucher-et-la-peau-s1292>
- La théorie de l'attachement : Bowlby et Ainsworth | La Ligue de l'Enseignement et de l'Éducation permanente*. (s. d.), à l'adresse <https://ligue-enseignement.be/la-theorie-de-lattachement-bowlby-et-ainsworth>
- Le packing, une méthode contestée pour traiter l'autisme ou des psychoses*. (2015, janvier12). <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/01/12/23248-packing-methode-contestee-pour-traiter-lautisme-psychoses>
- Les Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques : Les ITEP*. (s. d.). Consulté à l'adresse <http://www.mdph13.fr/demarches/Pages/ITEP.aspx>
- Marion, L. (s. d.-a). *La psychomotricité : Une réponse singulière au défaut d'enveloppe psycho-corporelle*.
- Marion, L. (s. d.-b). *La psychomotricité : Une réponse singulière au défaut d'enveloppe psycho-corporelle*. (p.108).

- Mellier, D. (2008). La question du « travail de contenance » dans la petite enfance. *Spirale*, 48(4), (p.19-31). <https://doi.org/10.3917/spi.048.0019>
- Netto, É. (2014). « *Un homme seul, ça n'existe pas* » : *Étayer la conscience corporelle des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*. (p.95).
- Philippe Scialom, *psychologie de l'enfant et de l'adolescent - Troubles du comportement social : Hyperactivité, instabilité, TDAH, Inhibition, agressivité*. (s.d.).  
<https://www.guide-psycho.com/psychomotricite/troubles-du-comportement-social-hyperactivite-instabilite-tdah-inhibition-agressivite/>
- Pireyre, É. W. (2011). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Dunod. (p.136-149)
- Pireyre, É. W. (2015). Conclusion. In *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 308-310). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2015.02.0308>
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (Nouvelle éd. augmentée). Éres. (p.358 à 370 et p.78 à 90)
- Poyet, L. (s. d.). *S'envelopper pour exister : L'intérêt d'une (re)structuration des enveloppes psychocorporelles pour restaurer le sentiment d'exister, en prise en charge psychomotrice*.(p. 91).
- Qu'est-ce que l'intégration sensorielle? (2020, juin 11). *Blog Hop'Toys*.  
<https://www.bloghoptoys.fr/quest-ce-que-lintegration-sensorielle>
- Raynaud, A. (2019). *La sécurité émotionnelle de l'enfant*. Marabout.
- Robert-Ouvray, S. (2014). La fonction d'apaisement de la motricité chez l'enfant. *Le Journal des psychologues*, 316(3), (p.16-21). <https://doi.org/10.3917/jdp.316.0016>

- Rousseau, D., & Duverger, P. (2011). L'hospitalisme à domicile. *Enfances & Psy*, 50(1), (p. 127-137). <https://doi.org/10.3917/ep.050.0127>
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011a). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Solal.
- Therriault, D., Lemelin, J.-P., Toupin, J., Dery, M., & Paquette, D. (2019). L'attachement aux parents et aux pairs chez les adolescents et adolescentes avec ou sans trouble du comportement. *Enfance*, 4(4), (p.507-524). <https://doi.org/10.3917/enf2.194.0507>
- Winnicott, D. W., & Bouillot, F. (2014). *La famille suffisamment bonne*. Payot & Rivages. (p.9 à 16)
- Winnicott, D. W., Kalmanovitch, J., & Harrus-Révidi, G. (2011). *La relation parent-nourrisson*. Payot & Rivages.
- Winnicott psychanalyse psychanalyste psychiatrie enfant pedopsychiatrie therapie pedo psychiatrique*. (s. d.). [winnicott psychanalyse psychanalyste psychiatrie enfant pedopsychiatrie therapie pedo psychiatrique](#)
- Wintrebert, H. (2003). *La relaxation de l'enfant*. L'Harmattan [u.a.]. (S. d.). (p. 23 à 25)

## Table des matières

Remerciements.....	1
Avant-propos.....	2
Sommaire.....	3
Introduction.....	4

### Partie 1: Le développement de l'enfant

<b>I- Le développement cognitif.....</b>	<b>6</b>
a- Selon Piaget.....	6
1- Le stade sensori-moteur, de la naissance à environ 2 ans.....	7
2- Stade préopératoire, de 2 à 6 ans.....	7
3- Le stade des opérations concrètes, de 7 à 12 ans.....	8
4- Le stade des opérations formelles, plus de 12 ans.....	8
b- Selon Vygotsky.....	8
c- Selon H. Wallon.....	9
1- Le stade impulsif, de 0 à 3/6 mois.....	9
2- Le stade émotionnel, de 3 mois à 12 mois.....	9
3- Le stade sensorimoteur et projectif, de 1 à 3 ans.....	9
4- Le stade du personnalisme, de 2 à 6 ans.....	10
5- Stade catégoriel, de la personnalité polyvalente, de 6 à 11 ans.....	10
6- Stade de l'adolescence, à partir de 11 ans.....	10
<b>II- Le Tonus.....</b>	<b>11</b>
a- La maturation du contrôle tonique.....	11
• de la naissance à 3 ans.....	11
• de 3 à 6 ans.....	12
• de 6 à 12 ans.....	13
b- Rôle du tonus.....	13
c- Le dialogue tonico-émotionnel.....	14
<b>III- Concept de transitionnalité.....</b>	<b>16</b>

### Partie 2: Structuration des enveloppes psychocorporelles

<b>I- L'enveloppe psychique et fonction contenante.....</b>	<b>17</b>
a- Premiers modèles post-kleinien sur la notion d'enveloppe.....	17
b- Anzieu et le moi peau.....	20
c- La question du « holding » selon Winnicott.....	22
d- Théorie de l'attachement.....	24
e- Syndrome d'hospitalisme.....	26
<b>II- Le corps et ses représentations.....</b>	<b>27</b>
a- L'enveloppe corporelle.....	27
b- Le corps.....	28
c- Le schéma corporel.....	31
Le Corps subi (0-3mois) :.....	32

Le corps vécu (3 mois- 3ans) :.....	33
Le corps perçu (3 ans-7 ans).....	33
Le corps représenté (7 ans-12 ans) .....	34
d- L' image du corps.....	35

### **Partie 3: Psychopathologie des enveloppes**

I- Défaut de contenance et Trouble du comportement.....	38
II- Définition des troubles du comportement.....	41
• Selon le DSM-V.....	42
• Selon la CIM-10 et CIM-11.....	44
• L'instabilité psychomotrice.....	46

### **Partie 4: Rôle de la psychomotricité**

I- Présentation de l'Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP).....	50
II- Cas Cliniques.....	53
a- Étude cas n°1.....	53
1-Anamnèse.....	54
• Histoire de vie.....	54
• L'entrée en ITEP.....	55
2-Bilan Psychomoteur et projet thérapeutique.....	56
• Bilan psychomoteur.....	56
• Évolution au sein de l'ITEP avant mon arrivée.....	58
3- Suivi en Psychomotricité lors de mon arrivée.....	59
b-Étude cas n°2.....	68
1-Anamnèse.....	68
• Histoire de vie.....	68
• Histoire développementale.....	69
• L'entrée en ITEP.....	70
2-Bilans.....	70
• Bilans et diagnostics.....	70
• Bilan psychomoteur.....	71
• Evolution au sein de l'ITEP avant mon arrivée.....	72
3-Suivi en Psychomotricité lors de mon arrivée.....	73
<b>Conclusion.....</b>	<b>83</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>85</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>90</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>92</b>

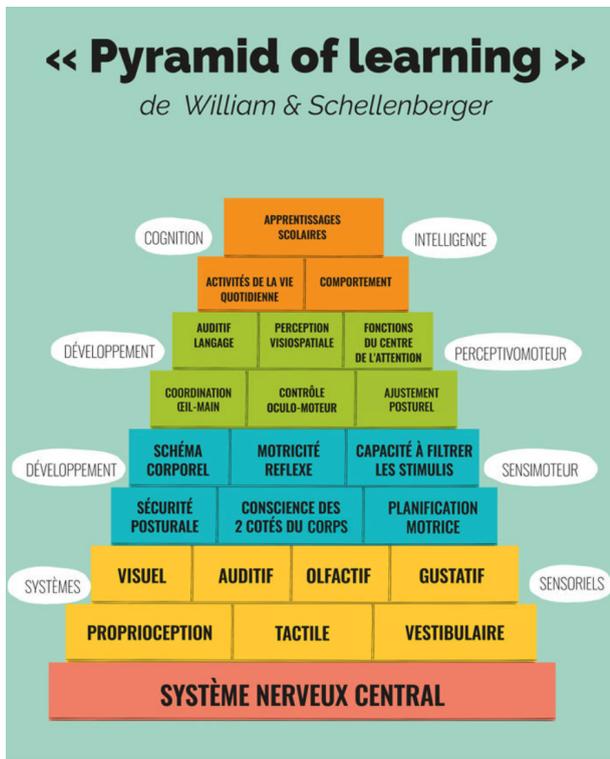
## Annexes

### Annexe 1



Poche en tissu

### Annexe 2



(« Qu'est-ce que l'intégration sensorielle ? », 2020)