



Faculté de Médecine Toulouse Rangueil
Institut de formation en Psychomotricité

GESTION DE LA COLERE ET IMPULSIVITE

MOTRICE :

LA PSYCHOMOTRICITE EN ITEP



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

Fanny Martrenchard

Juin 2013

« Tout le monde peut se fâcher-c'est facile. Mais pouvoir se fâcher avec la bonne personne, dans des proportions mesurées, au bon moment, avec des bonnes intentions et des bonnes manières-ce n'est pas facile »

Aristote

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
I. Les ITEP : Instituts Thérapeutique Éducatif et Pédagogique	6
1.1 Historique.....	6
1.1.1 Le temps de l'exclusion.....	6
1.1.2 Vers une intégration.....	6
1.1.3 Une prise en charge qui évolue continuellement.....	7
1.2 Les ITEP, une institution médico-social.....	7
1.2.1 Une institution médico-sociale.....	7
1.2.2 Définition des ITEP.....	8
1.2.3 Les liens entre l'ITEP et la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées).....	8
1.3. Les personnes que l'on peut croiser dans un ITEP.....	9
1.3.1 Les enfants accueillis et leur particularités	9
1.3.2 Des professionnels de l'éducation et de la rééducation.....	11
1.4 Les particularités et les limites des ITEP.....	13
1.4.1 S'adapter aux troubles du comportement :.....	13
1.4.2 Évolution de la population	14
1.4.3 Regrouper des enfant à problèmes : solution ?	14
1.5 Réflexions et solutions.....	15
1.5.1 Réinvestir les atouts du groupe :.....	15
1.5.2 L'AIRe : L'Association des ITEP et de leurs Réseaux.....	15
II. Agressivité et violence :.....	16
2.1 Les fonctions, modes d'expression et ritualisation de l'agressivité.....	16
2.1.1 Situation et définition de l'agression :.....	16
2.1.2 Les fonctions de l'agression.....	18
2.1.3 Le développement normal de l'agression :.....	18
2.2 Processus de régulation des rapports interindividuels.....	19
2.2.1 Les habiletés sociales	19
2.2.2 Le processus de socialisation	20
2.2.3 Des difficultés à manier les habiletés sociales.....	20
2.3 La violence :.....	21
2.3.1. Définition de la violence.....	21
2.3.2 La violence, un phénomène de société ?.....	21
2.4. Les origines possibles de la violence.....	22
2.4.1. Influences de l'environnement familial sur les conduites violentes.....	22
2.4.2. Influence de l'environnement scolaire sur les conduites agressives.....	23
2.4.3 Influence des pairs.....	23
2.4.4 Influence du Q.I.et conduites violentes	24
2.4.5 La violence liée à un contexte.....	25
2.5 TC, TOP, TDAH... quand l'agressivité devient pathologique.....	25
III. Les émotions	27
3.1 Qu'est qu'une émotion ?.....	27
3.1.1 Définition.....	27
3.1.2 Fonctions des émotions.....	28

3.2 La régulation des émotions.....	28
3.2.1 Définition.....	28
3.2.2 Pourquoi régule t-on nos émotions ?.....	29
3.2.3 Différences interpersonnelles.....	29
3.3 Les Communications Non-Verbales	30
3.3.1 Le “non-verbal”, une façon de communiquer.....	30
3.3.2 Rôles des CNV.....	31
3.4 La colère.....	31
3.4.3 Lien entre colère et agressivité.....	32
3.4.5 Les techniques de régulation de la colère.....	34
IV. L'impulsivité.....	36
4.1 L'impulsivité comme un défaut d'inhibition.....	36
4.2 L'impulsivité dans le TDA/H.....	37
4.2.1 Critère diagnostique du DSM IV.....	37
4.2.2 Le modèle hybride de Barkley.....	38
4.3 L'impulsivité dans les comportements agressifs.....	40
4.3.1 Lien entre fonctions exécutives et agression.....	40
4.3.2 La place de l'impulsivité dans le comportement agressif.....	41
4.4 La comorbidité.....	41
Conclusion de la partie théorique :.....	42
I. Au départ : un lieu, une équipe, des enfants.....	43
1.1 L'ITEP.....	43
1.1.1 Spécificités du lieu.....	43
1.2 Le Projet Personnalisé d'Accompagnement : fruit d'un travail en équipe.....	44
1.2.1 Les bilans spécifiques	44
1.2.2 La mise en commun	44
1.2.3 La naissance du PPA.....	44
1.3 La psychomotricité en ITEP.....	45
1.3.1 La psychomotricité	45
1.3.2 ... avec ces enfants aux comportements perturbés	46
1.3.3 Observations, hypothèses de départ et mise en place d'une prise en charge	46
II. La démarche d'évaluation.....	47
2.1 Synthèse des différents bilans.....	47
2.2 Construction de grilles d'observation	48
2.3 Approche du bilan psychomoteur.....	49
2.3.1 Les tests psychomoteurs utilisés	49
2.3.2 Les limites de leur mise en place	49
III. Kevin à 10 ans et 5 mois.....	50
3.1 Anamnèse.....	50
3.2 Arrivée à l'ITEP.....	51
3.3 Bilan éducatif.....	51
3.4 Bilan psychologique.....	51
3.5 Bilan scolaire.....	52

3.6 Informations complémentaires.....	52
3.7 Le bilan psychomoteur.....	53
IV. Résultats des bilans.....	56
4.1 Les objectifs généraux écartés en synthèse.....	56
4.2 Profil mis en évidence par les grilles.....	56
4.3 Objectifs de travail en psychomotricité	57
V. Déroulement des séances.....	58
5.1 Axes de travail principaux.....	58
5.1.1 Utilisation du renforcement:.....	58
5.1.2 Progresser par le jeu.....	58
5.1.3 Le « Stop, Listen and Go ».....	59
5.1.4 L'expression des émotions	59
5.2 Description des outils de travail.....	59
5.4 Expression de la colère, travail autour des CNV.....	66
5.5 Attitude de Kevin au fil de la prise en charge	67
VI. La réévaluation.....	68
5.1 Les retests :.....	68
5.2 Évolution du comportement en bilan :.....	70
DISCUSSIONS.....	71
CONCLUSION GENERALE :.....	74
BIBLIOGRAPHIE.....	76

Annexe 1 : Grille d'observation Enseignant /Éducateur

Annexe 2 : QUESTIONNAIRE D'AUTO EVALUATION

INTRODUCTION :

“Mon premier jour en ITEP.

Première récréation.

Au fond de la cours, un jeune garçon s'approche d'un autre.

Son pas est vif, sa posture est agressive, son poing est levé. Il jure en s'avançant, se jette sur l'autre et le rue de coups...”

Voilà une scène quotidienne de la vie en ITEP.

Les troubles du comportement impliquent des processus interactifs qui mettent en jeu l'enfant ou l'adolescent, l'environnement et les règles de fonctionnement de la société dans une époque et une culture données. Ils entraînent des conséquences allant de la simple gêne au danger pour celui qui les présente et pour autrui.

Ils sont souvent le fruit de perturbations psychologiques importantes et ont des répercussions inévitables sur la vie dans un groupe.

Ces manifestations comportementales peuvent constituer un véritable handicap.

Les Instituts thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) sont des établissements spécialisés qui proposent un accompagnement de ces jeunes en difficulté.

Ils rassemblent une équipe pluridisciplinaire riche et qualifiée qui encadre l'individu dans la réalisation d'un projet préalablement défini.

J'effectue mon stage de troisième dans ce type d'institut. Dès mes premiers jours, je suis « frappée » par ces enfants ou jeunes adolescents qui se retrouvent toujours dans les bagarres. Je les observe de loin et remarque comme un « schéma » qui se répète indéfiniment : au départ une provocation perçue, au final des insultes et des coups.

Le corps dans la provocation, le corps dans l'affrontement, le conflit, le corps comme unique outil de résolution des problèmes interpersonnels...

Alors quelles actions peuvent être menées par le psychomotricien face à de telles problématiques ?

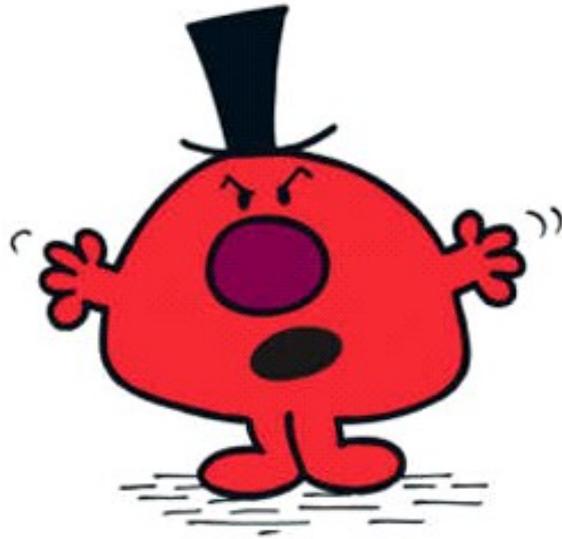
Les ITEP sont des lieux créés en réponse à ce type de pathologie. Nous présenterons d'abord ces établissements, de l'Histoire à l'origine de leur création jusqu'aux inquiétudes face à leurs évolutions.

Ensuite nous tenterons de comprendre en profondeur les notions d'agressivité et de violence et de s'interroger sur les causes de leur présence envahissante chez ces jeunes rencontrés en ITEP.

Quelle est la part émotionnelle de ces manifestations corporelles ? Et en quoi des difficultés dans les fonctions exécutives et notamment un manque d'inhibition peut renforcer ce schéma réactionnel dysfonctionnel ? Nous tâcherons d'apporter quelques réponses possibles dans une partie sur les émotions et leur régulation premièrement. Puis, nous exposerons les bases théoriques de l'impulsivité motrice en lien avec les comportements agressifs.

Dans une deuxième grande partie, nous nous centrerons sur la pratique de la psychomotricité en ITEP auprès de Kevin. De l'évaluation pluridisciplinaire de ces difficultés à la prise en charge psychomotrice, ses aléas et ses bénéfices.

PARTIE THEORIQUE



I. Les ITEP : Instituts Thérapeutique Éducatif et Pédagogique

1.1 Historique

1.1.1 Le temps de l'exclusion

Avec l'âge classique et la création des hôpitaux généraux (1657), c'est la logique de l'enfermement (le grand renfermement de M. Foucault) qui apparaît dans une relative rupture avec les périodes précédentes comme réponse aux comportements "inadaptés" des individus.

Les vagabonds, estropiés, fous, enfants abandonnés, etc... sont regroupés comme représentants d'une « *dangerosité indifférenciée* ».

L'autre n'a plus de « *chance de salut de son âme* » mais devient seulement le « *fou* » qui menace l'ordre social. Il sera jugé comme fautif de son sort, mis à l'écart de la société et donc enfermé dans des conditions inhumaines.

1.1.2 Vers une intégration

La révolution française marque une rupture radicale ; le statut de « *malade* » remplace celui de « *fou* ». L'aide aux démunis, le secours deviennent une dette sacrée de l'État (déclaration des droits de l'Homme de 1792).

De son côté, l'Église catholique notamment défendra les « *conditions charitables de l'action* ». Au XIX^{ème} siècle, on s'intéressera à la réhabilitation possible des exclus, notamment grâce aux vertus du travail. L'expérience des ateliers nationaux en est l'illustration la plus notable. Deux notions apparaissent alors : l'idée d'un possible rachat des personnes et l'idée d'une réciprocité (l'aide, l'assistance contre un travail utile).

L'Histoire est marquée par une évolution alternant rupture et continuité, d'évolutions entre prises en charge, enfermement ou « accueil ». Les relations d'une société avec sa population « différente » évoluent en fonction de croyances, idéaux, projections ou craintes qui la traversent...

Nos institutions sont issues de cette histoire, d'un rapport dialectique entre la norme

dominante et les déviances, rapport de force qui crée du rapport social : *“toute société définie sa norme par des formes d'exclusion qu'elle construit”*.

1.1.3 Une prise en charge qui évolue continuellement

A partir de 1975, la prise en charge administrative des enfants ayant des difficultés sociales et de comportement se fera dans des maisons de correction ou maisons de redressement.

En 1989, un décret définit les Instituts de Rééducation. Ces établissements, aujourd'hui remplacé par les ITEP, accueillait des enfants présentant des déficiences intellectuelles dites « inadaptées ». Alors, les IR s'adressaient aussi bien aux jeunes en situation de handicap physiques ou moteurs (dans le cas de rééducation fonctionnelle) qu'à ceux en situation de perturbations psychiques, éducatives, scolaires voire sociales.

Puis le **décret du 6 janvier 2005** substitue les Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) aux IR. Il a comme intérêt de considérer spécifiquement les ITEP en fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement de ce type d'établissement. Une autre dimension de soins est donnée pour ces structures médico-sociales. Les Agences Régionales de Santé trouvent ici un parfait exemple de structure médico-sociale à visée soignante, réalisant un lien privilégié entre leurs deux champs de compétence.

1.2 Les ITEP, une institution médico-social

1.2.1 Une institution médico-sociale.

Les institutions médico-sociales, au sens de la loi du 30 juin 1975, comprennent *« tous les organismes publics ou privés qui, à titre principal et d'une manière permanente : mènent, avec le concours de travailleurs sociaux, d'équipes pluridisciplinaires, des actions à caractère médico-social, notamment des actions d'information, de prévention, de dépistage, d'orientation, de soutien, de maintien à domicile - accueillent, hébergent ou placent dans des familles des mineurs ou des adultes qui requièrent une protection particulière - reçoivent des jeunes travailleurs - hébergent des personnes âgées - assurent, avec ou sans hébergement, dans leur cadre ordinaire de vie, l'éducation spéciale, l'adaptation ou la réinsertion sociale et professionnelle, l'aide par le travail ou*

l'insertion par l'activité économique, au bénéfice des personnes handicapées ou inadaptées, ainsi que des personnes ou des familles en détresse. »

La **Loi 2002-2 du 2 janvier 2002** vient améliorer cette définition initiale en mettant l'accent sur la nécessité de prendre en compte l'évolution des modes d'accompagnement, d'accueil, de prise en charge et d'insertions des publics en difficulté. Elle appuie également l'importance d'améliorer la répartition territoriale des équipements et la nécessité de fixer des bases légales aux structures innovantes ou expérimentales.

1.2.2 Définition des ITEP

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

La demande d'origine est adressée par la famille qui expose ses difficultés auprès de la MDPH (Maison Départementale de la Personne Handicapée). Cet organisme est alors chargé d'étudier le profil de l'enfant et de proposer ensuite une orientation.

1.2.3 Les liens entre l'ITEP et la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

Un enfant accueilli en ITEP est dans un premier temps adressé par la MDPH. Il est important qu'une proposition d'orientation en ITEP ne relève pas du « handicap avéré » à proprement parlé, mais concerne plutôt des individus inscrits dans un « processus handicapant ». Cette notion implique que leurs difficultés sont évolutives et peuvent revêtir d'autres intensités, d'autres formes, dans d'autres temps, d'autres lieux et avec d'autres personnes.

A partir de la création du dossier et tout au long du parcours du jeune au sein de l'ITEP, la

MDPH a plusieurs missions.

Faire l'évaluation des compétences et difficultés du « demandeur » (certificats médicaux, rapport psychologique, le GEVA-sco qui est un document élaboré par des professionnels de l'Éducation Nationale, enquête sociale, recours à des personnes qualifiées, ...),

Estimer l'adéquation entre les difficultés relevées et l'orientation vers un établissement ou service médicosocial du type ITEP au regard de la définition réglementaire spécifique des ITEP. De fait, elle reconnaît le processus handicapant dans lequel est inscrit ce jeune si elle valide cette orientation,

Établir un plan de compensation où l'orientation vers un ITEP constitue l'élément central.

Prendre une décision d'orientation qui s'impose aux établissements et, le cas échéant, qui précise les « préconisations » d'accueil et/ou les demandes de la famille. La MDPH doit motiver sa décision.

Vérifier l'effectivité du plan de compensation déterminé.

En France, c'est la reconnaissance de la maladie ou du handicap qui orientent vers un traitement ou vers un type d'établissement. Ces différentes orientations, selon les besoins et les capacités de l'individu, sont en général faites en tenant compte des demandes de la personne concernée et de son entourage, favorisant, par la suite, leur mobilisation dans une psychodynamique positive pour le progrès.

1.3. Les personnes que l'on peut croiser dans un ITEP

1.3.1 Les enfants accueillis et leur particularités

Des jeunes avec un handicap...

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Les enfants accueillis dans les ITEP présentent donc un handicap. Mais il est important de noter que ce handicap est caractérisé par sa potentielle réversibilité.

En effet c'est la fragilité psychologique qui est à l'origine des problèmes de conduite d'une part et des difficultés d'apprentissage et de socialisation d'autre part.

Ainsi ces troubles psychologiques ont des conséquences dans le développement de l'enfant puis de l'adolescent. Il peut s'agir de perturbation de la faculté de penser et d'agir, de la perception de soi-même et de la relation avec les autres. Ces affections peuvent également se traduire par des difficultés dans l'organisation du quotidien, dans la conception et la formulation des projets et dans la compréhension et le respect du cadre et des limites.

Alors, une prise en charge efficace et précoce de ces enfants peut prétendre à bouleverser ce processus handicapant contrairement aux pathologies génétiques par exemple.

Des jeunes avec des troubles du comportement

La manifestation des troubles du caractère et du comportement est difficilement qualifiable ou quantifiable par rapport à une norme éthique et sociale.

En résumé, les difficultés psychologiques des jeunes, qu'elles s'expriment par des troubles du comportement, troubles de la relation, agitation, repli sur soi ou sous d'autres formes, ont des caractéristiques singulières :

potentiellement réversibles, ces jeunes ne sont pas définitivement inscrits dans une pathologie, un handicap, une catégorie.

leurs causes sont incertaines, multiples, variables et insuffisamment identifiables.

instables, c'est-à-dire que ces troubles peuvent être intermittents, contextuels et parfois communicatifs.

souvent non reconnues ou méconnues, et parfois, à l'inverse, exagérées ou amplifiées.

alternance de périodes d'adhésion et de refus de l'aide, du soutien ou des mesures d'accompagnement proposées.

éventuellement lieu à une stigmatisation et peuvent générer un isolement, voire une désocialisation du jeune et de sa famille.

Pouvant évoluer vers des troubles plus graves, des pathologies mentales, des comportements à risques.

Ces enfants, dans leur grande complexité, ont besoin d'un encadrement et d'une prise en charge spécifique. Les ITEP peuvent être considérés comme un support très pertinent pour le traitement de ces troubles, notamment grâce aux différents professionnels qu'elle réunit.

1.3.2 Des professionnels de l'éducation et de la rééducation

Dans les ITEP, la pluridisciplinarité et le travail en équipe constituent des atouts primordiaux pour l'évolution des enfants reçus.

On rencontre donc de nombreuses professions mettant en pratique les diplômes ou les équivalences reconnus nécessaires à l'exercice de leurs compétences.

Le directeur

Le directeur possède un rôle central dans l'ITEP et remplit un grand nombre de fonctions:

- la responsabilité générale du fonctionnement de l'établissement, notamment en matière administrative, financière et comptable
- la coordination des interventions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques
- contrôle de la mise en œuvre du projet d'établissement et de son évolution -
accueil des enfants et de leurs familles

Le directeur veille à l'évaluation régulière de la qualité des projets personnalisés d'accompagnement et préside les réunions de synthèse. Il veille au respect d'une approche interdisciplinaire et cohérente du travail en équipe. Il se doit d'assurer la formation continue et le soutien permanent des professionnels et veille. Il organise également les relations avec les institutions et intervenants extérieurs qui interviennent auprès du jeune. Il intervient pour assurer la sécurité des enfants, leur bien-être et leur confort ainsi que la qualité de l'environnement.

L'équipe de soin

Son objectif principal est de concourir à l'élaboration puis à la réalisation et l'évaluation des différentes dimensions du projet personnalisé d'accompagnement.

Elle comporte une équipe médicale, paramédicale et psychologique qui est chargée de

dresser un bilan de santé, dès l'admission, pour chaque enfant et veille à son actualisation. L'équipe est animée par un psychiatre qui en coordonne les actions. Ce dernier possède une formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence.

Chaque ITEP est également en lien avec un pédiatre ou médecin généraliste et possède un psychologue clinicien.

Ensuite, en fonction du projet d'établissement, l'équipe est composée d'orthophonistes, de psychomotriciens, d'infirmiers...

Le service social

Les ITEP ont également recourt à un service social dont le rôle principal est de garantir à chaque famille un lien de proximité avec l'établissement afin qu'elle soit étroitement et activement associée à la mise en œuvre du projet du jeune.

L'équipe éducative

Elle comprend également une équipe éducative qui veille au développement et à la socialisation des enfants, les suit dans leur vie quotidienne et dans la réalisation de leur Projet Personnalisé d'Accompagnement à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement.

Pour chaque enfant, un éducateur est nommé « référent ». Il assure la cohérence et la continuité des actions en lien avec les familles. Le rôle de l'éducateur est d'accompagner l'enfant, sans faire "à sa place".

Les éducateurs s'occupent également de la surveillance de nuit des enfants.

L'équipe pédagogique

L'équipe pédagogique accompagne l'enfant dans ses apprentissages et dans la poursuite de sa formation. Il peut s'agir d'instituteurs ou professeurs des écoles spécialisés, titulaires du certificat d'aptitude professionnels pour les aides spécialisées.

L'instituteur doit trouver les moyens d'une transmission d'un savoir, question parfois redoutable face aux enfants rencontrés en ITEP. En effet, l'école est le lieu d'apparition du symptôme de l'échec scolaire, qui dirige ensuite vers l'éducation spécialisée. Les apprentissages constituent une problématique centrale chez certains de ces jeunes qui viennent parfois s'ajouter aux troubles du comportements.

En somme, chacun de ses jeunes a besoin d'ajustements scolaires spécifiques : temps de

classe et effectif réduits, limitation des disciplines, adaptation des programmes, mise en place de pédagogies de projets, éducation active...)

Les enfants peuvent fréquenter une école ou un établissement scolaire ordinaires temps partiel ou à temps plein. Il existe aussi des dispositifs de formation professionnelles initiale en liaison étroite avec le milieu professionnel. Les enseignants assurent la formation scolaire ou professionnelle des jeunes par des actions pédagogiques adaptées.

L'équipe pédagogique comporte également un professeur d'éducation physique et sportive ou éducateur sportif.

La présence de ces professionnels au sein des ITEP est défini par le décret de juin 2005. Selon la loi, chaque établissement doit bénéficier de cette riche équipe pluridisciplinaire. Cependant, il semblerait que ce cadre idéal soit difficilement et donc peu rencontré en pratique...

1.4 Les particularités et les limites des ITEP

Jeunes et ITEP sont placés dans le paradoxe qui consiste à définir un mode relationnel et un cadre de fonctionnement cohérent et contenant prenant en compte la fragilité des personnes, la fragilité de leurs demandes et de leurs affects. Ils s'inscrivent dans un processus relationnel à visée thérapeutique, éducative et pédagogique et, par conséquent, s'engagent dans un parcours fait de mouvements et d'ajustements continus. Le cadre de l'ITEP doit offrir à ces enfants et adolescents des espaces d'expérimentation orientés et structurés.

1.4.1 S'adapter aux troubles du comportement :

Les jeunes regroupés dans ces institutions sont en permanence en train de remettre en question le cadre et les règles. Ils sont souvent en butée avec la notion d'autorité et mettent en avant différentes facettes de leur personnalité selon les contextes dans lesquels ils se trouvent.

Ces particularités du trouble du comportement compliquent l'approche thérapeutique général de l'enfant. Les professionnels doivent donc continuellement partager et parfois

remettre en question leurs positionnements afin d'aborder les difficultés de chaque enfant dans une globalité et les faire évoluer.

1.4.2 Évolution de la population

La population accueillie en ITEP est composée d'enfants et d'adolescents souffrants de troubles psychologiques affectant leur quotidien. Cette définition originelle tend à évoluer en rapport avec les particularités des enfants rencontrés. En effet, certains jeunes présentent des difficultés relevant parfois de la pédo-psychiatrie. C'est la nature envahissante de leurs troubles comportementaux qui les orientent vers ce type de structure. Mais face à ce changement, les pratiques doivent être réenvisagées et remodulées afin de garantir des prises en charge adaptées.

1.4.3 Regrouper des enfant à problèmes : solution ?

Les enfants rencontrés en ITEP ont des projets scolaires personnalisés. Certains sont inclus dans le milieu ordinaire de façon totale ou partielle. D'autres sont scolarisés à plein temps à l'ITEP. Ces dernières sont répartis par niveaux dans des classes de 5 à 10 élèves. Comme nous le verrons dans le chapitre 3, l'école et le groupe font partis des facteurs ayant une influence sur le développement des conduites violentes chez l'enfant. Ainsi, le fait de réunir dans un même environnement des enfants ayant des troubles du comportement nécessitent la mise en œuvre de dispositions adaptées afin de limiter au maximum les effets néfastes envisageables (dissémination des conduites problèmes, influence négative des leaders par exemple...)

Ces adaptations peuvent se réaliser par des temps de récréation après chaque heure de travail scolaire par exemple. La réflexion autour de chaque groupe classe en fonction des personnalités semble aussi indispensable.

La stimulation provoquée par le regroupement de ces enfants présentant des troubles du comportement peut déboucher sur une excitation inappropriée et la propagation des difficultés. Des précautions sont donc à prendre afin de réduire le risque d'interactions trop fortes dans le groupe, en évitant, notamment, de mettre ensemble deux ou trois individus porteurs des mêmes problématiques.

1.5 Réflexions et solutions

1.5.1 Réinvestir les atouts du groupe :

Les textes législatifs récents concernant l'accompagnement accentuent l'idée d'individualiser les projets de chacune des personnes. Cependant, nombres d'enfants et d'adolescents en difficultés ou présentant un handicap sont encore accueillis et accompagnés en structures collectives. Le groupe demeure donc un lieu incontournable et privilégié dans la prise en charge des jeunes en ITEP. Alors comment l'utiliser pour qu'il devienne pertinent ?

La notion de groupe peut commencer à faire son chemin, dans le sens d'une véritable équipe qui doit avancer ensemble, en développant des attitudes d'entraide et de solidarité. Les comparaisons naturelles entre les élèves d'une classe d'un même niveau doivent laisser place progressivement à une prise de conscience et une acceptation de ses propres difficultés, afin de pouvoir les dépasser. En ce sens, le travail sur et avec le groupe est primordial, pour que les enfants ne reproduisent pas des comportements, rassurants peut-être, mais qui les ont menés à des impasses tant sur le plan des apprentissages que dans la relation avec les autres. Or, une grande partie du travail consistera à surprendre l'enfant dans ces deux domaines, pour qu'il puisse élaborer d'autres sorties possibles.

1.5.2 L'AIRe : L'Association des ITEP et de leurs Réseaux

L'Association des ITEP et de leurs Réseaux (AIRe) organise depuis 18 ans des rencontres autour de la réflexion des professionnels des ITEP dans un esprit d'ouverture au monde et à la cité. Cette association rassemble régulièrement des professionnels travaillant en ITEP à l'échelle nationale. L'intérêt de ces colloques est de confronter les opinions, les expériences et les questionnements des travailleurs médico-sociaux. Ces supports d'échanges permettent une évolution des structures, des mentalités et des approches face à une population en constant changement et des situations de plus en plus complexes et variées.

« Dans une époque où les questions d'éducation, de débordements, de passages à l'acte, de solutions immédiates font la une de la presse, dans une époque où on s'accorde sur le besoin de redéfinir la place des institutions, il est de mon point de vue important de

soutenir des positions qui aident à clarifier la sémantique, au respect de la personne en situation de handicap, à l'innovation respectueuse de la culture de notre secteur. »

Gilles Gonnard, président de l'AIRe (2012)

Notons également que les enfants de moins de 6 ans et les jeunes de plus de 20 ans représentent 1% de la population accueillie. Est ce rapprocher l'apparition des troubles du comportement à l'âge scolaire ? Ou que les classes maternelles est plus tolérante face à la symptomatologie déployée ? Ou plutôt que ce sont les contraintes et les exigences du CP qui conduisent à une radicalisation de la prise en charge? Une action précoce auprès de ces enfants en difficultés relationnelles et scolaires peut elle être envisagée ?

Ainsi, parmi ses enfants on retrouve des conduites inadaptées à une vie en société. Ces comportements se manifestent parfois par de l'agressivité ou de la violence. Nous nous intéresserons particulièrement à ces deux concepts que nous développeront dans une deuxième partie.

II. Agressivité et violence :

2.1 Les fonctions, modes d'expression et ritualisation de l'agressivité

2.1.1 Situation et définition de l'agression :

Il existe plus de 200 définitions différentes de la conduite agressive. En effet, de nombreuses disciplines et institutions (psychologie, psychiatrie, criminologie, anthropologie, système judiciaire, éducation...) s'intéressent à cette notion.

Du point de vue de la sociobiologie, l'agressivité fait partie, au même titre que la coopération, l'altruisme ou l'égoïsme, des comportements rencontrés dans une société et qui influent sur l'adaptation des individus.

Dans la littérature, en psychologie, « *l'agression est utilisée pour définir un trait de*

personnalité, un instinct, ou une classe de réponses physiques et verbales observables »

Elle regroupe tous les comportements dirigés vers une autre personne avec l'intention de lui causer du tort sur le plan physique ou psychologique. (Boivin, Ouellet-Morin et Petitclerc, 2006).

Certains auteurs distinguent deux grands types d'agression, notamment Diane Purper-Ouakil (2013) :

L'agression instrumentale/proactive qui est utilisée comme moyen d'accéder à un but. Elle n'implique **pas d'émotions**, elle est "*non provoqué*" c'est à dire préméditée.

L'agression hostile qui met en jeu des **processus émotionnels**. Dans ce cas, l'agression est une entreprise délibérée dont le but même est de blesser une personne. La colère est donc ici largement impliquée, Buss parle « *d'agression avec colère* ». Ce type d'agression comporte une composante réactive, impulsive. "*Une provocation, réelle ou non, est perçue et la conduite agressive est adoptée en réponse.*"

Ces deux modèles d'agression divergent par leur nature mais aussi par les renforçateurs attendus. Pour le premier c'est l'objectif qui est atteint, pour le second c'est la douleur ou la blessure infligée. Elles coexistent, coagissent dans la plupart des cas. Feshbach, lui, défend qu'*"infliger une blessure à quelqu'un n'est pas le but réel des agressions hostiles mais la douleur produite chez autrui sert à restaurer l'estime de soi chez l'agresseur et son sens du pouvoir."*

Pour Dollard et ses collaborateurs, d'après leur "*théorie de l'agression-frustration*", l'agression hostile serait une réaction consécutive à une frustration. L'agression est alors normalement dirigée vers le responsable de la frustration. Elle est donc une entrave à un comportement destiné à une gratification et qui fait obstacle à une expérience de satisfaction. Alors, si l'acte agressif ne se produit pas suite à une frustration s'est parce qu'il est inhibée par crainte d'une punition.

2.1.2 Les fonctions de l'agression

D'après Corraze (1997), l'agression a plusieurs fonctions.

Elle implique un rapport de domination ou compétition qui déterminent la hiérarchie d'un groupe. C'est la forme la plus répandue.

Elle permet la défense de l'individu, de sa progéniture ou de son territoire.

Elle est aussi utilisée par les parents envers leur progéniture soit comme renforceurs négatifs pour l'apprentissage soit pour le sevrage.

Elle peut aussi servir à la transmission et surtout à l'intégration des normes culturelles (agression moralisante)

L'agression serait donc une stratégie compétitive parmi d'autres pour accéder aux différentes ressources de l'environnement permettant la survie et la reproduction. Elle implique également des rapports de pouvoir et de coopération qui sont des notions très implantées dans notre espèce.

2.1.3 Le développement normal de l'agression :

L'agression physique apparaît très tôt chez le jeune enfant. Elle semble être la plus élevée autour de 2 ans puis tend à diminuer ensuite (Cumming et al, 1989). Dans les premières années elle est essentiellement instrumentale : conflit pour la possession des objets ou de l'espace de jeu. Ensuite, la compétition ne diminue pas mais les enfants apprennent à mettre en place d'autres moyens pour obtenir ce qu'ils désirent comme l'échange ou le partage par exemple. Ils peuvent aussi user de formes moins pacifiques comme l'intimidation ou l'agression verbale.

Cette évolution est en mettre en parallèle avec l'émergence du langage verbal, qui facilite la communication, et le développement des fonctions exécutives.

Les enfants vont développer un répertoire de comportements permettant de s'adapter aux multiples situations de la vie quotidienne.

La théorie de relation d'activation (Paquette, 2004) met en évidence la place et la complémentarité du père et de la mère dans le développement des justes habiletés, la compétition pour l'un, la coopération pour l'autre par exemple.

La recherche a montré à quel point les différentes formes d'agressivité reposent sur des phénomènes cognitifs et affectifs interdépendants qui se construisent au fur et à mesure que le jeune interagit avec notamment son milieu familial et scolaire (voir plus loin).

Expérience de la poupée Bobo

La manière dont chacun exprime son agressivité dépend, entre autre, de la mise en

place de phénomènes d'imitation au cours du développement.

A. Bandura, valide expérimentalement sa théorie de l'apprentissage social dans l'agressivité. Le principe de l'étude est d'exposer des enfants de 3 à 6 ans à des scènes dans lesquelles les adultes se comportent de manière agressive envers une poupée. La mesure se fait ensuite sur l'imitation spontanée des enfants de ces comportements envers la même poupée. Les résultats mettent en évidence la tendance pour les enfants spectateurs du modèle adulte agressif à ensuite poser des gestes agressifs physiques.

2.2 Processus de régulation des rapports interindividuels

2.2.1 Les habiletés sociales

Les habiletés sociales sont les comportements verbaux et non verbaux résultant de processus cognitifs et affectifs qui permettent de s'ajuster à la vie dans la communauté. Elles représentent un ensemble de capacités qui permettent de percevoir et de comprendre les messages communiqués par les autres, de choisir une réponse adaptée à la situation parmi différentes alternatives puis de l'émettre en utilisant des comportements appropriés et socialement acceptés. McFall (1982)

La principale caractéristique d'un comportement social est d'être suivi immédiatement d'un renforcement ou d'être efficace dans la résolution des problèmes interpersonnels. Il est alors important de spécifier la place jouée par l'environnement dans la production d'un comportement.

La communication non verbale intervient évidemment dans la régulation des rapports sociaux. Plusieurs paramètres entre en jeu : la posture, le regard, les mouvements de régulation du dialogue, la prosodie, les distances interpersonnelles..

2.2.2 Le processus de socialisation

Ces connaissances et habiletés sont communes au sein d'un groupe. Elles sont mises en place notamment par le phénomène de socialisation. La socialisation est un processus par lequel sont transmises des valeurs et des normes dans le but de construire une identité sociale et d'intégrer l'individu à la société. Au cours de son développement, de

façon plus ou moins consciente, nous sommes confrontés à un ensemble de pratiques en rapport avec la norme, véhiculé par des agents socialisateurs (famille, école, médias...) La socialisation dépend de plusieurs phénomènes étroitement liés : l'apprentissage, l'assistance éducative, l'imitation. Ainsi, peu à peu, des liens sociaux stables et puissants, s'établissent reliant l'enfant, puis l'adolescent au groupe de ses pairs et aux autres adultes. L'intégration des normes et valeurs qui régissent un groupe devient la règle et la délinquance est l'exception.

2.2.3 Des difficultés à manier les habiletés sociales

Les habiletés sociales sont indispensables au bon fonctionnement des rapports interpersonnels dans une société. Les difficultés d'une personne dans ce domaine peuvent dépendre, entre autre, du fait :

Qu'elle n'a pas appris un comportement adapté en réponse à un stimulus donné ou acquis un comportement inapproprié.

Que le comportement attendu face à une situation a disparu

Que l'habileté requise est évaluée négativement par son producteur.

Ou encore qu'elle a une mauvaise perception de la situation sociale.

Ainsi, l'apprentissage des normes et valeurs propres à la culture de l'enfant et des façons d'être et d'interagir avec son environnement semblent constituer des pré-requis essentiels pour une vie harmonieuse en société.

Cependant, ces processus sont parfois peu ou mal mis en place. Les enfants présentant des troubles du comportement peuvent alors entrer dans des conduites agressives inappropriées voire violentes qui parasitent leurs apprentissages et leurs socialisation.

2.3 La violence :

2.3.1. Définition de la violence

Les concepts de violence et d'agressivité sont intimement liés et souvent difficiles à distinguer. La conduite violente est cependant caractérisée par le fait qu'elle « *vise de façon délibérée et systématique à porter atteinte à l'intégrité physique, morale, psychologique ou sociale d'autrui ou de soi-même. »* (Bowen, Desbiens, Rondeau et Ouimet, 2000). De cette définition ressort essentiellement la notion d'intentionnalité, de motivation du comportement violent par rapport au geste agressif.

Widom (1989) parle plutôt de la violence comme « *l'utilisation illégale de la force, ou d'une menace contre une autre personne »*. Mais plus qu'un cadre légal dépassé il faut parler d'un cadre culturel. En effet, il arrive que certains comportements violents entrent dans les normes et soient absolument tolérés culturellement, la boxe ou la corrida par exemple.

Il existe une vulnérabilité physiologique chez des enfants considérés "à risque" de développer des troubles du comportement. Néanmoins, ce facteur biologique ne peut être le seul responsable de la « *création d'un mode de conduite violente durable et ancré dans la personnalité de l'individu. »* (Desbiens, Bowen, Allard, 2011).

2.3.2 La violence, un phénomène de société ?

Walgrave en l'associant à la notion « *d'acteur social »* qu'il trouve novatrice, développe le concept de « *vulnérabilité sociétale »* : l'individu n'est pas vulnérable en soi mais devant une situation spécifique. Il considère également que les individus les plus défavorisés seraient particulièrement exposés au risque de vulnérabilité sociale. La délinquance systématisée concernerait donc les couches sociales inférieures. D'autre part, il considère que la qualité des liens entre un individu et sa société passe par une étape d'inhibition contre le phénomène de la délinquance. L'absence de ces inhibitions laisserait à l'individu la possibilité de poser des actes lorsqu'une occasion se présente. Dès lors, la réponse de la société à ses actes, au début occasionnels, pourrait renforcer le phénomène initial, le rendant plus stable et persistant.

Cette théorie est séduisante mais ne permet pas à elle seule d'expliquer la délinquance car elle omet les problématiques individuelles qui s'ajoute aux paramètres sociaux et sociétaux.

2.4. Les origines possibles de la violence

2.4.1. Influences de l'environnement familial sur les conduites violentes

La milieu familial constitue le premier lieu d'apprentissage et de socialisation. Cet environnement est donc le milieu social ayant le plus de répercussions sur le développement des problèmes de comportement chez les enfants et les adolescents. Cette influence majeure a beaucoup été étudiée et démontrée (Connor, 2009 ; Steibeberg 2001). Les rôles joués par la relation entre les parents et l'enfant ainsi que le cadre éducatif mis en place sont primordiaux.

La précarité financière et matérielle comme les difficultés socio-économiques ont également un impact sur les conduites agressives et violentes.

Ainsi, la qualité de la relation affective, les pratiques parentales avec en particulier l'exercice de la discipline et de la maltraitance font partis des facteurs familiaux les plus influents sur le développement de troubles du comportement chez l'enfant.

D'autre part, l'environnement familial joue aussi un rôle dans la mise en place des fonctions exécutives au cours de l'évolution de l'enfant. Les fonctions exécutives regroupent un ensemble d'habiletés qui permettent à l'individu d'adapter son comportement selon le contexte. Il s'agit par exemple de la capacité à contrôler ses impulsions et ses émotions, la planification d'un action en fonction du but à atteindre, l'adaptation, l'autorégulation... Le cadre familial intervient considérablement dans le développement de ses habiletés sous-jacentes à la régulation des comportements et à la métacognition de l'enfant. (Parent et coll., 2011)

Plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'importance de la dynamique familiale dans l'apparition de conduites problématiques chez l'enfant. Ils ont alors montrés que des paramètres tels que la pauvreté, les conflits parentaux ou encore l'instabilité familiale liés au séparations et reconstitutions d'une part et des pratiques parentales incohérentes, instables et hostiles ou trop sévères d'autre part font partis des facteurs les plus favorisant de l'apparition de problèmes de violence chez le jeune.

La famille est un élément essentiel dans la construction sociale et cognitive de l'enfant et peut donc devenir la cause essentielle à l'origine de conduites agressives pathologiques chez l'enfant.

Il est important de préciser que certains enfants réussissent leur socialisation en dépit d'un

entourage familial néfaste.

Au vu de ces arguments, il semblerait que la famille constitue un acteur essentiel du développement de l'enfant. Cependant il en existe d'autres.

2.4.2. Influence de l'environnement scolaire sur les conduites agressives.

Dans nos sociétés occidentales, l'école est une institution où presque tous les enfants passent la plupart des enfants et adolescents passent une grande partie de leur temps.

C'est le lieu où ils côtoient leurs pairs et sont en contact avec des professionnels ayant une mission éducative. Ce lieu a pour objectifs de favoriser la qualité des interactions, apprendre des comportements prosociaux et fournir un cadre soutenant et structurant.

Malheureusement, il peut aussi s'agir du contexte dans lequel les enfants sont exposés à la violence, entrent en contact avec des pairs délinquants, sont victimes de rejet, de stigmatisation...

Ainsi les expériences vécues en milieu scolaire peuvent inciter un élève à adopter des conduites violentes ou à l'inverse lui fournir de bonnes raisons de ne pas se comporter ainsi. Les situations problématiques sont plus ou moins rencontrées en fonction de la composition et de l'organisation de l'établissement fréquenté. La manière dont les professionnels en milieu scolaire appréhendent ces élèves considérés comme excessivement agressifs sera déterminante dans l'évolution de ces derniers mais également dans la dynamique de la classe.

2.4.3 Influence des pairs

On associe généralement la conduite agressive chez les jeunes au rejet social. De nombreuses études ont mis en évidence que l'agressivité dans l'enfance serait liée à l'incompétence sociale et, par conséquent, à un statut très bas parmi les pairs. (Dodge, 1983 par exemple). Ce rejet aurait des conséquences socioémotionnelles d'une part et un impact sur l'adaptation scolaire d'autre part.

Le groupe de pairs en tant qu'entité joue également un rôle dans les conduites violentes de l'enfant. Cohen, en 1983, postule que « l'influence des amis dépendraient des effets de

sélection. » Autrement dit, les enfants dont les traits de caractère et les comportements se ressemblent vont se chercher et former des groupes. Cette théorie, appliquée aux enfants dits violents, stipule aussi l'effet renforçateur qu'aurait le groupe sur les conduites agressives de ses membres. Selon Harris (1998) les enfants auraient tendance à « *adopter les normes, les attitudes et les comportements des groupes les plus saillants de leur vie.* »

“Les groupes de pairs constituent un lien d'interaction permettant l'apprentissage des relations interpersonnelles et l'adaptation à l'environnement culturel.” Dall'ava (1997)

Le groupe adopte ensuite un rôle supplémentaire en rapport avec la période de l'adolescence. L'individu appartient à un “clan” et se soumet à une certaine “conformité”.
Mais dans la plupart des cas, cette influence va à l'encontre des conduites déviantes.

2.4.4 Influence du Q.I. et conduites violentes

La recherche a souvent tenté de mettre en relation les capacités cognitives et les conduites délinquantes.

A partir d'un échantillon de 6405 individus souffrant de problèmes d'agressivité, le Quotient Intellectuel (QI) global moyen de cette population avoisine les 90, soit 2/3 d'écart type de la moyenne. Une « *faiblesse intellectuelle* » a alors été mise en évidence (Parent, 2011). D'autre part, un « *profil intellectuel des délinquants* » dressé par les chercheurs montrerait que pour ces individus le QI Non Verbal (QI Performance) serait supérieur au QI verbal. Prentice et Kelly (1963). Il existe alors une corrélation entre comportements violents et déficits cognitifs, en particulier verbaux.

Le langage est reconnu depuis toujours comme ayant une influence majeure sur la perception, la pensée et le comportement humain. Pavlov (1927) soutient que « *l'abstraction du langage permettrait de diriger et contrôler les activités comportementales telles que l'inhibition des pulsions et des conduites agressives.* »

La relation entre les difficultés langagières et les problèmes de comportements a depuis beaucoup été étudié.

Il existe donc bien une association entre déficits verbaux et conduites violentes, physiques ou verbales.

2.4.5 La violence liée à un contexte

En sociologie, les auteurs mettent l'accent sur l'influence de l'imitation qu'elle soit individuelle ou groupale et l'importance des liens sociaux et de la concentration urbaine pour expliquer ce phénomène de la violence sociale. En effet le délinquant ne peut être considéré en dehors de sa dimension d'acteur social. Il adopte des comportements différents selon les diverses situations, notamment sociales, qu'il rencontre quotidienne dans son environnement. Traversé par sa propre histoire et bousculé par le contexte social, l'individu, tout au long de sa trajectoire, pose des actes.

Il existe alors des raisons de « poser de actes ».

Cependant, la justice dénonce et punit tout acte violent entre les hommes, quels sont les moyens de canaliser cette violence naturellement utilisé chez tous les êtres vivants, trouver des moyens alternatifs par notamment l'apprentissage des codes sociaux.

2.5 TC, TOP, TDAH... quand l'agressivité devient pathologique

Ces normes qui régissent un fonctionnement de groupe, sont mal intégrées chez les enfants d'ITEP. La nature d'un écart par rapport à ces règles sociales peut être de nature très variable : carences dans la transmission des valeurs et des normes, problème d'intégration, de gestion des règles sociales, rapports conflictuel délibéré avec la notion de normalité, de loi.

Ajouté à ces paramètres peut venir s'ajouter une difficulté dans la gestion des émotions, et notamment la colère.

Le concept de trouble, en santé mentale, renvoie à un « *ensemble de conditions morbides susceptibles de caractériser l'état de dysfonctionnement comportemental, relationnel et psychologique d'un individu en référence aux normes attendues à son âge.* »

Classifications dans le DSM IV :

- Trouble des conduites

Les classification internationales (DSM-IV et CIM-10) définissent les différents critères diagnostics du trouble des conduites (TC) par : agressions graves, désobéissance, brutalités, destructions de bien matériels, vols, fraudes, violations de règles...

Le TC implique une transgression des normes sociales établies et se caractérise par une atteinte aux droits d'autrui.

Les perturbations du comportement doivent entraîner une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

- Trouble Oppositionnel avec Provocation

Les enfants souffrant d'un TOP est caractérisé par un « *mode d'être de comportements négatif, hostile et confrontant.* »

Ces attitudes concernent une colère souvent excessive et subite, des contestations de l'autorité, de l'opposition, la tendance délibérée à faire des choses pour ennuyer les autres, reporter la faute sur les autres... Cette altération a des répercussions au niveau social, scolaire, familial... Le TOP se différencie du TC car il ne présente pas de comportements délictueux ou de conduites agressives ou dyssociales graves.

- Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité

Le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité fait partie des troubles du comportement classifiés dans le DSM IV. Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité est un syndrome comportant 3 classes de symptômes : l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité.

Le diagnostic, selon le DSM IV, repose sur

- la présence d'au moins 6 critères sur 9 d'inattention et/ou de d'hyperactivité-impulsivité
- si les symptômes se manifestent dans au moins deux types d'environnement différents
- s'ils sont présents avant l'âge de sept ans
- s'ils durent depuis plus de 6 mois
- s'ils provoquent retentissement significatif au quotidien.

Ainsi, les pathologies de la conduite agressive et violente sont reconnues dans les grandes classifications internationales. Les enfants atteints de troubles du comportement ont donc subi un développement atypique voire dysfonctionnel et n'arrive pas à réguler leur agressivité.

A présent, posons nous la question des origines de ces comportements inadaptés.

S'agit-il d'une mauvaise intégration des normes et valeurs au départ ?

Ou l'accumulation de facteurs qui influenceront négativement sur leur évolution?

Ou peut-être une mauvaise régulation des émotions et plus particulièrement de la colère ?

III. Les émotions

Des défauts dans la régulation de nos émotions entraînent des comportements parfois mal tolérés en société. Il est donc nécessaire d'agir pour que ces émotions ne deviennent pas handicapantes.

Alors, la mauvaise régulation de la colère peut être le facteur déclenchant de l'acte violent. Ce dernier peut s'exprimer corporellement par des gestes contre l'objet de la colère. Plus de contrôle de sa motricité lié à trop forte dose de colère ? Défaut d'inhibition motrice, impulsivité qui empêche l'individu de proposer d'autres « solutions » au problème ?

3.1 Qu'est qu'une émotion ?

3.1.1 Définition

En 1872, Darwin rédige « L'Expression des émotions chez l'Homme et les animaux » et pose ainsi les premiers postulats qui influenceront de façon déterminante les recherches sur les émotions. Il mettra en avant deux points qui pour lui sont fondamentaux : les émotions sont universelles (rencontrés dans toutes les cultures) et adaptatives (elles favoriseraient la survie de l'espèce en permettant aux individus de répondre de façon approprié aux exigences environnementales).

Cottraux (2007) définit l'émotion comme « une réponse comportementale et physiologique, brève et intense, qui reflète ou révèle le vécu subjectif de celui qui est affecté par un événement interne ou externe ». Il ajoute que l'émotion est à la fois une sensation et une construction mentale. Il fait également une distinction entre l'émotion qui est brève, ne dure que quelques secondes et renvoie à une intensité et le sentiment qui s'inscrit plus dans la durée.

3.1.2 Fonctions des émotions

Les émotions remplissent un ensemble de fonctions indispensables à l'adaptation de l'être humain dans son environnement (détection du danger, orientation des processus de décisions), guident les interactions sociales et améliore aussi la mémoire des événements importants.

L'émotion comme source d'information. Elle est toujours porteuse d'un message et renseigne donc l'individu sur la réalisation de ses objectifs, sur la nature de ses besoins.

L'émotion comme facilitateur de l'action. Une des composantes essentielle de l'émotion est sa « tendance à l'action ». Sa caractéristique principale est donc de faciliter certains comportements, tout en en inhibant d'autres. Elle facilite l'adaptation de l'individu à son environnement, elle permet à l'individu d'agir vite et bien.

L'émotion comme support à la décision. Les études de Damasio, en 1994 mettent en évidence que des patients cérébro-lésés présentent un déficit dans la régulation de leurs émotions. Il existe alors des processus décisionnels engendrés par la naissance d'une émotion.

L'émotion comme outil essentiel à l'adaptation. A partir de la théorie de l'évolution de Darwin, la recherche s'est longuement penchée sur la place tenue par nos émotions dans les processus de maintien de l'espèce. Leurs conclusions stipulent alors que les changements autant physiologiques qu'au niveau perceptif ou attentionnel augmentent la probabilité de survie. Ainsi, chaque émotion de base serait associée à des changements physiologiques cognitifs et comportementaux qui visent à optimiser l'adaptation du sujet à son environnement.

3.2 La régulation des émotions

3.2.1 Définition

La régulation des émotions se rapporte à l'ensemble des processus par lesquels un individu va modifier son émotion. Elle peut intervenir sur le type d'émotion (négative à positive), sur l'intensité ou sur la durée.

Cette modification peut se faire sur toutes les composantes de l'émotion de manière à ne

plus rien ressentir du tout, ou uniquement sur le versant expressif pour qu'on ne puisse pas deviner de l'extérieur ce que l'on ressent à l'intérieur.

3.2.2 Pourquoi régule t-on nos émotions ?

Tout d'abord, nos émotions doivent être régulées pour des raisons personnelles. En effet , si l'émotion nuit au bien-être de l'individu, elle doit être modulé afin de ne pas l'envahir. Elle peut également, par exemple, nuire à la performance,académique ou professionnelle, ou encore, avoir un effet délétère sur autrui alors que ce n'est pas l'effet attendu.

Ensuite, réguler nos émotions est un pré-requis indispensable au bon fonctionnement des rapports sociaux. Il s'agit même d'une condition à la pérennité d'une civilisation. Lopes et coll ont montrés en 2005 que les individus qui gèrent mal leurs émotions ont moins d'amis, ont des relation sociales et conjugales de moindre qualité et rencontrent plus fréquemment des conflits interpersonnels. Ces personnes sont également moins appréciés par leurs pairs (Gross, 2002).

La régulation des émotions a également une influence sur la santé physique des personnes. Des difficultés à modulé les émotions négatives constitueraient un facteur de risque dans le développement ou l'aggravation de différentes maladies (asthme, diabète, maladies cardiovasculaires...).

3.2.3 Différences interpersonnelles

Il existe cependant de grandes différences entre les individus en matière de régulation émotionnelle. Ces variations peuvent être regroupé en deux classes : les facteurs génétiques et les facteurs environnementaux. Outre une « vulnérabilité » biologique, le milieu peut aussi avoir un impact sur les compétences émotionnelles du sujet. Cette dernière influence peut être de différents ordres :

Le premier facteur est la qualité du lien entre l'enfant et ses parents appelés « l'attachement » (Bowlby, 1973). Tendresse, sécurité, capacité à identifier et à répondre aux besoins de l'enfant, etc, autant de paramètres qui contribueront à déterminer la « réactivité émotionnelle » de l'enfant.

Le second facteur concerne la capacité des parents à gérer leurs propres émotions. Il existe un apprentissage précoce par observation. Un enfant qui verra ses parents se

mettre en colère régulièrement, casser de objets quand ils sont énervés et boire pour anesthésier leurs émotions retiendra ces manières d'agir et aura tendance à les reproduire (Thompson,1994).

Enfin, le troisième facteur est relatif aux événements de vie. Beaucoup d'études ont montrés que l'exposition précoce à des événements traumatiques affecte profondément le fonctionnement endocrinien et cérébral de l'enfant, le rendant plus vulnérable face aux événements de vie ultérieurs. (Schoore, 2001)

Les règles d'expression émotionnelles renvoient à la notion de norme: quelle émotion peut on, doit on exprimer dans tel contexte ? Chaque culture, chaque famille et même chaque entreprise possède ses normes en matière d'expression des émotions.

La situation en elle même et le genre qui s'expriment sont aussi des facteurs influent.

Les rapports sociaux imposerait donc de réguler les émotions qui ne cadreraient pas avec les règles d'expression émotionnelle du groupe en question.

3.3 Les Communications Non-Verbales

3.3.1 Le “non-verbal”, une façon de communiquer

Le psychomotricien dans un ITEP peut facilement repérer que chaque « infraction » aux codes s'accompagne de communications non verbales (CNV) inappropriées souvent accompagnées de comportements impulsifs ne laissant place à la réflexion.

La CNV désigne « *l'ensemble des moyens de communication existants entre les individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores.* » Corraze (1980)

Pour envoyer des messages cohérents, diffuser l'image d'une personne adaptée à son environnement et dégager une certaine intelligence sociale, il faut savoir utiliser et maîtriser les CNV afin de les rendre efficaces et percutantes.

La CNV met en jeux différents canaux. Elles regroupent les mimiques faciales, la posture, le paralangage, les artefacts, les distances interpersonnelles, les emblèmes, le regard...

3.3.2 Rôles des CNV

Il est, dans un premier temps, important d'identifier ses propres émotions. La qualité de cette appréciation aura des conséquences sur l'expression émotionnelle. Et une bonne communication de son état interne favorise les rapports sociaux.

Dans un deuxième temps, les CNV servent à illustrer notre discours (prosodie, paralangage...) et nos conversations.

Elles permettent également de faire passer des messages sans utiliser le langage.

3.4 La colère

3.4.1 Une émotion primaire : la colère

La colère fait partie des 6 émotions de base décrites par Ekman (1992) est une émotion simple qui traduit l'insatisfaction. Elle est vécue à l'égard de ce qu'on identifie, à tort ou à raison, comme étant « responsable » de notre frustration. On éprouve donc de la colère envers l'objet faisant « obstacle » à notre satisfaction.

La colère est l'affect le plus réprimé socialement.

3.4.2 Les signaux de la colère

• MANIFESTATIONS PHYSIOLOGIQUES DE LA COLÈRE

La colère provoque plusieurs modifications physiologiques qui préparent le corps au mouvement et à la réaction. Elles découlent notamment de l'activation du système neurovégétatif. Elle se traduit par une augmentation de l'activité cardio-respiratoire, une accélération du rythme cardiaque, un afflux de sang, notamment dans la partie supérieure du corps, ce qui peut colorer la peau. La respiration devient ample et rapide, ce qui cause notamment la hausse involontaire du volume sonore lors de l'expression de la parole. La colère provoque aussi une contraction involontaire du corps dans son ensemble et en particulier des mains, qui ont tendance à se fermer en poing, Au niveau du visage, les sourcils se froncent et les mâchoires se serrent, donnant une expression dure au visage. Les narines se dilatent pour s'adapter à un flux d'air plus important. Le sujet ressent un échauffement de la peau et le besoin d'agir.

• *EXPRESSION NON VERBALE DE LA COLERE :*

« *L'éveil suscité par la colère a des effets pernicioeux qui rendent le contrôle de ce sentiment difficile : quand un individu a été en colère, deux processus perdurent dans le temps : l'éveil physiologique et la focalisation des pensées sur la cause de la colère.* »
Soppelsa, 2007

La colère est une émotion négative qui repérable grâce aux nombreuses modifications autour de la CNV. L'individu en colère manifeste une tension corporelle : raidissement, redressement, tension musculaire, épaules remontées. Il peut présenter une certaine agitation. Son langage est saccadé, sa voix moins grave et forte. Le sujet adopte une posture agressive, tendue. Il peut avoir des gestes "d'attaque" (index pointé, rejet des bras, coups de tête et de menton, balancement de la jambe...). Au niveau de la figure, la personne dans un état de colère fronce les sourcils, expression labiales serrées, menton contracté, yeux plissés, narines dilatées...

L'acceptation de la mise en combat est marquée par une exposition des zones vitales et vulnérables.

3.4.3 Lien entre colère et agressivité

Le modèle sociocognitif de la colère et de l'agressivité élaboré par Larson et Lochman (2005) s'intéresse à la façon dont la colère se manifeste chez les enfants et aux réponses agressives qui en résultent. Ces auteurs postulent que lorsque l'enfant fait face à un événement qui peut provoquer de l'agressivité, ses réactions physiologiques et émotionnelles sont dues non seulement à l'événement lui-même, mais aussi à ses perceptions et à son évaluation de la situation. Ces perceptions, plus ou moins justes, dépendent d'un filtre instauré en fonction des attentes de l'individu et qui orientent son attention sur certains éléments.

L'excitation interagit également avec le « *processus d'évaluation de l'enfant (effet de rétroaction)* » : l'interprétation donnée aux réactions physiologiques peut influencer sur l'évaluation de l'événement et, par ricochet, sur la réponse comportementale choisie. Par exemple, prenons le cas d'un enfant dont un camarade vient de faire renverser la trousse. Si l'enfant interprète cet événement comme une attaque, il peut ressentir de la tension et de la colère (excitation), et se concentrer sur la façon dont il va réagir à l'événement

(opérations cognitives), par exemple se venger. Par contre, s'il interprète cet événement comme un accident, il est possible qu'il adopte une attitude plus conciliante.

Un rapport de la littérature effectuée par Boudreault, Verret et Massé (2013) met en évidence une association entre déficits sociocognitifs et comportements colériques ou agressifs. Ces difficultés seraient constatées à différents niveaux chez ces enfants :

- difficulté à contrôler les états émotionnels intenses;
- préjugé d'hostilité et légitimité de l'agression;
- tendance à considérer que leurs comportements sont contrôlés par des facteurs externes qu'ils ne maîtrisent pas;
- «surétiquetage» des émotions comme étant de la colère, sous-estimation de leur propre agressivité;
- sensibilité élevée attention sélective aux indices hostiles;
- difficulté à résoudre des problèmes étape par étape et éventail limité de solutions;
- peu de recours à des solutions affirmatives verbales et à des solutions prosociales;
- précipitation dans le jugement et difficulté à analyser les situations interpersonnelles.

Si l'enfant présente des problèmes à gérer ses frustrations et sa colère uniquement dans certaines circonstances (par exemple, avec les membres de sa famille), ce n'est probablement pas un problème réel de maîtrise de soi (Bloomquist, 2006). Il se peut que ce soit lié davantage à un problème de désobéissance ou à un conflit non résolu. Si l'enfant éprouve des difficultés à tolérer toute frustration ou s'il fait des accès de colère qui semblent non proportionnés à la situation et qui se produisent dans différents milieux (maison, école, voisinage, etc.), plusieurs stratégies peuvent être envisagées pour lui apprendre à maîtriser ces excès.

L'enfant impulsif rencontre des difficultés particulières à tolérer la frustration et à maîtriser son émotivité. Il cherche à "*éloigner les frustrations ou à éviter les tâches ennuyeuses ou déplaisantes*". Le seuil de tolérance à la frustration reste relativement bas et les émotions semblent très sensibles, surtout quand la fatigue ou un grand niveau d'excitation s'en mêlent. L'enfant ressentira alors de la frustration et de la colère, et son impulsivité rendra difficile le "*contrôle de ces émotions intenses ou la conservation de sa maîtrise de soi*". Ainsi, les problèmes d'autocontrôle de l'enfant pourront entraîner la

désobéissance aux demandes raisonnables de l'adulte, mais déplaisantes pour lui, la violation de certaines règles établies ou des conflits avec son entourage. La difficulté à maîtriser son émotivité peut nuire considérablement à l'adaptation sociale de l'enfant si nous n'intervenons pas précocement. (Loeber et coll., 2000).

3.4.5 Les techniques de régulation de la colère

Il existe au quotidien de nombreuses situations dans lesquelles l'individu doit mettre en place des systèmes de contrôle de ses émotions. En effet, l'expression émotionnelle est codée socialement, trop s'écarter de ces codes peut alors projeter une image négative de nous aux autres. La gestion de la colère a donc une fonction sociale très importante. Quels sont les moyens de ne pas se laisser envahir par la colère ?

Des stratégies sont présentes dans la plupart des programmes de gestion de la colère ayant démontré une efficacité auprès des enfants. Il est à noter que le développement d'habiletés comportementales (par exemple, l'utilisation de la respiration pour se calmer) est plus efficace pour réduire les comportements agressifs et améliorer les habiletés sociales des enfants, alors que le travail sur la résolution de problèmes est plus efficace pour réduire l'interprétation subjective des situations d'agressivité (Sukhodolsky, Kassinove et Gorman, 2004).

Soppelsa (2007) fait une synthèse des différentes techniques dont l'Homme dispose pour maîtriser cette émotion :

◆Les processus de contrôle personnel.

D'une part, user d'humour peut être favoriser une mise à l'écart de l'objet de la colère par la distance qu'elle soutend. « *L'humour est incompatible avec la colère.* »

D'autre part, tenter de stopper le phénomène de rumination caractéristique de la colère, en mettant fin au train de pensées dysfonctionnelles. Cette technique de « distraction » concerne toutes les façons de rediriger son attention pour stopper le processus de colère : imagerie mentale, focalisation sur une partie du corps, comptage complexe...

◆Les processus de contrôle social

La colère est une émotion qui né de la perception d'une injustice ou d'un désaccord. Abaisser son intensité peut passer par une rediscussion autout des causes et des interprétation à l'origine de l'émotion. Autrement dit, faire des excuses peut grandement garantir un adoucissement de la crise colériques.

Les échanges interindividuels accompagnés de colère sont alimentés par des CNV particulières : posture agressive, volume de la voix élevé, gestes brusques... Si l'individu parvient à maîtriser ses messages non verbaux en adoptant une position neutre par exemple, le degré de violence sera nettement abaissé.

Chaque individu met en place des stratégie pour exprimer et parfois maintenir leurs émotions.

Les enfants agressifs semblent ne pas posséder ce répertoire de techniques de contrôle. Leur seule façon d'évacuer leur colère se trouve dans l'acte, le geste violent dirigé vers la source de colère.

Ces jeunes présentent donc des difficultés dans la régulation de leur émotions donnant lieu a une expression souvent inappropriée et altérant considérablement leur vie sociale.

Ces comportements violents, outre une composante émotionnelle évidente, peuvent-ils être mis en lien avec de l'impulsivité ? Impulsivité dans la perception, la réflexion puis la production...

IV. L'impulsivité

4.1 L'impulsivité comme un défaut d'inhibition

Les troubles impulsifs se caractérisent par un déficit dans les processus d'inhibition comportemental, émotionnel et cognitif.

L'impulsivité est un concept difficile à définir. De nombreuses recherches se sont penchées sur cette notion et ont donné naissance à des modèles explicatifs. On ne trouve néanmoins pas de consensus à l'issue de ces études.

Malgré leur multitude et parfois leur divergence, les définitions qui ont été donné de l'impulsivité (McCown et DeSimone, 1993) recouvrent toutes la notion d'incapacité à différer et/ou à inhiber un action. Elles renvoient à la notion des contrôles des

comportements, des pensées et des émotions.

En définitive, l'impulsivité apparaît bien multidimensionnel. Il regroupe la « *capacité de différer un comportement, le contrôle des différentes émotions, en particulier sexuelle et agressive, la rapidité de traitement de l'information, la recherche de nouveauté et la capacité de retarder une récompense.* » (Baylé et Olié, 1998).

Par ailleurs, l'impulsivité comme dimension et entité clinique est rarement étudié en tant que telle. Ces manifestations cliniques sont cependant très répandues et variées. Bien que la majorité des travaux fait sur l'impulsivité se concentrent essentiellement sur les manifestations comportementales dysfonctionnelles et de leurs conséquences inadaptées tant au niveau personnel que relationnel et social, l'impulsivité se manifeste également dans les processus cognitifs et émotionnels.

En psychologie, l'impulsivité est définie comme le caractère d'une action spontanée, irréfléchie, induite sous l'influence des impulsions. C'est une tendance irrésistible à l'accomplissement d'un acte sans réfléchir à ses conséquences ou à sa pertinence.

Dans leur livre L'Enfant agité et distrait, J. Corraze et J.M. Albaret, définissent l'impulsivité de quatre façons :

l'impulsivité dans le cadre des activités cognitives : la réflexion préalable à la réponse est insuffisante.

l'impulsivité comme difficulté à contrôler l'inhibition.

l'impulsivité comme incapacité à attendre une récompense.

L'impulsivité comme absence de contrôle à l'égard du milieu : incapacité à contrôler ses mouvements en rapport avec les exigences de l'environnement physique et social.

Dans le champ de la psychiatrie, les comportements impulsifs sont reconnues en tant que manifestations symptomatologies d'un certain nombre d'entités psychopathologiques.

L'impulsivité est donc souvent rencontrée notamment en psychomotricité. Elle peut constituer un paramètre essentiel à envisager dans nos prises en charge.

Il existe de nombreux modèles tentant d'expliquer le fonctionnement des individus

impulsifs. Chaque science s'intéressant à l'être humain appréhende l'impulsivité avec ses spécificités.

En psychomotricité, le modèle théorique le plus aboutit et le plus complet actuellement est le modèle hybride de Barkley.

4.2 L'impulsivité dans le TDA/H

4.2.1 Critère diagnostic du DSM IV

L'impulsivité fait partir des critères diagnostics du TDA/H. En effet, d'après le DSM IV, l'enfant doit présenter au moins 6 items sur 9 regroupant les caractéristiques de l'hyperactivité et impulsivité.

« Laisse souvent échapper la réponse à une question non-complète

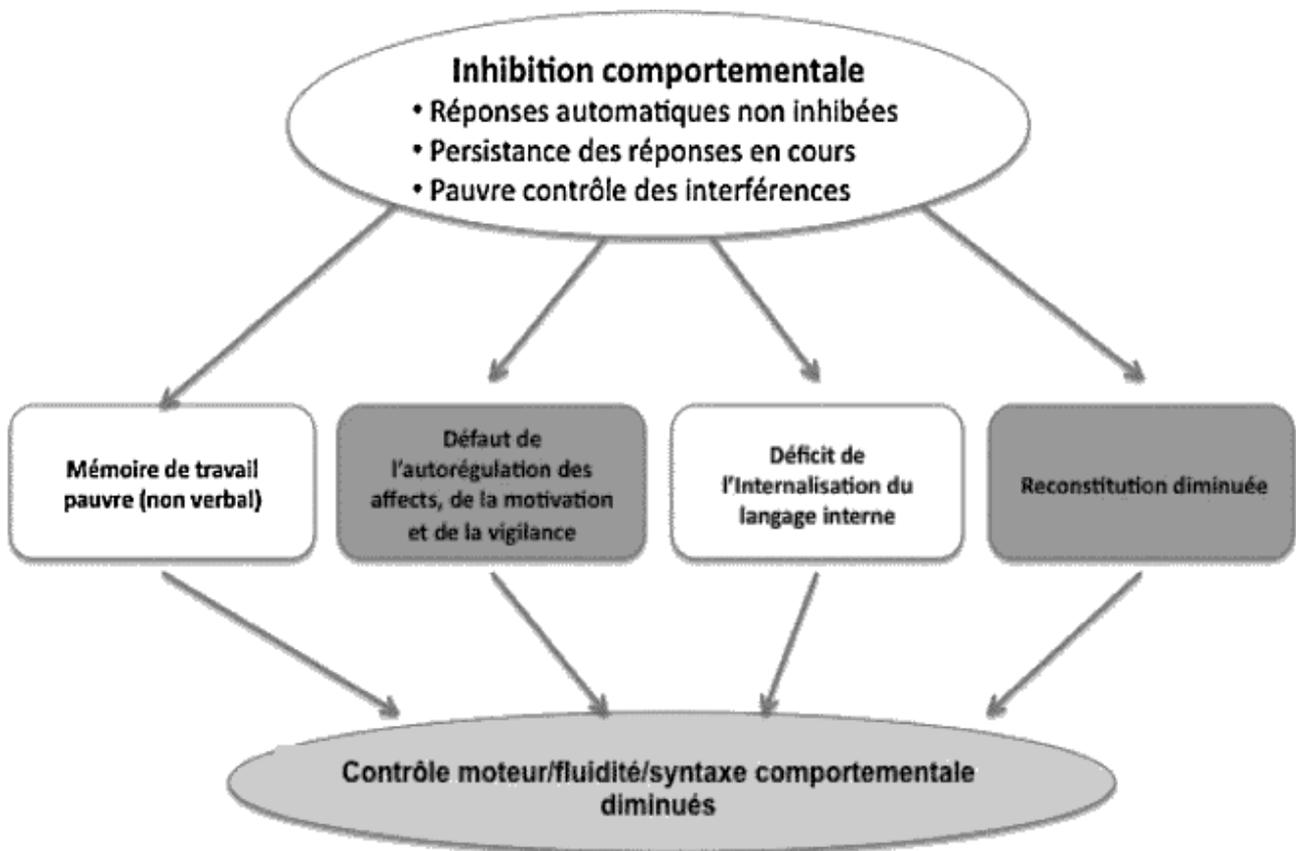
A souvent du mal à attendre son tour

Interrompt souvent les autres ou impose sa présence »

Dans le TDA/H, les comportements impulsifs font partis à part entière du trouble, accompagnant des problèmes d'attention et d'instabilité motrice.

4.2.2 Le modèle hybride de Barkley

Barkley, en 1997, établit un modèle explicatif du TDA/H en basant sa réflexion sur l'inhibition comportementale comme origine du trouble. Ce déficit aurait, par ailleurs, des répercussions sur la motricité du sujet et sur quatre grandes fonctions exécutives.



Barkley, 1997

Les fonctions exécutives touchées

Les fonctions exécutives sont des processus cognitifs de haut niveau, dont le siège est le lobe frontal. Elles permettent la flexibilité et l'adaptation de nos comportements selon le contexte. Il s'agit notamment de la planification, l'anticipation, le contrôle cognitif, l'attention sélective, la résolution de problème...

Dans le modèle de Barkley, quatre de ces fonctions seraient atteintes :

La mémoire de travail non verbale.

L'individu rencontre des difficultés à maintenir les événements en tête, à prendre du recul ou à prévoir les situations, dans l'imitation de séquences complexes. Aussi, il présentera un rapport au temps particulier avec une diminution du sens du temps et des problèmes dans la construction temporelle du mouvement. Un élément non pertinent du milieu aura tendance à détourner le sujet de sa tâche. Il existe aussi des phénomènes de persévération.

L'autorégulation des affects, de la motivation et de la vigilance.

Dans cette catégorie, Barkley regroupe la capacité d'autocontrôle émotionnel, motivationnel et de l'éveil. Les enfants TDA/H auraient des difficultés dans l'objectivité, la prise de perspective sociale et l'initiation de l'action dirigée vers un but. Cette atteinte pourrait expliquer leur grande dépendance aux renforcements externes.

Internalisation du langage différé ou soliloque.

La mémoire de travail verbale serait également touchée. Les TDA/H rencontreraient des difficultés dans la description et la réflexion, le raisonnement moral et la régulation des comportements. Mais les répercussions principales seraient dans la planification et la résolution de problèmes.

Reconstitution diminuée.

Les sujets TDA/H présenteraient un trouble dans l'analyse et la synthèse du comportement inhibé et un manque de créativité et de flexibilité face à la nouveauté autant pour des productions verbales que motrices.

Ce modèle explique les troubles observés dans le TDA/H par un déficit de l'inhibition comportementale. Cette dernière regroupe trois processus en interaction : l'inhibition de la réponse "habituelle" face à un événement, l'arrêt de la réponse en cours autorisant un délai de réflexion et le contrôle des interférences.

Chez l'enfant TDA/H, les troubles de l'attention et d'hyperactivité seraient secondaires à ce dysfonctionnement. En plus, d'autres fonctions exécutives seraient touchées et appauvries dans un deuxième temps.

Les différentes manifestations et les symptômes du TDA/H sont la conséquence d'un dysfonctionnement, d'un retard de maturation ou d'une atteinte de l'un de ces modules.

4.3 L'impulsivité dans les comportements agressifs

4.3.1 Lien entre fonctions exécutives et agression

Dans le développement ordinaire de l'enfant, les comportements agressifs

diminuent à partir de 2 ans. Certains auteurs se sont intéressés aux enfants qui sortent de ce schéma classique. Ils expliquent alors que la perturbation anormale des conduites agressives est en lien avec un déficit des fonctions exécutives.

Giancola (1995) parle d'un « *dysfonctionnement caractérisée par une faible inhibition comportementale et un manque d'habileté à générer des réponses acceptables lors des interactions sociales* ».

Le travail de Harden, Tremblay et Boulerice (1995) s'est concentré sur le déficit des fonctions exécutives en mesurant les raisonnements inductifs et déductifs en lien avec l'agression physique évaluée sur une période de sept ans (de 6 à 12 ans) chez un groupe de garçons. Leurs conclusions associent la fonction exécutive avec ces conduites agressives, stables ou instables, au-delà des habiletés verbales, de la dominance cérébrale et de la mémoire spatiale. Ce lien représente une incapacité à organiser plusieurs paramètres d'informations simultanément, à anticiper les conséquences de ses choix ou de ses actions ou de réfléchir de façon abstraite afin de résoudre les problèmes interpersonnels.

La recherche s'est beaucoup intéressée sur les liens probables entre fonction exécutive et comportements violents. Ces études étaient basées sur une mise en parallèle des problèmes de comportements avec l'évaluation des fonctions exécutives chez des enfants et/ou adolescents. Leurs résultats sont assez hétérogènes et ne permettent pas d'établir une corrélation nette.

Mais, dans l'ensemble, on peut prévoir qu'un déficit au niveau du contrôle inhibiteur et de la planification sont reliés aux comportements antisociaux. La recherche doit poursuivre ses investigations afin de préciser nos connaissances.

4.3.2 La place de l'impulsivité dans le comportement agressif

Les comportements d'agression rencontrés chez certains enfants ont souvent un caractère impulsif. Suite à une provocation perçue, réelle ou non, la réponse comportementale produite aura l'aspect d'une « attaque primitive » vers l'objet de la colère.

L'impulsivité est un trouble rarement isolé pouvant se traduire par des aspects cognitifs et comportementaux, dont le diagnostic implique quasi systématiquement des perturbations de l'ajustement psychosocial. Elle peut entraîner différentes manifestations souvent

retrouvées chez des jeunes souffrant de troubles du comportement.

De l'agressivité à la violence avec la notion de « passage à l'acte », comme une incapacité à freiner ses pulsions, en passant par une faible tolérance au stress et à la frustration ou un manque de contrôle de ses émotions, notamment de la colère, de l'instabilité motrice, des conduites à risque, une déshinhibition comportementale...

La présence d'impulsivité dans le trouble des conduites peut s'expliquer par des données neuro anatomiques. Notamment par des neuro-médiateurs comme la sérotonine sont impliqués dans l'agressivité, le passage à l'acte. Le lobe frontal, en particulier la région orbito-médiane lorsqu'elle est lésée est responsable d'une impulsivité et d'une activité inappropriée.

L'important est d'identifier le cadre nosologique d'apparition des comportements impulsifs, et de prendre en compte la présence éventuelle de comorbidité.

4.4 La comorbidité

Soppelsa, Albaret et Corraze (2009) définissent la comorbidité comme « *une association non aléatoire entre plusieurs entités morbides présentes chez un individu.* »

Ces auteurs expliquent que les deux entités morbides présentes chez un individu sont totalement indépendantes l'une de l'autre. Elles sont très fréquentes en psychiatrie.

Par exemple, la présence de troubles agressifs est toujours signalée, mais lorsque ceux-ci sont présents, le TDA/H peut être sous-estimé alors que son identification peut élargir les possibilités thérapeutiques, médicamenteuses ou psychosociales, notamment en direction de la composante impulsive.

Ainsi, il existe une association entre troubles du comportement et TDA/H. Les TOP et les TC sont présents chez 40 à 70% des enfants souffrant d'un TDA/H. A l'inverse, 40 à 60% des sujets présentant un TOP ou un TC ont également un TDA/H.

Le facteur commun regroupant ces deux types de pathologie est l'impulsivité.

Le TDA/H, au regard de la littérature, est la pathologie la plus fréquemment associée au trouble des conduites. Certaines études montrent même qu'il existerait une continuité dans l'apparition successive de ces deux troubles, et que le TDA/H serait d'autant plus prédictif s'il est associé au trouble oppositionnel avec provocation. Concernant l'évolution, les liens étroits entre TC et TOP présents dans l'enfance sont un

risque d'autant plus grave d'évolution vers conduites antisociales s'ils sont associés à un TDA/H.

Dans ce cas de pathologies associées, on se retrouve fréquemment face à une trajectoire développementale négative avec des difficultés chroniques.

Conclusion de la partie théorique :

Dans le cadre institutionnel que sont les ITEP, les particularités comportementales des jeunes rencontrés représentent un frein à leur socialisation et à leurs apprentissages. Ces conduites problèmes adoptent parfois un versant extériorisé.

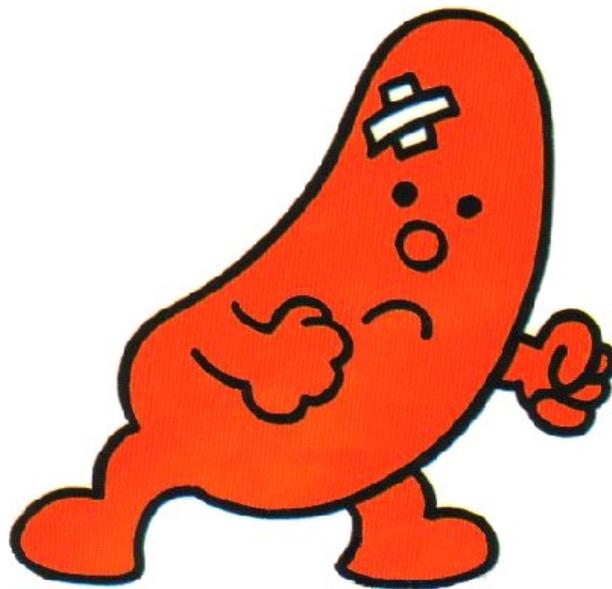
L'enfant est constamment impliqué dans les bagarres, il réagit de façon excessive à chaque provocation, à du mal à gérer sa colère, présente des réactions avec une forte composante impulsive...

Il paraît enfermer dans un « schéma » comportemental qui aboutit forcément à un « passage à l'acte » dirigé vers la provocation perçue initiale.

Face à ces jeunes « agressifs et violents », à partir de ces bases théoriques, j'ai choisi de m'intéresser à l'action que peut avoir le psychomotricien sur ces comportements devenus handicapant, en s'appuyant sur les atouts de l'interdisciplinarité.

Ma partie pratique sera un exposé de cette mise en pratique, de la rencontre avec le jeune Kevin aux résultats de sa prise en charge...

PARTIE PRATIQUE



I. Au départ : un lieu, une équipe, des enfants

1.1 L'ITEP

1.1.1 Spécificités du lieu

L'ITEP dans lequel j'effectue mon stage de troisième année accueille 155 enfants de 6 à 18 ans. Il est partagé entre deux sites différents où les jeunes sont répartis en fonction de leur âge.

Le lieu où intervient ma maître de stage est celui des plus petits, il est situé dans les campagnes du sud de la Haute-Garonne.

Les enfants peuvent profiter de différents types d'accueil sur l'ITEP : en internat, semi-internat, accueil de jour, ou autre accueil familial spécialisé.

Ils sont ensuite répartis en groupe d'âge et en fonction des temps de présence sur l'ITEP définis au préalable par le PPA.

1.1.2 Modalités d'entrée à l'ITEP

L'inscription se réalise après décision d'orientation de la CDAPH (Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées). La CDAPH prend toutes les décisions concernant les aides et les prestations à la lumière de l'évaluation menée par l'équipe pluridisciplinaire mise en place au sein des MDPH.

Les enfants sont ensuite reçus pendant une semaine d'observation. Ce temps sera consacré à la découverte du lieu et de son fonctionnement. Il permettra aux professionnels de l'ITEP de cibler les difficultés de l'enfant.

Après une ou plusieurs rencontres sur l'établissement et avec l'accord du jeune et de ses parents, le directeur prononce l'admission et propose une offre de soin aux responsables légaux de l'enfant.

1.2 Le Projet Personnalisé d'Accompagnement : fruit d'un travail en équipe

1.2.1 Les bilans spécifiques

Chaque intervenant amené plus tard à rencontrer l'enfant établit un bilan.

Au début de l'année, le dossier de chaque jeune comporte au minimum: un bilan éducatif, social, psychologique et psychomoteur. Les rééducateurs proposent et justifient la nécessité d'une prise en charge, en l'axant sur les difficultés principales du sujet.

Les enseignants sont chargés de mettre en place un Projet Personnalisé de Scolarité en fonction des compétences scolaires de l'enfant.

La même démarche est adoptée pour les enfants étant déjà pris en charge à l'ITEP. Une réévaluation est donc faite en fin d'année scolaire.

1.2.2 La mise en commun

Les synthèses sont des rassemblements formalisés qui réunissent les professionnels. Les spécificités de chaque profession donnent lieu à des discussions autour des problèmes de l'enfant. A l'issue de ces échanges naissent des objectifs jugés principaux.

Ensuite, suivant son âge, sa problématique et les places disponibles, l'équipe rédige une proposition d'accueil pour le jeune.

L'enfant concerné et sa famille sont sollicités pour établir et valider les projets pour l'année à venir.

Pour les enfants ayant déjà fait une année au sein de l'ITEP en fonction des évolutions de chacun, l'équipe propose des réaménagements, une réorientation, un ajustement des temps de présence à l'ITEP, des intégrations scolaires...

1.2.3 La naissance du PPA

Chaque enfant démarre donc l'année scolaire avec un projet bien précis comprenant :

les axes de travail

les objectifs à atteindre

les modalités de mise en œuvre
les moyens de mesure de l'évolution

Cette démarche est suivie par chaque professionnel et permet une communication plus efficace entre tous les adultes intervenants auprès de l'enfant.

Évidemment, des aléas de vie peuvent venir modifier le PPA d'origine. Le parcours n'est jamais préalablement tracé. Il se constitue au fur et à mesure des progrès et des désirs des jeunes. L'équipe doit en permanence s'adapter aux problèmes des enfants et de leurs familles afin de répondre, le plus efficacement possible, aux objectifs établis.

Ainsi chaque enfant bénéficie d'un suivi individualisé. La rigueur et l'importance des échanges interdisciplinaires sont des préalables qui paraissent indispensables pour aborder ces enfants et leurs problèmes de comportement. L'aspect parfois "non linéaire" de ces troubles complique le travail auprès de ces jeunes et nécessite des réajustements constants, dans les modalités d'action et dans la relation.

1.3 La psychomotricité en ITEP

Dans ce cadre institutionnel particulier, en collaboration avec différents spécialistes, face à des enfants socialement handicapés, j'ai essayé naturellement d'identifier la place de la psychomotricité.

Et plus précisément, comment les compétences du psychomotricien peuvent elles être mises à profit pour des enfants souffrant de conduites agressives ou violentes disproportionnées, inadaptées et rejetées socialement ?

1.3.1 La psychomotricité ...

Redéfinissons tout d'abord le rôle du psychomotricien.

“Le psychomotricien tente d'apporter, par des mises en situation et des apprentissages spécifiques, une réduction du déficit ou une disparition même du trouble neuro-développemental visé. A défaut il aide à la compensation et à l'intégration du sujet en prenant en compte ses déficits.”

La place et l'ampleur des troubles du comportements auxquels se surajoutent parfois des problèmes d'apprentissage chez les enfants rencontrés en ITEP justifie largement une prise en charge psychomotrice.

Le psychomotricien possède un champ étendu de compétences spécifiques . Sa présence est donc totalement justifiée dans de ce type de structure.

1.3.2 ... avec ces enfants aux comportements perturbés

La mise en place d'une relation thérapeutique stable et solide représente un prémisses inévitable, préalable à toute rééducation psychomotrice.

A partir de là, la mise en place d'une prise en charge en lien avec les axes de travail définis auparavant peut démarrer.

Le psychomotricien devra s'adapter aux humeurs et aux envies des enfants qu'il rencontrera en tachant de faire respecter un cadre et des règles également nécessaires à son évolution.

1.3.3 Observations, hypothèses de départ et mise en place d'une prise en charge

Dans les premières semaines de mon stage, j'ai la chance de rencontrer plusieurs enfants aux profils très différents. Je me rends compte de la richesse et de la complexité des ajustements relationnels à mettre en place avant d'aborder les domaines psychomoteurs désirés.

Au fil des séances, je trouve de plus en plus ma place au sein des différentes rééducations et le lien avec les enfants se tisse progressivement.

En parallèle, les réunions de synthèse auxquelles j'assiste me permettent de constater une particularité frappante qui guidera mon questionnement à l'origine de ce mémoire. En effet, face aux analyses des autres membres de l'équipe, je redécouvre les enfants que je rencontre de façon hebdomadaire dans la salle de psychomotricité.

J'oriente alors mon attention sur un enfant en particulier, **Kevin**.

“Bagarre, violence, impulsivité, transgression des règles...” sont les mots qui reviennent de façon récurrente lorsqu'on fait un point sur lui.

Ses principales difficultés se retrouvent dans une **incapacité à s'ajuster à ses pairs, à maintenir sa colère et à contrôler sa violence**.

J'adopte alors un regard de psychomotricienne sur cette symptomatologie et tente

d'envisager les éventuelles interventions envisageables en lien avec ma spécialité pour travailler autour de ces difficultés.

J'émet alors l'hypothèse que ses problématiques comportementales sont liées à une impulsivité motrice et d'éventuelles difficultés dans la lecture et l'émission des communications non verbales.

Cette réflexion me pousse à approfondir mes connaissances sur **l'agressivité chez l'enfant , l'impulsivité et la communication non verbale**, maîtres mots de ma future prise en charge.

II. La démarche d'évaluation

2.1 Synthèse des différents bilans

Il m'est nécessaire dans un premier temps de me renseigner auprès des autres professionnels sur les compétences et les difficultés majeures de Kevin. J'entreprends donc des démarches pour obtenir tous les bilans disponibles dans la structure.

Confronter les points de vue en fonction de chaque profession me permet de cerner en précision les problèmes de Kevin et de le connaître mieux en dehors de nos 45 minutes hebdomadaires.

Cette démarche m'apparaît essentielle pour démarrer un travail avec un enfant. Le bilan psychomoteur en lui même est loin de cerner les problématiques principales de l'enfant avec des troubles du comportement et doit donc impérativement être complété par les conclusions du reste de l'équipe.

La plupart des écrits consultables concernent l'admission de Kevin à l'ITEP en septembre 2012. Il me semble préférable d'aller à la rencontre des différents intervenants pour préciser et actualiser les données sur Kevin au début de nos séances.

En complément des bilans éducatifs et pédagogiques auxquels je me réfère, je décide de faire un point à ce moment précis de l'année sur les évolutions des enfants.

2.2 Construction de grilles d'observation

Après avoir présenté mon projet aux différents professionnels concernés, je me rends compte que les points de vue sont parfois différents mais souvent complémentaires. Les observations sur les comportements problématiques ne sont pas du tout les mêmes en fonction du lieu et du moment auxquels ils apparaissent. Par exemple, l'institutrice me confie la fréquence remarquable des bagarres pendant les récréations alors que l'éducateur me parle des conflits pendant les temps de jeux collectifs.

Je décide donc de créer un outil afin de déterminer la personnalité de Kevin et de cibler précisément ses déficits et ses compétences.

Il s'agit de grilles d'observation destinées d'une part aux enseignants et aux éducateurs d'autre part. Je demande aux professionnels de coter de 0 à 5 en fonction de la fréquence d'apparition du comportement (de 0=jamais à 5=toujours).

Les deux grilles comportent des catégories identiques :

Attitude générale de l'enfant : items visant les traits de caractères généraux de l'enfant (est extraverti, dit des gros mots, semble triste, déprimé...)

Relation avec les autres enfants : comportements de l'enfant dans un groupe de pairs (est un meneur, ment, manipule les autres, provoque les bagarres...)

Communication non verbale : dans l'expression principalement. L'enfant a-t-il des communications non verbales adaptées ? (tolère le contact physique, illustre son discours par des gestes appropriés, se laisse envahir par ses émotions...)

J'ajoute une rubrique pour l'institutrice qui contient des critères concernant le comportement de l'enfant sur les temps de classe et son rapport aux apprentissages (a envie d'apprendre, sollicite l'aide de l'adulte, adopte une posture d'élève...).

Pour les éducateurs, je complète par une partie sur le comportement général de l'enfant sur le groupe : est mauvais joueur, conteste ce que décide l'adulte, participe de façon active à la vie du groupe...

La première information qui me frappe lorsque je traite ces deux grilles en parallèle, est la différence des points de vue entre enseignant et éducateur. Le même enfant n'est pas perçu de la même façon en fonction du professionnel qui l'évalue.

Cette différence met en valeur les difficultés d'objectivité que créent le travail auprès de jeunes avec des troubles du comportement. En effet, ces derniers présentent plusieurs

« visages » en fonction des lieux, personnes, moments où ils se trouvent.

Il est donc important que les adultes prennent conscience de ce phénomène afin de tenter de comprendre ces changements plutôt que de se restreindre à leurs points de vue.

2.3 Approche du bilan psychomoteur

Un bilan psychomoteur est programmé avec Kevin. J'évaluerais en particulier les domaines cognitifs, avec les fonctions exécutives comme la planification, l'impulsivité, l'attention sélective et l'attention soutenue, le repérage dans le temps...

Pour cela je m'appuierai sur des tests standardisés.

2.3.1 Les tests psychomoteurs utilisés

La tour de Londres mesure les capacités de planification dans la résolution de problème.

Le Laby 5-12 s'intéresse aux capacités de planification et d'inhibition (impulsivité).

Le test d'Appariement d'images est utilisé pour détecter des signes d'impulsivité.

Le test du D2 est un test d'attention soutenue. L'attention soutenue est une fonction cognitive qui consiste à maintenir pendant un temps relativement long son niveau d'attention sur une tâche. Les erreurs par substitution sont considérées comme une mesure de l'impulsivité alors que les erreurs par omission renvoient au défaut d'attention.

Le test du Stroop sert à mesurer l'attention sélective et les capacités d'inhibition d'une réponse automatique.

La figure de Rey est un test de copie et de reproduction de mémoire d'une figure géométrique complexe. Elle permet d'explorer les capacités d'analyse perceptive puis de mémoire visuelle du sujet.

2.3.2 Les limites de leur mise en place

La pratique et la notation de tests standardisés dans les critères d'étalonnage sera très compliquée. En effet, après quelques minutes d'exercices, Kevin montrera des signes de saturation et s'opposera à la poursuite de l'exercice voire du bilan.

D'autre part, Kevin vivra assez mal le fait d'être mis en situation d'évaluation en psychomotricité. Il me verbalisera ce ressenti à plusieurs reprises.

Je restreins le bilan à trois séances.

Une fois le profil de Kevin établi et ses difficultés cernées, je m'attarde à écarter des objectifs précis. Je mets ensuite en place les moyens, les outils que j'utiliserai afin de travailler tel ou tel domaine. Je fais en sorte de sélectionner des supports de travail correspondants au maximum aux préférences, aux capacités de Kevin. .

Je vais maintenant vous présenter ce jeune garçon.

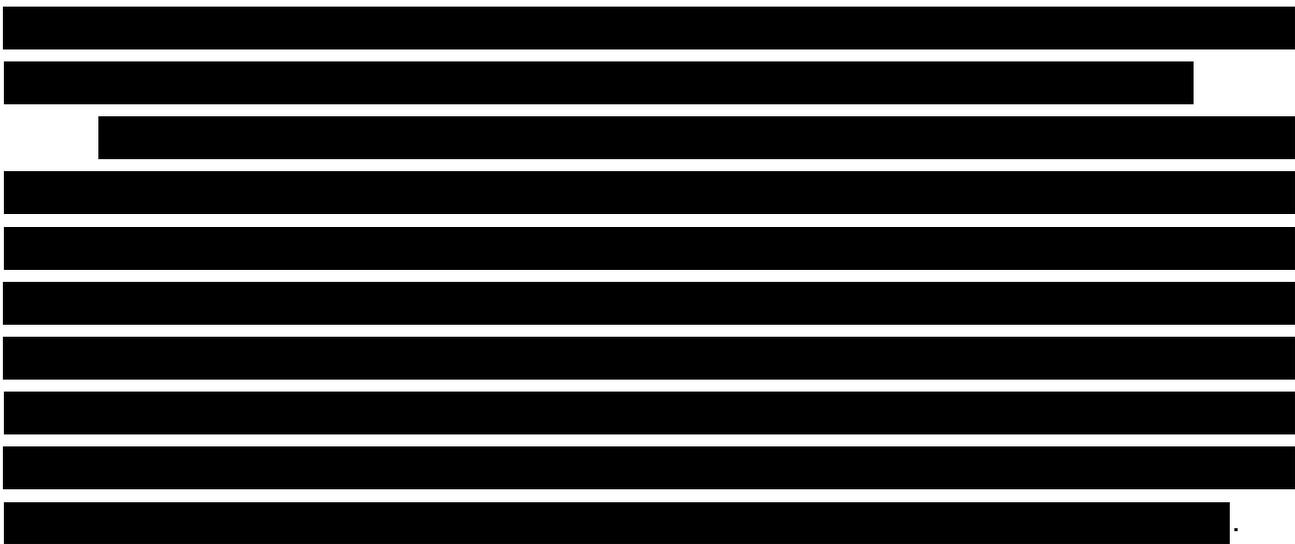
III. Kevin à 10 ans et 5 mois

3.1 Anamnèse

[REDACTED]

3.2 Arrivée à l'ITEP

[REDACTED]



3.3 Bilan éducatif

Kevin est un enfant moteur, volontaire et très curieux. Cependant, il présente des difficultés à parler « des choses qui fâchent » comme les bagarres, les manquements à la règle ou à reconnaître ses torts.

Bien intégré au groupe, Kevin est très influençable et choisit souvent de « coller » à la personnalité potentiellement la plus violente, celle qui va le moins bien. Il a néanmoins montré à plusieurs reprises qu'il est capable de ne pas suivre systématiquement le leader négatif et accepte de travailler autour de cette notion.

Le groupe ne semble pas constituer un cadre de référence positif pour Kevin.

Kevin montre des difficultés à contrôler sa violence, il n'hésite pas à passer à l'acte en absence de l'adulte. Il a tendance à se sous estimer et dégage un mal être certain qui renforcent sa tendance à faire les choses « en force ».

D'autre part, l'absence de lien entre l'ITEP et la famille complique particulièrement le travail éducatif avec ce garçon.

3.4 Bilan psychologique

Kevin est un enfant vif, intelligent et peut manipuler des notions abstraites et complexes. Dans la relation duelle, il se montre authentique, entier et habile. Il peut être opposant s'il est contrarié, violent si envahi. Cet enfant a besoin de prendre du recul face à des situations qui l'envahissent, ne sachant répondre que par la violence aux conflits avec ses pairs.



[REDACTED]

[REDACTED]

Kevin est souvent en butée avec la notion d'autorité. Il a parfois des avis tranchés et inamovibles. Il est dans la maîtrise et a du mal à se remettre en question.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Néanmoins, c'est un jeune garçon avec de grandes qualités humaines et intellectuelles qui manque de points d'appui fiables.

3.5 Bilan scolaire

Kevin est scolarisé à l'ITEP depuis septembre 2011.

Actuellement, c'est un jeune garçon qui avance dans les apprentissages autant scolaires que sociaux. En l'espace de deux trimestres, l'évolution a été rapide et positive.

Au niveau cognitif, il présente une « rigidité mentale », il a des représentations erronées qu'il est difficile de faire évoluer. Néanmoins, c'est un enfant qui a envie de chercher la solution, il peut faire preuve de patience et de détermination face à un problème ou une difficulté. Il a des centres d'intérêts forts (mythologie, cinéma). Il réagit de façon tout à fait adaptée face à l'erreur, il veut progresser. Kevin a des difficultés en graphisme.

Son niveau en maths équivaut au CM1, en français au CE2.

Cependant il montre toujours des difficultés à ne pas répondre aux provocations de ses pairs.

Pour la rentrée prochaine, la maîtresse envisage sérieusement une intégration en milieu ordinaire en classe de CM1.

3.6 Informations complémentaires

L'institutrice a pointé dès les premiers jours de Kevin dans sa classe des problèmes de vision. Un rendez-vous avec l'ophtalmologue est programmé pour la fin du mois. Cette information est à prendre en compte en psychomotricité afin de donner une juste interprétation aux différents résultats des tests qui sont à appréhender avec beaucoup de prudence.

Notamment, les difficultés pour la lecture des couleurs au test du Stroop peuvent être dus

à une mauvaise vision, de même pour le test du D2 et la distinction des symboles cibles.

3.7 Le bilan psychomoteur

Je rencontre Kevin dans le cadre d'un bilan de milieu d'année scolaire en ITEP. Il est alors âgé de 10 ans et 5 mois et bénéficie d'une scolarisation à plein temps au sein de l'ITEP et de prises en charge éducatives et rééducatives depuis 2011.

Kevin participera de façon active au bilan. Il lui arrivera de râler et de protester mais il se soumettra en général aux différents tests que je lui proposerais.

CAPACITES ATTENTIONNELLES :

Test d'attention soutenue du D2 :

Ce test n'est pas chiffrable.

Kevin n'arrive pas maintenir son attention plus de 3 minutes. On peut noter beaucoup d'erreurs par confusion qui montre une certaine impulsivité. La concentration qu'implique ce test entraîne une hypertonie des membres supérieurs et du tronc et des syncinésies faciales importantes.

Cette épreuve semble éprouvante pour Kevin. Il essaie à plusieurs reprises de tricher.

Test d'attention sélective : Le stroop

Kevin rencontre des difficultés dans la dénomination des couleurs sur la planche C (-1,9DS) et également au dernier Item d'interférence (-1,7DS) où il commet beaucoup d'erreurs. Cette dernière épreuve provoque de l'énervement chez le garçon qui verbalise avec violence ses difficultés.

	Score et Déviati on standard	Score d'erreur et déviati on standard
Lecture 1	73 -1,03 DS	0
Lecture 2	69 -1,3 DS	3 +0,4 DS
Dénomination 3	36 -1,9 DS	8 +1 DS
Interférence 4	20 -1,7 DS	12 + 1,3 DS
Score d'interférence	16 -0,9 DS	

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR :

Test du Lincoln Oseretsky : Kevin obtient des notes hétérogènes selon les différentes épreuves. Il présente des scores déficitaires dans les domaines « exécution, contrôle, précision » et « actions alternatives des deux membres ».

Tonus :

-de fond : : le ballant des bras est correct

-d'action : épreuve des marionnettes, syncinésies d'imitation très présentes

Graphisme: problème majeur repéré à l'école. L'évaluation de l'écriture grâce à un outil standardisé n'a pas pu être mise en place. Cliniquement, on observe une alternance entre les caractères bâtons et cursifs et une hypertonie dans la prise du stylo notamment.

EVALUATION DE LA STRUCTURATION SPATIALE ET TEMPORELLE :

Figure de Rey : visuo-constructrion

Copie : Kevin obtient une note standard de 6,5 ce qui le situe à -9 DS par rapport à la moyenne. Sa figure n'est pas du tout structurée, il n'y a pas de cadre, les éléments sont disposés de façon totalement désorganisée.

Mémoire : Sa note est de 3, il est donc à -4,8DS.

Ce test met en évidence de gros troubles visuo-constructif. Il y a également un grand déficit dans la production de mémoire.

Cubes de la Nepsy :

Note totale : 11/19 qui correspond à -0,1DS. Résultat correct pour son âge.

Connaissance Droite/Gauche : Acquise, sur lui, sur autrui et entre les objets.

FONCTIONS EXECUTIVES :

Laby 5/12 : La passation de ce test est laborieuse. Il m'est impossible de chiffrer sa production. Cependant, les résultats montrent une grande impulsivité. Quand Kevin s'engage dans une mauvaise direction, il ne s'arrête que lorsqu'il rencontre un mur. Les distances parcourues en plus sont donc excessivement importantes. Il a du mal à rebrousser chemin jusqu'au début de son erreur. Cette épreuve agace le garçon qui n'hésitera pas à couper une ligne pour aller directement à la sortie.

On peut cliniquement conclure à un défaut d'inhibition.

Tour de Londres :

Score de réussite : 23 (-2,5 DS)

Score temps : 61 (-1,2 DS)

A partir du 9ème item, Kevin ne parvient pas résoudre le problème. Je l'aide à chaque fois en lui indiquant le premier mouvement, mais il a quand même du mal à trouver la solution. Il procède par essai/erreur, se précipite, ne prend pas le temps d'analyser le problème.

Test d'appariements d'images :

Index d'exactitude: -0,7DS et Index d'Impulsivité : -0,8DS

Kevin se montre très concentré lors de cette épreuve, il procède par élimination, verbalise toutes ses stratégies et se montre de plus en plus efficace.

Reconnaissance des expressions faciales :

Je propose enfin à Kevin de reconnaître parmi une palette d'expressions les 6 émotions de bases (colère, joie, tristesse, dégoût, surprise et peur). Il ne trouve jamais la bonne réponse du premier coup. Dans un deuxième temps, je lui demande de reproduire les émotions avec son visage puis de les décrire en quelques mots. La production est plutôt bonne mais ses définitions sont révélatrices de son comportement général : « le dégoût c'est quand quelqu'un est trop nul », « la colère s'est quand les autres font "chier" ».

Je me trouve face à un jeune garçon très agréable dans la relation duelle. Je constate de réels efforts et un grand désir de réussir dans les différents exercices que je lui propose. Il n'hésite pas à verbaliser les difficultés qu'il rencontre mais peut parfois se "braquer" quand une tâche ne lui plaît pas ou le met en échec.

Au cours de ce bilan, je tente à plusieurs reprises de parler avec Kevin de ses difficultés dans l'expression de ses émotions notamment. Mais le confronter directement à ces problèmes, dans la gestion de sa colère et dans ces passages à l'acte fréquents, semble impossible. En effet, il s'agit de sa principale difficulté, Kevin en est totalement conscient et il ne semble pas décidé à travailler autour de cet item, en psychomotricité comme en règle générale!

Il sera donc important de trouver des moyens, d'amener les situations de communication non verbale et la colère, dans nos séances.

IV. Résultats des bilans

4.1 Les objectifs généraux écartés en synthèse

Suite a la synthèse, l'équipe fait ressortir les objectifs principaux à poursuivre pour Kevin :

- l'aider à la maîtrise de sa violence
- l'accompagner dans la réalisation de son projet scolaire
- développer sa capacité à admettre et à appliquer les règles de la vie en groupe
- travailler sur l'auto évaluation

4.2 Profil mis en évidence par les grilles

Les grilles d'évaluation distribuées aux éducateurs et aux instituteurs me permettent de dresser un portrait de Kevin.

Les résultats sont reportés en Annexe 1.

Les professionnels qui travaillent auprès de Kevin au quotidien décrivent un jeune garçon dynamique et plein d'humour qui est plutôt apprécié par ses camarades. Cependant ils exposent aussi sa tendance à vite basculer dans la violence avec ses pairs. Kevin peut parfois être insolent et se met souvent en colère, il peut parfois adopter un langage très vulgaire.

Son comportement avec les autres enfants n'est pas perçu de la même façon par les éducateurs et par l'institutrice. En effet, les premiers parlent d'un garçon qui provoque, physiquement et verbalement les conflits, il peut mentir et manipuler ses pairs et cherche parfois à les impressionner voire les intimider.

Au niveau de la communication non verbale, Kevin semble être tout à fait adapté. Les adultes repèrent néanmoins des difficultés dans la gestion de ses émotions et des conduites inappropriées en situation de stress ou de gêne.

En classe, Kevin est capable d'adopter une posture d'élève et fournit un travail régulier et de qualité qui lui permet de progresser. En revanche, il peut faire preuve d'impulsivité quand il laisse échapper une réponse avant la fin de la consigne. De plus, les structures attentionnelles manquent d'étayage et cela représente un frein dans ses

apprentissages.

Sur le groupe de vie, les éducateurs parlent d'un garçon qui accepte et comprend les règles établies mais a parfois du mal à les respecter. Dans le groupe de pairs, il peut parfois imposer sa présence, ne pas respecter le point de vue de l'autre et chercher le privilège auprès de l'adulte.

L'analyse des deux grilles, mises en parallèle, révèle une grande disparité dans les observations de Kevin. Cette différence semble pouvoir s'expliquer par plusieurs paramètres :

Certains aspects de la personnalité et certains comportements de Kevin apparaissent ou disparaissent en fonction du contexte environnemental et relationnel dans lequel il se trouve.

La personne qui évalue Kevin en suivant les critères proposés par la grille a certainement une approche et une analyse propre à sa spécialité et à son jugement personnel.

4.3 Objectifs de travail en psychomotricité

Suite aux conclusions du bilan psychomoteur, je mets en place une prise en charge qui se déroulera sur 8 séances de 45 minutes tous les mardis matins.

Une fois la cotation des différents tests établie, je rapproche ces résultats de mes observations cliniques effectuées pendant le bilan.

Il m'est alors possible d'écarter des domaines particulièrement déficitaires chez Kevin qu'il serait intéressant d'aborder dans nos futures séances. Les objectifs sont donc posés en lien avec ceux fixés par l'équipe.

Avec Kevin nous travaillerons donc :

l'impulsivité motrice et cognitive

l'expression des émotions (en particulier la colère)

l'attention et la résolution de problème

la motricité fine et le graphisme

Afin d'aborder ces déficits de façon ludique en psychomotricité, je fais une sélection parmi les jeux et autres médiations qui sont à ma disposition.

Avant de commencer notre travail ensemble, Kevin me questionne beaucoup sur ce que j'ai « détecté » dans le bilan.

A partir de ce moment, je décide d'être limpide et explicite sur tout ce que nous aborderons. Ce petit garçon est très lucide et semble conscient de ses difficultés. Il est en demande de retour de ma part sur notre travail et cherche la performance.

V. Déroulement des séances

5.1 Axes de travail principaux

5.1.1 Utilisation du renforcement:

Le renforcement positif est utilisé pour augmenter la fréquence du comportement qui les précèdent.

Pour qu'un renforcement soit efficace face à des troubles du comportement, il faut qu'il soit spécifique, immédiat, systématique, continu et bien choisi.

L'efficacité de cet outil thérapeutique a été prouvée dans la réduction des comportements opposants dans différents contextes. Kazdin (2005)

J'utiliserais alors le renforcement comme feedback sur les productions de Kevin tout au long de la rééducation.

5.1.2 Progresser par le jeu

Par le jeu, l'enfant se construit sur tous les plans : physique, affectif, cognitif et social. En rééducation, il s'agit d'un outil indispensable qui est utilisé comme médiateur. Il permet d'associer l'apprentissage au plaisir d'agir. Mais jouer ne signifie pas uniquement s'amuser, il s'agit aussi d'apprendre des règles, des routines et des procédures, des stratégies afin d'optimiser ses réussites.

Nous utiliserons dans nos séances cette médiation afin d'aborder de manière ludique l'impulsivité dans ses versants physique et cognitif.

5.1.3 Le « Stop, Listen and Go »

Cette technique est utilisée pour réduire l'impulsivité. Elle consiste à arrêter une action en cours (Stop), à reformuler la consigne et vérifier qu'elle est intégrée (Listen), puis

reprendre la tâche (Go). L'intérêt est que, petit à petit, le psychomotricien n'intervienne plus, que cette démarche soit intégrée par l'enfant.

5.1.4 L'expression des émotions

En utilisant divers supports, je tenterai une approche des difficultés dans la gestion de la colère et l'utilisation excessive de la violence chez Kevin.

Ce domaine s'avérera très compliqué à aborder dans nos séances.

5.2 Description des outils de travail

Au cours du bilan, je suis frappée par la motivation que montre Kevin dans les exercices à table, qui lui demande réflexion, dans des tâches assez « scolaires ».

Je décide donc, entre autre, de m'appuyer sur cette compétence afin de travailler son impulsivité.

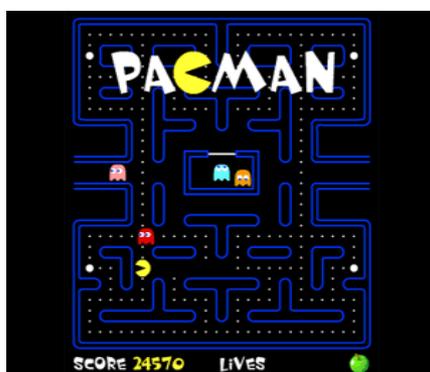
A cause du désir de nouveauté que manifeste Kevin au début de chacune de nos rencontres, je proposerais un nouveau support de travail.

Je vous propose maintenant un bref aperçu du déroulé de cette rééducation. J'effectuerais d'abord une brève description du jeu, des domaines travaillés puis sa mise en place avec Kevin.

Jeux à l'ordinateur

Pour cette première séance, je propose à Kevin de venir faire des jeux sur l'ordinateur.

Pacman :



Le jeu commence en cliquant sur l'écran. Le but est de collecter tous les petits

points. Il faut faire attention aux fantômes qui ne doivent pas nous toucher. Une rencontre avec un des quatre fantômes coûte une vie. A chaque fois que Pacman mange une cerise, les fantômes deviennent temporairement bleu foncé. Pendant ce temps, ils peuvent être mangés ce qui permet de marquer des points supplémentaires.

Pacman, est déplacé grâce aux touches flèches sur le clavier. Lorsque tous les points ont été mangés, le niveau est terminé et on passe au suivant.

J'aurais voulu utiliser ce jeu afin d'évaluer l'impulsivité de Kevin, mais je m'aperçois rapidement qu'il connaît déjà ce jeu, il manie bien les flèches du clavier. Il ne dépasse cependant pas le niveau 1 et montre des gestes d'impulsivité.

Click the Frog :



Ce jeu en ligne est composé de 12 mini jeux. La consigne est indiquée au début de chaque partie.

La plupart des jeux demandent rapidité et inhibition. Il s'agit de cliquer sur la grenouille (the frog) en fonction de différents paramètres préalablement définis :

Cliquez sur la grenouille quand elle passe du vert au bleu

Cliquez 5 fois sur la grenouille verte et 5 fois sur la grenouille rose (et pas une fois de plus)

Cliquez sur la grenouille en déplacement quand le chronomètre affiche 5:000

Cliquez sur la grenouille quand elle se met à courir

Cliquez sur les grenouilles selon le numéros qu'elles affichent, dans l'ordre croissant

Cliquez sur la grenouille quand sa couleur correspond à la couleur inscrite au dessus...

Dans les items qui font travailler la rapidité du « cliquetage » avec la souris, Kevin est en difficulté. Il montre des signes d'impulsivité, il n'attend jamais la fin de la consigne, et se lance au hasard sans connaître la règle.

Quand il est en difficulté (épreuve du calcul mental ou du numéro de téléphone), je lui

propose de travailler en collaboration avec moi, il semble alors très motivé. Dans chaque jeu, il persévère voulant atteindre le score maximum.

Mouvement et Consignes inversées :



Il s'agit d'un jeu impliquant une mise en mouvement. Je demande à Kevin dans un premier temps de choisir 3 types de matériels différents. Une fois la sélection faite, il doit, pour chaque objet me dire ce que l'on peut faire avec, et la consigne inverse.

Il ordonne ensuite le matériel pour faire un petit parcours.

Les consignes sont écrites au tableau par Kevin pour qu'il puisse s'y référer pendant l'exercice.

Par exemple, il choisit pour le premier passage :

- 1 Le pédalo go = avancer vs reculer
- 2 Les raquettes et une balle= se faire des passes (3 essais) vs jongler tout seul (10 rebonds)
- 3 Trois cerceaux = sauter pieds joints vs sauter cloche pieds

Dans un premier temps, il doit répondre normalement aux instructions que je lui donne.

« *Avance, passe, pieds joints* »

Puis dans un deuxième temps, je lui explique qu'il devra répondre l'inverse de ce que je lui demande.

« *Avance, passe, cloche pieds* » devient alors « *Recule, jongle seul, pieds joints* »

Nous répétons ce jeu en modifiant le matériel. Il choisit de nouveau le pédalo go, le tapis et le diabolo.

Quand nous passons aux consignes inverses, Kevin ne montre pas de difficultés à inhiber la réponse automatique.

Ce jeu a permis également de travailler l'équilibre, les coordinations globales et oculo-

manuelles, les différents types de saut, la roulade ainsi que le graphisme (inscription des règles sur le tableau).

Hands Up :



Hands Up est un jeu d'habileté, de rapidité et d'observation qui bouge beaucoup. Un premier arbitre est déterminé, il tire la première carte du paquet et en prend connaissance tandis que les autres joueurs ne la voient pas. Puis rapidement, il la pose face visible au centre de la table. Chaque joueur doit alors reproduire le geste indiqué par cette carte. Si personne ne se trompe, le juge donne la carte au joueur le plus lent. Si quelqu'un se trompe, c'est lui qui récolte la carte. Certaines cartes présentent des positions impossibles à reproduire. Dans ce cas, il faut poser les bras croisés sur sa poitrine si la carte présente des bras parallèles et inversement si c'est le contraire.

Kevin aura beaucoup de difficultés à discriminer si la position est possible ou impossible. Cette activité le met en difficulté, il veut très vite arrêter. Je trie alors les cartes en excluant les situations impossibles pour qu'il se concentre sur l'imitation des gestes représentés sur les cartes. J'observe des problèmes dans l'organisation générale de la position de ses mains.

Rush Hour :



Rush Hour est un jeu individuel. Il faut, dans un premier temps, placer les véhicules

sur le plateau comme indiqué sur la carte de défi. Ensuite l'objectif est de faire glisser les voitures et les camions en avant ou en arrière afin de libérer la voiture rouge de l'embouteillage. La difficulté augmente de façon croissante.

Kevin rencontre des difficultés à placer les voitures au départ, il a besoin de compter chaque carré. Il comprend de suite les règles. Au début il procède par essai/erreur, avec beaucoup de manipulation.

Afin de travailler la planification de son action je lui impose un nombre restreint de déplacements pour atteindre son but. Cette consigne l'oblige à s'organiser avant d'agir.

Il y parvient avec succès et me fait des retours satisfaits de cette nouvelle façon de jouer.

Son impulsivité est immédiatement dépassée. Kevin planifie ses déplacements à l'avance en les chuchotant. Il en vient à me demander à quoi sert le jeu, je lui explique que c'est un jeu qui travaille la planification et l'impulsivité. Je saisis l'occasion pour lui rappeler les objectifs de nos séances, notamment le travail autour de la gestion de la colère. Ce sujet le braque à nouveau, il s'oppose alors pour la poursuite du Rush Hour.

Tipover :



Le Tipover est une variante du Rush Hour mais le principe de résolution est différent.

Chaque carte correspond à une configuration initiale : il faut donc les échafaudages et le bonhomme comme la carte le suggère. Ensuite, on peut déplacer ensuite le bonhomme de la façon suivante :

Il est interdit de toucher le "sol". On ne se déplace que sur les échafaudages.

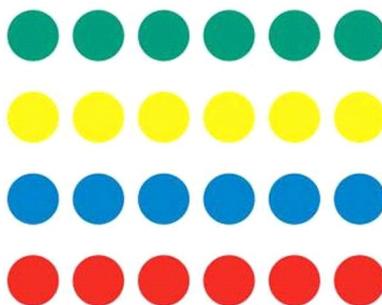
Vous pouvez sauter d'un échafaudage à l'autre s'ils se touchent (c'est-à-dire s'ils ont un côté en commun, un coin n'étant pas suffisant).

Vous pouvez faire tomber un échafaudage si votre bonhomme est dessus, dans la direction de votre choix, à condition qu'il y ait la place nécessaire... Le bonhomme se retrouve alors sur l'échafaudage couché, et peut sauter sur les voisins.

Ce jeu est choisit par Kevin. Immédiatement après le niveau 1 (réussi avec succès) il veut passer à la carte 40, m'assurant pouvoir réussir. Je le laisse donc expérimenter, sans commentaire. Il reviendra alors de lui même sur les premiers niveaux, conscient de ses difficultés. Je peux donc aborder avec lui les notions de progrès et d'apprentissage.

Ces deux jeux permettent de s'exercer dans les domaines de la planification, l'inhibition, la résolution de problème et la plupart des autres fonctions exécutives (attention, mémoire...)

Twister revisité :



Je lui propose d'abord un jeu de Twister revisité.

A partir d'un point de départ, il s'agit de traverser le plateau de jeu en répondant le contraire des consignes dictées.

1ère manche

Reculé = Avance

Bleu = Vert

Rouge = Jaune

Il montre des mouvements impulsifs mais prend un temps de réflexion de plus en plus long avant de répondre à la consigne.

Je lui rappelle qu'il n'y a pas de dans ce jeu de notion de temps. Il faut faire bien et pas vite.

2ème manche

Reculé = Avance

Droite = Gauche

1 pas = 2 pas

Kevin arrive bien au bout de la tâche, mais cela lui demande beaucoup d'effort pour inhiber ses réponses automatiques.

Ce jeu a permis de travailler l'impulsivité par l'inhibition d'une réponse automatique.

Bazar Bizarre :



Cinq objets sont disposés sur la table : un fantôme blanc, une bouteille verte, un livre bleu, une souris grise et un fauteuil rouge. On retourne ensuite les cartes les unes après les autres.

si la carte présente un objet de la bonne couleur, il faut vite l'attraper

mais si les 2 objets représentés ne sont pas de la bonne couleur, alors il faut vite attraper l'objet qui n'a rien de commun avec la carte: ni l'objet, ni la couleur.

Le temps d'intégrer les règles, Kevin montre beaucoup d'impulsivité. Mais au fur et à mesure il met en place des stratégies d'observation de plus en plus efficace. Il arrive facilement à verbaliser la façon dont il procède. Et au bout de quelques minutes de familiarisation avec le matériel et les consignes nous pouvons commencer la partie. Il s'implique beaucoup dans le jeu et veut gagner par tous les moyens. Il n'y a plus de réflexion mais seulement de l'impulsivité voire du hasard.

Je décide donc d'ajouter une règle : à chaque fois qu'un objet est saisi à tort, on retire une carte précédemment remportée. L'objectif de cette consigne est de freiner son fonctionnement impulsif.

Il reprend donc un temps de réflexion préalable à l'action qui le rend beaucoup plus

performant. Je lui fais des retours sur sa réussite et le renforce régulièrement

5.4 Expression de la colère, travail autour des CNV

Au fil de la prise en charge, je tente à plusieurs reprises d'aborder les problématiques comportementales de Kevin. Je choisis des moments qui me semblent opportuns pour amener le sujet. Cependant, je me trouve face à un rejet radical dans l'approche de cette thématique.

Paradoxalement, Kevin est tout le temps dans la demande de retour sur notre travail. Mais lorsque je fais le lien entre l'impulsivité et ses conduites violentes, les multiples bagarres et ses colères disproportionnées, il se braque violemment.

Cette attitude contrarie quelques peu nos objectifs.

Je tente alors de le questionner sur ses ressentis en utilisant un outil utilisé comme médiateur pour éviter la verbalisation de ses difficultés. ((Annexe 2))

Je crée un questionnaire d'auto-évaluation que je lui propose. Il s'exécute sans discuter.

Ses réponses, en général, mettent bien en évidence des troubles dans la gestion de la colère. Notamment, les mots qu'utilisent Kevin pour décrire ses ressentis corporels quand il est en colère sont assez révélateurs : « *j'ai envie de tout défoncer* », « *j'explose* ».

Je pourrais, grâce à ce support mettre en parallèle notre travail en séance autour de l'impulsivité avec les différents axes de son projet personnel au sein de l'ITEP à savoir « maîtriser sa violence » et « respecter les règles ».

5.5 Attitude de Kevin au fil de la prise en charge

Kevin est débordant d'humour, il est très habile dans la relation avec moi et très vif intellectuellement.

Dès nos premières rencontres, je perçois chez ce jeune garçon un réel désir de progresser. En général, Kevin se montre coopératif et investi dans toutes les activités que je lui propose.

Kevin a un grand sens de la compétition. Il apprécie les jeux de duel, et aime par dessus tout être le vainqueur.

Il se saisit de mes remarques et les intègre petit à petit.

Kevin est très sensible aux renforcements qui lui donne la motivation pour continuer et progresser.

Il lui arrive quelques fois d'arriver énervé en séance. Quand je lui demande les causes de cet humeur, il s'agit à chaque fois de conflits avec les autres enfants. Quand il me fait des retours sur ces affrontements, il reporte tout le temps la faute sur l'autre. S'il est puni, c'est à cause de l'autre, s'il se bagarre c'est parce qu'on le provoque. Il est rarement dans la remise en question de ses propres réactions.

Malgré des paroles vulgaires qui semblent ponctuer son langage et des gestes parfois brusques et agressifs, son comportement en prise en charge individuelle est tout à fait adapté.

Au fur et à mesure, Kevin s'investit dans la relation duelle et est dans le respect du cadre et des règles dans la salle.

VI. La réévaluation

Je rencontre Kevin 6 semaines après le premier bilan.

Je met en place une réévaluation en m'appuyant sur les mêmes tests psychomoteurs utilisés auparavant.

Kevin accepte sans s'opposer à ce bilan quand je lui explique qu'il va servir à constater ses progrès.

5.1 Les retests :

Les résultats chiffrés en comparaison avec ceux de départ sont reportés dans le tableau suivant.

	<u>EVALUATION INITIALE</u>	<u>RETEST</u>	<u>EVOLUTION</u>
Figure de Rey Copie	- 9 DS	-2,3 DS	+ 6,7 DS
Figure de Rey Mémoire	- 4,8 DS	-2,89 DS	+ 1,91 DS
Test d'appariement d'images	<i>Index d'exactitude :</i> -0,7 DS	Toute les réponses exactes sont	Dans la procédure : le temps de

	<i>Index d'impulsivité :</i> -0,8 DS	données au premier essai	traitement est allongé mais la bonne réponse est donné du premier coup
Tour de Londres (Score de réussite)	-2,5 DS	0,2 DS	+ 2,7 DS
Tour de Londres (Score temps)	- 1,2 DS	0,02 DS	+ 1,22 DS
D2	Cotation impossible (deux arrêt au cours du test) <i>Erreurs par confusion : 21</i>	Aucune pause <i>Erreurs par confusion : 9</i>	- 12 erreurs par confusion

Les résultats chiffrés à ces retests sont à prendre avec beaucoup de prudence.

Les évolutions sont extrêmement positives.

Kevin a énormément progresser tant dans la résolution de problème que dans ses capacités attentionnelles.

-La visuo-construction reste déficitaire mais sa construction de la **figure de Rey** est nettement moins chaotique. Son tracé est de meilleure qualité. Il manque néanmoins d'organisation dans sa construction et dans la disposition des éléments les uns par rapport aux autres. La production de mémoire reste très en dessous de la norme.

-Le **test Appariement d'images** n'est pas cotable car Kevin refuse les trois dernières planches. Cependant, je note une amélioration dans ses stratégies. Il me donne à chaque fois la bonne réponse du premier coup dans la minute impartie. Il prend le temps, n'est plus obsédé par le chronomètre et préfère avoir juste plutôt que se précipiter.

-Kevin s'oppose radicalement quand je lui propose le test du **Laby 5-12**. Quand je lui propose ce test, en fin de bilan, Kevin montre un refus net à s'exercer. Je lui propose alors 3 autres types de labyrinthes (1 angulaire + 2 circulaires), plus ludique, pour pouvoir observer cliniquement son évolution. Cette alternative me permet de constater un très gros progrès dans l'approche de cet exercice. En effet, Kevin réfléchit avant d'agir, il imagine le chemin à emprunter mentalement avant de poser la trace définitive. Il ne fait donc aucune « fausse route » et son temps de réalisation est nettement diminué. Ensuite, je remarque une application extraordinaire dans son tracé, il ne dépasse pas les bords une seule fois.

-Le test du **D2** met en évidence une diminution des erreurs par confusion qui illustre une

inhibition plus efficace. En revanche, les difficultés d'attention sont toujours présentes.

Un des plus grand progrès de Kevin se trouve dans son rapport au temps. Dans les épreuves de retests, il parvient à se détacher du chronomètre. Il privilégie maintenant la performance à la vitesse de réalisation de la tâche.

5.2 Évolution du comportement en bilan :

Il est important de relever l'attitude qu'adopte Kevin lors de ce deuxième bilan.

Lors de la première évaluation, Kevin est beaucoup dans l'opposition. Il refuse à plusieurs reprises les exercices que je lui propose. Son comportement est inapproprié à la mise en place d'un bilan dans les normes exigés.

Il enfreint les règles à plusieurs reprises, il teste mon autorité et mes limites. Ces attitudes ne sont pas compatibles à la mise en place d'un bilan standardisé.

Au fil de nos séances, un véritable relation thérapeutique s'installe entre Kevin et moi. J'ai l'impression qu'il fait de plus en plus confiance à notre travail, chose dont il semblait douter au début. Il écoute et prend en compte mes conseils.

Cette évolution remarquable se ressent lors de la deuxième évaluation.

En effet, quand je lui annonce que nous allons reprendre les mêmes exercices qu'au tout début pour voir s'il a progresser, il me regarde et me répond en souriant :

« Bien sur que j'ai progressé... Tu vas voir !

DISCUSSIONS

Après ces quelques mois de réflexion et de pratique autour de la problématique comportementale de Kevin, il est temps de faire le tri et de tirer des enseignements de mon travail tant sur la forme que sur le fond.

Tout d'abord, j'ai tenté dans ma première partie de répertorier les influences potentielles à l'origine de des conduites violentes chez l'enfant. Il m'aurait semblé intéressant d'aborder aussi les notions d'agressivité et de violence en lien avec leur place dans notre société. En effet, les enfants ou adolescents que je rencontre à l'ITEP, comme beaucoup de jeunes aujourd'hui, sont quotidiennement exposés à la violence. Dans les jeux vidéos (« *de guerre et de baston* ») qu'ils adorent, dans les médias ou dans la rue et dans un environnement de vie qui parfois ne limite pas voire alimente cette violence, ces

enfants se retrouvent dépourvu de repères.

Ensuite, dans le cadre de travail du psychomotricien en ITEP, j'ai été marquée par l'**adaptation** et les **ajustements relationnels** qui sont indispensables dans toutes nos prises en charge. Dans toutes rééducation, la relation thérapeutique est un préalable indispensable au progrès. Néanmoins, face à un public souffrant de troubles du comportement, ce pré-requis représente un long et parfois laborieux travail en aval de la rééducation. Il constitue alors une véritable étape et freine certainement la prise en charge à proprement parlé des troubles psychomoteurs détectés.

Un de mes principaux objectifs était de travailler l'impulsivité et de la mettre en lien avec la gestion de la colère. Néanmoins, dès mes premières tentatives, j'ai constaté qu'aborder cette thématique avec Kevin serait compliqué. En effet, ses problèmes de violence et de débordements sont les principales causes de son entrée à l'ITEP. Kevin en est conscient et l'accepte. Je comprends, peut être trop tard, que dans tous ces suivis (psychologique, éducatif, pédagogique) il est amené à remettre en cause ses fonctionnements inadaptés. Aborder frontalement les difficultés comportementales quand elles représentent l'objet de toutes les prises en charge en ITEP ne peut être un moyen de travailler en psychomotricité.

Le psychomotricien peut cependant mener une action autour de la gestion des émotions et des conduites agressives en lien avec les habiletés sociales. Ce travail pourra être moins centrée sur l'inhibition de comportements négatifs mais plutôt sur le développement de compétences.

D'une part, il me semblerait intéressant d'inclure Kevin dans un **groupe** constitué de 2 ou 3 enfants **autour de l'expression** en utilisant des médiations comme le théâtre ou le clown.

D'autre part, **un groupe d'habiletés sociales** serait également idéal pour Kevin. Il est, la plupart du temps, très respectueux du cadre imposé par l'adulte. Ses provocations et débordements se produisent en l'absence de figure autoritaire. Approcher les habiletés nécessaires à la vie en société par le biais d'un groupe de pairs avec deux adultes comme modulateurs serait donc très pertinent.

Le travail en collaboration avec les autres professionnels a participé à l'évaluation

des problème de Kevin au début grâce aux bilans disponibles et aux grilles d'observation. J'aurais également désiré faire participer la maman de Kevin à cette prise en charge. En effet, les parents représente un des piliers d'une rééducation efficace. Dans ce cas, il n'y a pas d'adhésion de cette maman dans la prise en charge de son fils au sein de l'ITEP. Il est donc difficile d'avoir de faire des retours sur le travail entreprit dans l'institut et dans l'autre sens, d'obtenir des informations sur le comportement et les évolutions de Kevin à la maison.

Concernant l'évaluation, il existe plusieurs limites dans ma procédure.

Premièrement, je n'ai quasiment pas axé mon bilan sur la motricité. Le test du Lincoln-Oseretsky avait été administré à l'arrivée de Kevin à l'ITEP. Par manque de temps, je n'ai pas réévalué ses capacités motrices.

Deuxièmement, le temps écoulé entre le test et le retest n'est pas suffisant pour s'appuyer sur les résultats chiffrés. En effet, la rééducation en psychomotricité s'est étalée sur 3 mois, il y donc un effet d'apprentissage face aux différentes épreuves utilisées. La résolution de problème fait partie des domaines qui ne sont pas réévaluables par le test de la tour de Londres. C'est la singularité d'un problème qui permet de constater d'éventuels troubles.

L'observation clinique est tout de même révélatrice d'un progrès incontestable dans les différents domaines abordés en séance.

Enfin, il existe dans ce travail des points positifs qui méritent d'être appuyés.

Tout au long de cette prise en charge, le renforcement aura eu un effet incontestable sur les progrès de Kevin. En effet, appuyer ses réussites l'incite à fournir encore plus d'efforts.

La place occupée par la relation thérapeutique comme condition primordiale à tout travail a été largement illustrée dans cette prise en charge.

J'ai choisi d'axé ma prise en charge sur les difficultés d'inhibition de Kevin. En travaillant ce trouble, j'ai supposé que ces comportements agressifs en dehors de nos séances seraient réduits. Après discussions avec les éducateurs et l'enseignante de Kevin, ces derniers me rapportent une évolution générale très positive qui a débutée dès

son arrivée à l'ITEP et s'est confirmée avec mon intervention.

La prise en charge pluridisciplinaire des troubles que présentent ce garçon semble donc porter ses fruits et doit continuer. Le comportement de Kevin en classe, avec ses pairs et son rapport aux règles et au cadre s'améliorent progressivement. Il est même envisagé une réintégration en milieu scolaire ordinaire pour la rentrée scolaire 2013.

CONCLUSION GENERALE :

Mon questionnement à l'origine de l'élaboration de ce mémoire était orienté sur la place des troubles psychomoteurs dans les comportements agressifs et violents rencontrés fréquemment en ITEP.

J'ai donc entrepris une revue de la littérature afin de comprendre les origines et caractéristiques de ces conduites problématiques, mettre en lien colère et impulsivité, violence et carences éducatives, émotions et agressivité.

En pratique j'ai voulu écarter les spécificités et les adaptations d'une prise en charge en psychomotricité auprès d'un de ces enfants en prenant en compte ses particularités.

De l'évaluation initiale, aux modalités de prise en charge jusqu'à la réévaluation, l'importance des ajustements relationnels à l'intérieur de nos séances et les enjeux de la collaboration entre les différents professionnels auront été, me semble t-il, les deux points fondamentaux nécessaire à l'évolution de Kevin.

La prise en charge des troubles du comportements, de type extériorisé, requiert des capacités d'adaptation considérables. Les ajustements en ITEP sont permanent ; autant dans les objectifs que le professionnel se fixe au début de chaque séance que dans les supports de travail utilisés ou dans la relation thérapeutique.

Plus tard, c'est l'entrée en relation, la façon d'amener un exercice, un jeu et la capacité à animer la séance du thérapeute qui déterminera, entre autre, l'adhésion et l'investissement de l'enfant dans la prise en charge. Ces pré-requis sont durs à maîtriser et varie à chaque rencontre avec un nouveau jeune en ITEP. Ce mémoire illustre ce phénomène et met en valeur ses retentissements, notamment lors de l'évaluation initiale.

Nous naissons tous égaux mais les « cadres de vie » forment les personnalités, les croyances, les valeurs, les comportements...

Quand ces comportements deviennent dysfonctionnels voire handicapants, les ITEP peuvent constituer une alternative pour transmette aux enfants et adolescents les habiletés nécessaires à la vie en société et les accompagner vers la réalisation de leur projet scolaire ou professionnel.

En conclusion, ce mémoire a permis de mettre en évidence les bénéfices que peuvent apporter les ITEP. Kevin est entré dans l'établissement en septembre 2012. Il présentait des troubles du comportements qui entravaient sérieusement sa scolarité et sa vie sociale. Depuis son arrivée, il est en constant progrès à tous les niveaux.

J'ai alors tenté d'illustrer les particularités du travail du psychomotricien en ITEP par une prise en charge. Ses compétences lui permettent de contribuer au diagnostic et de participer ensuite à l'accompagnement des enfants et adolescents vers une prise de conscience de leurs ressources et de leurs difficultés. Le psychomotricien, comme tous les membres de l'équipe professionnelle, se mobilise pour amener le jeune vers son autonomie...

BIBLIOGRAPHIE

ALBARET J.M. et CORRAZE J., 1996, *L'enfant agité et distrait*. Paris : Expansion scientifique française.

ALBARET, J.-M. (2005). *Le TDA/H comme trouble de l'inhibition comportementale et de l'auto-contrôle le modèle de Barkley*. In F. Joly (Ed.), *L'hyperactivité en débat*, p.146-148. Toulouse : Erès.

BANDURA A., ROSS D. et ROSS S. A. (1961). Transmission of aggression thought imitation of aggressive models, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575-582

BARKLEY R.A. (1997) Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 1, 65-94.

BAYLE F.-J. et OLIE J.-P. (1998), Concept d'impulsivité, *Annales médico-psychologiques* 156, 9, 588-596

BOIVIN M., OUELLET-MORIN I. et PETICLERC A., (2006). *Une analyse psychosociale de l'agression*. In R.J. Vallerand (Ed.) *Les fondements de la psychologie sociale* (p.381-421), Montréal

BOUDREAULT F., VERRET C. et MASSE L. (2013). Aider les enfants impulsifs à mieux tolérer les frustrations et à mieux gérer leur colère. *Psychologie Québec*. 30, 1, 39-41

BOWEN F., DESBIENS N., RONDEAU N. et OUIMET I. (2000). La prévention de la violence et de l'intimidation en milieu scolaire. In Vitaro F. et Gagnon C., *Prévention des problèmes d'adaptation chez les jeunes*, Presses de l'université du Québec, 165-229

BOWEN F. et DESBIENS N. (2011). *La violence chez l'enfant : Approches cognitive, développementale, neurobiologique et sociale*. Marseille : Solal

BOWLBY, J. (1973). *Attachment and Loss*, Londres: Basic Books, vol.1

BUSS A. H. (1961). *The psychology of aggression*, New York : John Wiley

COHEN J., (1983), *Commentary : the relationship between friendship selection and peer influence*. In J.-L. Epstein et N. Karweit, *Friends in school : Patterns of selection and Influence in Secondary Schools*, 163-174. New York : Sage Publication

COTTRAUX, J., *Thérapie cognitive et émotions*, Paris : Masson

CORRAZE J. (1997). De la sociobiologie à la pathologie ou de l'agression à la violence, *Evolutions Psychomotrices*, 9, 37, 115-125

DALL'AVA M.C. (1997). Réflexions sur les aspects développementaux, pathologiques et différentiels des conduites agressives à l'adolescence. *Évolutions psychomotrices*, 37, 9, 142-146

DAMASIO, A.(1994). *L'Erreur de Descartes*, Paris :Odile Jacob

Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques. Journal Officiel du 8 janvier 2005

DODGE, K.A., (1983). Behavior antecedents of peer social statut. *Child development* , 54, 1386-1399

DOLLARD J., MILLER et al. (1939). The hypothesis suggests that the failure to obtain a desired or expected goal leads to aggressive behavior. *Frustration and aggression*, Yale University Press, New Haven

DSM IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

GALAND B., *Le rôle de l'environnement scolaire dans le développement des conduites violentes*. Dans Bowen, F. et Desbiens N., *La violence chez l'enfant : Approches cognitive, développementale, neurobiologique et sociale*. 199-222. Paris : Solal

GIANCOLA P.R., (1995) Evidence for dorsolateral and orbital prefrontal cortical involvement in the expression of aggressive behavior. *Aggressive Behavior*, 21, 431-450

GROSS J.-J. (2002). Emotion regulation : Affective, cognitive, and social consequences, *Psychophysiology*, 39, 281-291

HARRIS J. R. (1998) *The Nurture Assumption*. New York : Simon and Schuster

LARSON J., LOCHMANN J. (2010), *Helping schoolchildren cope with anger : A cognitive-behavior intervention*

LOEBER R., BURKE J. D., LAHEY B. B., WINTERS A. et ZERA M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder : A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the*

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39 (12), 1268-1484

LOEBER R., DRINKWATER M., YIN Y., ANDERSON S. J., SCHIMDT L. C., et CRAWFORD A. (2000). Stability of family interactions from ages 6 to 18. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 353–369.

LOPES P. N. et coll., 2005, Emotion regulation abilities and the quality of social interaction, *Emotion*, 5, 113-118

MCCOWN W.-G. et DESIMONE P.-A. (1993), Impulses, impulsivity and impulsive behaviors : A historical review of contemporary issue. In W.-G. McCown, J.-L. Johnson et M.-B. Shure (Eds.). *The impulsive client, theory, research and treatment*, p. 15-27. Washington, DC: The American Psychological Association

MCFALL R. M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*. 4, 1-33

MIKOLAJCZAK M. et coll. (2009). *Les compétences émotionnelles*, Paris :Dunod

MIKOLAJCZAK M., DESSEILLES M. (2012) *Traité de régulation des émotions*, Bruxelles : De Boeck

PAQUETTE D., (2004). Theorizing the father-child relationship : mechanisms and developmental outcomes. *Human development*, 47(4), 193-219

PAQUETTE D.,(2011) *Les fondements évolutionnistes de l'agression*. In Bowen, F. et Desbiens N., *La violence chez l'enfant : Approches cognitive, développementale, neurobiologique et sociale*. 25-39. Marseille : Solal

PARENT S., LARIVÉE S., GIGUÈRE L. et SEGUIN J.R., (2011), *Aggressivité et fonctionnement cognitif : une perspective développementale de la contribution des habiletés verbales et de la fonction exécutive*. Dans Bowen, F. et Desbiens N., *La violence chez l'enfant : Approches cognitive, développementale, neurobiologique et sociale*. 93-129. Marseille : Solal

PRENTICE N.M.et KELY F.J. (1963) . Intelligence and delinquency : a reconsideration.
Journal of Social Psychology, 60, 322-333

PURPER-OUAKIL D. (2013), Comprendre l'agressivité au cours du développement,
Conférence du SUPEA (Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de
l'Adolescent), Hôpitaux de Toulouse

SCORE A.N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development,
affects regulation, and infant mental health, *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269

SOPPELSA R., ALBARET J.-M., & CORRAZE J. (2009). Les comorbidités : théorie et
prise de décision thérapeutique. In *Entretiens de Psychomotricité 2009*, 5-22. Paris : Les
Entretiens Médicaux.

THOMPSON R. A. (1994). Emotion regulation : A theme in search of definition,
Monographs of the Society for Research in Child Development, 59, 25-52

WIDOM C. (1989). Does violence beget violence? A critical examination of the literature.
Psychological Bulletin, 106, 3-28

Sites internet :

<http://www.psychomot.ups-tlse.fr>

<http://www.asei.asso.fr>

<http://www.aire-asso.fr>

BIBLIOGRAPHIE

ALBARET J.M. et CORRAZE J., 1996, *L'enfant agité et distrait*. Paris : Expansion scientifique française.

ALBARET, J.-M. (2005). *Le TDA/H comme trouble de l'inhibition comportementale et de l'auto-contrôle le modèle de Barkley*. In F. Joly (Ed.), *L'hyperactivité en débat*, p.146-148. Toulouse : Erès.

BANDURA A., ROSS D. et ROSS S. A. (1961). Transmission of aggression thought imitation of aggressive models, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575-582

BARKLEY R.A. (1997) Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 1, 65-94.

BAYLE F.-J. et OLIE J.-P. (1998), Concept d'impulsivité, *Annales médico-psychologiques* 156, 9, 588-596

BOIVIN M., OUELLET-MORIN I. et PETICLERC A., (2006). *Une analyse psychosociale de l'agression*. In R.J. Vallerand (Ed.) *Les fondements de la psychologie sociale* (p.381-421), Montréal

BOUDREAULT F., VERRET C. et MASSE L. (2013). Aider les enfants impulsifs à mieux tolérer les frustrations et à mieux gérer leur colère. *Psychologie Québec*. 30, 1, 39-41

BOWEN F., DESBIENS N., RONDEAU N. et OUIMET I. (2000). La prévention de la violence et de l'intimidation en milieu scolaire. In Vitaro F. et Gagnon C., *Prévention des problèmes d'adaptation chez les jeunes*, Presses de l'université du Québec, 165-229

BOWEN F. et DESBIENS N. (2011). *La violence chez l'enfant : Approches cognitive, développementale, neurobiologique et sociale*. Marseille : Solal

BOWLBY, J. (1973). *Attachment and Loss*, Londres: Basic Books, vol.1

BUSS A. H. (1961). *The psychology of aggression*, New York : John Wiley

COHEN J., (1983), *Commentary : the relationship between friendship selection and peer influence*. In J.-L. Epstein et N. Karweit, *Friends in school : Patterns of selection and Influence in Secondary Schools*, 163-174. New York : Sage Publication

COTTRAUX, J., *Thérapie cognitive et émotions*, Paris : Masson

CORRAZE J. (1997). De la sociobiologie à la pathologie ou de l'agression à la violence, *Evolutions Psychomotrices*, 9, 37, 115-125

DALL'AVA M.C. (1997). Réflexions sur les aspects développementaux, pathologiques et différentiels des conduites agressives à l'adolescence. *Évolutions psychomotrices*, 37, 9, 142-146

DAMASIO, A.(1994). *L'Erreur de Descartes*, Paris : Odile Jacob

Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques. Journal Officiel du 8 janvier 2005

DODGE, K.A., (1983). Behavior antecedents of peer social statut. *Child development* , 54, 1386-1399

DOLLARD J., MILLER et al. (1939). The hypothesis suggests that the failure to obtain a desired or expected goal leads to aggressive behavior. *Frustration and aggression*, Yale University Press, New Haven

DSM IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

GALAND B., *Le rôle de l'environnement scolaire dans le développement des conduites violentes*. Dans Bowen, F. et Desbiens N., *La violence chez l'enfant : Approches cognitive*,

développementale, neurobiologique et sociale. 199-222. Paris : Solal

GIANCOLA P.R., (1995) Evidence for dorsolateral and orbital prefrontal cortical involvement in the expression of aggressive behavior. *Aggressive Behavior*, 21, 431-450

GROSS J.-J. (2002). Emotion regulation : Affective, cognitive, and social consequences, *Psychophysiology*, 39, 281-291

HARRIS J. R. (1998) *The Nurture Assumption*. New York : Simon and Schuster

LARSON J., LOCHMANN J. (2010), Helping schoolchildren cope with anger : A cognitive-behavior intervention

LOEBER R., BURKE J. D., LAHEY B. B., WINTERS A. et ZERA M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder : A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (12), 1268-1484

LOEBER R., DRINKWATER M., YIN Y., ANDERSON S. J., SCHIMDT L. C., et CRAWFORD A. (2000). Stability of family interactions from ages 6 to 18. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 353–369.

LOPES P. N. et coll., 2005, Emotion regulation abilities and the quality of social interaction, *Emotion*, 5, 113-118

MCCOWN W.-G. et DESIMONE P.-A. (1993), Impulses, impulsivity and impulsive behaviors : A historical review of contemporary issue. In W.-G. McCown, J.-L. Johnson et M.-B. Shure (Eds.). *The impulsive client, theory, research and treatment*, p. 15-27. Washington, DC: The American Psychological Association

MCFALL R. M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*. 4, 1-33

MIKOLAJCZAK M. et coll. (2009). *Les compétences émotionnelles*, Paris :Dunod

MIKOLAJCZAK M., DESSEILLES M. (2012) *Traité de régulation des émotions*, Bruxelles : De Boeck

PAQUETTE D., (2004). Theorizing the father-child relationship : mechanisms and developmental outcomes. *Human development*, 47(4), 193-219

PAQUETTE D.,(2011) *Les fondements évolutionnistes de l'agression*. In Bowen, F. et Desbiens N., *La violence chez l'enfant : Approches cognitive, développementale, neurobiologique et sociale*. 25-39. Marseille : Solal

PARENT S., LARIVÉE S., GIGUÈRE L. et SEGUIN J.R., (2011), *Aggressivité et fonctionnement cognitif : une perspective développementale de la contribution des habiletés verbales et de la fonction exécutive*. Dans Bowen, F. et Desbiens N., *La violence chez l'enfant : Approches cognitive, développementale, neurobiologique et sociale*. 93-129. Marseille : Solal

PRENTICE N.M. et KELLY F.J. (1963) . Intelligence and delinquency : a reconsideration. *Journal of Social Psychology*, 60, 322-333

PURPER-OUAKIL D. (2013), Comprendre l'agressivité au cours du développement, Conférence du SUPEA (Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent), Hôpitaux de Toulouse

SCORE A.N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affects regulation, and infant mental health, *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269

SOPPELSA R., ALBARET J.-M., & CORRAZE J. (2009). Les comorbidités : théorie et prise de décision thérapeutique. In *Entretiens de Psychomotricité 2009*, 5-22. Paris : Les Entretiens Médicaux.

THOMPSON R. A. (1994). Emotion regulation : A theme in search of definition, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52

WIDOM C. (1989). Does violence beget violence? A critical examination of the literature.

Sites internet :

<http://www.psychomot.ups-tlse.fr>

<http://www.asei.asso.fr>

<http://www.aire-asso.fr>