



HAL
open science

La trace, une empreinte du corps : la pertinence d'un groupe "Traces" en psychomotricité auprès d'adultes déficients intellectuels

Emma Veteau

► To cite this version:

Emma Veteau. La trace, une empreinte du corps : la pertinence d'un groupe "Traces" en psychomotricité auprès d'adultes déficients intellectuels . Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01359381

HAL Id: dumas-01359381

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359381>

Submitted on 2 Sep 2016

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

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

La trace, une empreinte du corps

La pertinence d'un groupe « Traces » en psychomotricité auprès
d'adultes déficients intellectuels



Mémoire présenté par **Emma VETEAU**

Diplôme d'Etat de psychomotricité

Session de Juin 2016

Référent de mémoire :

Aude VALENTIN LEFRANC

Feu d'artifice, réalisé par Benjamin le mercredi 13 avril, proposition du groupe « Traces ».

Remerciements

Avant tout développement sur cette expérience professionnelle, il me paraît opportun de commencer ce mémoire par des remerciements. Je suis très reconnaissante à l'ensemble des intervenants de la formation universitaire Pierre et Marie Curie, Institut de Formation en Psychomotricité ainsi qu'à tous les professionnels rencontrés le long de mes différents stages.

Je remercie l'ensemble des professionnels du Centre d'Initiation au Travail et aux Loisirs pour m'avoir accueillie et intégrée dans leur équipe. Pour la confiance témoignée notamment pour la création du groupe « Traces ».

Je souhaite tout particulièrement remercier mon référent de mémoire Mme Aude Valentin Lefranc pour sa disponibilité, son accompagnement et son soutien dans l'élaboration de mon mémoire.

Je tiens à remercier Martine Copeland pour les discussions que nous avons eues au sujet de la trace et des patients, pour les conseils et les encouragements qui ont été capitaux pour l'analyse de ma clinique.

Je n'oublie pas Benjamin, Jacques, Thomas et Marion, les patients qui ont participé au groupe « Traces ».

Enfin, j'adresse mes remerciements à ma famille et à mes proches pour m'avoir soutenue tout au long de ma formation. Merci à mes relecteurs et correcteurs pour leur patience et le temps qu'ils ont pu m'accorder.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
THÉORIE.....	9
I. LA DEFICIENCE INTELLECTUELLE.....	9
I.1 Définition et classifications.....	9
a) Terminologie	9
b) L'historique du handicap	9
c) Définition de l'intelligence et de sa déficience	10
d) Les différentes classifications (Européenne et Nord-américaine)	11
I.2 L'étiologie.....	13
a) La prévalence	13
b) Les causes	14
b) Le dépistage et les évaluations.....	14
c) Les préventions et les médications possibles	16
I.3 La qualité du mode de vie et les prises en charges	18
a) L'intégration dans la vie active.....	19
b) Le vieillissement des personnes ayant une déficience intellectuelle	21
c) La communication et la sexualité	22
d) Le rôle de la psychomotricité avec des patients déficients intellectuels.....	23
II. LE GROUPE	25
II. 1 Concepts théoriques	25
a) La définition.....	25
b) Le cadre	27
c) Caractéristiques.....	28
II.2 Les fonctions du groupe.....	28
a) Son rôle	28
b) Les processus mis en place	29
c) Les différentes périodes et évolutions possibles	30
d) La composition du groupe.....	31
II.3 Psychomotricien, un thérapeute	32
a) Les fonctions du groupe en milieu thérapeutique	32
b) Le rôle et la place du thérapeute dans le groupe.....	32
c) Rôle du groupe spécifique à la psychomotricité	32
III. LA TRACE EMPREINTE, VISIBLE	34
III.1 Trace et ses différents sens.....	34
a) L'anthropologie et la définition de la trace	34
b) L'historique de la trace	35
c) La trace écrite.....	35
d) La trace mnésique.....	36
e) Qu'est-ce que le dessin ?.....	36
f) Définition de l'écriture (marque la trace de l'absence de l'autre).....	38
III. 2 La trace en psychomotricité	39
a) Inscription de sa présence.....	39
b) Lien entre le tonus et la trace.....	40
c) Lien entre l'axe corporel, le corps et la trace.....	40
d) Lien entre la trace et la relation.....	41
e) Lien entre trace et symbolisation.....	41

CLINIQUE.....	42
I. LE CENTRE D'INTIATION AU TRAVAIL ET AUX LOISIRS (CITL).....	42
I.1 L'institution.....	42
a) Définition	42
b) Nombre de patients et les pathologies.....	42
c) L'organisation hiérarchique et les professionnels	43
I.2 Psychomotricité.....	43
a) Sa place	43
b) Ma place de stagiaire	44
II. CREATION DU GROUPE : TRACES.....	45
II.1 Les objectifs thérapeutiques à la création du groupe	45
a) Les hypothèses émises.....	46
b) Objectifs autour de la dynamique groupale.....	46
c) Objectifs psychomoteurs	46
II. 2 Le choix des patients.....	46
a) Le choix	46
b) Les patients.....	47
c) Difficultés rencontrées de par l'institution	49
II.3 Les bilans	49
a) Le choix des bilans	49
b) L'analyse des bilans avant la prise en charge groupale.....	50
c) L'analyse des bilans après la prise en charge groupale	55
III. PISTES DE RÉFLEXIONS AUTOUR DE LA TRACE.....	59
III.1 Que peut apporter la trace aux adultes déficients intellectuels ?.....	59
III.2 Les propositions faites.....	59
a) Le temps de conscience corporelle.....	60
b) Le feu d'artifice.....	62
c) La fontaine.....	62
d) Les tracés glissés d'Ajuriaguerra.....	63
e) Dessins de fin de séance	63
DISCUSSION.....	64
I. Les adultes déficients intellectuels présent-ils des difficultés psychomotrices qui entravent leurs traces ?	64
II. La trace permet d'améliorer de la construction psychomotrice des patients	65
II. 1 La contenance de l'impulsivité de Benjamin	65
a) L'instauration d'une régulation tonique.....	65
b) L'amélioration des coordinations générales	68
c) La consolidation de l'axe corporel.....	70
d) La trace permet une distinction de soi	72
II.2 L'évolution de Jacques.....	73
a) L'évolution tonique.....	73
b) Les coordinations générales peuvent s'organiser	75
c) La construction de l'axe corporel	76
d) L'investissement de l'espace	78
II.3 L'investissement de l'espace par Thomas	79
a) La maitrise tonique.....	79
b) La dissociation des productions	80
c) Le développement de l'axe corporel	83
d) L'intégration de son espace propre.....	85
II. 4 La persévérance de Marion	85
a) L'importante tonicité de Marion	85
b) Les coordinations générales impactées par sa pathologie.....	87
c) L'apparition d'un axe corporel.....	89

III. Le groupe a-t-il un rôle à jouer dans l'évolution psychomotrice et la trace de chacun ?	91
III.1 La trace et le groupe permettent d'observer une évolution des verbalisations des éprouvés	91
a) Benjamin	91
b) Jacques	92
c) Thomas.....	92
d) Marion.....	92
III.2 Le groupe favorise les relations entre les patients ?	93
CONCLUSION	95
BIBLIOGRAPHIE	98
ANNEXES	101
TABLE DES FIGURES	101
RÉSUMÉ	103

INTRODUCTION

Depuis ma naissance, j'ai eu la chance d'habiter différents pays, de découvrir de nouvelles cultures, de nouvelles coutumes mais aussi de rencontrer des personnes de tout horizon.

Chacune de mes expériences a laissé en moi une trace. Une trace mnésique par les souvenirs des expériences vécues, une trace sensorielle par les saveurs, les bruits et les odeurs, une trace corporelle par la manière dont j'ai été portée, lavée, élevée en fonction des espaces, des rythmes et des cultures de chaque pays, une trace graphique par les tissus, l'art, l'architecture.

Mes différents « pays » ont laissé en moi ces traces indélébiles, traces qui me questionnent aujourd'hui.

Ainsi, le corps et la trace graphique sont intimement liés. Mettre de la psychomotricité Afin d'établir cette corrélation, je m'interroge sur les réactions des patients face à leurs traces induites par mes propositions.

En stage dans un Centre d'Initiation au Travail et aux Loisirs (CITL) avec des patients adultes déficients intellectuels, j'ai pu observer leur attrait particulier pour le dessin. Ainsi, tracer leur était possible, je leur propose donc un groupe thérapeutique.

Ne trouvant pas ma place dans les groupes constitués l'après-midi, par les différents professionnels, j'ai proposé de créer seule un groupe « Traces » avec quatre patients.

Pour tenter d'observer une évolution concrète de la prise en charge, j'ai fait passer un bilan individuel en début et en milieu de la prise en charge.

Dans un premier temps, je me suis interrogée sur l'intérêt d'un groupe « Traces » auprès d'adultes déficients intellectuels.

Différentes hypothèses, issues de ma question centrale, ont alors émergé.

Les patients déficients intellectuels présentent-ils des difficultés psychomotrices qui entravent leur propre trace ?

La trace permet-elle une amélioration de la construction psychomotrice du patient ?

Le groupe a-t-il un rôle à jouer dans l'amélioration psychomotrice et la trace de chacun ?

Pour répondre à ces questionnements, j'aborderai, dans un premier temps, la définition de la déficience intellectuelle adulte et ses enjeux.

En parallèle, j'ai travaillé sur les théories nécessaires à la compréhension du fonctionnement des adultes déficients intellectuels.

La connaissance du groupe et son fonctionnement étaient primordiaux afin d'en comprendre les avantages et les limites.

Enfin, je vous présente une théorie sur la trace graphique, celle qui laisse une empreinte récupérable par le regard.

Dans ma clinique, je vous propose de retracer les différentes propositions réalisées par les patients, la place de la psychomotricité au sein de l'Institution et les résultats des bilans effectués.

Je terminerai par une discussion dans laquelle je reprends les différentes évolutions des patients, les problématiques et les limites évoquées au début de la prise en charge.

Sans le regard, la trace graphique n'existe pas.

L'exposition chronologique du travail des patients était indispensable pour juger l'avancée de chacun.

Ne pouvant pas toutes les introduire au sein de ma discussion, j'ai choisis de vous faire partager les productions les plus marquantes.

THÉORIE

I. LA DEFICIENCE INTELLECTUELLE

I.1 Définition et classifications

a) Terminologie

Depuis l'époque d'Édouard Seguin (1812-1880), la terminologie a considérablement évolué. Au 19^{ème} siècle, on qualifiait les sujets, atteint d'une déficience intellectuelle, d'« idiots », de « débiles » ou d'« imbéciles ».

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1993) dans sa dixième Classification Internationale des Maladies (CIM) utilise le terme « retard mental » pour décrire ce phénomène.

La Classification Internationale des Handicaps (CIH) parue dans l'OMS, en 2001, utilise le terme de « déficience de l'intelligence ».

En France, *le Guide barème d'évaluation des déficiences et des incapacités des personnes handicapées* (Gouvernement français. Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité [MASTS], 1993) [...] utilise le terme de « déficience intellectuelle aussi bien que retard mental »¹ pour définir le phénomène.

L'Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI) française, utilise uniquement le terme « handicap mental ».

Les termes varient au sein d'un même pays comme à travers le monde. Chaque État utilise sa propre terminologie. Par exemple, l'Angleterre prône le terme « learning disabilities » qui signifie « troubles des apprentissages ». Pour la rédaction de ce mémoire, j'utiliserai le terme de « déficience intellectuelle ».

b) L'historique du handicap

Dans la Grèce antique, le handicap relevait d'une intention divine. « En Mésopotamie, aussi bien qu'en Egypte, en Grèce ou à Rome, la signification donnée à cette naissance était unique : l'être mal formé était une expression de la divinité. Il s'agissait d'une punition ou

¹ TASSÉ Marc J. et MORIN Diane (2003), *La déficience intellectuelle*, Québec, Gaëtan Morin, p. 9

d'un avertissement que, les dieux donnaient ainsi aux humains.»² Il était nécessaire de remettre aux dieux ces enfants malformés. À Rome, la loi obligeait les parents à tuer leurs enfants, si ils étaient faibles ou malades. Pourtant, c'est aussi dans le Droit romain qu'on découvre « les premières mesures légales répondant aux besoins spécifiques des ' malades de l'esprit '. Dès 451 avant Jésus Christ y figurent les premiers principes de tutelle et de curatelle ».³

À l'époque de la chrétienté médiévale, Saint Augustin considère toujours les enfants « idiots » comme des erreurs. Ainsi la société les exclut. A contrario la religion chrétienne valorise leur simplicité d'esprit, on organise des pèlerinages pour leur guérison.

À la Renaissance, les personnes « hors normes » sont exclues de la société, les déficients mentaux en font partie.

En 1600, Montalte propose deux origines possibles à la déficience intellectuelles : prénatale ou obstétricale.

C'est dans ce même contexte que « Platter proposera la thèse de la dégénérescence, où après avoir défini l'imbécillité congénitale ' ce défaut d'intelligence qui, s'il est de cause interne est incurable ', il soulignera que ' les hommes intelligents et actifs engendrent des enfants semblables à eux, alors que les improductifs engendrent des enfants à l'esprit engourdi' ».⁴ Cette thèse de la dégénérescence perdurera longtemps et ce jusqu'au milieu du XXème siècle.

A la fin du XIXème et début du XXème siècle, à la demande de différentes organisations et des parents, sera créé le Quotient intellectuel (QI) ou de développement (QD), une valeur numérique qui permettra de définir par un chiffre la moyenne intellectuelle de la personne.

c) Définition de l'intelligence et de sa déficience

Selon le Petit Robert (2003), le mot « intelligence » viendrait du latin *intelligentia* de la famille *legere* qui signifie recueillir et recueillir par les sens (oreille, yeux).

1. « faculté de connaître, de comprendre ».
2. « L'ensemble des fonctions mentales ayant pour objet la reconnaissance conceptuelle et rationnelle ».
3. « Aptitude (d'un être vivant) à s'adapter à des situations nouvelles, à découvrir des solutions aux difficultés qu'il rencontre ».⁵

² CÉLESTE Bernadette (2005), Notes d'histoire sur un concept et des pratiques : la déficience intellectuelle », *Contraste* (N° 22 - 23), p. 82

³ *Ibid*, p. 82

⁴ *Ibid*, p. 86

⁵ Le Petit Robert (2013), Paris

D'après l' *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, la déficience intellectuelle signifie « un état de réduction notable du fonctionnement intellectuel d'un individu. Un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne, associé à des limitations dans au moins deux domaines du fonctionnement adaptatif : communication, compétences domestiques, habiletés sociales, aptitudes scolaires fonctionnelles » ⁶

L'OMS définit la déficience intellectuelle comme « la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe, et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social), un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement » ⁷

Différents organismes de la santé ont défini la déficience intellectuelle, tous révèlent trois critères diagnostiques communs :

- Une limitation du fonctionnement intellectuel
- Une limitation des comportements adaptatifs (ou habiletés adaptatives)
- La présence de ces limitations avant l'âge adulte.

d) Les différentes classifications (Européenne et Nord-américaine)

Les classifications européennes :

En 1992, L'OMS affirme que l'évaluation de l'intelligence est réalisée sur l'appréciation d'un grand nombre de facultés différentes. La CIM-10 propose que le quotient intellectuel (QI) soit « évalué à l'aide de tests d'intelligence standardisés, passés de façon individuelle, et adaptés aux normes culturelles locales ». ⁸ La classification du CIM-10 possède plusieurs niveaux :

- retard mental limite : niveau de QI de 70 à 85
- retard mental léger : niveau de QI de 50 à 69
- retard mental moyen : niveau de QI de 35 à 49
- retard mental grave : niveau de QI de 20 à 34
- retard mental profond : niveau de QI inférieur à 20

⁶ <https://mpadirr.wordpress.com/definition/> : définition de la déficience intellectuelle par AIDD, site visité le 09 février 2016

⁷ <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>, Définition de la déficience intellectuelle par l'OMS, site visité le 06 janvier 2016

⁸ OMS, 1993, p.203

- autres formes de retard mental : situation où l'évaluation est difficile en raison du handicap
- retard mental, sans précision : présence d'une déficience intellectuelle, mais sans information suffisante pour permettre de classer le trouble

Le QI moyen correspond à un niveau de 100.

La CIM-10 présente l'impact de la déficience intellectuelle en fonction de l'âge, de l'environnement et de la situation sociale.

Le retard mental profond implique une dépendance des structures institutionnelles, avec un âge mental correspondant à trois, quatre ans.

On peut observer un retard massif de toutes les acquisitions, un langage réduit à quelques mots ou phonèmes. De même que des perturbations relationnelles massives et certains symptômes peuvent évoquer des psychoses infantiles.

Le retard mental grave ou moyen engendre de grandes difficultés dans l'accès à la lecture ou aux chiffres. La scolarisation va s'arrêter assez rapidement. Dans un environnement stimulant, les patients pourront acquérir une certaine autonomie dans la vie quotidienne. Les personnes vont atteindre un âge mental de six, sept ans. Ils présentent un retard dans le développement psychomoteur fréquent et un langage qui peut être asyntaxique.

Le retard mental léger ou limite est souvent détecté à l'école. Les sujets ne présentent pas particulièrement un retard psychomoteur ou langagier. Leur insertion sociale est relativement bonne. Néanmoins, ils peuvent présenter soit une instabilité et des réactions colériques face à l'échec, soit une inhibition.

En 1996, l'OMS rédige un guide spécialement consacré à la déficience intellectuelle : *World Health Organization* (WHO). Le guide décrit cinq axes des conditions physiques et comportementales observés pour ce phénomène :

- Axe I : Gravité de la déficience intellectuelle et troubles du comportement
- Axe II : Conditions médicales associées
- Axe III : Conditions psychiatriques associées
- Axe IV : Évaluation globale du handicap psychosocial
- Axe V : Situations psychosociales anormales associées

Les classifications nord-américaines :

En 2002, l'*American Association on Mental Retardation (AAMR)* propose une nouvelle définition et énumère cinq postulats essentiels à l'utilisation de la définition :

1. « les limitations dans le fonctionnement actuel doit tenir compte des environnements communautaires typiques du groupe d'âge de la personne et de son milieu naturel.
2. Une évaluation valide tient compte à la fois de la diversité culturelle et linguistique de la personne ainsi que des différences sur les plans sensorimoteurs, comportementaux et de la communication.
3. Chez une même personne, les faiblesses coexistent souvent avec des forces
4. La description des limitations est importante notamment pour déterminer le profil du soutien requis.
5. Si la personne présentant un retard mental reçoit un soutien adéquat et personnalisé sur une période soutenue, son fonctionnement devrait s'améliorer. »⁹

Le diagnostic s'effectue selon des tests standardisés, on attribue à des limitations significatives une performance d'au moins deux écarts types inférieurs à la moyenne.

Contrairement à la classification européenne, l'AAMR n'utilise plus les niveaux de déficience intellectuelle (limite, légère, moyen, grave, profond). L'association souhaite prendre plus en considération les besoins de la personne et d'évaluer les moyens de soutien nécessaires, dans le but d'améliorer le fonctionnement de l'individu.

Le DSM V¹⁰ classe désormais la déficience intellectuelle dans les troubles neuro-développementaux.

I.2 L'étiologie

a) La prévalence

Aujourd'hui, d'après Jean Charles Juhel, la déficience intellectuelle concerne 2 à 3 % de la population.

La majorité des personnes atteintes présente une déficience intellectuelle légère ou limite (85%), 10 % présente une déficience moyenne, 3% grave et 2% profonde. Actuellement 30 % des retards mentaux sévère et 60% des retards mentaux légers restent inexplicés.

⁹ LUCKASSON (2003), *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Support*, p.1

¹⁰ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (2013), remplace l'édition précédente (2000), la version française est traduite en juin 2015.

b) Les causes

À ce jour, il existe une multitude de causes dont certaines ne sont pas encore connues. Il existe des causes prénatales souvent présumées génétiques.

Les désordres génétiques sont transmis des parents à l'enfant dans l'entremise des gènes lors de la conception. Cela viendrait soit d'un trouble de la répartition du patrimoine génétique (trisomie 21) ou d'une transmission d'un gène « muté » : désordre génétique (Syndrome du X fragile). La prévalence de ces pathologies est en baisse due à des nouvelles techniques de détection à l'aide de tests basés sur la biologie moléculaire. Depuis le 17 janvier 1975, l'interruption médicale de grossesse est autorisée en France. Cela signifie la possibilité d'une interruption volontaire lorsque la poursuite de la grossesse met gravement en péril la santé de la femme ou lorsqu'il existe une probabilité importante que l'enfant à naître soit atteint d'une affection grave, reconnue comme incurable.

Les causes prénatales peuvent aussi être biologiques ou organiques. Certaines maladies contractées par la mère au cours de la grossesse peuvent avoir un impact sur le bon développement du fœtus (rubéole, toxoplasmose, rougeole).

La consommation de drogues ou d'alcool pendant la grossesse est un facteur de risque important de la déficience intellectuelle.

Certaines causes peuvent être périnatales, c'est à dire autour de la naissance.

Certaines complications lors de l'accouchement peuvent entraîner une déficience intellectuelle. Soit des atteintes mécaniques (hémorragies cérébro-méningées), des atteintes biochimiques (anoxie néonatales), ou un trauma subi par le bébé (pression excessive, chute)

La déficience intellectuelle peut être aussi due à des causes postnatales. Les plus fréquentes sont les infections (méningite), les expositions aux toxines (plomb) et les traumatismes crâniens. L'environnement joue aussi un rôle fondamental dans le bon développement de l'enfant.

b) Le dépistage et les évaluations

Une anamnèse et un examen clinique de l'enfant, réalisé par différents professionnels (psychiatre, psychologue, psychomotricien), sont nécessaires pour dépister une éventuelle pathologie.

Au cours de l'anamnèse, il est nécessaire de revoir avec les parents :

- les antécédents familiaux (arbres généalogiques, consanguinité)

- les antécédents obstétricaux
- les antécédents périnataux
- les antécédents postnataux

Pour essayer de rechercher des éléments qui pourraient aider à dépister la pathologie. Reprendre avec les parents le contexte affectif, relationnel et éducatif de l'enfant et demander les grandes étapes du développement de l'enfant. Effectivement, nous savons que les signes d'appels sont un retard postural et d'éveil psychomoteur avant deux ans, un retard de langage et des troubles du comportement à trois ans.

L'examen clinique permet de vérifier les courbes de poids, la taille, le périmètre crânien. Mais aussi d'effectuer différentes évaluations telles que des examens neurologiques, génétiques, biologiques, auditifs et visuels.

Après avoir effectué ces différentes évaluations, il est nécessaire d'éliminer les diagnostics différentiels (troubles spécifiques des apprentissages, troubles psychiatriques). Cependant certaines pathologies peuvent être associées à la déficience mentale (troubles sensoriels, épilepsie, troubles du comportement, troubles autistiques).

Afin de confirmer un diagnostic de déficience intellectuelle, il faut évaluer le niveau intellectuel et les comportements adaptatifs de la personne.

Il existe différents tests réalisés par les différents professionnels du corps médical.

Les psychomotriciens et les psychologues peuvent faire passer :

- Le WPPSI (*Weschler Preschool and Primary Scale of Intelligence* – 1967) : évalue les enfants de 2 ans 6 mois à 7 ans 6 mois. Pour les enfants avant quatre ans, quatre épreuves sont à réaliser. Entre quatre et sept ans, le nombre d'épreuves a été réduit à sept dans le WPPSI-R. Cette épreuve plus écourtée la rend plus accessible aux jeunes enfants.
- Le WISC (*Weschler Intelligence Scale for Children* - 2003) : est utilisé pour des enfants entre 6 ans et 16 ans et 9 mois. Il comporte cinq sous-tests verbaux et cinq de performance. Le QI obtenu se situe sur la courbe de distribution des scores WISC pour l'âge correspondant.
- Le K. ABC (*Kaufman-Assessment Battery for Children* - 1983 version américaine, 1993 version française). Ce test a pour objectif de mesurer l'intelligence et les connaissances. Il évalue plus les processus mis en place par le patient plutôt que le contenu.

Les tests ci-dessous sont plus spécifiques aux psychologues :

- le test de Stanford-Terman-Binet (1960) : Le test Binet mit au point par Alfred Binet (1857-1911) représente le véritable test de QI moderne (1905). En 1916, Lewis Terman (1877-1956) reprend les travaux de Binet et crée le Stanford-Binet. Ce test introduit pour la première fois la notion de « quotient intellectuel ». C'est le rapport de l'âge mental à l'âge réel multiplié par cent.
- L'ABAS (*Adaptive Behavior Assessment System* - 2003) : évalue les personnes de la naissance à 89 ans. Il évalue trois domaines généraux du comportement adaptatif.
- Le NEMI (Nouvelle échelle métrique de l'intelligence - 1966) de René Zazzo. Le test comporte 4 épreuves obligatoires et 3 épreuves facultatives.
- Le WAIS (1954) : ce test s'adresse aux adultes. Le résultat est donné en rang par rapport à la population de l'âge du patient.
- Le Cattell ou CFIT (*Culture Fair Intelligence Test* - 1967). Le test permet d'évaluer la personne de 3 ans à l'âge adulte. Il est composé de cinq sortes d'items non-verbaux.
- Bayley Scales of Infant Development (1993). Ce test peut être utilisé dans des situations de développement intellectuel majeures.

c) Les préventions et les médications possibles

Actuellement, il n'existe aucun médicament spécifique à la déficience intellectuelle. Il est donc nécessaire de faire connaître cette dernière en sensibilisant les populations sur les risques qui la favoriseraient.

Tout couple, sans exception, peut donner naissance à un enfant déficient intellectuel. Certains facteurs peuvent augmenter le risque, il est donc nécessaire que les parents en prennent connaissance. Certaines catégories de personnes ont plus de risque de donner naissance à un enfant atteint de déficience intellectuelle. Un travail de prévention est nécessaire pour accompagner les parents grâce à des cours et des consultations prénataux.

Quelques exemples de facteurs clés d'après Jean-Charles Juhel:

- Les familles où il existe des troubles du métabolisme existent
- Les couples présentant une incompatibilité du facteur Rhésus
- Les femmes enceintes qui manipulent des substances toxiques
- Les futurs pères qui travaillent avec des produits toxiques
- Les femmes qui consomment des produits dangereux pour le bébé (tabac, alcool, drogue)
- « Les femmes aux périodes extrême de fécondité, moins de 18 ans et plus de 40 ans. Par exemple, le risque d'avoir un enfant présentant une trisomie est souvent lié à l'âge de la mère, et il augmente progressivement chez les femmes au-dessus de 30

ans. Des découvertes récentes ont démontré que l'âge du père pouvait aussi être à l'origine de la trisomie ». ¹¹

« Prévenir, c'est agir de façon à abaisser la probabilité d'occurrence d'un événement problématique et limiter ses conséquences humaines et sociales (Sélosse, 1991). » ¹²

En 1999, Bouvier classifie la prévention en trois catégories :

Les préventions primaires visent à intervenir directement sur le quotidien pour essayer d'avoir un impact immédiat sur la déficience intellectuelle. La prévention primaire permet de limiter l'apparition du trouble, c'est une prévention au sens stricte.

En 1989, Basil Hetzel démontre que l'iode est nécessaire au bon développement du cerveau. Si il y a une carence en iode pendant la période de croissance de l'enfant, l'évolution du cerveau sera affectée, ce qui pourra engendrer des déficits cognitifs. Assurer la consommation d'iode dans l'alimentation permet de prévenir la déficience intellectuelle. L'OMS et l'UNICEF ¹³ collaborent à cet effet pour assurer la disposition de sel iodé dans les pays en voie de développement.

La prise de d'acide folique (vitamine B9), pour prévenir contre le spina-bifida et d'autres malformations du tube neural, réduit le risque de malformation du tube neural du fœtus chez les femmes enceintes.

Les préventions secondaires visent à limiter les « effets d'une condition qui est déjà présente et qui, en l'absence d'intervention, causera probablement une déficience intellectuelle ». ¹⁴ Par exemple, instaurer un régime alimentaire spécifique, faible en phénylalanine (acide aminé), aux personnes atteintes de phénylcétonurie peut permettre de prévenir l'apparition de la déficience intellectuelle. Les préventions secondaires permettent aussi le dépistage des anomalies lors de la grossesse.

Les préventions tertiaires permettent d'améliorer les conditions et éviter les détériorations d'une personne atteinte d'une déficience intellectuelle. Il s'agit d'un travail sur le milieu pour limiter les conséquences de la pathologie. Les programmes d'éducation et l'intervention spécialisée peuvent être considérées comme de la prévention.

¹¹ JUHEL Jean-Charles (2000), *La déficience intellectuelle, Connaitre, comprendre, intervenir*, Québec, Les Presses de l'Université de Laval Chronique Sociale, p. 110

¹² TASSÉ Marc J. et MORIN Diane (2003), *La déficience intellectuelle*, Québec, Gaëtan Morin, p. 161

¹³ Fonds des Nations unies pour l'enfance

¹⁴ TASSÉ et MORIN (2003), *op. cit.*, p. 36

L'enfant peut naître déficient intellectuel ou le devenir dans les premiers mois de sa vie. Intervenir dès le plus jeune âge engendre des effets positifs sur le développement et l'intégration dans la société du jeune enfant.

Dans la préface de leur manuel portant sur l'intervention précoce, Shonkoff et Meisels définissent l'intervention précoce : « Services multidisciplinaires offerts aux enfants de zéro à cinq ans afin de promouvoir la santé et le bien-être de l'enfant, d'accentuer les compétences émergentes, de réduire au minimum les retards développementaux, de remédier aux incapacités existantes ou émergentes, de prévenir une détérioration fonctionnelle et de promouvoir une adaptation du parentage et, par-dessus tout, du fonctionnement familial». ¹⁵

Les interactions précoces répondent aux besoins de l'enfant mais aussi ceux de la famille. Ceux sont des approches psychodynamiques qui tiennent compte des besoins physiologiques, affectifs et du développement psychomoteur de l'enfant.

En France, les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et les Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) sont des institutions référentes pour l'accompagnement du jeune enfant et de sa famille.

Certaines étapes sont à respecter :

- le dépistage
- le diagnostic
- le traitement
- l'adaptation-réadaptation
- le soutien aux familles
- l'intégration en service de garde
- l'intégration au service préscolaire.

I.3 La qualité du mode de vie et les prises en charges

Ne travaillant qu'avec des adultes déficients intellectuels, j'évoquerai uniquement leur intégration dans la société à partir de l'âge adulte.

¹⁵ SHONKOFF Jack, MEISELS Samuel, cités par TASSÉ Marc J. et MORIN Diane (2003), La déficience intellectuelle, Québec, Gaëtan Morin, p. 161

a) L'intégration dans la vie active

« L'âge adulte, c'est l'âge de l'action. Il faut désormais faire sa vie, devenir autonome, autosuffisant et autodéterminé pour trouver sa place dans la société. »¹⁶ Ainsi, on peut se questionner sur l'adulte présentant une déficience intellectuelle.

Dans notre société actuelle, au lieu d'aider la personne déficiente intellectuelle à trouver sa place, nous avons tendance à rejeter celui qui n'atteint pas nos normes intellectuelles. Ou afin de ne pas les voir souffrir, nous leur créons un programme, un lieu de vie, sans même se préoccuper de leurs propres désirs, sentiments ou opinions.

L'insertion sociale de l'adulte présentant une déficience intellectuelle est difficile. Certains chercheurs développent l'idée que leur caractère « égocentrique » nous éloigne. Effectivement, les personnes déficientes intellectuelles parlent beaucoup d'elles-mêmes, de leur famille, de leurs activités, de leur vie quotidienne. Ce n'est pas parce qu'ils ne s'intéressent pas à nous ou au monde qui les entoure, mais parce que ils sont incapables d'abstraction. Ainsi les conversations politiques, sociales, etc. les dépassent.

Dans la relation, elles recherchent un moyen d'attention, de valorisation et de communication. Les déficients intellectuels sont dans le « tout ou rien ». Quand ils aiment une personne, ils l'aiment sans limite, par contre lorsque qu'ils détestent une personne, ils peuvent la rejeter violemment. Ce manque de mesure dans la relation, ne correspond pas à nos standards de conversations sociales. Ainsi, au début on peut être surpris, mal à l'aise face à leurs réactions. Notre première réponse est la fuite.

Les personnes placées en foyers ou en institutions, font très peu de sorties avec des individus non atteints de déficience intellectuelle. La plupart de leurs amitiés, quand elles sont présentes, sont entre pairs déficients.

Effectivement, il existe plusieurs types d'institutions, foyers où il est possible d'accueillir des patients déficients intellectuels.

Au sein de ces établissements, il n'y a pas vraiment de critère d'âge qui limite l'accès à l'établissement.

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) prononce, selon la situation, l'orientation en établissement médico-social.

- les maisons d'accueil spécialisées (MAS) : reçoivent des personnes adultes atteintes d'une déficience sévère ou polyhandicapés qui n'ont pas pu acquérir un minimum d'autonomie, ils sont donc tributaires de soins constants et d'une surveillance médicale. Trois modalités d'accueil sont possibles : permanent, de jour, temporaire.

¹⁶ JUHEL Jean-Charles (2012), La personne ayant une déficience intellectuelle, Découvrir, comprendre, intervenir, Québec, Les Presses de l'Université de Laval Chronique Sociale, p. 207

- Les foyers d'accueil médicalisés (FAM) : accueillent des adultes handicapés mentalement ou physiquement et dont le handicap rend inapte à tout travail. La présence d'une tierce personne est essentielle pour les actes de la vie quotidienne.
- Les foyers de vie : accueillent des personnes handicapés qui ne sont pas aptes à travailler mais qui ont conservées une certaine autonomie. Des activités conformes à leurs capacités leur sont proposées.
- Foyers d'hébergement : Permettent aux adultes déficients qui travaillent d'être loger et de bénéficier d'un accompagnement psycho-éducatif.
- Les centres d'initiation au travail et aux loisirs (CITL) : accueillent des adultes déficients intellectuels en externat. Ces personnes sont relativement autonomes mais ne peuvent pas travailler. Des activités adaptées à leur handicap sont proposées dans le but de développer leur autonomie.

Il existe aussi des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou médico-sociale (SAMSAH) :

- « les SAVS ont pour mission de permettre à la personne handicapée de maintenir des liens sociaux dans son milieu de vie l'aidant à bénéficier des services de la collectivité.
- Les SAMSAH : proposent les mêmes services que les SAVS pour les personnes travaillant en ESAT la journée ainsi que pour des personnes plus lourdement handicapées et qui nécessitent des soins, par le biais d'un accompagnement thérapeutique. »¹⁷

L'accès au travail demeure très difficile pour les adultes déficients intellectuels. Pourtant, le travail est synonyme d'intégration et d'épanouissement personnel dans nos sociétés. Trois solutions existent pour intégrer les déficients intellectuels dans le monde du travail.

Le milieu protégé est celui des ESAT (établissement et service d'aide par le travail). L'intégration en ESAT ce fait lorsque la CDAPH a constaté que les capacités de travail de la personne ne permettaient pas de travailler dans une entreprise ordinaire ou adaptée. L'âge d'admission est à partir de 18 ans, la personne peut être engagé à temps plein ou partiel selon ses capacités. L'ESAT signe avec cette dernière un contrat de soutien et d'aide par le travail qui établit les droits et les obligations réciproques des signataires. La personne recevra une rémunération fixée en fonction de son activité (variable entre 55% et 110% du SMIC).

Le milieu adapté de travail : les entreprises adaptées sont des unités économiques qui offrent une activité professionnelle adaptée aux capacités de la personne handicapée. Les

¹⁷ <http://www.craif.org/etablissements-et-services-9-58-les-structures-et-services-specialises-pour-les-adultes.html> : définitions de SAVS et SAMSAH, site visité le 11/01/2016

employés possèdent une capacité de travail supérieure par rapport aux travailleurs en ESAT mais inférieur à ceux qui travaillent dans un milieu ordinaire. L'entreprise adaptée, même si elle relève du marché du travail, a une vocation sociale spécifique. 80% des employés doivent être des travailleurs handicapés.

Le milieu ordinaire peut aussi accueillir des personnes atteintes de déficience intellectuelle, même si cela est plus rare. La loi prévoit une obligation d'emploi de travailleurs handicapés à hauteur de 6% de leur effectif total. L'employeur est tenu de mettre en œuvre des aménagements « raisonnables » afin de permettre l'accès au poste.

b) Le vieillissement des personnes ayant une déficience intellectuelle

L'Organisation mondiale de la santé (2002) définit la vieillesse comme le « processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps ». ¹⁸

Le vieillissement est un processus biologique, psychologique, social et culturel.

La difficulté rencontrée par les personnes âgées ayant une déficience intellectuelle est la double stigmatisation qui peut entraîner une marginalisation.

On observe toutefois une augmentation de l'espérance de vie des personnes déficientes intellectuelles qui est de 67 ans pour les hommes et à 70 ans pour les femmes alors qu'elle était de 20 ans pour les hommes et de 15 ans pour les femmes entre 1931 et 1934 par exemple.

Malgré le fait que le vieillissement des personnes ayant une déficience intellectuelle ne diffère pas grandement de celui des personnes « valides », on peut observer quelques divergences.

Ainsi, les déficiences d'origine génétique ou chromosomique entraînent une fatigabilité plus précoce.

En examinant les déficiences, les chercheurs ont remarqué que le vieillissement aggrave les déficiences, accroît les incapacités et augmente le handicap.

Les problèmes de santé mentale sont de quatre à six fois plus présents chez les personnes atteintes de déficience intellectuelle que dans la population en générale. Cela se traduit pas une vulnérabilité psychopathologique. Le vieillissement s'accompagnent de l'aggravation de certains troubles : anxiété, dépression, démence.

Deux hypothèses pourraient expliquer ce phénomène :

¹⁸ JUHEL Jean-Charles (2012), La personne ayant une déficience intellectuelle, Découvrir, comprendre, intervenir, Québec, Les Presses de l'Université de Laval Chronique Sociale, p. 224

Les deuils sont des épreuves difficiles pour les personnes âgées atteintes de déficience intellectuelle car elles ne sont pas en capacité, ou ont des difficultés, pour exprimer ce qui arrive et ce qu'elles ressentent.

Le diagnostic associé à la santé mentale est plus difficile à réaliser, les personnes traduisant souvent en des problèmes de comportement leurs malaises physiques.

Les personnes âgées déficientes intellectuelles n'ont souvent pas pu créer une famille, ni acquérir des biens matériels. En vieillissant leur « patrimoine affectif » est minime. Elles peuvent devenir fragiles ou vulnérables parce que elles se sentent plus démunies.

Ceci renforce l'importance qu'elles puissent vieillir dans un cadre de vie adapté à leurs besoins affectifs et sociaux pour favoriser l'équilibre psychique.

Les personnes âgées ayant une déficience intellectuelle peuvent être hébergées dans les mêmes institutions que les adultes en âge de travailler, si elles correspondent à leurs capacités et leurs attentes.

Accueillir des patients déficients intellectuels au sein des maisons de retraite classique s'inscrit dans la valorisation du rôle social et de l'inclusion à tous les âges de la vie (comme pour les jeunes enfants dans les écoles ou dans les crèches). Il faut néanmoins procéder avec attention car la génération actuelle personnes âgées ayant une déficience intellectuelle n'a pas été intégrée dans le circuit scolaire « classique ». Souvent exclues, moquées et isolées, les personnes déficientes intellectuelles n'ont le plus souvent vécu que dans leur famille, ou dans des foyers spécialisés.

c) La communication et la sexualité

Avant de débiter mon stage au sein du CITL, je ne m'étais jamais questionnée sur la sexualité concernant des patients adultes.

Néanmoins c'est un sujet qu'il faut aborder puisque au sein de l'institution, nous sommes constamment confrontés à cette thématique.

La sexualité est l' « ensemble des comportement relatifs à l'instinct sexuel et à sa satisfaction (liés ou non à la génitalité). »¹⁹

Il est important de rappeler que la personne déficiente intellectuelle a, comme tout autre individu, le droit au développement et à l'épanouissement de sa sexualité.

La personne déficiente intellectuelle a les mêmes besoins d'amour, d'amitié et de passion que l'ensemble de la population. La manière d'y répondre et les règles de séduction peuvent différer. Il est donc nécessaire qu'elle assimile ces règles, ces codes sociaux. Il est possible de

¹⁹ Le Petit Robert (2013), Paris

mettre en place une éducation sexuelle pour permettre à la personne une bonne compréhension de sa sexualité mais aussi le respect de celle des autres.

Au sein du CITL, la psychologue mène un groupe fille et un groupe garçon dont le thème est : vie affective et sexuelle. Ce groupe leur offre la possibilité d'échange sur le thème, mais aussi c'est un espace où la psychologue leur fait comprendre qu'ils ne peuvent pas avoir la même intimité en public qu'en privé.

Evidemment la collaboration des parents et autres membres de la famille s'avère essentielle, cependant ce n'est pas toujours acquis. Certains parents des patients reçus au CITL, n'acceptent pas l'idée que leur enfant puisse avoir une sexualité.

Certaines personnes déficientes intellectuelles peuvent avoir des difficultés à faire la différence entre les comportements à adopter en public et ceux en privé de même qu'entre les parties intimes du corps qui peuvent être montrées en public ou en privé. Le taux d'agressions sexuelles subies par les déficients intellectuels est très élevé, il est donc essentiel de leur apprendre à différencier l'agression d'un acte consentant, aussi de leur enseigner le droit de dire NON.

Au sein de l'institution, la place de la sexualité me questionne. En tant qu'institution de jour, le CITL n'autorise pas les patients à exprimer leur sexualité librement. Assez régulièrement il faut intervenir parce que certaines situations débordent. Il y a également des incidents sur les temps libres.

Ces patients sont souvent dans des foyers et la nuit, dans les chambres, l'envie, la tentation sexuelle peut être plus forte. Ils n'ont apparemment pas le droit de se retrouver dans les chambres, mais alors comment peuvent-ils faire ? De quels espaces disposent-ils pour exprimer cette sexualité consentante, si aucun lieu ne le permet ?

d) Le rôle de la psychomotricité avec des patients déficients intellectuels

Les déficients mentaux ont souvent un développement hétérochrone : « si certaines coordinations motrices sont acquises, d'autres qui devraient être en place depuis longtemps, ne le sont pas »²⁰. Ceci peut être dû à la mutation de certains gènes du développement qui contrôlent le développement et la mise place des organes, mais aussi à l'environnement. En fonction des demandes des parents, certains enfants pourront développer certaines capacités plus que d'autres (exemple : langage et locomotion).

²⁰ ANDRE Pierre, BENAVIDES Thierry, GIROMINI Françoise, Corps & psychiatrie, Paris, Heures de France, 2ème édition révisée et augmentée, 2004, p. 158

Leur construction amène à des comportements pouvant aller de la soumission, aux réactions d'opposition et de forte autorité, qui marque dans tous les cas, une dépendance vis-à-vis de leur entourage.

Les interactions avec l'entourage ou l'environnement plus large témoignent d'une certaine forme incomplète de leur représentation du corps.

L'infantilisme et l'immaturation sont des observations fréquentes concernant les personnes déficientes intellectuelles.

S'installe alors ce que l'on pourrait qualifier de « cercle vicieux » dans le sens où, l'infantilisme se traduit par une diminution des expériences corporelles, renforçant l'incomplétude et de ce fait l'infantilisme même de la personne déficiente. Les attitudes de collages ou de soumissions donnent l'impression qu'ils laissent leur corps à l'autre. Une sorte de délégation de leurs actions et par conséquent de la construction de leur pensée.

Leurs difficultés à avoir une représentation du monde, de soi et de leurs possibilités d'action entraînent une utilisation uniquement fonctionnelle et concrète de leur corps.

Le corps du déficient intellectuel, peut être vécu comme un corps monstrueux, un corps qu'on regarde, qu'on juge.

Les déficients mentaux présentent aussi un trouble du tonus (hypertonie ou hypotonie) qui impacte les praxies. Les praxies sont définies comme « adaptation des mouvements aux buts visés ». ²¹ Ainsi, on pourra observer une maladresse des réponses motrices qui engendrent des conséquences sur les configurations spatio-temporelles accentuant l'atteinte narcissique.

Les notions spatiales sont difficiles à intégrer. L'évaluation des distances, la latéralité sont à travailler en passant, dans un premier temps, par repérer la position de son corps dans l'espace.

L'attention peut être labile. Il est difficile pour eux de retenir une quantité d'images ou de consignes en même temps, la sélectivité de l'information reste difficile à assimiler. Ils peuvent être confrontés à des problèmes de décodage, de classement séquentiel visuel ou auditif. La chronologie des consignes ou des événements peut être travaillée, de même que la planification du geste qui n'est pas toujours acquise.

La reconnaissance et la fonction des symboles restent difficiles à intégrer. Les notions spatiales et symboliques sont la base de l'autonomie, il est nécessaire de travailler avec les patients déficients intellectuels sur les liens entre les formes et les symboles. En préalable un travail sur l'établissement des liens, sur les associations de mots est important.

²¹ Le Petit Robert (2013), Paris

L'intégration du temps est fluctuante, on peut alors proposer un emploi du temps constitué de pictogrammes et s'assurer que le patient le maîtrise et l'intègre. Il est favorable d'éviter les activités non structurées et de modifier la routine quotidienne.

De plus, la mémoire à court terme peut être défaillante chez les personnes déficientes intellectuelles. Il est compliqué de « mettre en mémoire plus de deux unités d'information simultanément. »²²

La répétition permet l'élaboration de solutions et leur mise en place, les patients déficients intellectuels y sont particulièrement sensibles.

Différentes indications thérapeutiques pourront être proposées, uniquement dans un environnement affectif, tolérant, alliant plaisir et différenciation des stimulations.

II. LE GROUPE

II. 1 Concepts théoriques

Au sein du CITL, j'ai créé un groupe fermé « Traces » qui a débuté le 6 janvier 2016. C'est pourquoi je souhaite développer ici la théorie sur le groupe.

a) La définition

À la fin de la Seconde Guerre Mondiale, les institutions soignantes françaises encouragent les prises en charges groupales. À cette époque, la pertinence des prises en charges groupales reste la socialisation, Les soignants doivent faire face à une économie centrée sur les restrictions budgétaires et à une augmentation très forte des individus nécessitant des soins.

Des psychanalystes ont contribué, par leurs travaux, au développement de la psychothérapie psychanalytique de groupe. Wilfred Bion, développe l'idée que le groupe est constitué d'un contenant et d'un contenu. « Si pour un sujet donné le groupe fonctionne comme un contenant, chaque sujet a aussi en lui-même un contenu, (présupposé de base) qui détermine ses émotions »²³. Bion considère le groupe comme une entité à part entière, où les groupes fonctionnent indépendamment des personnalités individuelles qui les constituent.

²² JUHEL Jean-Charles (2012), La personne ayant une déficience intellectuelle, Découvrir, comprendre, intervenir, Québec, Les Presses de l'Université de Laval Chronique Sociale, p. 258

²³ OUCHACOFF Laure (2015), cours d'intervention théorico-clinique, hôpital de la Pitié Salpêtrière, UPMC Paris VI

Didier Anzieu traite le dispositif groupal en lien avec les concepts d'enveloppes psychiques et de Moi-Peau.

En 1976, René Kaës explique que le groupe existe lorsque les individus qui le composent forment un objet-groupe commun.

Le développement de la personne se met en place « entre le pôle individuel et social : le pôle individuel met en scène les désirs personnels dont la réalisation peut être source de conflits avec les autres, de frustration ; le groupe social impose des limites structurantes à la toute-puissance de l'individu ». ²⁴ Le groupe social participe au processus de personnalisation. C'est à dire, le processus par lequel l'individu construit sa personne, son égo parmi les autres. Dès le groupe familial, se développent les interactions et les identifications primaires. C'est au sein de ce groupe que se crée le support de la vie affective et sociale.

Tout au long de sa vie, l'individu est confronté aux « groupes d'appartenances » qui sont l'école, les milieux professionnels, etc. Il affirmera sa personnalité en cherchant à se différencier des autres. A différencier des « groupes de référence », qui sont des groupes auxquels l'individu souhaite se rattacher psychologiquement car il est en accord avec leurs valeurs, leurs représentations, leurs conduites.

D'après Didier Anzieu, le groupe existe dès lors qu'il y a trois participants, néanmoins l'apparition de phénomènes de groupe nécessite la présence d'au moins quatre participants. Il développe, avec Jacques-Yves Martin, une classification de groupes humains selon différents critères : « la structuration, la durée, le nombre d'individus, les relations entre les individus, les effets sur les croyances et les normes, la conscience des buts et les actions communes. » ²⁵

Il existe les groupes primaires qui apportent une expérience primitive et complète d'une unité sociale. Ils sont une expérience de base pour la vie sociale des individus, par exemple le groupe familial. Le groupe primaire vise une certaine intimité entre les membres.

Les groupes restreints correspondent aux groupes créés dans les institutions. Ceux sont des groupes avec peu de participants qui tentent de se constituer en groupe primaire.

Didier Anzieu et Jacques-Yves Martin démontrent que l'objectif principal des groupes institution reste la constitution même du groupe et son maintien. Ces groupes sont artificiellement créés pour atteindre des buts socio ou psychothérapeutiques.

Les groupes secondaires se distinguent des précédents par la dimension numérique. Ils correspondent de plus à un système social à part entière : les établissement de soins, les

²⁴ GIROMINI Françoise, ALBARET Jean-Michel, SCIALOM Philippe (2015), Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2. Méthodes et techniques, Paris, p. 140

²⁵ Ibid, p. 141

écoles. Les rapports entre les individus sont plus formels, il devient difficile de connaître chacun.

Trois concepts peuvent caractériser la pratique de groupe :

- La dynamique de groupe développé par Kurt Lewin. Il décrit le groupe comme une « organisme », où des règles régissent les interactions au sein du groupe. Ces dernières impliquent chaque membre du groupe et créer un processus dynamique d'adaptation.
- L'interaction thérapeutique développé par Jacob Moreno. Le groupe impacte la vie sociale de chaque patient. L'objectif thérapeutique vise la modification des membres du groupe par le groupe lui-même.
- L'enveloppe groupale élaboré par Didier Anzieu. La prise en charge groupale entraîne un espace interne, une temporalité et un imaginaire spécifiques à ce groupe, définit comme un « soi de groupe ». Cette enveloppe groupale engendre l'accès aux enveloppes psychiques individuelles.

b) Le cadre

Le cadre est à la fois physique et psychique. Il apporte une sécurité corporelle mais aussi psychique notamment grâce aux règles, aux limites et aux interdits qu'il impose. Le respect de ces éléments est à prendre en compte pour chacun des participants.

Les conditions physiques du groupe correspondent au lieu, aux horaires, à la durée, aux nombres de participants et de thérapeutes. Ces questions doivent être abordées avant la création du groupe par les thérapeutes impliqués mais aussi la place de ce groupe au sein de l'institution. Il est nécessaire de réfléchir à l'indication groupale et d'en connaître les effets. Effectivement, le groupe engendre des échanges, ce qui peut induire des changements, des modifications du comportement des participants.

Le thérapeute est le garant du cadre, il en assure la fonction contenante. Il a connaissance des objectifs groupaux et des règles imposées au sein du groupe. Il donne sens aux interactions entre les participants, c'est son rôle d'adapter les propositions en fonctions du climat groupal.

René Kaës définit quatre fonctions du cadre :

- contenante : Le cadre contient les objets internes et les processus psychiques qui se déroulent lors de la séance.
- limitante : Le cadre veille à la discrimination entre le Moi et le non-Moi qui assure une distinction entre le dedans et le dehors. Ainsi la constitution d'une intériorité et d'une

extériorité corporelle puis psychique est possible. Ce cadre garantit un espace psychique individuel mais aussi groupal.

- symboligène : Le cadre permet de soutenir le processus de symbolisation.
- Transitionnelle : Le cadre est une frontière, un espace d'échange entre le Moi et le non-Moi.

Le cadre se définit aussi par l'organisation du groupe et sa mise en place (le matériel, le nombre de participants et de thérapeute, le lieu, le temps, la fréquence, les patients, leurs pathologies, leurs états psychiques).

c) Caractéristiques

Il existe deux formes de groupe que l'on retrouve dans les prises en charges groupales : le groupe « ouvert » et le groupe « fermé ». C'est une option que le thérapeute choisit en fonction de ses objectifs de groupe, du projet institutionnel et de la durée du groupe.

Le groupe fermé est un groupe fondé à un moment précis. Le nombre de participants est prédéfini. Ces groupes peuvent se rouvrir pour accueillir un nouveau patient quand un ancien est parti, de façon à maintenir le nombre initial.

Le groupe ouvert quant à lui n'a rien d'immuable, des patients peuvent arriver et partir tout au long de l'année, le nombre de membres n'est pas figé.

II.2 Les fonctions du groupe

a) Son rôle

Anzieu développe l'idée que le groupe induit une enveloppe contenant qui permet aux individus de se sentir portés, accompagnés et qui favorise le lâcher prise. Le sujet va pouvoir, grâce au groupe, s'individualiser et exister pleinement de manière individuelle. Effectivement, le groupe a souvent un impact sur les symptômes du patient que ce soit pour une diminution des symptômes d'inhibition, ou d'agitation motrice, ou encore la place de la verbalisation des sujets au sein du groupe.

D'après Catherine Potel, « Pour certains patients, un travail en individuel les conforte dans une certaine illusion de fusion et de toute puissance ». ²⁶Ainsi, le groupe joue le rôle de tiers, d'espace transitionnel, espace de transition, d'altérité et d'échange pour ces sujets ayant du mal à exister au sein de la relation.

²⁶ POTELE Catherine (2010), Être psychomotricien, Edition érès, Toulouse, p. 382

Le groupe apporte un étayage à la construction du processus de pensée et de l'enveloppe psychique. Les limites temporelles, spatiales, le thérapeute et les participants constituent une enveloppe qui limite le dedans du dehors, et qui favorise les échanges entre les participants mais aussi avec les thérapeutes.

b) Les processus mis en place

Un groupe n'est jamais figé. Chaque participant va réagir en fonction du comportement et des réactions des autres. Le groupe va pouvoir soutenir certains comportements comme en inhiber d'autres.

Ainsi, si un membre du groupe a une modification comportementale, le groupe entier sera impacté. La dynamique groupale sera alors modifiée. On peut remarquer qu'au sein d'un groupe, il y a toujours un meneur, celui que les autres vont suivre. Les modifications comportementales de ce leader auront une influence importante sur le groupe et sa dynamique.

Dans le groupe « Traces », Benjamin endossera plutôt le rôle de leader. Effectivement, ce dernier prend une place importante au sein du groupe, il n'hésite pas à décider pour tout le groupe.

René Kaës décrit le groupe comme une situation de travail psychique constitué de trois espaces : l'espace groupal, l'espace intersubjectif et l'espace du subjectif.

Il décrit sept principes fondamentaux organisés en couples complémentaires et antagonistes :

- Le principe de plaisir/ déplaisir : le groupe se constitue et se maintient en évitant les situations de déplaisir et en recherchant le plaisir (satisfaction des besoins, former un tout, être protégé).
- Le principe d'indifférenciation/différenciation : au début, le groupe se forme sur un fond d'indifférenciation des psychés qui tend vers une différenciation progressive et par crise pour laisser place au bon développement de la vie psychique des sujets.
- Le principe de délimitation dedans/dehors : induit des deux premiers principes, le groupe est défini comme une frontière entre le dedans et le dehors, une limite entre l'espace groupal et l'espace subjectif.
- Le principe d'autosuffisance/interdépendance : préside l'organisation interne du groupe. Le pôle de l'autosuffisance s'appuie sur l'illusion groupale.
- Le principe de contenance/transformation : organise un antagonisme et une complémentarité entre la tendance du groupe à maintenir une tension minimale dans

des moments de conflits ou d'excitation. Il permet aussi de promouvoir la dynamique du groupe lorsqu'elle est nécessaire.

- Le principe de répétition/sublimation : associé à l'hypothèse de la pulsion de mort, il permet de gérer la mise en place d'automatisme dans le groupe pour surmonter les expériences traumatiques qui peuvent traverser le groupe.
- Le principe de la réalité qui s'oppose au couple plaisir/déplaisir. Ce principe n'est possible uniquement si la dimension de respect des lois sociales est un principe organisateur.

c) Les différentes périodes et évolutions possibles

Les groupes ne sont pas figés, ils évoluent. Didier Anzieu décrit trois périodes d'évolution : la période initiale, il y règne un menace de perte d'identité pour les membres du groupe. Certaines angoisses archaïques peuvent apparaître chez les patients. Didier Anzieu y décrit des angoisses de morcellement qui peuvent émerger dues à la peur de l'éclatement du groupe. Le sujet a la sensation que le groupe est menacé de destruction, qu'il est néfaste et sans intérêt pour lui. Ces réactions d'angoisses ont pour conséquences la mise en place de processus défensifs comme le clivage, la projection, l'identification projective et la réparation.

Au sein du groupe « Traces », les premières séances correspondent parfaitement à cette période. Benjamin semble être celui qui a vécu le plus difficilement l'intégration au groupe. Lors des deux premières séances du groupe « Traces », il a souhaité quitter le groupe au milieu. À la fin des séances de groupe, il partait le plus rapidement possible sans qu'un temps d'échange puisse être possible.

- L'illusion groupale, décrit un moment où le climat est euphorique, fusionnel, avec le sentiment d'être un « bon groupe ». Les objets mauvais sont rejetés à l'extérieur. D'après Didier Anzieu, cette phase groupale devient l'Idéal du Moi pour les individus. L'identité de groupe est présente. D. Winnicott le décrit comme un espace transitionnel, faisant le lien entre le psychisme interne de l'individu et celui du groupe.

À partir de la sixième séance du groupe « Traces », un certain climat de détente s'est instauré. Les patients participent volontiers à toutes les activités proposées, ils n'hésitent pas à faire des commentaires sur leurs propres productions. Les tensions qui pouvaient être présentes en début de prise en charge entre Marion et Marc D. se sont apaisées. Même si parfois, ils peuvent avoir des confrontations, ils n'hésitent pas à s'excuser naturellement et

très rapidement. C'est pour ces raisons que j'ai commencé à proposer des productions en travail à deux à partir de la septième séance.

- La période de redifférenciation correspond à la désillusion qui fait suite à l'illusion groupale. Les identifications personnelles vont se réorganiser, il va alors y avoir de nouveau une individualisation des sujets. Les différences entre les sujets sont reconnues mais l'enveloppe groupale reste conservée.

Cette période n'a pas encore émergée au sein du groupe « Traces ».

d) La composition du groupe

Pour constituer un groupe, certains critères sont à prendre en compte. Comme l'énonce Catherine Potel, « il s'agit bien plus de rêver le groupe comme la mère rêve l'enfant à venir. »²⁷

- Des critères d'âge : une fourchette assez large nous donne la souplesse nécessaire pour accueillir des patients en fonction de leur âge psychique et de leurs besoins.

Au sein du groupe « Traces », les patients sont âgés de 29 à 56 ans. Ces patients sont déjà en institution ou en foyer ensemble, ils se connaissent bien et se retrouvent dans d'autres groupes.

- Des critères de nombre : il ne faut pas que les membres du groupe soient trop nombreux.

Dans le groupe « Traces », j'ai décidé de faire un groupe fermé avec quatre patients. Un nombre pair me paraissait essentiel pour faire des propositions en relation duelle.

- Des critères d'indication en fonction des pathologies : il peut y avoir deux hypothèses. Regrouper des patients qui présentent les mêmes symptômes ou au contraire mélanger et diversifier.

Le groupe « Traces » est composé de sujets avec des pathologies diversifiées. Tous ont une déficience intellectuelle moyenne, néanmoins leurs pathologies sont différentes (psychose, suspicion d'autisme, syndrome Willams Beuren et ataxie cérébelleuse). Les patients sont relativement sociables, ils peuvent entrer en communication avec leurs pairs. Leur grande tonicité et leurs angoisses semblent les regrouper.

²⁷ POTELE Catherine (2010), Être psychomotricien, Edition érès, Toulouse, p. 386

II.3 Psychomotricien, un thérapeute

a) Les fonctions du groupe en milieu thérapeutique

- « Le groupe est un dispositif psychosocial :
- c'est un contenant d'angoisses (primaires, archaïques) ;
 - un espace (transitionnel) d'expression ;
 - il offre des possibilités identificatoires nouvelles ». ²⁸

Les fonctions principales des groupes thérapeutiques sont la découverte de soi du sujet, un meilleur contrôle des pulsions qui engendrent la consolidation du Moi, l'apprentissage du fonctionnement des autres et une adaptation au milieu social.

Pour obtenir une illusion groupale, d'après Didier Anzieu, la place du thérapeute est cruciale.

b) Le rôle et la place du thérapeute dans le groupe

La fonction contenante du thérapeute s'appuie sur sa capacité à être proche de l'affect et des émotions du groupe. Ainsi, il place les limites et les interdits de ce dernier pour veiller à la sécurité et au bon déroulement des séances. Il peut reprendre, avec les sujets, les éventuels débordements en leur assignant ainsi une fonction limitante et protectrice contre leurs éventuelles angoisses ou régressions.

Son rôle est aussi de penser au groupe et à ce qui s'y déroule. Il évalue les besoins de travail en fonction des symptômes présentés par les patients.

Avant le début du groupe « Traces », j'ai évalué les quatre patients. Ces bilans psychomoteurs initiaux pourront, ou non, permettre d'évaluer une évolution des patients depuis la prise en charge groupale.

c) Rôle du groupe spécifique à la psychomotricité

Françoise Giromini définit la place du travail en groupe en psychomotricité : « Notre spécificité réside dans l'écoute et l'attention particulière portées aux manifestations psychocorporelles et à leurs significations, d'autant plus riches qu'elles sont mises en évidence et favorisées par les interactions et interrelations au sein du groupe ». ²⁹

²⁸ OUCHACOFF Laure (2015), Prises en charge en groupe, in GIROMINI Françoise, ALBARET Jean-Michel, SCIALOM Philippe, Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2. Méthodes et techniques, Paris, p. 143

²⁹ Ibid. p. 143

Le groupe met en lien le sujet, ses symptômes et son environnement. Ainsi toute participation à un groupe va réactualiser les processus identificatoires et favoriser la compréhension des souffrances du sujet et de son environnement.

Le corps prend place au sein du groupe. Françoise Dolto, explique que « tout contact avec l'autre, [...] est sous-tendu par l'image du corps, car c'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le passé résonne dans la relation présente ». ³⁰

Un schéma corporel sain peut coexister avec une image du corps perturbée. Dans la psychose, on peut y trouver de graves perturbations, où l'image du corps est morcelée. Tout travail sur l'identification, la construction du Moi, l'adaptation à un milieu engendre un travail de l'image du corps.

Le bébé ne naît pas avec un corps d'emblée unifié. Au début, il est difficile pour lui de distinguer son corps de l'extérieur. Entre 6 et 18 mois, le stade du miroir est une expérience que l'enfant réalise. Il expérimente son identification à partir de son reflet projeté dans le miroir. À force de répétition, l'enfant s'approprie son image. C'est un temps essentiel pour la construction narcissique du sujet.

Au sein d'un groupe, les participants s'identifient par étapes aux autres. Ils partagent leurs comportements, leurs émotions et leurs sentiments.

Il est nécessaire que le thérapeute explique aux patients que l'autre n'est pas un miroir fidèle pour éviter des phénomènes de projection et d'identification trop importants.

Didier Anzieu fonde son concept du moi-peau d'après les travaux de Winnicott (handling, holding, object presenting). Grâce aux soins donnés par la mère, la peau est perçue comme une membrane frontière, c'est l'origine de la mise en place de l'image des limites du corps.

Le moi-peau trouve son étayage dans trois fonctions de la peau :

- « sac qui retient à l'intérieur le bon et le plein ;
- surface qui marque la limite avec le dehors, et barrière de protection ;
- lieu et moyen primaire d'échange avec autrui. » ³¹

Le groupe thérapeutique pourrait renvoyer aux mêmes fonctions. Le groupe peut permettre la réappropriation des limites de soi et de l'autre. Le groupe contenant construit une enveloppe qui permet l'apparition des enveloppes psychiques individuelles.

Selon Jacob Moreno, la dimension sociale est l'essentiel de la personnalité. Dans notre société actuelle, l'individu doit appartenir à un groupe pour exister.

³⁰ DOLTO Françoise cité par OUCHACOFF Laure (2015), cours d'intervention théorico-clinique, hôpital de la Pitié Salpêtrière, UPMC Paris VI

³¹ OUCHACOFF Laure (2015), Prises en charge en groupe, in GIROMINI Françoise, ALBARET Jean-Michel, SIALOM Philippe, Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2. Méthodes et techniques, Paris, p. 146

Pour créer un groupe thérapeutique, il faut mettre en place un projet qui permet de soutenir le groupe. Ce projet sera sûrement modifié en fonction de l'évolution du groupe mais aussi de patients.

Pour le groupe « Traces », je souhaitais vérifier l'intérêt pour des patients déficients intellectuels de travailler sur la trace.

III. LA TRACE EMPREINTE, VISIBLE

III.1 Trace et ses différents sens

a) L'anthropologie et la définition de la trace

Le terme trace est utilisé comme un mot valise, au point d'en oublier les significations très diverses. Pour définir la trace, je choisirai cette définition parmi les autres : « 1. Une empreinte ou suite d'empreintes, de marques que laisse le passage d'un être ou un objet. 2. Marque laissée par une action quelconque ». ³²

La trace ne revit que lorsqu'elle est regardée. Elle « comporte toujours cette double polarité d'être active et passive, tout comme elle est absente et présente ». ³³

On peut s'intéresser au regard du créateur sur sa trace, à ce qu'il perçoit, mais aussi à ce qu'il accepte du regard de l'autre sur cette dernière. La trace peut-elle rester privée ou est-elle forcément publique ? La trace n'est pas nécessairement destinée à être vue par une autre personne que son créateur qui doit pourtant accepter que lorsque l'on « trace quelque chose » cette trace peut être vue par d'autres et n'est donc pas forcément intime)

Les traces peuvent impliquer ce qui est du passé. Les vestiges, les ruines, l'art témoignent d'un évènement, d'un climat, d'une activité humaine, d'une culture. « Ces traces ont toujours intéressé les hommes dans la mesure où elles matérialisent ce qui a disparu, lui donnent une image, permettent de se le représenter, de l'étudier, de se souvenir, de commémorer, de montrer une évolution en remontant le temps. » ³⁴

Comme l'énonce Jean Yves Boursier, « la trace est ce qui nous reste ». Effectivement, la trace implique de laisser quelque chose derrière nous. Elle peut être matérielle (archive, objet, dessin, texte), elle peut marquer un territoire (monument) mais elle peut aussi être invisible (trace mnésique).

³² Le Petit Robert (2013), Paris

³³ DU PASQUIER Marie Alice (2012), Corps et symbolisation dans la trace écrite, *Thérapie psychomotrice-et Recherches* N°170, p.76

³⁴ BOURSIER Jean-Yves (2002), « La mémoire comme trace des possibles », *Socio-anthropologie*, Publications de la Sorbonne

Dans « La peau et la trace », David Le Breton, se questionne sur l'engouement contemporain autour des marques du corps (piercing, tatouage) et l'importance des blessures corporelles que s'infligent les jeunes en souffrance. Ce phénomène de laisser une trace sur son corps offre un moyen de donner sens au monde ainsi que de se sentir intégré, avoir une reconnaissance personnelle et sociale.

Aujourd'hui, la plupart de nos actions laisse trace. Tous nos achats ou toutes nos recherches sont conservés, analysés et utilisés. Cette nouvelle obsession de la trace marginalise certains groupes dits « sans-trace » (SDF, sans papier).

La trace est partout et ce depuis l'existence de l'Homme.

b) L'historique de la trace

Avant de pouvoir écrire, les Hommes ont joué avec les traces. Il y a 40 000 ans, l'homme préhistorique commence à graver, peindre. On a retrouvé des traces de l'Homme sur des pierres, des os et par ses créations: poteries, outils. Sans encore pouvoir écrire, nos ancêtres ont cherché à communiquer, transmettre et témoigner. La trace devient figurative par le dessin. L'Homme par la trace a pu témoigner de son environnement physique. Par exemple, en laissant sur une paroi une empreinte corporelle qui peut représenter le prolongement des mains (empreintes des mains à Lascaux). Elle deviendra symbolique quand elle sert à représenter les préoccupations religieuses et par le début de l'alphabet. La préhistoire se termine à la naissance de l'écriture. C'est effectivement à ce moment-là que l'homme va commencer à laisser des traces écrites, c'est une véritable révolution culturelle. La véritable histoire de l'homme, celle qu'il peut raconter, qui témoigne de ses mœurs, sa pensée, ses habitudes, son mode de vie ne peut être véritablement transcrite par la seule écriture, d'autres traces sont nécessaires.

c) La trace écrite

L'écriture est devenue un réel besoin dans nos sociétés hiérarchisées. L'écriture est née il y a 6000 ans en Mésopotamie et en Egypte. Les premières écritures retrouvées dans les temples sont constituées de pictogrammes. Petit à petit, les formes stylisées vont se transformer en écriture cunéiforme. En Egypte, apparaissent les hiéroglyphes. A la même période, c'est le début de l'écriture cursive, qui moins stylisés permet de rédiger plus rapidement des textes.

En continuant de se répandre à travers le monde, en Chine, en Grèce, en Crète, il devient nécessaire d'imposer certains codes à l'écriture: c'est l'invention de l'alphabet.

Aujourd'hui, la trace écrite prend une place considérable. C'est un moyen de communication qui semble acquis par tous. Qu'en est-il de ceux qui n'ont pas accès à l'écriture ou la lecture. Je pense à Marc G. et Marion, qui forcément par cette incapacité, sont encore plus marginalisés dans notre société.

d) La trace mnésique

Comme je l'ai énoncé précédemment, la trace n'est pas forcément visible. Les actions réalisées laissent une trace dans notre mémoire, trace qu'il est parfois possible d'oublier. Sigmund Freud développera le concept du refoulement. Au sein du groupe « Traces », les propositions ne visent pas directement un travail sur la trace mnésique, mais il était nécessaire de développer ce propos puisqu'elle est quasiment inévitable.

La trace mnésique est un « terme utilisé par Freud tout au long de son œuvre pour désigner la façon dont les événements s'inscrivent dans la mémoire. Les traces mnésiques sont déposées, selon Freud, dans différents systèmes ; elles subsistent de façon permanente mais ne sont réactivées qu'une fois investies ». ³⁵

Les traces s'inscrivent dans notre mémoire, par des explorations sensorielles, il est possible de « retracer » le moment. Par exemple, Marcel Proust raconte l'odeur de la madeleine trempée dans le thé qui lui rappelle des souvenirs d'enfance.

e) Qu'est-ce que le dessin ?

« Représentation ou suggestion des objets sur une surface, à l'aide de moyens graphiques », ³⁶ le dessin est une trace, un moyen d'expression.

Annie Anzieu le décrit comme « un niveau intermédiaire entre le jeu et la parole. » ³⁷

Au début l'enfant tient le crayon comme un objet quelconque, la prise est palmaire. Il est alors dans un gribouillage, souvent circulaire, qu'il réalise sans forcément y associer le regard. Puis, l'œil va suivre le déplacement et peu à peu la trace, c'est le début des traits-traces. L'enfant est donc capable d'établir un lien entre le geste et la trace. Il s'agit alors de « faire trace », de laisser son empreinte sur la feuille. L'enfant est principalement dans un plaisir sensori-moteur. Lorsque l'enfant parvient à arrêter son mouvement, le maîtriser, les premières formes apparaissent.

Les différents stades d'évolution du dessin selon Georges-Henri Luquet:

³⁵ http://psycha.ru/fr/dictionnaires/laplanche_et_pontalis/voc317.html : définition de trace mnésique selon Freud

³⁶ Le Petit Robert (2013), Paris

³⁷ ANZIEU Annie (2008), Le travail du dessin en psychothérapie de l'enfant Dunod, Paris, p.1

Pour l'enfant le dessin a généralement pour but de représenter quelque chose. C'est à ce sujet que Luquet développe sa théorie basée sur le réalisme.

- la phase de gribouillage (1 à 3 ans) : les tracés n'ont pas signification
- le réalisme fortuit : pour l'enfant, au départ, le dessin est uniquement pour tracer des lignes et non un tracé pour faire une image. Généralement, l'enfant dessine dans une imitation de ce que fait l'adulte, mais cela peut aussi venir lorsque l'enfant en promenant un objet sur une surface voit apparaître des traces. Après un certain temps, l'enfant comprend que ce sont ses propres traces provoquées par son mouvement. Il va alors tenter de renouveler l'expérience, les tracés deviennent intentionnels. Quand l'enfant se rend compte que son tracé ressemble à peu près à un objet réel, il va considérer son tracé comme une représentation de l'objet. A ce stade, l'enfant ne dessine pas optionnellement un objet. L'enfant a conscience des imperfections de son dessin, il est alors amené à rajouter des détails, ainsi il commence à dessiner intentionnellement.
- Le réalisme manqué : l'enfant souhaite être réaliste lorsqu'il a l'intention de représenter quelque chose. Néanmoins, il n'y parvient pas la plupart du temps. Luquet parle de réalisme manqué. L'enfant est confronté à plusieurs obstacles. La maîtrise de l'outil scripteur reste encore difficile, cela impacte la réalisation du dessin. De plus, l'attention de l'enfant s'épuise vite, il doit se concentrer sur ce qu'il veut représenter mais aussi sur ses propres mouvements.
- Le réalisme intellectuel : Une fois ces obstacles surmontés, rien n'empêche l'enfant d'être réaliste. L'enfant souhaite rendre son dessin identifiable par autrui. Ainsi, il va tenir compte des informations perceptives. Par exemple, il pourra dessiner une maison avec l'intérieur par transparence pour faciliter la compréhension.
- L'évolution vers le réalisme visuel : c'est par un souci de synthèse que l'enfant va abandonner ce réalisme intellectuel pour arriver au réalisme visuel. En effet en voulant représenter à tout prix toutes les parties d'un objet, l'enfant est obligé de négliger les relations entre les éléments. Il reste difficile pour l'enfant de dessiner directement ce qu'il voit, il va donc imaginer la chose. Ainsi la perspective est souvent fautive. La pratique du dessin permettra de limiter les erreurs de perceptives.

Le dessin a différentes valeurs nécessaires au développement du sujet :

- communicative : l'individu laisse sa trace, son témoignage de ses affects du moment.
- Expressive : le geste graphique nous renseigne sur l'état tonico-émotionnel de la personne. Les couleurs, l'agencement des traits entre eux, l'utilisation de l'espace de

la feuille, la dimension projective du dessin nous renseignent sur la personnalité du dessinateur.

- Symbolique et narrative : les choix des objets, des couleurs, des thèmes nous fournissent des informations sur ce que veut dire le sujet.

Au CITL, j'ai pu observer à plusieurs reprises, que les patients étaient particulièrement intéressés par le dessin. Avant de débiter le groupe « Traces », j'ai proposé à certains patients pendant des moments de pause des propositions sur la trace. Ils s'investissaient grandement dans ces dernières en verbalisant, « j'adore dessiner ». Petit à petit, le nombre d'adulte se joignant à la table a augmenté. Tous me demandaient des crayons et des feuilles pour dessiner. C'était un vrai moment d'échange, des patients plutôt introvertis ont pu verbaliser leur production. Ils pouvaient porter un regard aux productions des autres.

Les quatre patients qui participent au groupe « Traces » sont très attachés au dessin. Marc G. peut me dire le matin, quand je lui rappelle qu'on a groupe à 15h15, « ah oui, on va venir faire des dessins et tout ça ».

La verbalisation des ressentis reste extrêmement difficile au sein de ce groupe, ainsi j'utilise le dessin comme médiation à la verbalisation en fin de séance.

f) Définition de l'écriture (marque la trace de l'absence de l'autre)

L'écriture est probablement la trace empreinte qu'on laisse le plus. En l'absence de l'autre, l'écriture est le moyen principal de communication.

La définition est la suivante : 1. « Représentation graphique de la parole et de la pensée par des signes graphiques conventionnels destinés à durer ». 2. « Manière de s'exprimer par écrit ».³⁸

La visibilité de la trace et la transmission du message sont souvent fait une fois la trace terminée. Ainsi, cela introduit la notion de l'absence. Contrairement à la verbalisation, l'écrit se livre et se reçoit dans la durée. L'écrit est généralement destiné à quelqu'un qui n'est pas là au moment où on trace, sinon on aurait tendance à favoriser le langage parlé. De même lorsque le message est reçu, c'est souvent en l'absence du messager. « L'écriture, dit Freud, était à l'origine le 'langage' de l'absent ».³⁹ Ainsi, la représentation de l'autre et de soi présente dans l'écriture renvoie à la différenciation sujet-objet sous tendu par la représentation de l'absence.

³⁸ Le Petit Robert (2013), Paris

³⁹ FREUD Sigmund, cite par DU PASQUIER Marie Alice (2012), L'écriture, entre corps et psyché un langage qui se trace, *Thérapie psychomotrice-et Recherches* N°169, Strasbourg, p.9

La notion de regard questionne aussi sur les ressentis du sujet face aux autres. Par le regard sur sa trace, une dimension narcissique est introduite dans le corps du sujet qui se livre dans la trace. Une autre dimension s'introduit par le canal visuel, auquel peut s'y ajouter le canal oral. Le tracé prend sens par le mot.

Au cours de l'évolution de l'enfant, l'écriture de ce dernier va évoluer. Les lettres finissent par s'automatiser et deviennent l'œuvre de la main. Ainsi le corps psychique s'introduit progressivement dans l'écriture. Le langage écrit est alors intériorisé, c'est le langage intérieur porté par la main.

III. 2 La trace en psychomotricité

a) Inscription de sa présence

Laisser sa trace est primordiale dans le développement de l'être humain. La trace permet de prendre conscience qu'on peut laisser une marque de nous, une inscription de notre présence. La trace est identitaire et « narcissisante ». Par la trace, on se sent exister. Elle est la marque de notre corps.

Bernard Aucouturier et André Lapière développe ce concept, « c'est pour nous une activité symbolique très importante ; c'est ce que nous appelons 'laisser sa trace', une trace de sa présence, une trace qui symbolise cette présence et la pérennise. C'est là la base affective profonde, inconsciente, de toutes les activités d'expression plastique ». ⁴⁰ En effet, la signature que nous laissons représente une trace de soi, elle nous est unique. C'est grâce à une signature que nous pouvons être identifié dans les institutions, c'est un témoin de notre présence.

La trace permet de s'inscrire dans le temps et d'exister face à l'angoisse de mort. En effet, il y a un « avant », un « pendant » et un « après » la trace. Ainsi, la trace donne un repère temporel au sujet.

« L'angoisse du temps qui s'écoule est liée à l'angoisse de mort. L'action motrice disparaît ; elle 'meurt' sans laisser de trace. La création, à l'aide d'un support est un moyen de dépassement de l'angoisse de mort. » ⁴¹ Le besoin de laisser trace de sa présence, de son action est spécifiquement humain. Continuer d'exister symboliquement en-dehors de son corps, en-dehors du présent. Des grottes de Lascaux, aux graffitis, en passant par les œuvres littéraires, l'homme a besoin de tracer pour dépasser l'angoisse de disparaître.

Comme énoncé précédemment, l'angoisse de mort est très prégnante chez les personnes déficientes intellectuelles. Pour eux, la trace est un processus identitaire et « narcissisant ».

⁴⁰ AUCOUTURIER Bernard et LAPIERRE André (1977), *Bruno, psychomotricité et thérapie*, Delachaux & Niestle, Paris, p.73/74

⁴¹ AUCOUTURIER Bernard et LAPIERRE André (1975), *La symbolique du mouvement*, épi, Paris, p.108

Souvent, il me demande de garder leur production comme pour garder une preuve de leur existence.

b) Lien entre le tonus et la trace

Le mot tonus vient du grec « tonos » qui signifie tension. Pour le définir, je reprendrais la définition de Marianne Jover, « état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation des nerfs moteurs. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et ne génère ni mouvement, ni déplacement. Le tonus maintient les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales ». ⁴²

Par la trace, nous pouvons observer des troubles de régulation tonique. Certains patients appuieront de manière trop légère ou, au contraire, excessive.

Le tonus donne la tonalité du geste, c'est l'histoire psycho-affective du sujet qui s'inscrit dans la trace. Comme énoncé précédemment, la qualité du tracé est prise en directe avec les émotions.

c) Lien entre l'axe corporel, le corps et la trace

Le mouvement prend origine à la médiane du corps, il est un lieu organisateur du mouvement. Bullinger le définit comme « point d'appui représentatif qui constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales. Il fait de l'organisme un lieu habité » ⁴³

L'axe corporel est le lieu des orifices, tout le système digestif est dans l'axe. C'est le premier rapport au monde, c'est par là qu'on va se construire. C'est le premier axe organisateur entre le dedans et le dehors, la vie digestive et le développement neuro moteur du sujet. L'axe corporel se consolide par le dialogue tonique, c'est le premier lieu de communication entre l'enfant et la mère, buste contre buste. Les personnes déficientes intellectuelles présentent des difficultés dans la construction de leurs représentations. Les premières étapes sont entravées : les représentations spatiales et le schéma corporel. Travailler sur l'intégration de l'axe me paraît alors primordial pour consolider leur présence au monde.

Au cours des propositions, le sujet découvre la direction, le temps, la structuration de l'espace, les effets de plan, la différente force des tracés. Au niveau corporel, il ressentira

⁴² JOVER Marianne, *Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture du jeune enfant*, J. Rivière Le développement psychomoteur du jeune enfant, p.49

⁴³ BULLINGER André (1998), *La genèse de l'axe corporel, quelques repères*, Enfance, p.27-35

d'autant mieux ses équilibres toniques, ses coordinations, ses rythmes graphiques, et sa tenue du scripteur.

Par les traces, il est possible de travailler l'instauration de l'axe corporel et les troubles de la structuration spatiale. En proposant des activités sollicitant les deux mains, puis une main après l'autre, avec un travail de retour au centre.

Au sein du groupe « Traces », j'ai proposé la création d'un feu artificiel. Pouvoir partir du centre de la feuille, réaliser les éclats du feu d'artifice et pouvoir revenir au centre. Cette thérapie, en parallèle d'un travail corporel (toucher son axe par des percussions par exemple), permet d'intégrer son axe corporel.

d) Lien entre la trace et la relation

Comme je l'ai énoncé précédemment, tracer implique forcément le regard. Soit le regard de celui qui a tracé ou le regard d'un autre. La trace laissée peut être le témoin de la relation avec l'autre. La qualité du tracé est en lien direct avec les émotions. Si la personne est énervée, sa trace sera différente de celle réalisée en étant triste. La trace peut être un outil à la verbalisation. «Le psychomotricien stimule et questionne la production commune dans son organisation et sa structuration spatiale et temporelle. Il cherche à développer le sens et la précession de l'expression ». ⁴⁴ Par exemple, quand le langage verbal est difficile, on peut proposer au sujet de s'exprimer en traçant.

Par la trace, il est possible de faire un travail à deux. Une construction et une élaboration peuvent être possibles par la trace alors que la par le jeu elles ne le sont pas.

e) Lien entre trace et symbolisation

« Dans les tout premiers tracés de l'enfant où domine pour lui un plaisir sensori-moteur, le rond qu'il trace fortuitement devient aux yeux d'un entourage, une image : un ballon, un soleil ou un bonhomme ». ⁴⁵ En s'appuyant sur l'action symbolique de l'autre, l'enfant s'engage sur la voie de la symbolisation.

Les processus de symbolisation permettront l'accès à l'écriture.

⁴⁴ de DIEULEVEUT Marie-Alix, (2015), Expression graphomotrice, in GIROMINI Françoise, ALBARET Jean Michel, SCIALOM Philippe, Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2. Méthodes et techniques, Paris, p. 454
⁴⁵ DU PASQUIER Marie Alice (2012), L'écriture, entre corps et psyché un langage qui se trace, *Thérapie psychomotrice-et Recherches* N°169, Strasbourg, p.8

CLINIQUE

I. LE CENTRE D'INTIATION AU TRAVAIL ET AUX LOISIRS (CITL)

I.1 L'institution

a) Définition

Les CITL sont des lieux d'accueil à la journée des adultes handicapés inaptes au travail qui proposent des activités aussi bien manuelles que physiques sous forme d'ateliers. L'objectif est de donner aux personnes accueillies un cadre de vie, un accompagnement, un environnement humain qui favorisent leur développement, leur épanouissement et leur insertion dans la société.

L'institution accueille les patients à partir de vingt ans. Il est en lien avec deux foyers d'hébergement, où la majorité des patients y résident. Ainsi, les patients se connaissent bien, ils sont amenés à faire d'autres activités ensemble et vivent souvent dans le même foyer.

Les CITL permettent une expression et une valorisation des potentialités de chaque patient et une ouverture à la vie sociale. Il est important que chaque individu prenne pleinement conscience de son existence en tant qu'individu à part entière.

Comme je l'ai énoncé précédemment, les personnes handicapées restent souvent au sein des foyers, ainsi la rencontre avec d'autres personnes non handicapées se fait rare. Pour pallier à ce manque, le CITL, où j'effectue mon stage, propose des sorties dans des musées ou au théâtre. Des associations d'enfants ou d'adultes viennent au centre pour avoir des moments d'échanges. Malheureusement, ces temps restent relativement brefs et le contact n'est pas toujours facile.

b) Nombre de patients et les pathologies

Le CITL accueille cinquante patients. Les pathologies sont diverses (autismes, psychotiques, trisomies, pathologies rares) mais elles ont toutes en commun la déficience intellectuelle.

Pour intégrer au mieux les nouveaux patients au sein du groupe, ces derniers viennent réaliser trois stages de deux semaines pour qu'ils puissent découvrir le centre. Après ces

différents stages d'insertion, l'administration s'entretient avec le patient, la famille et les responsables de son ancien centre pour savoir si l'insertion dans le CITL est possible.

c) L'organisation hiérarchique et les professionnels

Le CITL est constitué d'une directrice, d'une secrétaire, d'un comptable, d'un professeur spécialisé, d'une psychologue, de deux psychomotriciennes, d'un professeur de musique, d'un professeur de sport spécialisé et de 5 éducateurs spécialisés.

Chaque professionnel propose des activités fixes qui sont affichées sur l'emploi du temps. Chaque jour de la semaine a un programme bien précis, où les patients sont inscrits selon leurs demandes ou leurs besoins. L'emploi du temps est affiché dans l'espace de vie, les patients peuvent s'y référer s'ils ont besoin. Certains sont indépendants et connaissent bien leurs activités, néanmoins la majorité nécessite une aide pour se repérer dans la journée.

Les activités sont très variées et souvent manuelles : poterie, couture, macramé, bijoux, musique, sport collectif, rencontre avec les animaux de la SPA, mime, relaxation, etc.

La psychologue et les psychomotriciennes peuvent proposer quelques séances individuelles, néanmoins les sujets sont majoritairement en groupe. Pourtant, les patients en sont très demandeurs. Je me questionne sur le manque de relation duelle. Les pathologies sont tellement diverses qu'il pourrait être intéressant de proposer des prises en charges en individuel pour travailler spécifiquement les troubles du patient.

I.2 Psychomotricité

a) Sa place

D'après le décret de compétences⁴⁶, la psychomotricité a toute sa place avec les patients déficients intellectuels. La légitimité du travail ne doit pas être acquise au sein d'une institution. Comme l'énonce Agnès Adeline et Philippe Scialom, le psychomotricien doit toujours connaître son décret de compétences et ne pas hésiter à s'y référer pour prendre place au sein de l'institution. Pour ne pas se perdre dans le mouvement de l'institution, le psychomotricien doit tenir fermement son cadre et affirmer sa légitimité. « S'il n'y prend pas garde, à certains fonctionnements institutionnels qui transforment peu à peu, et de manière insidieuse, des approches thérapeutiques en activités défensives et/ou occupationnelles, parce que non pensées, non cadrées, non reconnues, etc. »⁴⁷

⁴⁶ Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice

⁴⁷ ADELIN Agnès, SCIALOM Philippe (2015), Institutions in GIROMINI Françoise, ALBARET Jean-Michel, SCIALOM Philippe, Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2. Méthodes et techniques, Paris, p. 163

À la fin de l'année, les productions des patients réalisées pendant l'année seront vendues. L'argent de cette vente reviendra aux patients de manière équitable.

Cette belle idée, me questionne sur le besoin quasi-constant de faire quelque chose de « beau ». Ainsi, la psychomotricité peut perdre sa valeur ré-éducative ou thérapeutique décrite dans le décret de compétences.

b) Ma place de stagiaire

L'institution est une enveloppe, un soutien pour le stagiaire. Il est porté par les soignants qui lui transmettent leur savoir faire.

Ne trouvant pas vraiment ma place dans les ateliers de l'après-midi, j'ai eu l'envie de proposer mon propre groupe. En réunion de synthèse j'ai énoncé mon idée et mes objectifs de groupe, l'équipe des soignants m'a rapidement fait confiance et m'a laissé constituer mon groupe.

Avec l'aide de ma maître de mémoire, j'ai construit mon projet de groupe : « Traces ».

Le patient « doit utiliser le psychomotricien comme premier support relationnel, générateur dans les interactions de traces mnésiques mais aussi affectives. »⁴⁸ C'est à partir de la relation avec le thérapeute que tout s'organise le groupe et la relation. La difficulté est que je ne suis pas encore une thérapeute, mais une stagiaire de troisième année. Me retrouvée seule avec quatre patients m'a forcément grandement questionné sur la place que je devais prendre au sein du groupe.

Étant à l'initiative du groupe et la garante du cadre, j'ai essayé de jouer, au mieux, mon rôle de contenance et de soutien des interactions.

Dans certaines situations je me suis retrouvée face à des difficultés qu'il a fallu gérer au mieux sans avoir de réel soutien au sein de l'institution. Particulièrement face au maintien du cadre. En plus de sa lourde pathologie, Marion est une femme qui peut présenter une certaine labilité de l'humeur. Pendant les premiers mois de la prise en charge, Marion a été sujette à de fortes allergies qui lui procuraient des boutons sur tout le corps. Démangée par ses boutons. Soumise à de fortes démangeaisons, elle dormait mal la nuit et souffrait énormément. Ainsi, il est arrivé à plusieurs reprises que Marion refuse de réaliser une partie des productions ou tout simplement refuse de venir dans le groupe. Ayant remarqué que l'obliger à réaliser la proposition, aggravait la situation. J'ai eu des difficultés à trouver des solutions pour faire face à ses refus. Doit-on imposer aux patients de venir ou de réaliser

⁴⁸ GATECEL Anne, MASSOUTRE-DENIS Béatrice, GIROMINI Françoise, MOYANO Olivier, SCIALOM Philippe, CORRAZE Jacques (2015), La relation en psychomotricité in SCIALOM Philippe, GIROMI Françoise, ALBARET Jean-Michel, *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 1. Concepts fondamentaux*, de boeck solal, Paris, p. 333

ce qu'on propose ? Peut-être par peur de la contrarier d'avantage, je n'ai jamais forcé Marion à adhérer aux propositions. J'ai toujours insisté, parfois avec l'aide de mes collègues, pour qu'elle vienne en séance, mais une fois dans la salle, je tolérais son refus. Avec l'idée que même si elle ne participe pas, Marion est intégrée dans le groupe et peut prendre connaissance de ce que nous faisons. Il est arrivé que par le rire, ou en allant doucement, elle puisse suivre les propositions. Il faut admettre que certaines propositions pouvaient mettre à mal Marion, par rapport à sa pathologie. Néanmoins, on peut observer qu'elle tente de participer aux propositions et s'adapte aux consignes.

Benjamin m'a mis également quelquefois en difficultés. Dans ses moments de fortes angoisses, il pouvait interrompre le groupe et demander « se planter un couteau dans la gorge c'est grave ? » Inévitablement ces commentaires suscitaient la réaction des autres. Jacques a pu dire « Ohlala c'est dangereux ça ! ». Face à ces situations assez récurrentes, je tente de trouver les mots pour rassurer Benjamin et pour lui expliquer que c'est dangereux. Mon autre réaction a été de prévenir le directeur de l'institution pour qu'il puisse prêter une attention particulière à Benjamin.

Tous ces incidents rencontrés témoignent de la difficulté d'être seule stagiaire parmi ce vaste groupe de pathologies qui est celui de la déficience intellectuelle adulte.

Cette expérience du groupe a su me faire grandir, murir et surtout m'a énormément appris. Comme le dit Piaget, « la pensée naît de l'action »⁴⁹, c'est en essayant, en se trompant et en recommençant que l'on grandit et que l'on se développe intellectuellement.

II. CREATION DU GROUPE : TRACES

II.1 Les objectifs thérapeutiques à la création du groupe

Ces hypothèses et objectifs sont mon premier postulat, ils évolueront tout au long de la prise en charge. Je reprendrai les modifications au sein de la discussion.

⁴⁹ WOOD Chantal, TEISSEYRE Laurence, CUNIN-ROY Cécile (2004), Développement cognitif de l'enfant et douleur, Approche de l'enfant malade et/ou douloureux selon son développement cognitif, CNRD - Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur

a) Les hypothèses émises

- La trace pourrait permettre une meilleure inscription au groupe.
- Le travail autour de la trace peut permettre une meilleure distinction des limites de soi.
- La trace permet d'améliorer les capacités d'orientation et de repérage spatial

b) Objectifs autour de la dynamique groupale

Il était important de pouvoir se questionner sur l'intérêt du groupe avec les patients choisis.

Mes objectifs étaient les suivants :

- Favoriser la créativité et l'individuation au sein du groupe
- Favoriser et développer les liens au sein du groupe à travers le plaisir
- Développer une meilleure capacité à prendre la parole en groupe et pouvoir attendre son tour
- Rituels de groupe permettant une contenance

c) Objectifs psychomoteurs

- Développer l'intégration du schéma corporel, de la latéralité et de l'axe corporel
- Travail sur le tonus
- Travail de la verbalisation des éprouvés par des temps de parole

II. 2 Le choix des patients

a) Le choix

Comme nous l'avons vu précédemment, un groupe existe à partir de trois participants. Sachant que j'étais seule, je ne souhaitais pas travailler avec un trop grand nombre de patients. Néanmoins, il était nécessaire d'être un nombre pair pour pouvoir travailler en groupe, en duel ou en solitaire.

La politique du CITL veut que les patients soient volontaires à l'intégration du groupe. J'ai donc pris la décision de travailler avec des patients que je connaissais déjà bien. Trois de mes patients sont présents à l'atelier temps que je co-anime le matin. Avec le quatrième, nous avons eu l'occasion de se rencontrer au début de l'année, la relation s'est vite installée. Ces quatre patients ont une particularité en commun : ils aiment particulièrement dessiner, tracer. Ils ont tous une déficience intellectuelle modérés mais l'accès au langage et à la compréhension des consignes se fait sans grande difficulté.

La majorité des patients du CITL reste masculine, je souhaitais avoir un groupe mixte pour travailler aussi les échanges et les limites avec les personnes de sexe opposé.

Certes leurs pathologies et leurs âges sont très différents, mais ils apportent aussi une richesse au niveau de la diversité des productions et des verbalisations.

b) Les patients

Benjamin a vingt-neuf ans, il est au CITL depuis deux ans. Dans son dossier, il n'y a aucune information spécifique concernant la nature de son handicap. Un trouble autistique a été questionné mais aucun diagnostic précis n'a été posé. Benjamin vit au foyer et se rend chez ses parents un weekend sur deux. Il est bien intégré dans l'institution, il connaît parfaitement son emploi du temps et le lieu. Benjamin se laisse facilement débordé par des pulsions sexuelles qui entravent ses relations avec ses pairs. Les codes sociaux ne sont pas acquis, Benjamin est très anxieux et se sent constamment persécuté. Les angoisses de persécution témoignent d'une fonction contenante fragile. On peut alors penser que l'identification à l'autre s'est établi sur un mode spéculaire. Il y a eu une identification mal approfondie, restant de surface.

Il peut avoir des réactions tonico-émotionnelles et neurovégétatives importantes telles que des sudations, tremblement, rougeur, hypertonie. Il a un bon contact avec les professionnels, lorsqu'il a un problème, il en parle spontanément et ne le garde pas pour lui. Il évacue par le dialogue des angoisses dues à une situation, une altercation vécue. Benjamin répète facilement en écholalies les remarques des intervenants, il parle souvent de lui à la troisième personne.

Il a de bonnes capacités cognitives, une bonne mémoire et un vocabulaire riche.

Jacques a cinquante six ans, il est au CITL depuis quinze ans. Il porte des lunettes et un appareil auditif. Jacques est atteint du syndrome Williams Beuren, d'un diabète de type 2 et il fait de l'hypertension artérielle pour lequel il est traité. Il vit au foyer depuis 2012 suite au décès de sa mère.

Le syndrome Williams Beuren est une maladie génétique rare touchant le chromosome sept, non visible au caryotype standard. Cette anomalie du développement associe malformation cardiaque, retard psychomoteur, dysmorphie du visage et un profil cognitif et comportemental spécifique. Le profil cognitif est dominé par un défaut des repères visuospatiaux contrastant avec un langage correct. Ils ont un comportement de type hypersocial, allant facilement vers les autres. Ils présentent une hypersensibilité au bruit et des dispositions pour la musique. Jacques a énormément de stéréotypies de balancement

pour répondre à un sentiment de vide. Jacques ne présente aucune trouble pour se repérer dans l'institution ou dans son emploi du temps. Il a encore des difficultés à travailler seul, il peut rester un certain temps sans rien faire enfermé dans ses stéréotypies. La prise d'initiative reste encore compliquée.

Jacques peut mélanger quelques mots ou phrases, souvent il connaît l'information mais il présente un défaut de récupération.

Il sait lire et écrire même si la compréhension écrite n'est pas réellement acquise.

Thomas a cinquante trois ans, il est CITL depuis neuf ans. Thomas a un retard mental associé à un trouble de la personnalité pour lequel il est traité. D'après le DSV-IV, un trouble de personnalité est l'ensemble de ces comportements, ou de ces traits, responsables soit d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel, soit une souffrance subjective. Thomas est sous traitement depuis deux ans, ses troubles du comportement ont majoritairement disparu.

Thomas présente quelques stéréotypies de langage, certains mots peuvent entraver son discours. Il peut avoir des moments d'absence pendant lesquels il a tendance à se faire oublier. Il est en recherche constante d'approbation du professionnel et peut utiliser des phrases toutes faites pour décrire ses émotions.

Il a des champs de prédilection assez restreints : les supers-héros, les félins et les années 60.

Marion a quarante deux ans, elle est au CITL depuis vingt trois ans. C'est une femme coquette, féminine qui fait attention à son image.

Elle est atteinte d'une ataxie cérébelleuse due à une lésion du cervelet qui entraîne un manque de coordination des mouvements volontaires et non d'une déficience des muscles. Cette pathologie provoque des troubles de l'équilibre de la marche avec un agrandissement du polygone de sustentation. Marion présente de grandes difficultés à contrôler ses gestes, lui exigeant toute son énergie. Elle se fatigue très vite et peut être en opposition lorsqu'on la dérange ou lorsqu'elle est en difficulté. Son expression verbale n'est pas toujours compréhensive mais elle fait des efforts. C'est une femme sociale avec les autres patients et l'équipe dont elle accepte et comprend l'autorité. Malgré ses difficultés motrices, elle est volontaire pour se déplacer et participer. Elle peut parfois pousser son corps au-delà de ses limites. Elle a besoin d'être encouragée et est fière de montrer son travail aux intervenants ou à son père qui prend une place importante dans sa vie.

c) Difficultés rencontrées de par l'institution

Une institution a forcément une vie institutionnelle qui est essentielle pour le bon développement des patients mais aussi des professionnels.

Au CITL, les patients sont présents toute la journée, de ce fait, certains évènements (synthèses, anniversaires, fêtes de fin d'année) peuvent durer plus longtemps que prévu et entraver ou raccourcir les prises en charges groupales.

À plusieurs reprises, pendant le groupe, des patients ont dû partir pour des rendez-vous médicaux sans que je sois prévenue. Sachant que la majorité des patients vivent aux foyers et sont la journée au CITL, les rendez-vous extérieurs sont forcément pris pendant la journée.

La salle fermée que j'utilise pour faire mon groupe peut éventuellement servir de salle de réunion. Il est donc arrivé que la salle ne soit pas disponible, nous avons dû trouver une place dans l'espace ouvert du CITL. Forcément ces changements ont un impact sur les patients. Ils me questionnent, s'inquiètent. Dans l'espace ouvert, les patients sont distraits par les groupes d'à côté, leur attention est plus labile. N'ayant aucun espace pour accrocher les feuilles au mur, nous devons travailler sur table.

II.3 Les bilans

a) Le choix des bilans

Avant la prise en charge groupale, j'ai fait passer un bilan psychomoteur individuel aux quatre patients. J'ai réalisé six tests :

- le dessin du bonhomme de Florence Goodenough. Le dessin est une activité d'expression à valeur projective qui permet au sujet de communiquer, et à la valeur symbolique par la signification donnée aux traits de son dessin. Ce test évalue la connaissance du schéma corporel, le niveau mental et le niveau graphique de l'individu. La cotation se fait selon 51 critères présents ou absents.
- Test des somatognosies de Bergès. Le sujet doit montrer sur ou nommer trente-quatre parties du corps. Le test évalue la connaissance du schéma corporel.
- Test de la latéralité innée de Bergès. Debout, le sujet doit réaliser des mouvements dictés sur consignes. Ce test évalue la dominance latérale, l'organisation gestuelle et praxique.
- Evaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG) de Laurence Vaivre-Douret. Il faut réaliser sur imitation dix mouvements des mains et seize mouvements des doigts. Ce test évalue les praxies, la dextérité manuelle, la maturation neuro-motrice, la perception, l'organisation spatiales, la dominance manuelle, la latéralité et le schéma corporel. La cotation se fait selon la réussite ou non de l'imitation.

- Test de l'acquisition de l'intégration visuo-motrice (VMI) de Berry. Le sujet doit recopier sur un livret vingt-sept formes géométriques de difficultés croissantes. Ce test permet de donner un âge graphique à l'individu, évaluer l'organisation spatiale, la dextérité manuelle, la dominance latérale. La figure est validée si tous les critères sont respectés.
- La figure complexe de Rey de André Rey et Paul-Alexandre Osterrieth. Elle consiste à copier puis à reproduire de mémoire un tracé géométrique complexe. La copie permet de voir de quelle façon le sujet appréhende et structure les données perceptives qui lui sont fournies. La reproduction de mémoire indiquera ce qui est conservé spontanément. La cotation se fait selon la présence ou non des différents éléments de la figure.

En plus de ces six tests standardisés, j'ai questionné les patients sur les items du temps : le jour, la date, les jours de la semaine, si on est le matin ou l'après-midi, demain, hier.

Je leur ai proposé en fin de bilan de faire un dessin spontané.

b) L'analyse des bilans avant la prise en charge groupale

Lors du premier bilan, Benjamin est à l'aise dans la relation. Il peut répondre à toutes mes questions, il connaît parfaitement son parcours, son âge, ce qu'il aime faire. Il semble valorisé par le fait que je lui propose le groupe, il pourra verbaliser « très bonne idée le groupe. Je sais faire plein plein plein plein de choses. »

Le schéma corporel est acquis dans ses grandes lignes. Benjamin est en difficulté au niveau du vocabulaire corporel pour les notions plus complexes telles que : les narines, les pommettes, les avant-bras. Il peut me dire lorsqu'il ne connaît pas l'information.

Son dessin de bonhomme est assez immature. Les traits sont grossiers et réalisés rapidement. Le tronc est rectangulaire, le bonhomme est nu, les détails des mains et des pieds sont très minimes. Il pourra me dire « c'est un garçon que j'aime beaucoup, que je voudrais rencontrer et lui faire des câlins. J'ai hâte de ça. »

Sa latéralité est acquise du côté droit pour le membre supérieur et inférieur. Il a des difficultés pour comprendre les consignes sans imitations. Il connaît bien sa droite et sa gauche, la réversibilité est acquise.

L'évaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG) :

- Imitation de mouvement de mains : 7/10
- Imitation de mouvements de doigts : 11,5/16

Benjamin peut être efficient dans les mouvements, s'il n'arrive pas un mouvement d'une main, il pourra le réaliser correctement par l'autre main, idem pour les doigts. Benjamin

peut se corriger par lui-même en observant mes mains. Il est tendu, ses mains sont raides. Il réalise beaucoup de mouvement en pièce à pièce. Pour les mouvements des doigts, le déliement digital est difficile. Benjamin semble avoir des difficultés pour repérer la position des doigts.

L'épreuve graphique d'organisation perceptive (VMI): Il obtient le score brut de 11. Benjamin peut copier les figures de bases jusqu'au triangle. Le losange est en cours d'acquisition, il utilise la stratégie de réaliser deux triangles rattachés. Benjamin est en difficulté pour discriminer les tangentes et intersections. Il ne perçoit pas les figures entremêlées. L'orientation spatiale des figures le met en difficulté. La perceptive n'est pas acquise.

La copie de la figure de Rey: Benjamin ne semble pas voir les formes géométriques dans leur globalité. Il construit la figure détails par détails (il commence par le losange). Beaucoup d'éléments sont correctement tracés mais mal placés. Benjamin tourne la feuille au cours de la copie, ainsi une partie des éléments sont placés à l'opposé. Sa main tremble, le trait est rapide. Pour la copie, Benjamin commence par faire la tête d'un bonhomme, je lui explique qu'il faut refaire la figure qu'on a faite juste avant. Il tourne la feuille et réalise un grand cercle. Benjamin réalise la copie et la reproduction sans modèle avec difficultés. Il est en échec pour s'organiser sur la feuille. Il semble avoir des troubles mnésiques qui peuvent être liés à son agitation.

Les connaissances spatio-temporelles sont acquises, Benjamin peut se repérer dans la semaine et la journée. Les notions d'espace de base sont intégrées.

Pour le dessin spontané, Benjamin réalise une maison, avec un arbre, un grand soleil au centre d'un ciel bleu. A droite de la maison, il dessine un rond. Chaque item est de couleurs différentes. Après le dessin, Benjamin se lève rapidement et me dit « aller je te laisse. »

Lors du premier bilan, Jacques est à l'aise dans la relation. Il est souriant, volontaire et enjoué. Il peut répondre à mes questions, mais parfois de façon approximative. Il est nécessaire d'enchaîner rapidement les questions, sinon Jacques s'enferme dans ses stéréotypes de balancement. Il pourra me dire avant de commencer que son auriculaire est « figé » et qu'il lui est difficile de le bouger.

Le schéma corporel est acquis dans ses grandes lignes. Jacques est en difficulté au niveau du vocabulaire corporel pour les notions plus complexes telles que : le cou, les cils, les mollet, les paupières. Lorsqu'il ne sait pas, Jacques ne verbalise pas. On peut observer des écholalies de la consigne.

Son dessin de bonhomme est assez immature. Jacques réalise un bonhomme très longiligne. Les détails du visage sont minimes. La prise de l'outil scripteur est légère, tridigitale à

gauche. Jacques compte les doigts et les orteils, il en dessine six pour chaque membre. Jacques souhaite mettre de la couleur sur l'habit du bonhomme. Il pourra me dire que c'est lui. Avec un modèle, il écrit la date d'aujourd'hui.

Sa latéralité est acquise du côté gauche pour le membre supérieur et inférieur. Il connaît bien sa droite et sa gauche, la réversibilité est acquise.

L'évaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG) :

- Imitation de mouvement de mains : 5,5/10
- Imitation de mouvements de doigts : 5,5/16

Jacques réalise beaucoup de mouvement en pièce à pièce. Les notions de profondeur ne sont pas intégrées. Les mouvements des doigts sont très difficiles pour Jacques. Par moment, il utilise son autre main pour positionner correctement ses doigts. Le déliement digital est complexe, Jacques semble avoir les doigts crispés. Il a de grandes difficultés de perception, parfois il fait les bons mouvements mais ils ne positionnent pas les bons doigts. Pour les items de croisement des doigts, Jacques croise ses bras.

L'épreuve graphique d'organisation perceptive (VMI) : Il obtient le score brut de 8. Jacques peut copier les figures de bases jusqu'à la croix oblique. Pour le triangle, Jacques réalise un carré penché. Lorsqu'une figure est compliquée, Jacques verbalise les difficultés « olalala » en soufflant. Il a besoin d'étayage, Jacques me regarde souvent, il semble sensible à l'échec. Il est en difficulté pour discriminer les tangentes et intersections. Il ne perçoit pas les figures entremêlées. L'orientation spatiale des figures reste encore compliquée. Face à ses difficultés, je lui proposerai d'arrêter à la quinzième figure.

La copie de la figure de Rey simplifiée: Jacques commence par réaliser le rond, rapidement, il se bloque face à la difficulté. Il réalisera une ébauche du rectangle et un trait vertical pour le triangle. Jacques semble présenter de grandes difficultés d'orientation et de perception spatiale. L'entremêlement des formes n'est pas intégré. Pour la copie, Jacques pourra uniquement retracer le rond.

Les connaissances spatio-temporelles sont acquises, Jacques peut se repérer dans la semaine et la journée. Les notions spatiales de base sont intégrées.

Pour le dessin spontané, Jacques chante en le réalisant. Il reproduit un bonhomme similaire à celui réalisé pour le test du dessin du bonhomme. Il ajoutera plus de couleurs pour ce dessin.

Lors du premier bilan, Thomas est à l'aise dans la relation, il n'hésite pas à répondre à mes questions. Certaines informations restent floue pour Thomas (son âge, son passé avant le CITL).

Le schéma corporel est acquis. Thomas est en difficulté au niveau du vocabulaire corporel pour les notions plus complexes telles que : le pouce, les cils, les mollet, les paupières.

Son dessin de bonhomme est bien réalisé. Thomas s'applique, les détails du visage sont présents. Le mouvement est régulier, le trait de crayon est adapté. Thomas semble à l'aise dans la réalisation du test. Il n'hésite pas ajouter des détails (ceinture, col de chemise), accessoires (parapluie) à la tenue du bonhomme.

Sa latéralité est acquise du côté droit pour le membre supérieur et inférieur. Il connaît bien sa droite et sa gauche, la réversibilité n'est pas acquise.

L'évaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG) :

- Imitation de mouvement de mains : 9/10
- Imitation de mouvements de doigts : 11,5/16

Thomas réalise très peu de mouvement en pièces à pièces. Les notions de profondeur sont intégrées. Thomas peut tenir ses doigts pour maintenir la posture. L'orientation des mains peut être difficile à mettre en place pour Thomas. Il ne peut pas s'auto corriger. Si les mouvements lui font penser à quelque chose, il n'hésite pas à le verbaliser.

L'épreuve graphique d'organisation perceptive (VMI) : Il obtient le score brut de 15. Jacques peut copier les figures de bases jusqu'au triangle. Le losange est bien acquis. Il verbalise les formes qu'il réalise. Il est très concentré et appliqué. Il est en difficulté pour discriminer les tangentes et intersections. Une figure en perceptive peut être réalisée.

La copie de la figure de Rey simplifiée: Thomas commence par réaliser le rectangle. Pour la copie, toutes formes sont présentes. Elles sont plutôt bien entremêlées et réalisées avec précision. Thomas ne dessine aucun détail, sauf l'arche avec les barres. Pour la mémoire, Thomas a besoin d'un étayage important pour se souvenir de la figure. Il pourra reproduire les quatre formes placées à peu près au bon endroit. Il pourra ajouter des détails qu'il avait omis sur la copie.

Les connaissances spatio-temporelles ne sont en cours d'acquisition, Thomas a encore des difficultés pour se repérer dans la semaine et la journée. Les notions spatiales de base sont intégrées.

Pour le dessin spontané, Thomas passe beaucoup de temps sur ce dessin. Dans un premier temps, il dessine trois animaux, avec un arbre. Il m'explique qu'il a été au musée de la préhistoire et que ceux sont des animaux préhistoriques. Puis il dessine en noir, un « convoyeur qui transporte de l'or. Ils sont forts comme des robots. » Thomas colorie et recouvre tous les détails. Les limites des différents espaces semblent encore difficiles à intégrer. Deux animaux semblent avoir une partie du corps en commun. Thomas peut avoir des difficultés à faire des liens, souvent il passe d'une idée à l'autre. Comme par exemple

pour le convoyeur qui apparaît au milieu des animaux préhistoriques sans explication possible.

Marion est dans la relation, elle vient sans difficulté. Tout au long du bilan, elle sera souriante et volontaire. Elle a des difficultés pour répondre à mes questions. Par contre, Marion aime me parler de sa famille, de son frère, de son neveu et de sa nièce. Pendant le bilan, Marion se laisse distraire par les autres groupes à côté. Marion a besoin d'un espace contenant et fermé pour être pleinement investi dans son activité.

Le schéma corporel est globalement acquis. Marion est en difficulté au niveau du vocabulaire corporel pour les notions plus complexes telles que : le talon, les cils, les mollet, les paupières. Pour me montrer la partie du corps, Marion répète à chaque fois : « c'est la ».

Son dessin de bonhomme est immature. Marion réalise un bonhomme longiligne avec des membres en rond. Il n'y a pas de main, ni de pied. Les détails du visage sont présents, les oreilles sont très grandes par rapport à la tête. Le tracé est tremblant, la prise du stylo est à quatre doigts, le crayon est « allongé » dans sa main. Elle est très concentrée. Elle pourra me dire c'est « mon papa, Félix. » Elle peut écrire son prénom en attachée. Elle appuie fortement et casse la mine, elle sursaute.

Sa latéralité est acquise du côté droit pour le membre supérieur et inférieur. Elle connaît bien sa droite et sa gauche, la réversibilité est acquise.

L'évaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG) :

- Imitation de mouvement de mains : 6/10
- Imitation de mouvements de doigts : 5/16

Marion prend son temps pour observer mon mouvement avant de le reproduire. Elle est très tendue, ses épaules sont surélevées, ses mains tremblantes. Elle est en grande difficulté au niveau de la construction de l'espace. La profondeur n'est pas acquise. Le déliement digital reste compliqué pour Marion. Il lui est difficile de plier les doigts ou de les orienter, ce qui peut être en lien avec sa pathologie. Lorsque Marion ne sait pas réaliser le mouvement, elle peut dire non avec sa tête.

L'épreuve graphique d'organisation perceptive (VMI) : Elle obtient le score brut de 6. Marion peut copier les figures de bases jusqu'au rectangle. Le triangle n'est pas acquis, Marion dessine un rectangle. Elle verbalise les formes qu'elle dessine, elle pourra dire « triangle » mais ne sait pas le reproduire. Elle est en grande difficulté pour discriminer les tangentes et intersections. Elle ne perçoit pas les figures entremêlées. L'orientation spatiale des figures la met en difficulté. Marion est sensible à l'échec, elle tente de recopier les figures au mieux, elle est appliquée et investie. Face à ses difficultés, je lui propose d'arrêter à la quinzième forme, elle refusera et réalisera les copies de figures jusqu'au bout.

La copie de la figue de Rey simplifiée: Marion commence par réaliser le rectangle puis le rond. Pour la copie, Marion dessine quatre formes, le triangle est réalisé par un rectangle. Les éléments ne sont pas intriqués, ils sont reproduits à divers espaces sur la feuille. Marion ajoute les détails dans les formes respectives (le rond dans le carré et les barres dans le rectangle). Elle verbalise ce qu'elle dessine, à la fin elle pourra me dire « c'est une maison ». Pour la copie, Marion pourra réaliser le rond et le carré, aucun détail ne pourra être ajouté. Marion présente de grande difficulté de structuration spatiale, néanmoins elle tente de réussir et s'applique.

Les connaissances spatio-temporelles sont en cours d'acquisition, Marion n'a pas de difficulté pour se repérer dans la semaine. Les moments de la journée reste encore compliqué. Les notions spatiales de base sont intégrées.

Pour le dessin spontané, Marion s'applique. Elle réalise des lignes verticales de fleurs, dessin qu'elle reproduit régulièrement. Elle pourra me dire « tu as vu mes fleurs ? C'est pour toi. » Marion passera trente minutes sur la réalisation de son dessin. Lorsque je lui propose de descendre retrouver son groupe, elle refuse. Elle me dit « je veux rester ici, au calme ». Dans ses explications, Marion n'est pas toujours claire, ses propos peuvent être confus.

c) L'analyse des bilans après la prise en charge groupale

Lors de ce deuxième bilan, Benjamin vient plusieurs fois me voir, alors que je suis avec Marion, pour me demander « quand est-ce qu'on se voit ? » Lorsque je viens le chercher, Benjamin est très pressé de commencer.

Le schéma corporel ne démontre pas d'évolution par rapport au premier bilan. Benjamin répète en écholalie les termes demandés.

Son dessin de bonhomme est identique au premier. La seule différence est l'apport des couleurs pour le deuxième bilan. On peut énoncer l'hypothèse que Benjamin a appris cette praxie et qu'il la reproduit identique.

L'évaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG) :

- Imitation de mouvement de mains : 9,5/10
- Imitation de mouvements de doigts : 15/16

On peut observer une amélioration au niveau des mouvements des mains et des doigts. Benjamin est plus à l'aise dans les propositions. Il n'hésite pas à faire des commentaires lorsqu'il réussit : « Super, yes ! ».

L'épreuve graphique d'organisation perceptive (VMI) : Il obtient le score brut de 13, ce qui témoigne d'une évolution depuis le premier bilan. Benjamin peut observer plus finement les intersections et les tangentes.

La copie de la figure de Rey : Benjamin réalise les figures avec une grande impulsivité. La copie ressemble très peu à l'original, seuls quelques éléments peuvent être mis en lien. Il débute par les détails (rond avec points et le triangle). Par contre, la mémoire est bien mieux construite. Elle ressemble grandement à la copie, beaucoup d'éléments ont pu être retracés.

Les connaissances spatio-temporelles sont acquises.

Pour le dessin spontané, Benjamin réalise exactement le même dessin que lors du premier bilan. Il ne faut pas oublier que le dessin est une praxie que l'adulte apprend à l'enfant. Ainsi, Benjamin redessine ce qu'on lui a appris. Néanmoins, ce grand soleil au centre, présent sur les deux dessins, représente probablement quelque chose propre à lui. On peut tout de même observer, que le deuxième dessin est bien mieux organisé, il y a un meilleur contrôle du geste. On peut énoncer l'hypothèse que désormais, Benjamin s'intéresse plus à la trace et peut l'organiser. La trace semble pouvoir le poser. Dans son impulsivité, Benjamin semblait jeter tout hors de lui, désormais il peut s'arrêter sur ses sensations. C'est le début du travail psychomoteur.

Jacques est dans la relation, il n'hésite pas à poser des questions, se renseigner sur ce qu'on va faire. Par moment, Jacques cherche ses mots.

Le schéma corporel ne démontre pas d'évolution par rapport au premier bilan. Jacques n'ose pas me dire lorsqu'il ne connaît pas la réponse.

Son dessin de bonhomme est réalisé rapidement. Les détails du visage sont plus marqués, néanmoins le tronc est moins apparent. Son bonhomme ne porte pas de vêtements. Comme lors du premier bilan, Jacques compte les doigts et les orteils. Il pourra bien réaliser cinq doigts, mais il dessinera six orteils à chaque pied.

L'évaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG) :

- Imitation de mouvement de mains : 8 /10
- Imitation de mouvements de doigts : 6,5/16

On peut observer une amélioration au niveau des mouvements des mains et des doigts. Jacques est plus à l'aise dans les propositions. Il est encore difficile pour Jacques de différencier ses doigts.

L'épreuve graphique d'organisation perceptive (VMI) : Il obtient le score brut de 9, ce qui témoigne d'une légère amélioration. Jacques a des difficultés à commencer, il débutera par la figure à droite. On peut observer un meilleur contrôle gestuel. Le triangle est désormais acquis. Le losange est en cours d'acquisition. Il peut complimenter son travail « c'est pas mal ! » Je lui proposerai d'arrêter à la figure dix-huit.

La copie de la figure de Rey simplifiée: Jacques peut se poser plus longtemps pour réaliser les copies de figure. L'initiation du geste reste encore compliquée, elle nécessite un étayage

important. La copie de forme reste compliquée, néanmoins pour la mémoire, Jacques dessinera exactement la même chose que pour la copie. Il verbalisera les formes qu'il dessine, le flux sensoriel auditif semble soutenir son attention. L'évolution témoigne d'une meilleure attention, ainsi qu'une meilleure intégration de la mémoire visuelle.

Les connaissances spatio-temporelles sont acquises.

Pour le dessin spontané, Jacques réalise un bonhomme, comme au premier bilan. Le bonhomme est similaire, il y ajoutera uniquement les oreilles. Le nombre de doigts et d'orteils est correct.

Thomas me demande si nous allons dessiner, il est dans la relation.

Le schéma corporel n'a pas évolué depuis le premier bilan. On peut même observer une petite régression de la part de Thomas. Il peut me dire lorsqu'il ne connaît pas la réponse.

Son dessin de bonhomme est légèrement moins précis que lors du premier bilan. Le visage du bonhomme est dur, les épaules ne sont pas distinctes. Thomas ne s'attardera pas sur les vêtements. Un élément météorologique est encore présent : un soleil.

L'évaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG) :

- Imitation de mouvement de mains : 7,5/10
- Imitation de mouvements de doigts : 13/16

Les imitations de mouvements de main sont moins performantes que pour le premier bilan. Cette fois-ci, la profondeur n'est pas acquise. Par contre, pour les mouvements de mains on peut observer une amélioration. Thomas pourra réaliser tous les mouvements même si certains sont en pièce à pièce.

L'épreuve graphique d'organisation perceptive (VMI) : Il obtient le score brut de 19. La discrimination des tangentes et des intersections est possible.

La copie de la figure de Rey simplifiée : La copie de la figure est de meilleure qualité. La mémoire visuelle est performante. Thomas peut replacer l'intégralité des formes, sauf quelques détails sont omis.

Les connaissances spatio-temporelles n'ont pas évoluées.

Pour le dessin spontané, Thomas dessine, sur le recto, une maison avec un bonhomme et un soleil. Au verso, il dessine le convoyeur avec son camion. Il colorie l'homme masqué et le camion en noir. Lorsque je lui demande de m'expliquer son dessin Thomas me décrit précisément uniquement le recto. Je le questionne sur le verso. Il me dit « l'homme que je vais vu dans le quinzième qui a attaqué. » Thomas parle souvent de cette histoire, je lui demande si c'est une histoire ou la réalité, il me répond « pour de bon ».

Marion vient s'installer d'elle même dans la pièce, elle m'attend assise à la table.

Le schéma corporel n'a pas évoluée depuis le premier bilan.

Son dessin de bonhomme ressemble à celui du premier bilan. Marion y a ajouté de vraies jambes, avec des pieds, les bras sont plus longs. On peut observer une amélioration des détails du visage, le trait est moins tremblant. Quand je lui demande qui c'est, Marion me répond « c'est mon papa, Félix », comme lors du premier bilan.

L'évaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG) :

- Imitation de mouvement de mains : 7,5/10
- Imitation de mouvements de doigts : 4,5/16

On peut observer une amélioration au niveau des mouvements des mains, seuls les mouvements en profondeur ne peuvent être réalisés. Pour les mouvements des doigts, Marion est très sensible à l'échec, face à ses difficultés de déliement digital, elle préfère arrêter l'épreuve.

L'épreuve graphique d'organisation perceptive (VMI) : Elle obtient le score brut de 5. Marion reproduit exactement les mêmes figures qu'au premier bilan, seul le trait oblique est réalisé avec un manque de maîtrise gestuelle. Marion me questionne sur les formes, à chaque réalisation, elle dit « voilà », elle attend mon approbation pour continuer. Lorsqu'elle arrive au triangle, elle me dit « celui là je ne sais pas le faire » et elle laisse l'espace vide. Elle voudra continuer jusqu'à la fin. Marion semble prendre plaisir à cette activité.

La copie de la figure de Rey simplifiée: On peut observer une amélioration au niveau de la réalisation sans modèle. Marion peut retracer les détails et organiser les formes sur la feuille. Elle verbalise ce qu'elle dessine.

Les connaissances spatio-temporelles n'ont pas évoluées.

Pour le dessin spontané, Marion réalise plusieurs ronds accrochés les uns aux autres. Lorsque je la questionne, elle pourra dire « c'est des ronds ». Elle m'expliquera par la suite que c'est un bonhomme. Je lui propose de rajouter des yeux et une bouche, ce qu'elle peut faire sur consigne. Elle pourra dire qu'elle a dessiné un « personnage ».

III. PISTES DE RÉFLEXIONS AUTOUR DE LA TRACE

III.1 Que peut apporter la trace aux adultes déficients intellectuels ?

Par la trace et l'expression corporelle, le patient s'exprime au niveau du processus créatif. Il est dans l'initiative de la création, à travers ça, on met en valeur sa production. Elle va alors prendre une valeur intime.

Les déficients intellectuels sont souvent dans une recherche constante d'approbation du professionnel. Ils ont envie de faire plaisir, faire quelque chose de beau. Le travail proposé pendant le groupe « Traces » permet justement de faire un tracé qui est forcément beau car on n'attend pas un résultat précis. Par le feedback visuel, la méthode est très narcissisante pour les patients.

Par le tracé qui reste ludique et plaisant, je leur propose de travailler des items psychomoteurs tels que le tonus, la latéralité, l'axe corporel, la verbalisation. C'est aussi un moment d'échange, de travail ensemble. On peut prendre du temps pour écouter l'autre, verbaliser ensemble sur le tracé de l'autre.

III.2 Les propositions faites

Unique intervenante dans le groupe, j'avais besoin de me rassurer par des propositions que je connaissais et surtout que j'avais expérimentées. Ainsi, j'ai repris les activités réalisées dans l'option « Traces et mouvements » proposée aux élèves de troisième années de l'Institut de Formation de Psychomotricité par Martine Copeland. Dans lequel nous avons retracé l'évolution du premier tracé à l'écriture, en se questionnant sur les items psychomoteurs impliqués.

Le mouvement précède la trace, il engendre un déplacement, qui dans l'espace laisse une trace. Aucun apprentissage n'est possible sans un soubassement corporel.

Au sein du groupe « Traces », je n'ai pas souhaité aborder l'écriture mais plutôt restée focalisée sur les items psychomoteurs investis dans la trace.

Les propositions sont réalisées dans un espace spécifique, celui de la salle mais aussi celui du support.

Les séances sont rythmées par différentes propositions, reproduites sur plusieurs séances pour observer une évolution ou non des patients. Pour des patients atteints d'une déficience intellectuelle, la répétition permet souvent une meilleure intégration des concepts.

Avant de commencer la séance, je leur demande de m'expliquer ce qui a été fait la séance dernière. À ce moment, je leur montre leurs productions, sans faire de commentaires. Par le regard, ils peuvent eux-mêmes observer leur production et évoluer.

a) Le temps de conscience corporelle

Chaque début de séance, je propose un temps de conscience corporelle. Ce rituel marque le début de la séance. Régulièrement, les patients arrivent assez agités des ateliers précédents, ce temps de prise de conscience leur est essentiel pour appréhender la trace.

Les propositions de consciences corporelles ont évolué au cours des séances. Au début, il m'a semblé important de travailler sur l'installation (particulièrement sur l'appui des pieds dans le sol).

Le rituel débute toujours par un temps de respiration, les yeux ouverts ou fermés, comme il le souhaite. Pendant les premières séances, ce dernier état assez court. Ces moments d'absence de mouvement et de silence pouvaient être mortifère. Il est nécessaire de leur donner matière à penser. Ainsi, je peux leur proposer de poser la main sur leur ventre pour sentir les mouvements de la respiration.

Ensuite, une mobilisation des différentes articulations du corps en commençant par la tête jusqu'au cheville, est effectuée. Je réalise les mouvements avec eux.

Depuis la septième séance, je propose des automassages du visage et des épaules. Pour finir, nous réalisons des percussions au niveau de l'axe corporel en partant du front jusqu'au cheville et nous remontons jusqu'au front.

Benjamin investi grandement les temps de conscience corporelle. Dès la première séance, il a pu fermer les yeux, s'adosser contre le dossier et mettre sa tête en arrière. Il n'ouvre pas les yeux, il réalise les mouvements par lui-même et ne s'intéresse pas aux regards des autres, ce qui est plutôt rare pour Benjamin qui se sent constamment persécuté.

Le temps de respiration est un moment de réelle détente, il respire profondément. Au début de la prise en charge, Benjamin réalisait de rapides respirations. Désormais, il peut prendre le temps. Benjamin ne suit pas toujours les mouvements que je réalise, il peut mobiliser ses épaules à la place des coudes, ou les genoux pour les chevilles. Pourtant au bilan des somatognosies de Bergès, Benjamin a pu me montrer toutes les articulations. Peut-être que dans l'action, il est plus difficile pour lui de repérer les différentes parties de son corps. Benjamin investit bien les automassages et particulièrement les percussions le long de l'axe corporel. Il n'hésite pas à élever la voix pour ressentir les vibrations de cette dernière lorsque qu'il tape sur sa cage thoracique.

Lors des quatre premières séances, Jacques ne peut pas fermer les yeux. Dès la cinquième séance, il pourra le faire pendant une partie du temps de respiration. Aujourd'hui, il est encore difficile pour Jacques d'investir ce temps de conscience corporelle. Il verbalise beaucoup pendant les moments de détente peut être pour avoir de la matière à penser.

Au début, lorsque Jacques n'arrivait pas à investir ces temps de détente, il pouvait se renfermer dans des balancements et être très silencieux. Désormais, il ne se balance plus mais je sais que le temps de respiration reste difficile pour lui. Je n'entends pas sa respiration et sa cage thoracique bouge très légèrement. Quand je propose à Jacques de mettre sa main sur son ventre pour sentir les mouvements du ventre, il peut le faire mais ne fait pas de commentaire.

Il répète souvent en écholalie les parties du corps à mobiliser. Jacques investit uniquement les mouvements au niveau du haut du corps. Les mouvements sont difficiles à initier par lui-même, il réalise dans l'imitation. Il apprécie grandement les percussions et il peut le verbaliser « ça fait du bien oulala ».

Thomas présente des difficultés pour fermer les yeux même si on peut observer une grande évolution depuis le début de la prise en charge.

Comme pour Jacques, Thomas ne semble pas vraiment investir le temps de respiration. Je n'entends pas sa respiration et sa cage thoracique reste très figée. Lorsque je lui propose de mettre la main sur son ventre pour sentir les mouvements de celui-ci, Thomas ne le fait pas. Pendant ces moments de respiration, il est arrivé que Thomas se mette à rire sans explication.

Lors des premières séances, les mouvements étaient minimes. Thomas s'inspirait principalement de mes mouvements. Maintenant, il les réalise avec grandes amplitudes. Néanmoins, l'investissement du bas du corps reste compliqué. Thomas est en demande d'automassages et les réalise avec précision et patience.

Depuis le début de la prise en charge, Marion s'implique grandement dans les premiers temps de la conscience corporelle. Le temps de respiration a toujours été très investi. Marion respire profondément, les mouvements de sa cage thoracique et de son ventre sont amples. Elle peut garder les yeux fermés pendant quasiment l'intégralité de ce temps. Marion réalise toutes les propositions que je propose pour les mouvements corporels. Au début, elle ouvrait les yeux pour s'inspirer de mes mouvements mais désormais elle garde les yeux fermés et réalise ses propres mouvements.

Lorsque je lui propose de faire des mouvements avec sa tête, elle balance latéralement tout son corps. La dissociation tête buste ne semble pas être acquise. Dans son dessin du bonhomme, le cou n'est pas dessiné. Lors de la huitième séance, Marion refusera de réaliser les automassages ou les percussions. Elle pourra dire qu'elle a mal à ses boutons.

b) Le feu d'artifice

Le feu d'artifice consiste à projeter un point, sur un support vertical, au niveau de la poitrine. Dans chaque main, on choisit un pastel de couleur différente. On place les deux mains au niveau du point et on réalise des tracés lancés vers l'extérieur de la feuille. On reproduit à plusieurs reprises les mêmes mouvements : retour au point de départ fixé au milieu mains levées et tracés vers l'extérieur. Le feu d'artifice peut aussi être réalisé les yeux fermés, une main après l'autre. La proposition permet de travailler la consolidation de l'axe corporel par le retour à l'axe, de réaliser les tracés à partir d'un même point. Cela oblige à revenir dans la médiane du corps avant de tracer vers le dehors, ce qui entraîne une libération du geste, un travail d'orientation spatiale par l'investissement de l'espace de la feuille, une conscience de l'axe corporel, de la latéralité, des recentrages sur la médiane du corps. Mais aussi l'observation du tonus, de l'impulsivité, la précision et la respiration.

c) La fontaine

La fontaine permet d'associer la respiration aux gestes. L'objectif est de partir du bas de la feuille, au niveau du nombril, tracer dans un mouvement ascendant et parallèle des deux mains sur le support graphique. Arrivé à une certaine hauteur, les deux mains se séparent et tracent dans un geste descendant. On demande au sujet d'inspirer sur le mouvement ascendant qui nécessite un contrôle du tracé et d'expirer sur la descente qui équivaut au lâcher prise.

Cette proposition permet de soutenir la construction de l'axe corporel par un retour au centre pour reproduire une autre fontaine, une montée souvent rectiligne, parallèle qui définit l'axe corporel. Pendant l'ascendance, l'axe corporel se redresse.

Elle permet d'observer l'association de la respiration aux tracés, l'organisation du geste, la latéralité, le rythme, la contraction et le relâchement des muscles.

d) Les tracés glissés d'Ajuriaguerra

Les tracés glissés sont inspirés de la méthode préparatoire d'Ajuriaguerra⁵⁰, ils sont des techniques scripto-graphiques qui précèdent l'écriture. Ce sont des formes circulaires, de grands formats, non figuratives que le sujet repasse plusieurs fois dans une recherche conjointe du respect de la forme et le de la détente musculaire. L'objectif est l'assouplissement et l'amélioration des positions en cours de mouvement.

Dans le groupe « Traces », j'ai pu observer la capacité de reproduction d'une forme, la structuration spatiale mais aussi l'impulsivité apportée par l'acte de repasser, la pression sur l'outil scripteur, le rythme, la posture du corps par rapport à la table.

e) Dessins de fin de séance

À chaque fin de séance, je leur propose de réaliser un dessin en lien avec la séance d'aujourd'hui. Cela me permet d'observer ce qu'ils peuvent retracer de la séance, c'est un support à la verbalisation. J'ai pu remarquer que c'est aussi un espace où ils peuvent dessiner librement. Il reste encore difficile pour eux de dessiner en lien avec la séance.

Je ne développerai pas la proposition de l'arbre, qui est un travail partagé sur feuille. Le rapport aux consignes complexes et le rapport à l'altérité restent encore bien compliqués. Avec les patients du groupe « Traces », je me suis focalisée sur l'intégration de leur propre trace, de leur propre axe. Ils se construisent, s'individualisent puis vont à la rencontre de l'autre. D'après leurs réalisations de la proposition de l'arbre, ils ne semblent pas prêts à être dans la trace avec l'autre. Néanmoins, je continue de poursuivre la prise en charge et la proposition de l'arbre sera poursuivie.

⁵⁰ DE AJURIAGUERRA Julian (1990), L'écriture de l'enfant, tome 2, la rééducation de l'écriture, 4ème édition, Delachaux et Niestlé,

DISCUSSION

I. Les adultes déficients intellectuels présentent-ils des difficultés psychomotrices qui entravent leurs traces ?

Les premiers bilans témoignent de difficultés, particulièrement au niveau de la motricité gnosopraxique distale (EMG) et les épreuves graphique : VMI et figure de Rey. La perception visuelle et orientation spatiale restent très complexes, ce qui peut avoir un impact sur la réalisation des tracés sur l'espace graphique. L'intégration du schéma corporel est nécessaire pour pouvoir investir les différents espaces du support, comme nous avons pu l'observer précédemment les connaissances des différentes parties du corps peuvent témoigner d'un certain retard d'intégration de ce dernier.

La prise en charge groupale n'a pas permis de réels changements aux niveaux des grands items psychomoteurs. Néanmoins, j'ai pu observer quelques évolutions, particulièrement pour la motricité gnosopraxique. On fait l'hypothèse que lors de ces dix séances de prise en charge, l'expression de leur corps a été sollicitée. Ces expériences leurs ont permis de mieux appréhender leur corps, de penser leur corps. Dans le groupe « Traces », nous avons beaucoup travaillé au niveau de la régulation tonique, de la coordination, de la latéralité. La prise du scripteur demande un certain déliement digital qu'ils semblent acquérir. Ces items sont nécessaires pour la réalisation des mouvements pour l'EMG, ce qui peut expliquer une certaine amélioration.

De plus, une certaine confiance, entre les patients et moi, s'est installée au cours des dix séances. Cette relation contenante a pu les mettre plus à l'aise lors de la réalisation du bilan. Au cours du groupe « Traces », nous avons appris à prendre le temps, à maîtriser l'impulsivité. Cela pourrait avoir un impact sur l'amélioration des performances pour les productions en mémoire de la Figure de Rey. Désormais, ils peuvent se poser plus longtemps, prendre le temps d'observer et donc de mieux intégrer.

Il est aussi intéressant d'observer que certains items n'ont pas évolué. J'aurais imaginé qu'après le temps de conscience corporelle nous aurions pu voir apparaître une certaine amélioration du schéma corporel. Je peux faire l'hypothèse que les parties du corps échouées

par la majorité des patients, dans le test de somatognosies, sont peu verbalisées (pommettes, paupières) pendant les temps de conscience corporelle.

La régression dans certains tests peut aussi s'expliquer par la labilité des connaissances avec les patients déficients intellectuels. Effectivement, j'ai pu remarquer, depuis mon arrivée au CITL, que d'une semaine à l'autre les acquisitions faites par les patients n'étaient pas linéaires. Ne connaissant pas réellement l'impact de leur pathologie au niveau neurologique, je peux imaginer que certaines liaisons neuronales sont plus difficiles à mettre en place.

D'après les informations apportées par les bilans, on peut se questionner sur l'évolution psychomotrice par la trace graphique.

II. La trace permet d'améliorer de la construction psychomotrice des patients

Au sein de l'option « Traces et Mouvements », enseignée par Martine Copeland, nous avons étudié le lien entre la trace graphique et le corps. Comment, par la trace le sujet peut prendre conscience de son schéma corporel, de son tonus, de ses émotions et de son espace.

Arno Stern, pédagogue qui observe les enfants dessiner à travers le monde, explique que les dessins « ne sont ni un moyen d'expression ni une œuvre d'art mais la trace d'un souvenir profond et universel. Ils représentent la mémoire 'organique', celle de corps depuis l'origine de la vie. » Ainsi, par la trace, nous avons pu observer des modifications corporelles.

Les productions présentées, au sein de ce mémoire, n'ont pas uniquement une seule fonction, chacune d'entre elles permettent de travailler les grands items psychomoteurs tels que le schéma corporel, le tonus, les coordinations globales, les émotions et les relations avec autrui.

II. 1 La contenance de l'impulsivité de Benjamin

a) L'instauration d'une régulation tonique

Le tonus est un mode de communication infra verbale qui se perçoit par la vue, le toucher, mais aussi dans les postures et les mouvements. C'est particulièrement en observant leur régulation tonique, leurs coordinations mais surtout leurs mouvements, que j'ai pu constater une grande tonicité chez les patients.

Pour réaliser les productions, nous avons utilisé comme outil scripteur uniquement les pastels. Ces derniers permettent d'observer plus facilement la tonicité du tracé : plus le

tonus est important puis la trace est marquée. Le pastel casse facilement lorsque la pression est trop importante.

Dans les premiers temps de la prise en charge, Benjamin est uniquement dans la décharge d'impulsivité. L'hypertonie est visible dans les tracés, ses épaules sont surélevées, ses membres inférieurs sont tendus et raides. Benjamin casse constamment ses pastels, il appuie très fortement sur le scripteur et se tâte les doigts. Il semble s'enfermer dans une carapace qui contient ses angoisses. Les limites de la feuille ne sont pas intégrées. Le tonus et l'émotion sont intimement liés, toutes émotions s'accompagnent de manifestations toniques. Cette relation tonus / émotion est particulièrement prégnante pour Benjamin. Il est constamment angoissé, anxieux, persécuté, ceci pourrait justifier son tonus si élevé. Ainsi, l'ancrage procuré par la trace, diminue les tensions internes et les angoisses.

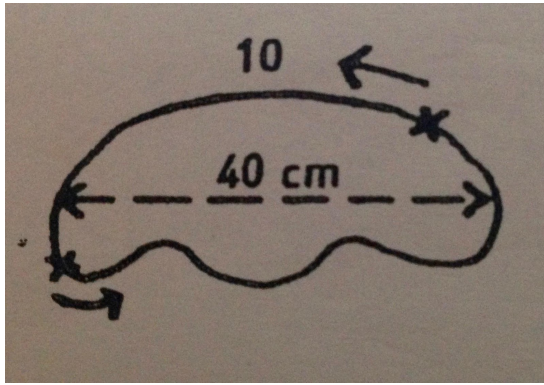
« La trace plastique devient alors expression spontanée de l'émotion, de la pulsion, des fantasmes. »

Au cours de la prise en charge, sa régulation tonico-émotionnelle, s'est installée. Par contre, dès que Benjamin est débordé par ses émotions, il retrouve cette décharge d'impulsivité. Lors des propositions réalisées au cours de la prise en charge, Benjamin a su limiter son impulsivité, réduire son hypertonie et augmenter sa concentration sur ses gestes tout abaissant son tonus.

Par les différentes productions, nous avons travaillé sur un abaissement du tonus et sur sa capacité à rester plus longtemps sur une proposition

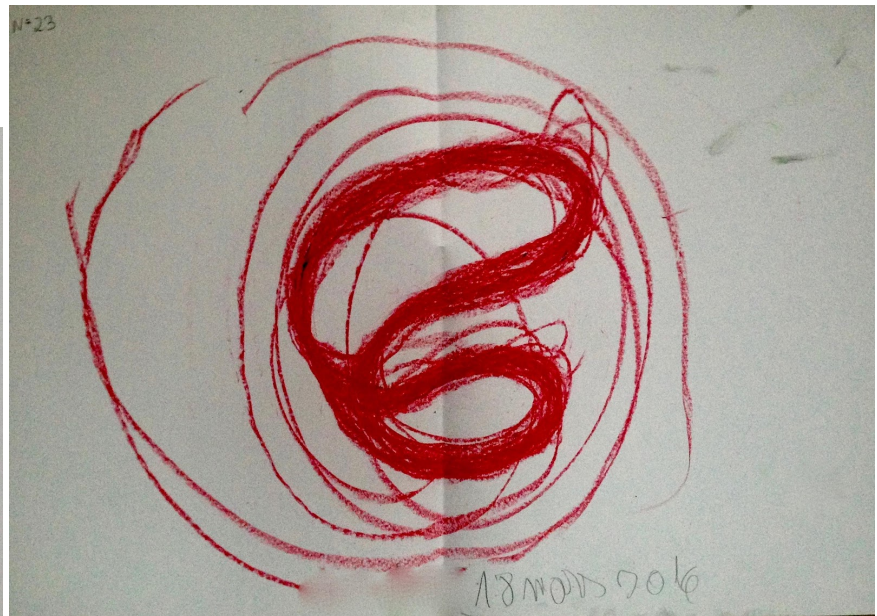
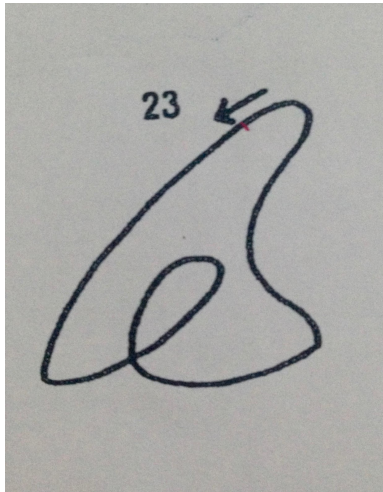
Par les propositions de tracés glissées d'Ajuriaguerra, un travail de détente au niveau des bras, un abaissement du tonus est possible par la trace.

Cette proposition permet à Benjamin de déverser son impulsivité, ses émotions. Cette décharge pulsionnelle impacte son tonus. En fin de production, ce dernier s'abaisse, son visage se détend, ses épaules descendent. Pendant les premières séances, il lui est impossible de porter attention à la forme de base. Il réalise uniquement des formes spiralées.



Benjamin, Tracés Glissés, figure 10, séance 4, 27/01/16

À partir de la huitième séance, Benjamin a pu essayer de réaliser une forme et repassé dessus. Même si cette dernière ne ressemble pas réellement à la forme de base, il y a pris le temps de construire quelque chose. Sur la durée, il est difficile pour lui de suivre un même tracé, mais il a démontré qu'il pouvait le faire.



Benjamin, Tracés Glissés, figure 23, séance 8, 16/03/16

D'après Gèneviève Haag, les spirales seraient la représentation de l'élan pulsionnel intégré dans une certaine contenance.

Il existerait deux catégories spirales :

- spirales antihoraires qui symbolisent une bonne relation
- spirales horaires qui représentent le mouvement d'intrusion forcée et apparaîtrait dans les contextes où la séparation est angoissant ou problématique chez le sujet.

Les spirales que réalise Benjamin sont globalement des spirales antihoraires, ce qui témoigne d'une intégration de la relation pour ce dernier. Néanmoins, il se laisse vite débordé par ses émotions, ce qui peut entraver la relation.

Par cette proposition, Benjamin m'a donné l'impression de devoir repasser, comme à l'enfance, par les différents stades du graphisme pour se construire. Dans un premier temps, les spirales et les gribouillages, puis le rapprochement entre le tracé hasardeux et l'apparence d'un objet (séance 8) et par la suite, l'acte devient représentatif.

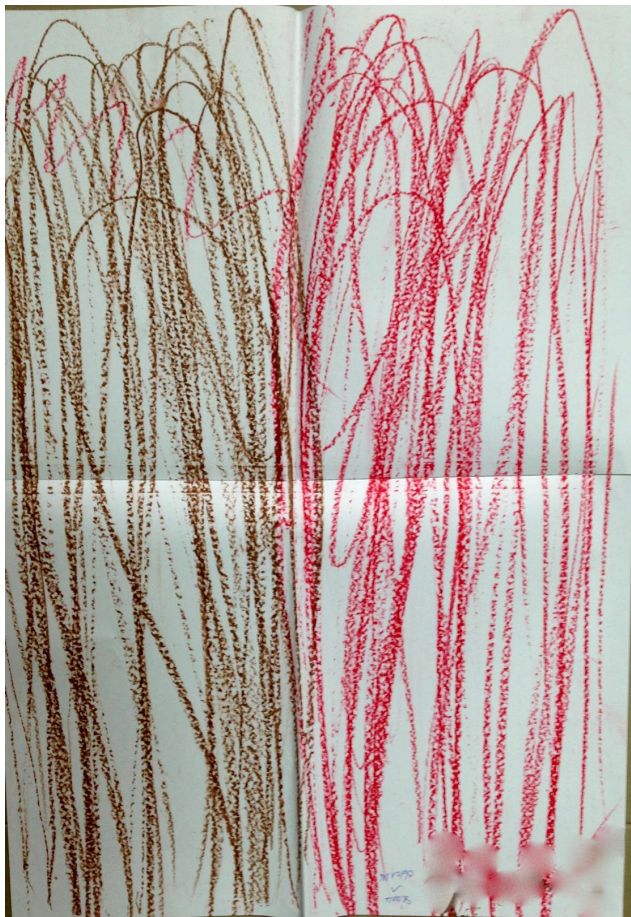
Cette impulsivité et cette grande tonicité peuvent s'observer dans les autres propositions, les traits sont marqués et sortent majoritairement du cadre imposé par la feuille.

b) L'amélioration des coordinations générales

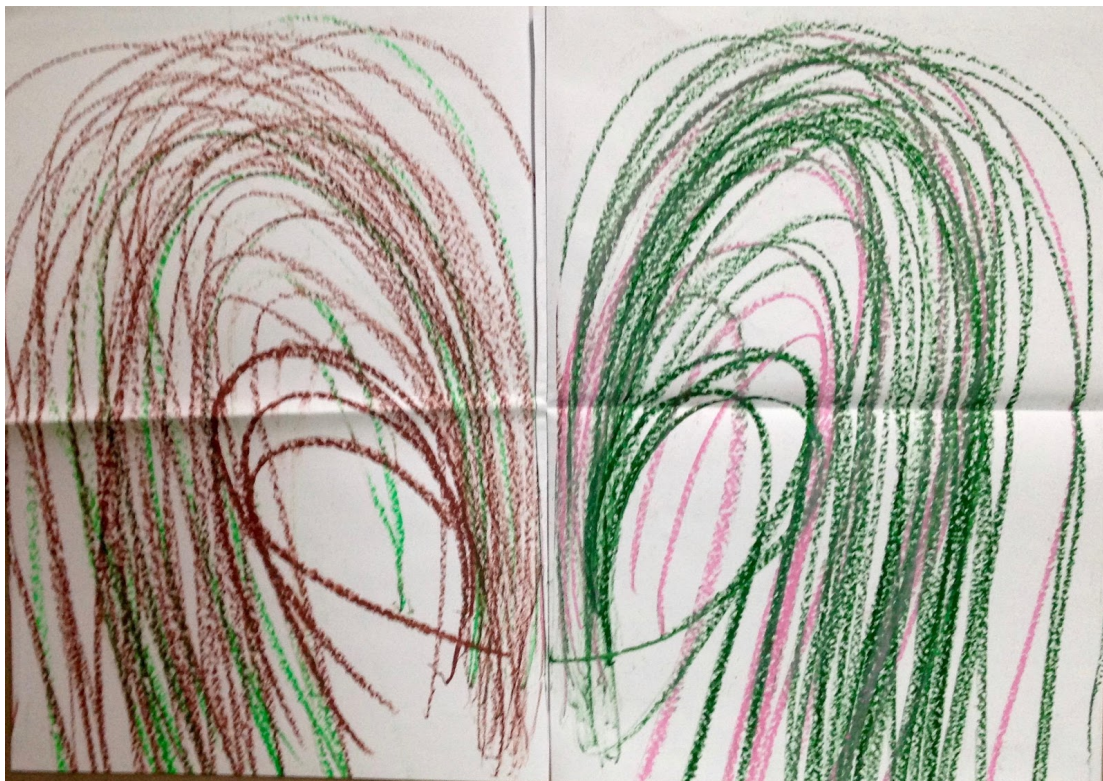
La coordination dépend elle aussi du tonus. « La coordination est cette possibilité d'associer de façon cohérente les participations toniques de différents muscles en vue de la réalisation d'un mouvement global organisé ». Lors des propositions réalisées au sein du groupe « Traces », la coordination des membres supérieurs, du regard, du rythme est un des axes principaux de la prise en charge. Pour la réalisation de la fontaine, il est nécessaire de coordonner les mouvements d'ascendance et de descendance avec ceux de la respiration. Les premiers tracés n'étaient souvent pas réguliers, les traits s'éparpillent dans l'espace. Les productions ont pu se perfectionner, par une consolidation de la régulation tonique et par une meilleure coordination gestuelle.

Je vous propose des réflexions sur la proposition de la fontaine, qui permet la coordination des membres supérieurs et de la respiration. La fontaine ne présente pas uniquement la fonction, elle améliore la régulation tonique, mais aussi la consolidation de l'axe corporel par les tracés ascendants au centre du support.

Par la proposition de la fontaine, on peut observer une coordination des tracés de Benjamin. Ces derniers deviennent plus maîtrisés, plus ajustés. Les tracés désordonnés du début de la prise en charge peuvent s'organiser pour créer un réel axe corporel.



Benjamin, Fontaine, séance 1, 06/01/16



Benjamin, Fontaine, séance 6, 24/02/16

Au fil de la prise en charge, une réelle coordination entre la respiration et les mouvements d'ascendance et descendance peuvent s'organiser.

La proposition de la fontaine permet aussi de nous renseigner sur la dominance latérale du patient. Nous pouvons observer qu'il appui plus fortement à droite. Pour le patient, c'est aussi une information qu'il peut intégrer par le feedback visuel. La latéralité renforce la conscience corporelle.



Benjamin, Fontaine, séance 7, 09/03/16

Lors de cette proposition, Benjamin met, rapidement, en place un axe concomitant aux deux fontaines. Néanmoins, dans la proposition du feu d'artifice, la création de l'axe au centre de la feuille, est plus difficile à s'installer. Il semble alors plus simple pour Benjamin de créer un axe en partant du bas du support que de partir d'un point central.

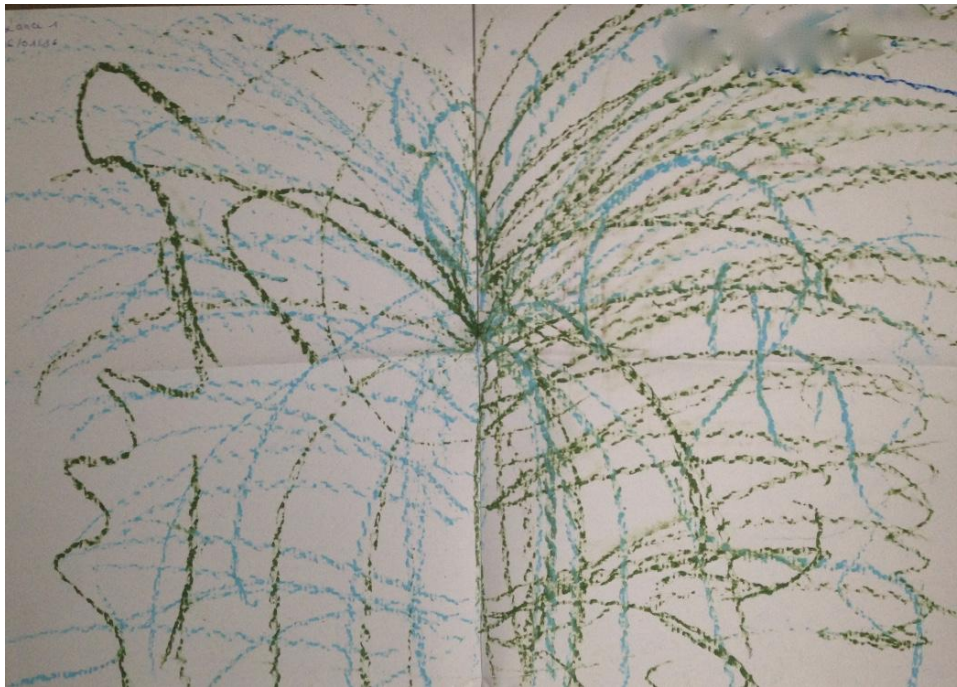
c) La consolidation de l'axe corporel

Les tracés permettent de développer l'axe corporel. Par la répétition des propositions et la position verticale, Benjamin peut créer un réel axe au centre de sa feuille. Par le lien corps/trace, l'axe construit au centre de la feuille correspond à la structuration de son axe corporel. Benjamin montre une défaillance de son image du corps, la représentation de son corps semble dévalorisante, ainsi la consolidation de l'axe corporel peut l'aider à mieux appréhender son corps. « Le Moi Corporel de G. Haag montre que le sentiment d'enveloppe ne suffit pas pour habiter son corps, il faut également intégrer un axe corporel solide. Le

corps est à la fois une enveloppe, donnant le sentiment d'exister, d'être dans sa peau, et un squelette interne, donnant l'éprouvé qu'il y a quelque chose sur lequel on peut s'appuyer ».

Illustration de l'intégration du schéma corporel avec les patients par la proposition du feu d'artifice :

Comme nous pouvons le voir dans les productions ci-dessous, il est dans un premier temps difficile pour Benjamin de partir du centre de la feuille.



Benjamin, Feu d'artifice, séance 1, 06/01/16

Dès la deuxième séance, on peut observer une amélioration de ses productions. Benjamin respecte bien les tracés lancés des feux d'artifices, tracés qui sont directs et linaires.



Benjamin, Feu d'artifice, séance 2, 13/01/06

L'instauration du point central reste difficile à mettre en place pour Benjamin. À partir de la troisième séance, il est en capacité de marquer lui-même son point central et s'y adapter tout au long de l'exercice.



Benjamin, Feu artificiel, séance 8, 16/03/16

Comme nous pouvons l'observer dans toutes les propositions précédentes, Benjamin semble avoir de grandes difficultés à accepter les limites de la feuille. Néanmoins, une amélioration peut être visible dans les dernières séances.

d) La trace permet une distinction de soi

L'espace graphique n'est pas neutre, il a des limites. Ces limites « peuvent avoir une influence décisive sur son aménagement et son utilisation ; il n'est pas homogène : il est imprégné d'éléments posturaux, droite et gauche, haut et bas ; il n'est qu'en deux dimensions».

Les limites de cet espace permettent d'observer certaines défaillances. Comme nous avons pu l'observer précédemment Benjamin est très impulsif, il a des difficultés à rester dans le cadre imposé par le support. Le dépassement de la feuille témoigne d'une défaillance de l'image du corps. En effet, la circulation des interactions entre le bébé et sa mère s'installe par une boucle, Geneviève Haag l'appelle « boucle de retour ». C'est cette circulation émotionnelle entre la mère et son enfant qui va transformer l'image du corps d'une surface

bidimensionnelle, en une enveloppe tridimensionnelle. Esther Bick l'appelle « peau psychique » et Didier Anzieu le « Moi-Peau ». L'installation de cette image du corps tridimensionnelle va distinguer un dedans et un dehors au niveau du corps du bébé. Le dessin, dans la mesure où il se situe dans l'espace transitionnel, va être comme l'opportunité d'une remise en jeu de l'image du corps. Il sera à la fois une représentation de l'image du corps et une expérience qui modifie l'image du corps en elle-même.

Geneviève Haag pourra développer que les patients qui débordent systématiquement du support ou qui ne peuvent pas arrêter leur geste, témoignent que le fond de soi et le fond de l'autre ne semblent pas suffisamment éprouvés pour servir de support d'inscription. La feuille en elle-même représente les défaillances d'une image du corps débordée par la pulsionnalité encore organisée sur un registre adhésif et bidimensionnel.

Benjamin présente de grands troubles de la relation, il peut parfois regarder autrui avec une grande intensité, il donne l'impression de « rentrer » dans notre regard. Débordé par ses angoisses, Benjamin tente de construire sa propre image du corps. Les limites de la feuille semblent avoir joué un rôle contenant, contraignant son impulsivité. Benjamin a encore des difficultés à respecter ce cadre, mais il peut désormais passer beaucoup de temps sur sa production et maîtriser son geste. Les débordements du support restent fréquents mais une évolution a pu être observée depuis le début de la prise en charge.

II.2 L'évolution de Jacques

a) L'évolution tonique

Jacques présente un tonus assez élevé, il reste majoritairement dans la maîtrise de ses gestes. Lors de l'examen du tonus, Jacques présentait de grandes difficultés à se détendre, il participait aux mouvements. Son tonus d'extensibilité au niveau du poignet et du coude était très réduit. Ses troubles de régulation tonique peuvent être liés à sa pathologie. En effet, les patients atteints du syndrome de Williams Beuren peuvent présenter une hypotonie initiale qui laisse peu à peu sa place à une hypertonie.

Illustration du niveau tonique par les Tracés/ glissés d'Ajuriaguerra :

Lors de la première séance, Jacques souhaite réaliser la forme numéro une, cela montre une certaine appréhension de sa part. Pourtant passer par cette forme, lui sera très utile. Il pourra prendre plaisir, avoir un rythme régulier. Chose qui sera plus difficile par la suite car Jacques choisit des tracés souvent trop complexes. Il pourra alors verbaliser une certaine détente « ça me fait du bien de tracer comme ça ».

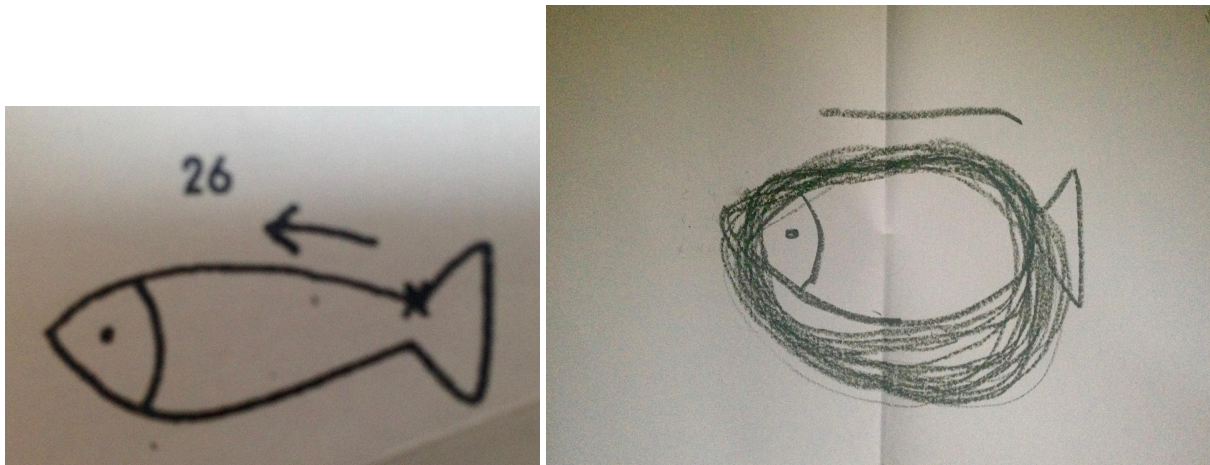


Jacques, Tracés Glissés, figure 1, séance 4, 27/01/16

Il est nécessaire que je fasse le premier tracé, sinon Jacques ne produit rien sur la feuille et se renferme dans ses stéréotypies de balancement.

Jacques a toujours pu suivre pendant quelques tracés ma première trace, néanmoins il finit toujours pas négliger les détails et il réalise systématiquement des formes spiralées sur la figure.

Je me questionne sur sa perception de la forme, peut-il distinguer les détails ou voit-il la forme uniquement dans sa globalité?



Jacques, Tracés Glissés, figure 26, séance 8, 16/03/16

Comme nous pouvons l'observer par cette proposition Jacques semble suivre une évolution tonique plutôt adaptée. En passant par les spirales, il appréhende au mieux les prochaines traces.

Les coordinations, travaillées par les Tracés/glissés, semblent difficiles. Effectivement, Jacques présente des difficultés à s'adapter aux tracés.

b) Les coordinations générales peuvent s'organiser

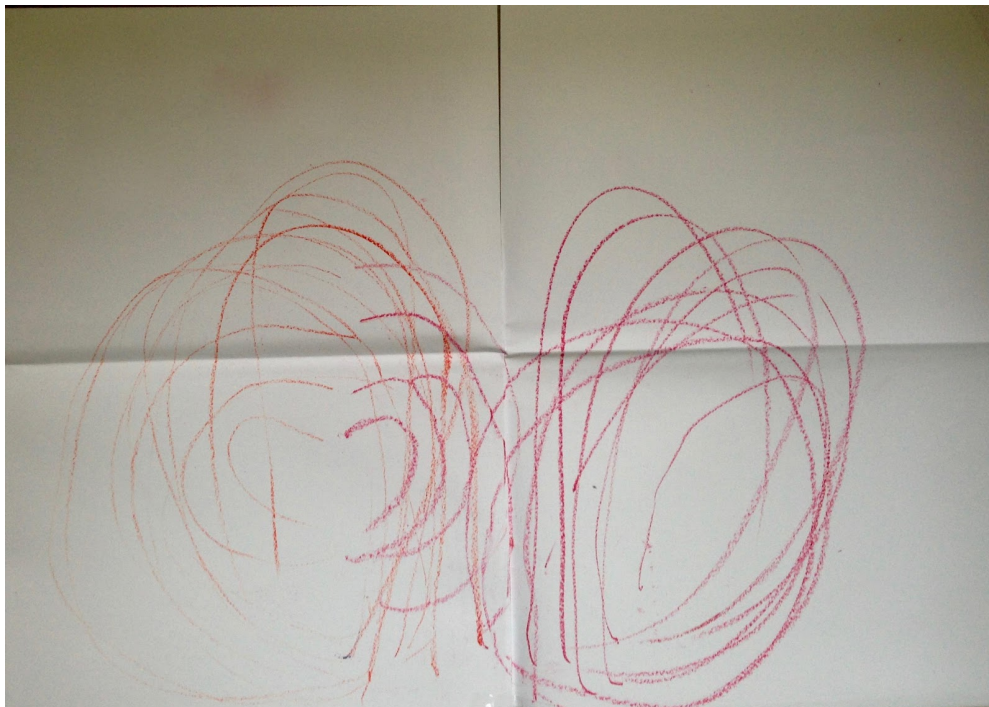
Jacques présente des difficultés à s'organiser corporellement. Il réalise beaucoup de mouvements parasites, ses déplacements sont compliqués, ses membres inférieurs et supérieurs peuvent ne pas être coordonnés.

Sa pathologie impacte ses coordinations, elles peuvent le rendre maladroits et lents à exécuter certaines tâches. La station debout est souvent pénible chez ces patients, effectivement Jacques préfère réaliser les différentes propositions assis.

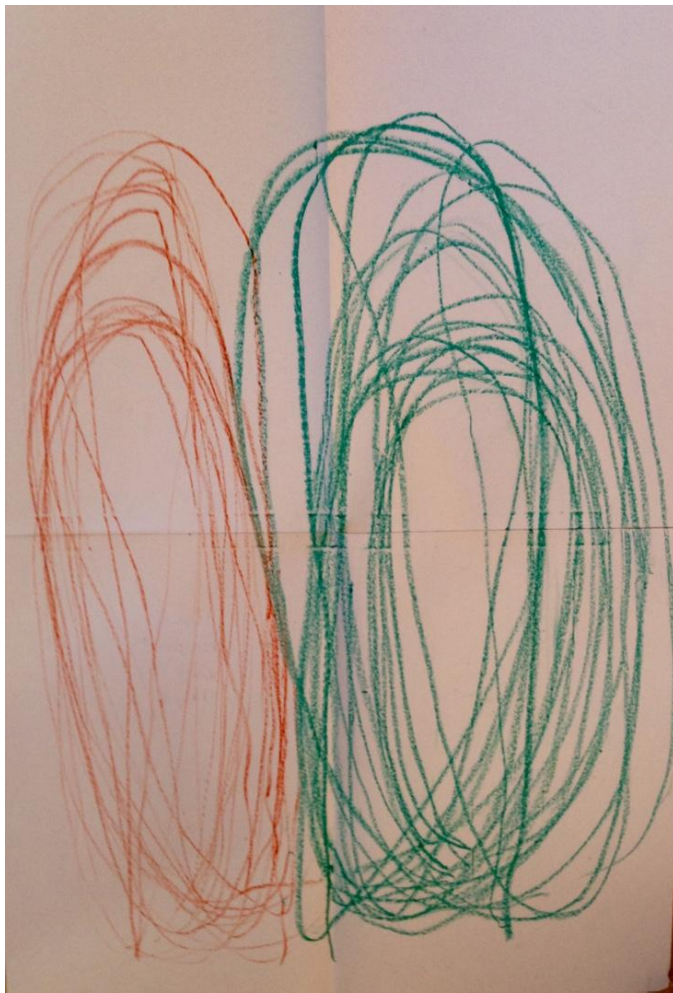
Illustration de l'évolution des coordinations globales par les propositions de la fontaine :

Lors des premières séances, l'intégration des consignes étaient difficile pour Jacques. Le tracé est rapide, éparpillé.

La coordination de la respiration aux mouvements est réalisable par Jacques, il s'en sert comme flux sensoriel supplémentaire et nécessaire à la conservation du rythme.



Jacques, Fontaine, séance 2, 13/01/16



Jacques, Fontaine, séance 7, 09/03/16

Comme pour Benjamin, la proposition de la fontaine permet aussi de consolider l'axe corporel. Une grande évolution est visible pour Jacques, qui peut désormais créer un réel axe entre les deux fontaines.

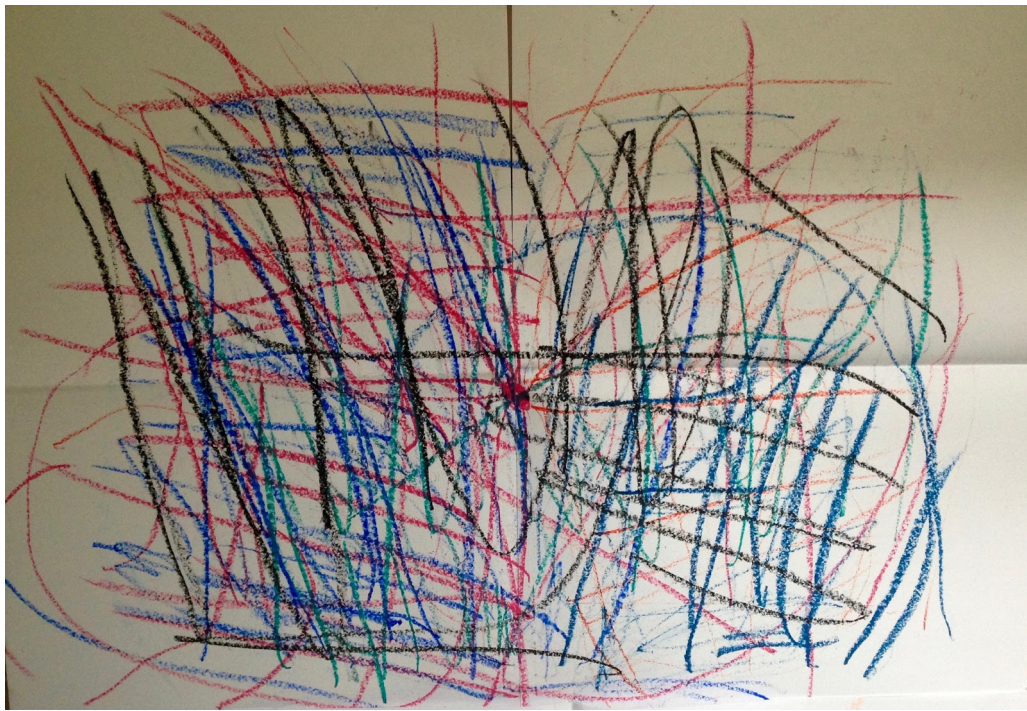
On peut observer que les tracés sont plus précis et appliqués au fur et à mesure des séances.

c) La construction de l'axe corporel

Au début de la prise en charge, l'axe corporel de Jacques semble complètement désorganisé, sa station debout est instable, ses mouvements manquent de fluidité.

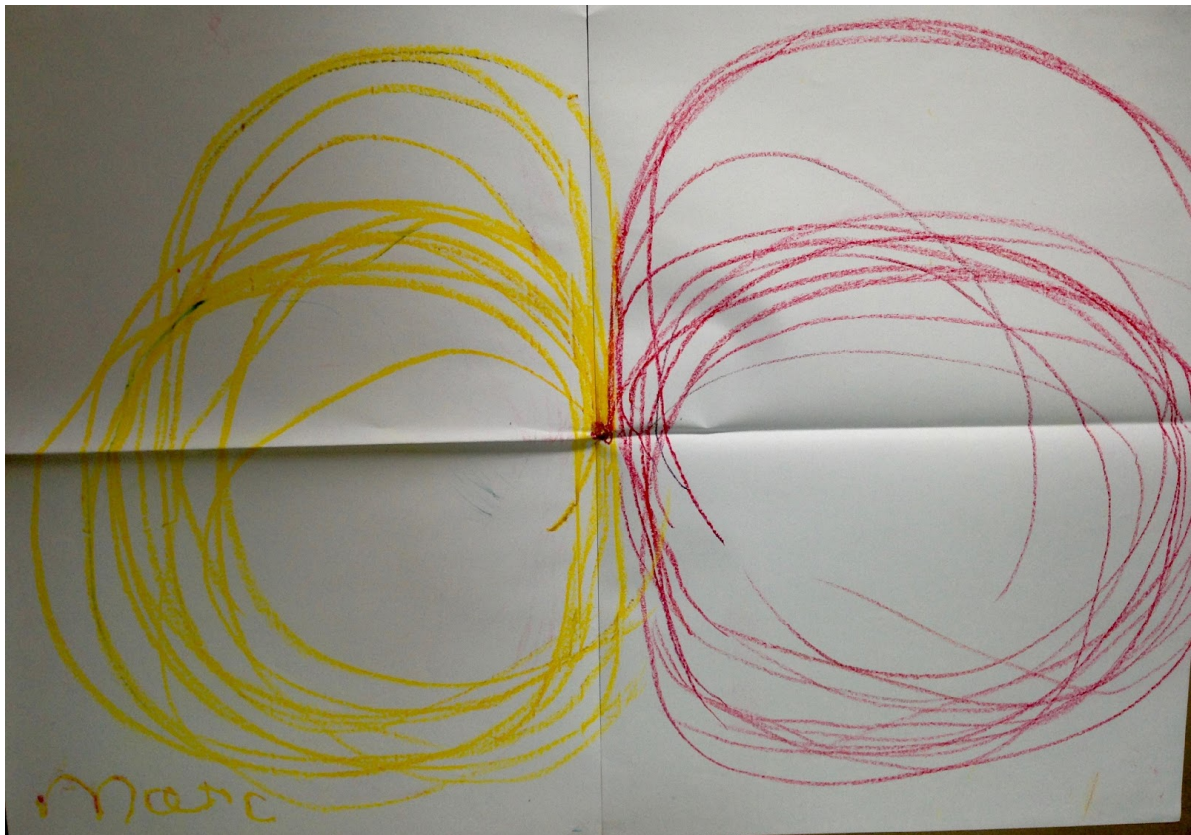
Par la proposition du feu d'artifice, nous avons pu voir émerger un axe corporel en cours de construction.

Jacques se laisse facilement envahir par le thème du feu d'artifice. Il trace dans un plaisir, en sifflotant.



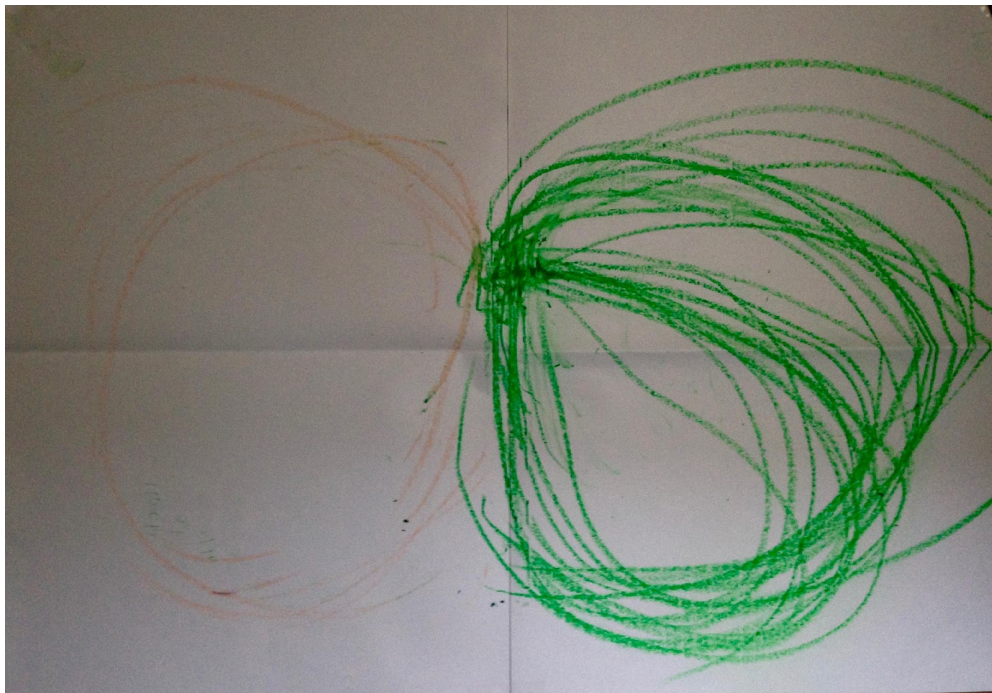
Jacques, Feu d'artifice séance 2, 13/01/16

À la quatrième séance, une consigne émerge. Marc peut prendre en considération le centre de la feuille. À chacun de ses traits, il partira du centre. Lorsqu'il se focalise sur une consigne, Jacques ne semble plus pouvoir respecter l'autre, ainsi les tracés lancés ne sont plus possibles.



Jacques, Feu artificiel, séance 4, 27/01/16

Jacques a bien intégré la notion de centre et d'axe corporel. Il pourra lui-même le construire lors de la huitième séance.



Jacques, Feu d'artifice, séance 8, 16/03/16

Les tracés lancés sont très difficiles pour Jacques, il reste dans des productions très circulaires. Jacques présente des difficultés à inhiber, arrêter son geste. Le mouvement circulaire semble le rassurer, le contenir. Je peux émettre l'hypothèse d'un lien entre les mouvements circulaires et les stéréotypies de balancement réalisés par Jacques. Comme pour les cercles, les stéréotypies sont réalisées sur un même rythme, elle joue le rôle de contenance, de rassemblement.

Jacques est très sensible au flux auditif qui l'aide en plus du flux visuel. Il peut reprendre lui-même les énonciations verbales que je lui donne. Sur le rythme « 1,2,3 », Jacques réalise le mouvement. « 1 », il part du centre, « 2 » il va vers l'extérieur et « 3 » il retourne au centre.

d) L'investissement de l'espace

Dans les premières propositions, Jacques avait des difficultés à investir les différents espaces de la feuille, il ne semblait pas être dans une construction organisée du support. Cette dernière pourra s'intégrer au cours de la prise en charge, l'intégration de la feuille et de ses limites, semblent avoir contenu Jacques et permis un meilleur investissement du support.

Travailler toujours sur le même support aide à l'intégration de ces limites, une fois les limites assimilées, elles peuvent être adaptées à chaque support.

II.3 L'investissement de l'espace par Thomas

a) La maîtrise tonique

Thomas est le seul à ne pas avoir cassé de pastels. Dans les premiers temps de la prise en charge, il était dans la maîtrise de ses moindres gestes. Le lâcher prise n'était pas possible. Thomas souhaitait rester dans l'esthétique de la production. Il maîtrise le tracé, il ne dépasse jamais de la feuille, de ce fait la détente procurée par les propositions est difficile d'accès pour lui. Néanmoins, il peut aujourd'hui prendre plus de plaisir dans ces dernières. À certaines séances, il a pu réaliser la proposition rapidement et sans contrôle, ce qui est rare mais possible. Cette méthode, par la répétition des propositions, permet un travail de régulation tonique, effectué par le patient lui-même.

La maîtrise tonique de Thomas est observable par les Tracés/ glissés d'Ajuriaguerra :

Thomas choisit souvent des formes symboliques, il est conscient de ses capacités de dessin. Il reste majoritairement focalisé sur l'esthétique, la beauté de sa production.

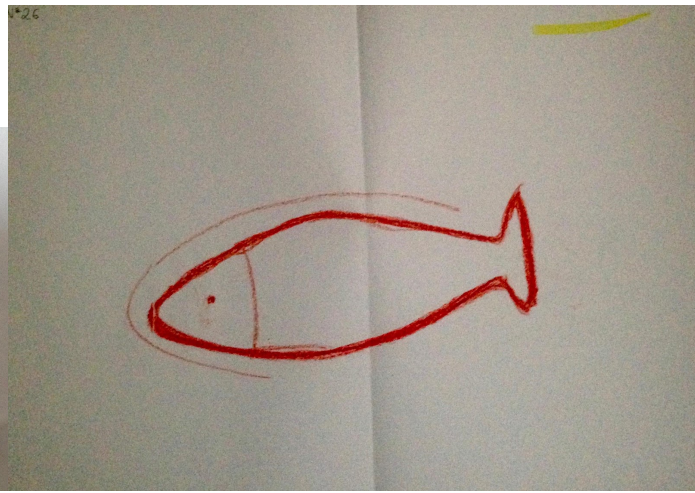
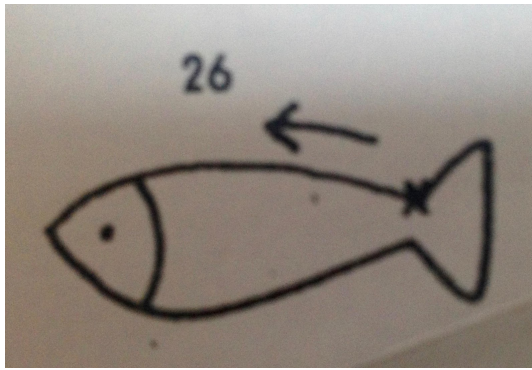
Au début, il ne pouvait pas passer par-dessus sa forme, même si je lui en donnais la signification. Est-ce parce qu'il ne voulait pas repasser sur son dessin ? On peut faire l'hypothèse que Thomas avait le besoin d'envelopper son dessin comme pour le protéger. Peut-être ressent-il lui aussi ce besoin ?



Thomas, Tracés Glissés, figure 18, séance 5, 17/02/16

Il finira par repasser par-dessus sa trace dans les deux dernières productions, mais, il ne le fait pas longtemps.

On peut observer un tonus élevé lors de la réalisation des formes. Thomas est lent et attentionné. Il a besoin de repasser sur les traits à plusieurs reprises, avec les yeux fermés, pour être vraiment détendu.



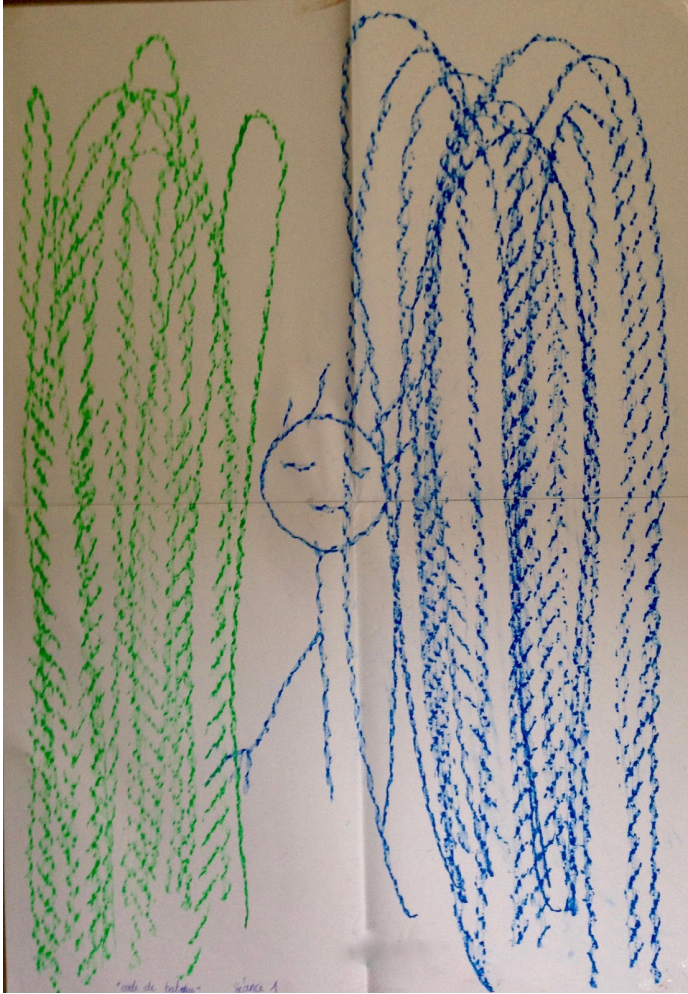
Thomas, Tracés Glissés, figure 26, séance 8, 16/03/16

b) La dissociation des productions

Par sa grande tonicité, Thomas n'a pas eu réel problème pour réaliser les productions. Rapidement, il a su s'habituer aux consignes et faire « quelque chose de beau ».

Néanmoins, par les différentes propositions, j'ai pu observer une grande dissociation des espaces. « La 'dissociation' désigne spécifiquement le caractère étrange des malades pour ceux qui les rencontrent, et se retrouve dans la sphère intellectuelle, affective et corporelle ». La dissociation impacte différents secteurs. Sur le plan intellectuel, on peut observer des troubles du cours de la pensée, une altération du système logique plus ou moins marqué. Des troubles du langage peuvent apparaître par un mutisme ou au contraire un monologue sans participation possible. Au niveau affectif, on peut observer une discordance entre les événements et les émotions du patient. Sur le plan corporel, on peut observer des gestes maniérés et ritualisés, mais aussi des actions réalisées brusquement qui semblent incompréhensible par l'entourage. L'investissement des différents espaces, personnes, lieux reste difficile pour les patients psychotiques, il est nécessaire d'instaurer un espace sécurisé pour qu'il puisse s'exprimer.

Observation des dissociations par la proposition de la fontaine :

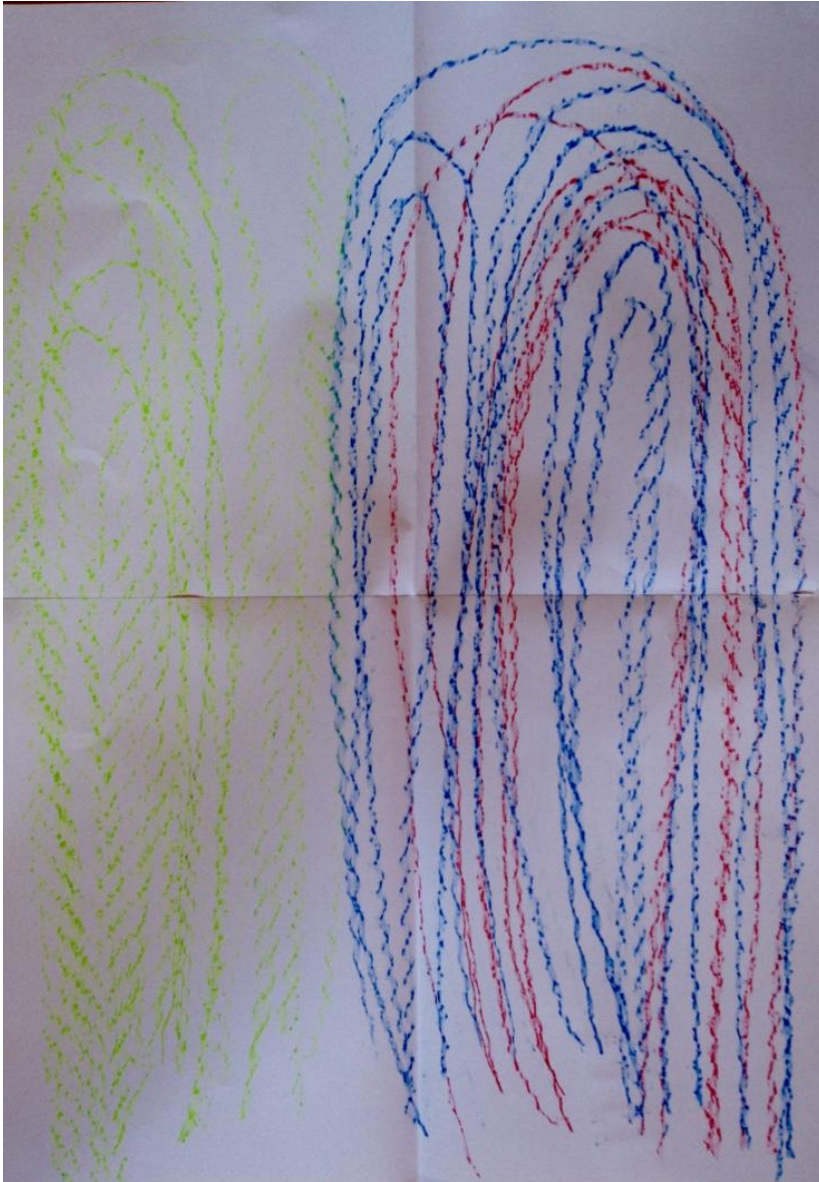


Thomas, Fontaine, séance 1, 06/01/16 – Thomas a dessiné le bonhomme par lui même. _



Thomas, Fontaine, séance 3, 20/01/16

Il a pu construire, au cours des séances, un réel axe et une ligne uniforme d'où pouvait partir les deux fontaines. Il est moins dans le contrôle du geste, l'esthétique et la symétrie. Ses traits sont plus impulsifs, la respiration peut, pendant quelques tracés s'uniformiser avec ses gestes.



Thomas, Fontaine, séance 7, 09/03/16

Au cours de la prise en charge, Thomas a pu être plus à l'aise dans les productions et dans les relations avec ses pairs. Grâce au cadre contenant, que ce soit la salle de psychomotricité, le groupe ou les limites de la feuille, Thomas a pu réunir les deux fontaines et investir l'espace de la feuille.

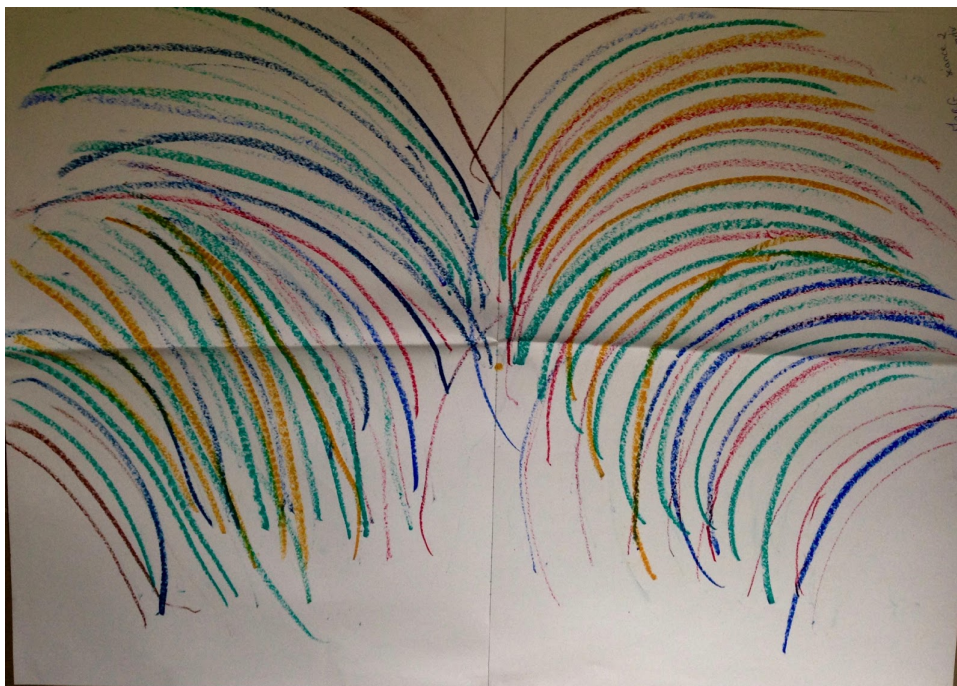
Les dissociations spatiales ont aussi un impact au niveau de l'investissement de l'axe corporel par Thomas.

c) Le développement de l'axe corporel

On peut faire le lien entre la dissociation des espaces de la feuille et une dissociation au niveau des hémicorps. Effectivement Thomas ne semble pas réellement prendre conscience de son axe corporel. Les membres supérieurs sont rarement ramenés au niveau de l'axe.

Par les propositions du feu d'artifice, Thomas appréhende son axe corporel, qu'il construit séance après séance :

L'évolution de Thomas est assez irrégulière. Lors des deuxièmes et troisièmes séances, Thomas dissocie sa production. L'axe vertical de la feuille n'est pas possible, et uniquement dans le haut de la feuille. Thomas n'investit pas le bas de la feuille.

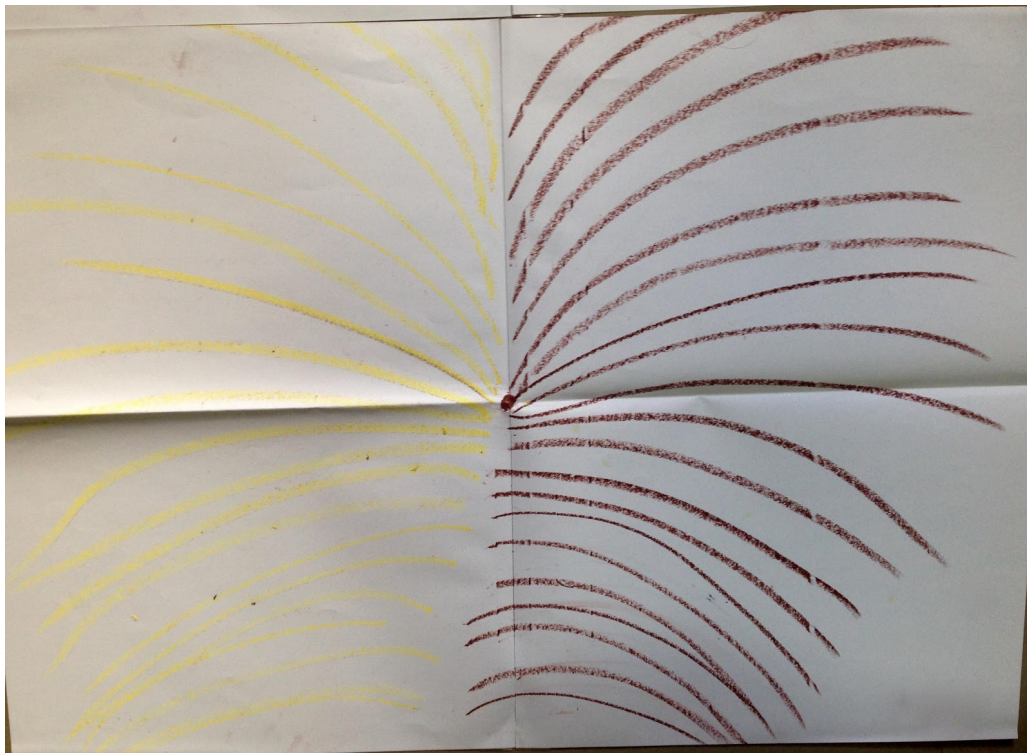


Thomas, Feu d'artifice, séance 3, 20/01/16

On peut observer une amélioration du tracé et de la consigne concernant les tracés lancés du feu d'artifice. Thomas est dans une constante symétrie et un contrôle du geste.

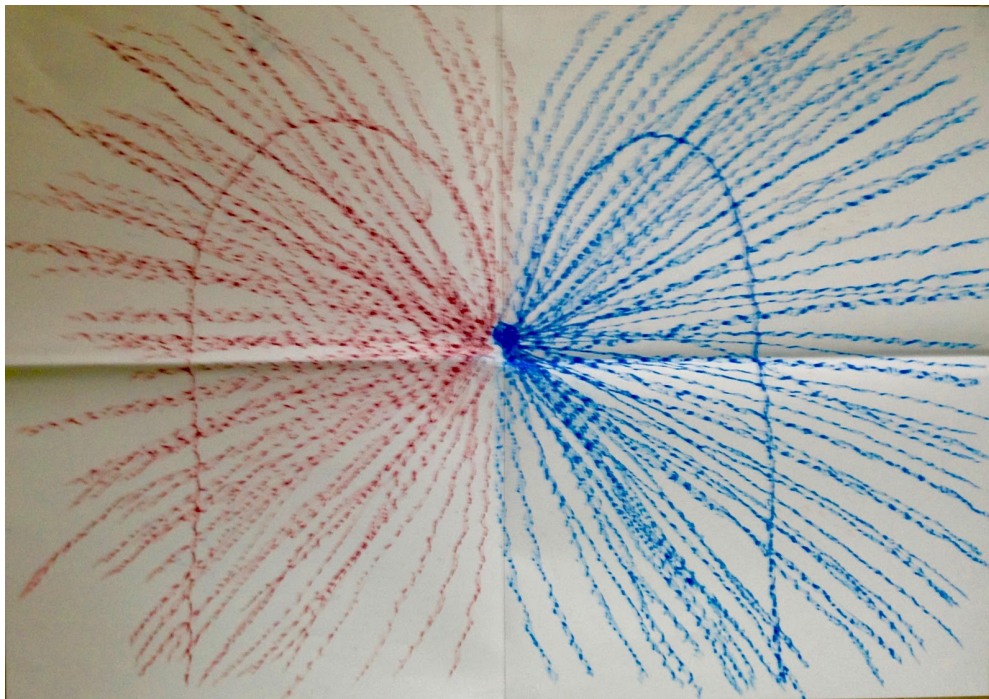
Lors de la quatrième séance, les deux espaces sont très dissociés mais l'axe vertical est bien présent. On a l'impression qu'il a construit une ligne imaginaire qui sépare l'espace droit et le gauche. Les tracés lancés sont courts et maîtrisés.

Après deux semaines, Thomas peut désormais partir du point central. L'axe semble intégré partout sauf dans le bas de la feuille. Son espace est bien mieux construit. Son geste est moins contrôlé, plus dans le lâcher prise.



Thomas, Feu d'artifice, séance 4, 27/01/16

Lors de la sixième séance, les tracés du bas de la feuille sont horizontaux et ne partent pas du point central. Par contre, il pourra intégrer les deux consignes pour la huitième séance. En fin de prise en charge, Thomas pourra investir l'espace du bas de la feuille.



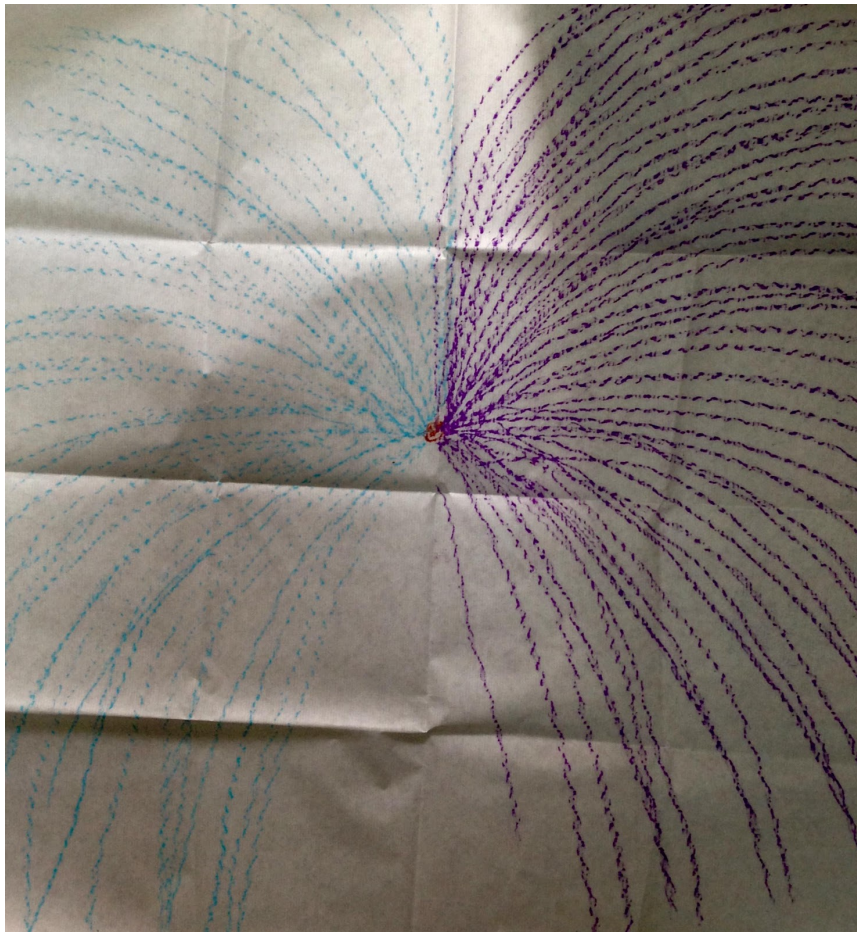
Thomas, Feu d'artifice, séance 8, 16/03/16

Le geste reste encore très contrôlé et esthétique mais Thomas tente de s'en dégager. La progression en dents de scie reste fulgurante pour la dernière production, un réel axe, point central s'est installé.

d) L'intégration de son espace propre

Henri Wallon développe l'idée qu'une fois l'espace propre du corps intégré, on peut appréhender celui de l'espace général, et donc celui de l'espace graphique.

Une évolution est observable pour Thomas. Lors des premières productions, il ne pouvait jamais investir le bas de la feuille, pourtant l'espace le plus proche.



Thomas, Feu d'artifice, séance 5, 17/02/16

Il a pu évoluer, petit à petit, il a investi par quelques tracés le bas de la feuille, puis il a pu l'appréhender complètement. Cela témoigne d'une meilleure intégration de son schéma corporel, majorée par les propositions faites pendant le groupe. Par la position verticale, Thomas a pu intégrer son axe corporel, mais aussi par les coordinations visuo-manuelles qui permettaient un retour au centre. Les activités graphiques et le temps de conscience corporelle semblent avoir permis à Thomas d'intégrer au mieux son schéma corporel.

II. 4 La persévérance de Marion

a) L'importante tonicité de Marion

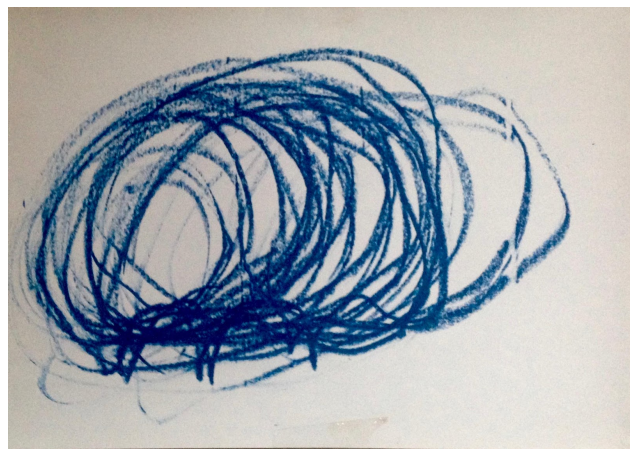
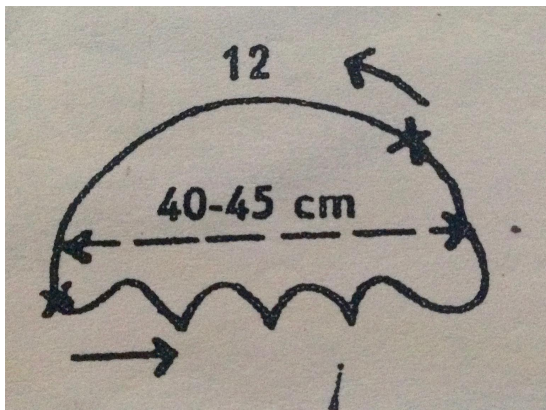
Pour Marion, je peux faire le lien avec sa pathologie, d'ataxie cérébelleuse, qui entraîne des troubles de la régulation tonique. Marion a des difficultés pour maîtriser ses gestes, dans ses

tremblements elle appuie fortement sur les pastels qui cassent. Lorsque cela arrive, Marion effectue toujours un sursaut et la déception est visible sur son visage.

Pourtant l'évolution tonique de Marion est très importante, sa capacité de tracer et de produire, lui ont permis de prendre confiance en elle.

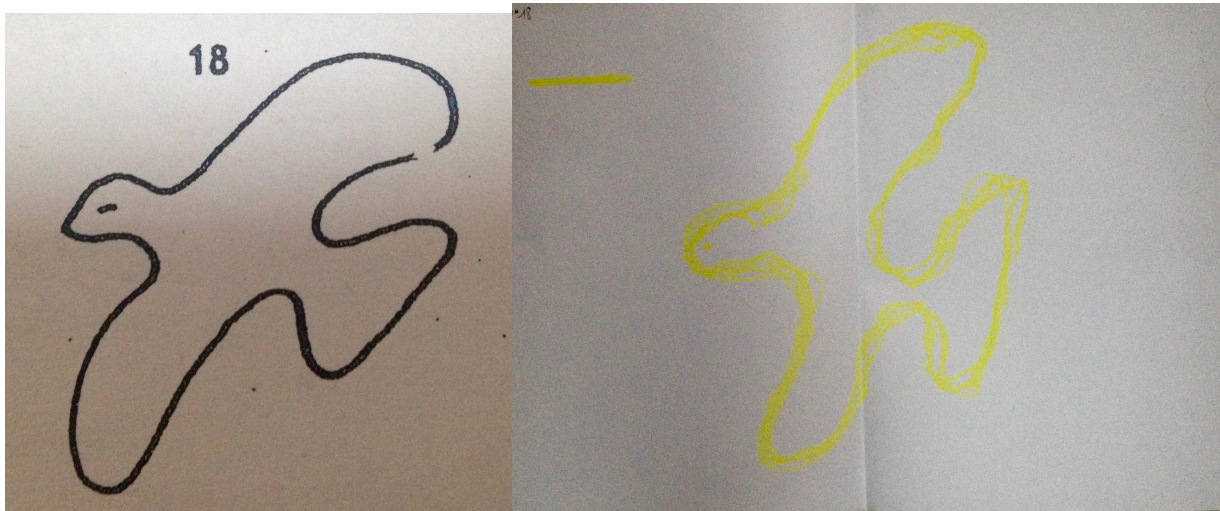
Les réflexions sur les Tracés/glissés d'Ajuriaguerra témoignent de cette grande évolution tonique, mais aussi graphique :

Pour débiter le tracé, Marion s'appuie sur une forme que je dessine sur le support. Lors de la première séance, elle se laisse vite dépasser par l'impulsivité et part dans des formes spiralées. Chose qu'elle reprendra lors de la deuxième fois, mais plus vers la fin de la réalisation. Ces formes spiralées, comme pour Benjamin, lui permettent d'apaiser son niveau tonique, déchargé dans la trace.



Marion, Tracés Glissés, figure 12, séance 4, 27/01/16

Lors de sa troisième production, l'évolution est fulgurante. Marion pourra suivre avec attention mon premier tracé, cela démontre une meilleure régulation tonique, une attention et une implication importante de la part de Marion. Doucement, les tremblements disparaissent, Marion s'investi grandement dans la production.



Marion, Tracés Glissés, figure 18, séance 8, 16 /03/16

La trace est un processus très narcissant, Marion est sensible à la réussite. Vite blessée par ses difficultés motrices, elle est fière de pouvoir observer sa propre évolution. Ainsi, Marion s'investit d'autant plus dans les productions.

b) Les coordinations générales impactées par sa pathologie

Marion est réellement handicapée par ses troubles moteurs. Ses déplacements sont compliqués, le passage de la position assise à debout reste instable.

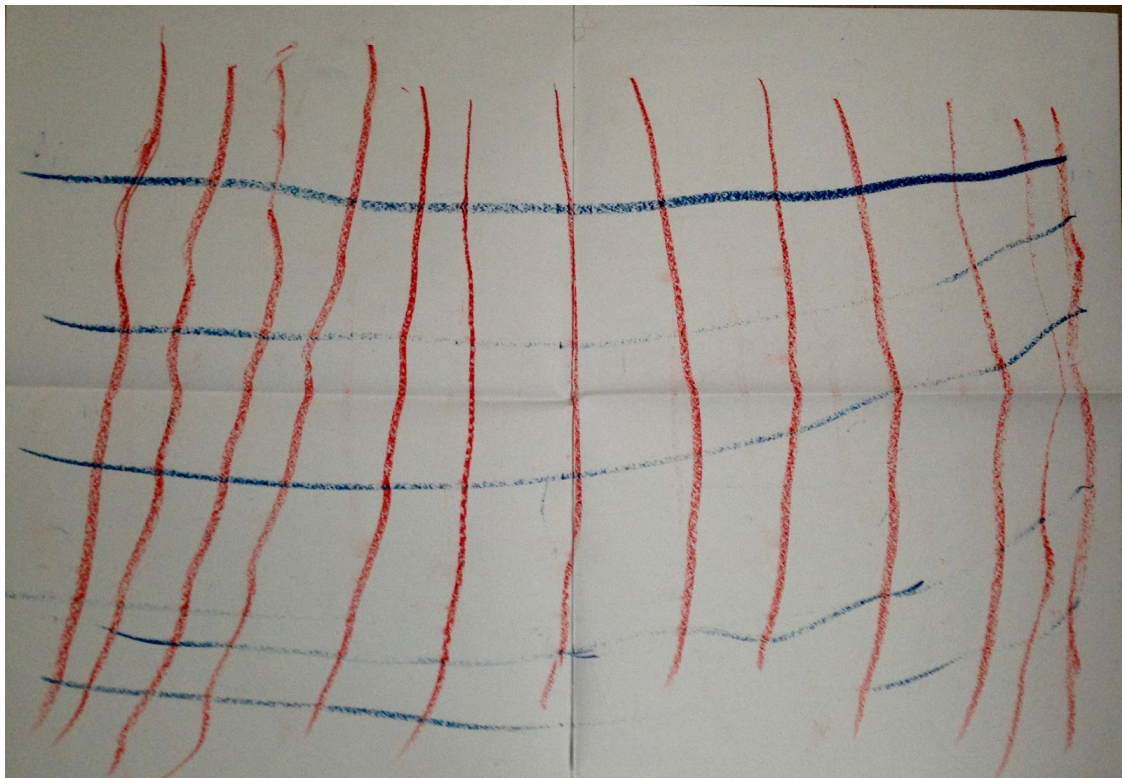
Ces difficultés motrices impactent les coordinations globales, ainsi la réalisation des productions étaient très difficiles pour Marion.

Marion n'investit pas son hémicorps droit, tout aussi bien dans ses déplacements, que dans les productions graphiques.

Ainsi, Marion a réalisé tous les tracés avec la main droite.

La proposition des fontaines permet d'observer la grande évolution de Marion et son investissement dans les séances :

Au début de la prise en charge, Marion reste dans quelque chose de très rassurant pour elle : les quadrillages.



Marion, Fontaine, séance 1, 06/01/16

Pour la troisième production, elle pourra réaliser des prémices de la fontaine. Même si elle ne peut arrêter son tracé entre les « ponts », elle ne quadrillera pas sa production. Les mouvements d'ascendance et de descendance sont présents, ils tentent de s'accorder avec la respiration.

Marion est fière son travail, réussir lui procure une vraie joie.



Marion, Fontaine, séance 6, 24/02/16

Comme nous avons pu le voir dans les productions, les mouvements de coordination sont mieux intégrés, elle est plus à l'aise dans les propositions. Ces dernières permettent aussi un travail sur la coordination des membres supérieurs associés à la respiration. L'exercice de la fontaine permet aussi un déliement des épaules, des coudes et des poignets.

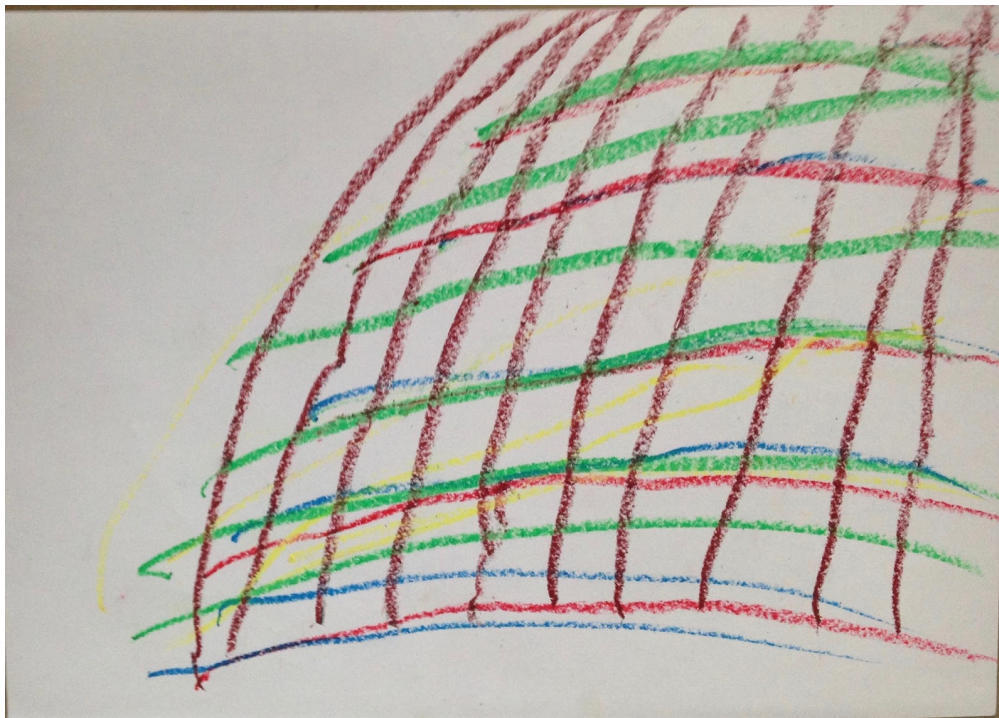
Les propositions de la fontaine consolident aussi l'axe corporel, par les tracés d'ascendance qui marque l'axe.

c) L'apparition d'un axe corporel

Par sa dissociation des hémicorps, Marion n'investit pas grandement son axe corporel. Pour l'aider dans ses déplacements et améliorer ses coordinations, il m'a semblé essentiel de consolider son axe. Face à la nouveauté, Marion se laisse vite dépasser, elle préfère se rassurer par des productions qu'elle connaît ou ne pas réaliser l'exercice.

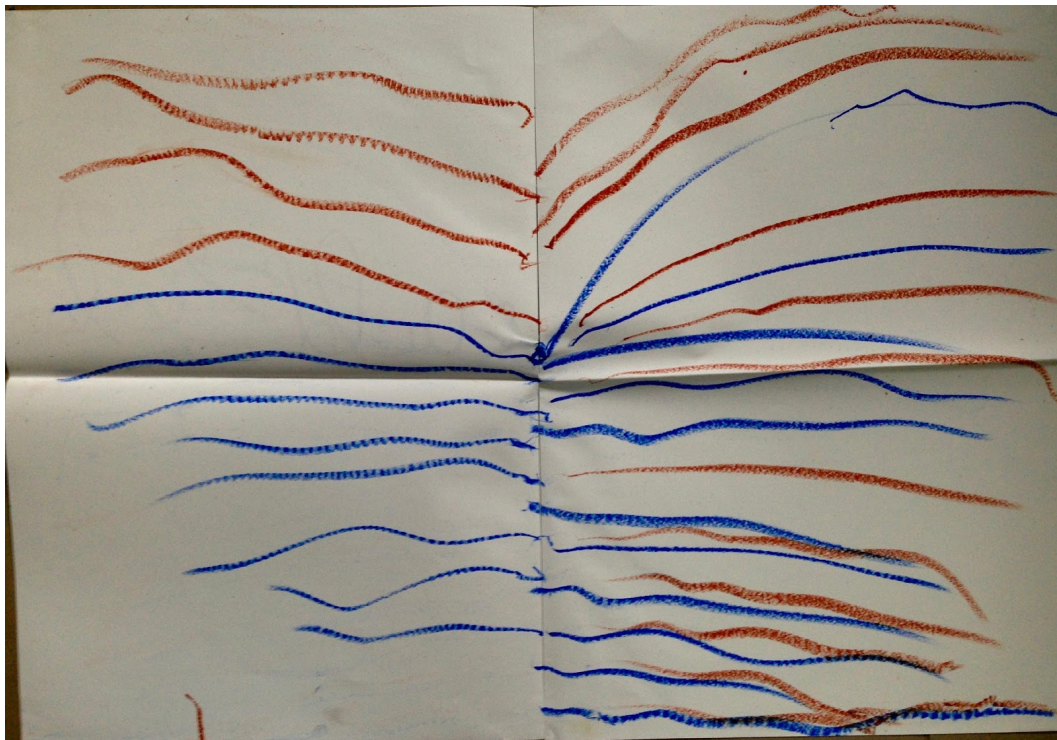
Les propositions du feu d'artifice témoignent de ce besoin de réassurance, mais aussi de l'émergence d'un axe corporel :

La pathologie de Marion semble grandement la pénaliser dans les réalisations graphiques. Les deux premières séances, elle réalise des quadrillages. Il me semble être une ébauche de la consigne. Marion peut dans un premier temps réaliser uniquement des traits horizontaux qui ressemblent aux tracés lancés du feu d'artifice. Elle finira par les quadriller vers la fin de la réalisation.



Marion, Feu d'artifice, séance 2, 13/01/16

Finalement, elle peut sortir du quadrillage et réaliser des traits horizontaux. Marion veut bien faire, elle utilise sa main droite pour combler l'espace de la feuille. Ses traits restent tremblants mais on peut voir une amélioration entre la deuxième et la quatrième séance.



Marion, Feu d'artifice, séance 4, 27/01/16

Marion présente encore de grandes difficultés pour partir du point central de la feuille, mais pour l'instant nous n'en sommes pas là. Elle investit de mieux de mieux son espace gauche souvent moins mobilisé.

On pourra remarquer un grand investissement de sa part tout au long de la prise en charge. L'absentéisme fréquent de Marion semble avoir impacté son évolution.

II. 5 La surprise face aux difficultés de construction de l'axe corporel

Lorsque j'ai commencé la prise en charge groupale, je ne savais pas à quoi m'attendre. Certes ces quatre patients avaient l'envie de tracer, mais je n'avais pas une réelle idée de ce qu'ils allaient produire face aux propositions. J'ai été très surprise de voir leurs difficultés à revenir au centre de la feuille.

Face à ces dernières j'ai accentué la prise en charge sur la construction de cet axe corporel particulièrement difficile à installer pour Thomas.

Semaine après semaine, une transformation a été possible. À chaque séance, les patients pouvaient évoluer, s'approcher de ce point central, marqueur de l'axe.

Ce n'est que pas le feedback visuel et par leurs sensations corporelles qu'ils peuvent ajuster leur geste et donc consolider leur axe corporel.

La répétition des propositions, où je rappelle en chaque début la consigne, leur a sûrement permis d'intégrer le retour au centre.

Les percussions osseuses réalisées pendant le temps de conscience corporelle, ont pu permettre une meilleure prise de conscience de l'axe, un ancrage plus important dans le sol.

La distinction de soi, permise par la trace, permet une meilleure intégration au groupe.

III. Le groupe a-t-il un rôle à jouer dans l'évolution psychomotrice et la trace de chacun ?

III.1 La trace et le groupe permettent d'observer une évolution des verbalisations des éprouvés

Il m'a été très difficile d'obtenir de réelles verbalisations par les patients, après leurs productions. Le seul support que j'ai trouvé est celui du dessin en fin de séance, pourtant les liens avec la séance leur étaient difficiles à faire. Par exemple, lors d'une séance, nous faisons la proposition de l'arbre, Benjamin et Thomas dessinent un arbre avec deux personnes à côté de ce dernier. Lorsque je leur demande de faire le lien avec la séance, chacun m'explique son histoire mais ne semble pas pouvoir faire de rapport avec la séance. Leur capacité à retracer ce qu'ils vivent est entravée, « la déficience intellectuelle engendre [...] des lacunes de raisonnement et de mise en relation des situations entre elles. »

Dessins de séances :

a) Benjamin

Les verbalisations restent encore difficiles, Benjamin peut surtout témoigner de l'esthétique du dessin, ou dire qu'il a aimé mais sans donner de réelles explications.

Une certaine évolution a pu apparaître au cours des séances. Lors des trois premières séances, Benjamin dessine des paysages (la mer, le soleil et le ciel sont souvent présents) ou autres formes qui n'ont pas vraiment de lien avec la séance. À partir de la cinquième séance, Benjamin pourra dessiner des bonhommes qui correspondent au nombre de participant au groupe. Il ne peut pas encore verbalement faire les liens mais quand je les évoque pour lui, il peut acquiescer ou commenter.

Lors de la huitième séance, Benjamin fait un arbre, pour la première fois, il dessine directement une proposition faite pendant la séance. Pourtant il ne fera pas de lien à l'oral.

b) Jacques

Jacques présente souvent des difficultés à commencer le dessin de la séance. Il ne sait pas ce qu'il faut dessiner. Jacques est plus à l'aise avec des consignes, mais quand je lui demande son avis, ou de dessiner librement, il semble perdu. Il s'enferme dans des balancements.

Les dessins de fin de séance se ressemblent : soit Jacques réalise un bonhomme, des fleurs, une maison, soit il fait une forme rectangulaire de couleur rouge. Pour chacune des formes, il donne une explication différente.

Faire des liens avec les séances n'est actuellement pas possible. Pourtant Jacques est capable, la séance suivante, de me rapporter quelques éléments de la séance précédente. Peut-on penser qu'il a des difficultés de mémoire immédiate ? Les liens sont-ils encore difficiles à mettre en place ? Ceci pourrait aussi expliquer pourquoi Jacques cherche souvent ses mots pour s'exprimer.

c) Thomas

Dans les premières séances, Thomas s'attardait particulièrement dans des dessins où la recherche de beauté et d'esthétique était primordiale. Il pouvait d'ailleurs souvent dire que son dessin était un tableau.

Lors de la septième séance, il a pu dessiner deux bonhommes à côté d'un arbre, ce qui fait lien avec la proposition de l'arbre qu'il a réalisé avec Benjamin. Il ne pourra pourtant pas le verbaliser ainsi.

Le dessin de la huitième séance, représente des formes, des lettres. Je fais le lien avec les dessins sur le papier carbone qu'il a reproduit juste avant. Ce n'est cependant qu'une interprétation de ma part, à laquelle Thomas n'a pas répondu.

d) Marion

Marion réalise des formes souvent non-symboliques mais elle peut expliquer ce qu'elle a dessiné. Les liens avec les séances restent encore difficiles à élaborer.

Marion est encore dans des formes répétitives : spirales, quadrillages, lignes de ronds qui semblent la rassurer.

La trace, par le dessin, a permis une certaine verbalisation sur la séance, néanmoins il semble encore très difficile de verbaliser des liens avec la séance. Le groupe a pu être un étayage pour les verbalisations. Jacques ou Marion pouvaient prendre appui sur les verbalisations de Benjamin ou Thomas et les développer. Il fallait néanmoins faire attention à ce que les patients ne restent pas dans un collage des verbalisations des autres. Pour éviter ces situations, j'essayais toujours d'alterner les premières prises de parole.

III.2 Le groupe favorise les relations entre les patients ?

La constitution et la réalisation d'un groupe sont un réel défi. Le groupe est un processus qui nécessite d'être soutenu par le thérapeute mais aussi par les patients. Chacun doit s'investir pour obtenir une cohésion, une contenance et du plaisir dans le partage avec l'autre. « L'expérience du groupe confronte chacun à la problématique de la construction du lien avec l'autre », et suscite émotions et sentiments. Il est nécessaire de tolérer les humeurs ou les difficultés de chacun pour pouvoir travailler et créer ensemble. Rapidement, chacun a trouvé sa place autour de la table, où ils s'installent chaque semaine. Cela témoigne d'une certaine unité, stabilité dans le groupe.

Les patients se connaissaient déjà ce qui a facilité les relations. L'arrivée de Benjamin, au CITL, est plus récente. Il ne vit pas dans le même foyer que Thomas, Marion ou Jacques. Ainsi, au début de la prise en charge, je pouvais observer une légère tension de la part de Benjamin. Pour ne pas perdre la face devant les autres, il voulait toujours participer, s'imposer, répondre avant ses pairs. Il pouvait accuser les autres patients du groupe, de l'avoir tapé ou insulté. Chose qui n'était pas possible, car en étant présente constamment avec eux, je l'aurai remarqué. Le cadre a dû être reposé plusieurs fois. À la fin des séances, je pouvais rester quelques minutes avec Benjamin pour écouter ses angoisses. Finalement Benjamin a su s'adapter au groupe, attendre avant de prendre la parole, laisser les autres s'exprimer. Les relations avec ses pairs semblent bien établies, j'ai pu par la suite les voir manger ensemble ou discuter dans les couloirs de l'institution. Néanmoins, Benjamin présente toujours de grandes angoisses et un sentiment de persécution assez important. Je pourrais en conclure que le cadre contenant et les échanges ont permis à Benjamin de se sentir plus investi dans le groupe. Le maintien du cadre a pu être beaucoup plus complexe pour Marion.

Cette dernière pouvait avoir ses propres rituels, tels que : ranger les pastels, appuyer sur le bouton de l'ascenseur, et ne supporte pas que les autres puissent le faire. Jacques, plutôt de nature à aider les autres, c'est rapidement senti agressé par Marion. Il a fallu à plusieurs reprises reprendre avec eux, ce qu'impliquaient le groupe et les relations entre eux.

La période de l'illusion groupale décrite par Anzieu a nécessité au moins six séances pour se mettre en place. Avant, les patients ne pouvaient interagir sur les productions de leurs pairs. Ils réalisaient les mêmes propositions mais dans leur propre espace sans partage. Peut-être est-ce lié à l'angoisse de la rencontre, de l'acceptation du travail avec l'autre ? Laure Ouchacoff, développe l'idée que « la régression fait surgir des défenses à type d'évitement, d'agressivité, d'effondrement, de replis sur des objets, de façon ritualisée. » Chose que j'ai pu observer dans les premiers temps de la prise en charge.

La cohésion du groupe s'est installée progressivement avec parfois la nécessité de réexpliquer et de maintenir le cadre.

CONCLUSION

Laisser trace est un processus intime, on y laisse de soi. Néanmoins, cette dernière, permet aux patients de se révéler sans forcément rentrer en confrontation directe avec moi. La trace laissée par le patient est récupérée par son regard mais aussi par celui du professionnel. Cette récupération est capitale pour intégrer les processus de soi et mentaliser le graphisme. Dans la trace, on ne peut pas se passer du geste, du tonus, de l'espace du support et de l'espace de projection de soi. Par la trace, une connexion psychocorporelle se réalise.

Pendant la prise en charge, j'ai été réellement surprise de l'évolution des patients. La trace permet réellement de consolider les items psychomoteurs défaillants chez les patients. Tous ont véritablement évolués, à leur rythme et sur différents aspects, mais j'ai observé une grande différence depuis le début de la prise en charge.

Ce mémoire est le reflet que d'une période donnée. Le travail continue et je ressens une grande frustration de ne pas pouvoir intégrer la suite des séances qui reflètent l'évolution de chaque patient.

J'ai pris la décision de poursuivre le groupe « Traces » jusqu'à fin juin, afin de consolider l'amélioration des items psychomoteurs, mais aussi pour diversifier les propositions. Désormais la dynamique de groupe étant bien installée. Je peux leur proposer plus de situations duelles, pour leur permettre de développer leur capacité à être ensemble, à construire et partager.

Réaliser un groupe, seule en tant qu'étudiante, n'a pas toujours été facile. Comme les patients, j'ai grandement évolué et beaucoup appris. Je me questionne encore et espère pouvoir accroître ma réflexion d'ici la fin de la prise en charge.

Les évolutions corporelles et graphiques vont-elles perdurer après la prise en charge ? Comment interrompre cet accompagnement sans que l'arrêt soit trop brutal pour les patients ? Face à l'investissement et évolution des ces derniers, cette réflexion me touche particulièrement.

Benjamin, Jacques, Thomas et Marion, laisseront une profonde « trace » dans future vie professionnelle.

Je terminerai par cette citation de René Char :

«Seules les traces font rêver »⁵¹

⁵¹ CHAR René (1986), *La parole en archipel*, Gallimard, Paris

BIBLIOGRAPHIE

DE AJURIAGUERRA Julian (1990), *L'écriture de l'enfant, tome 2, la rééducation de l'écriture*, 4ème édition, Delachaux et Niestlé.

ANDRE Pierre, BENAVIDES Thierry, GIROMINI Françoise (2004), *Corps & psychiatrie*, Paris, Heures de France, 2ème édition révisée et augmentée.

ANZIEU Annie (2008), *Le travail du dessin en psychothérapie de l'enfant*, Dunod, Paris.

AUCOUTURIER Benard et LAPIERRE André (1977), *Bruno, psychomotricité et thérapie*, Delachaux & Niestle, Paris

AUCOUTURIER Bernard et LAPIERRE André (1975), *La symbolique du mouvement*, épi, Paris

BOURSIER Jean-Yves (2002), *La mémoire comme trace des possibles*, Socio-anthropologie, Publications de la Sorbonne, Paris

BULLINGER André (1998), *La genèse de l'axe corporel, quelques repères*, Enfance

CHAR René (1986), *La parole en archipel*, Gallimard, Paris

Classification Internationale des Maladie, 10^{ème} révision, 1993

GIROMINI Françoise, ALBARET Jean-Michel, SCIALOM Philippe (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricite, 2. Méthodes et techniques*, de boeck solal, Paris.

JOVER Marianne, *Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture du jeune enfant*, J. Rivière Le développement psychomoteur du jeune enfant

JUHEL Jean-Charles (2000), *La déficience intellectuelle, Connaitre, comprendre, intervenir*, Québec, Les Presses de l'Université de Laval Chronique Sociale.

JUHEL Jean-Charles (2012), *La personne ayant une déficience intellectuelle, Découvrir, comprendre, intervenir*, Québec, Les Presses de l'Université de Laval Chronique Sociale.

Le Petit Robert (2013), Paris.

LUCKASSON (2003), *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Support*.

POTEL Catherine (2010), *Être psychomotricien*, Edition érès, Toulouse

SCIALOM Philippe, GIROMI Françoise, ALBARET Jean-Michel (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 1. Concepts fondamentaux*, de boeck solal, Paris,

TASSÉ Marc J. et MORIN Diane (2003), *La déficience intellectuelle*, Gaëtan Morin, Québec.

WALLON Henri, LURCAT Liliane (1987), *Dessin, espace et schéma corporel chez l'enfant*, Les éditions ESF, Paris

ARTICLES

CÉLESTE Bernadette (2005), *Notes d'histoire sur un concept et des pratiques : la déficience intellectuelle*, *Contraste* N° 22

DU PASQUIER Marie Alice (2012), *Corps et symbolisation dans la trace écrite*, *Thérapie psychomotrice-et Recherches* N°170.

DU PASQUIER Marie Alice (2012), *L'écriture, entre corps et psyché un langage qui se trace*, *Thérapie psychomotrice-et Recherches* N°169, Strasbourg.

LUCAS Emmanuelle (2016), *Portrait d'Arno Stern, Il regarde les enfants dessiner*, Journal La Croix, Paris

MISÈS Roger, SALBREUX Roger (2005), *La notion de déficience intellectuelle et ses applications pratiques*, Eres, *Contrastes* N° 22

WOOD Chantal, TEISSEYRE Laurence, CUNIN-ROY Cécile (2004), Développement cognitif de l'enfant et douleur, *Approche de l'enfant malade et/ou douloureux selon son développement cognitif*, CNRD - Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur, Paris

COURS

OUCHACOFF Laure (2015), cours d'intervention théorico-clinique, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, UPMC Paris VI

SITOGRAHIE

<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>, Définition de la déficience intellectuelle par l'OMS, site visité le 06 janvier 2016

https://www.csaffluents.qc.ca/IMG/pdf/POL-SRE-001_services_aux_eleves_hadicapés_et_en_difficultés.pdf, définition du système en cascade, site visité le 10/01/2016

<http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr/page91.htm> : statistique sur la scolarisation des enfants handicapés, site visité le 10/01/2016

<http://www.craif.org/etablissements-et-services-9-58-les-structures-et-services-specialises-pour-les-adultes.html> : définitions de SAVS et SAMSAH, site visité le 11/01/2016

http://psycha.ru/fr/dictionnaires/laplanche_et_pontalis/voc317.html : définition de trace mnésique selon Freud, site visité le 31/01/2016

<http://sante.lefigaro.fr/sante/maladie/schizophrenie/quest-ce-que-dissociation> : définition de la dissociation, site visité le 25/04/2016

ANNEXES

TABLE DES FIGURES

Benjamin

<i>Benjamin, Tracés Glissés, figure 10, séance 4, 27/01/16</i>	<i>p. 67</i>
<i>Benjamin, Tracés Glissés, figure 23, séance 8, 16/03/16</i>	<i>p. 67</i>
<i>Benjamin, Fontaine, séance 1, 06/01/16</i>	<i>p. 69</i>
<i>Benjamin, Fontaine, séance 6, 24/02/16</i>	<i>p. 69</i>
<i>Benjamin, Fontaine, séance 7, 09/03/16</i>	<i>p. 70</i>
<i>Benjamin, Feu d'artifice, séance 1, 06/01/16</i>	<i>p.71</i>
<i>Benjamin, Feu d'artifice, séance 2, 13/01/06</i>	<i>p. 71</i>
<i>Benjamin, Feu artifice, séance 8, 16/03/16</i>	<i>p. 72</i>

Jacques

<i>Jacques, Tracés Glissés, figure 1, séance 4, 27/01/16</i>	<i>p. 74</i>
<i>Jacques, Tracés Glissés, figure 26, séance 8, 16/03/16</i>	<i>p. 74</i>
<i>Jacques, Fontaine, séance 2, 13/01/16</i>	<i>p. 75</i>
<i>Jacques, Fontaine, séance 7, 09/03/16</i>	<i>p. 76</i>
<i>Jacques, Feu d'artifice séance 2, 13/01/16</i>	<i>p. 77</i>
<i>Jacques, Feu artifice, séance 4, 27/01/16.....</i>	<i>p. 77</i>
<i>Jacques, Feu d'artifice, séance 8, 16/03/16</i>	<i>p. 78</i>

Thomas

<i>Thomas, Tracés Glissés, figure 18, séance 5, 17/02/16</i>	<i>p. 79</i>
<i>Thomas, Tracés Glissés, figure 26, séance 8, 16/03/16</i>	<i>p. 80</i>
<i>Thomas, Fontaine, séance 1, 06/01/16</i>	<i>p. 81</i>

<i>Thomas, Fontaine, séance 3, 20/01/16</i>	<i>p. 81</i>
<i>Thomas, Fontaine, séance 7, 09/03/16</i>	<i>p. 82</i>
<i>Thomas, Feu d'artifice, séance 3, 20/01/16</i>	<i>p. 85</i>
<i>Thomas, Feu d'artifice, séance 4, 27/01/16</i>	<i>p. 84</i>
<i>Thomas, Feu d'artifice, séance 5, 17/02/16</i>	<i>p. 85</i>
<i>Thomas, Feu d'artifice, séance 8, 16/03/16.....</i>	<i>p. 84</i>

Marion

<i>Marion, Tracés Glissés, figure 12, séance 4, 27/01/16</i>	<i>p. 86</i>
<i>Marion, Tracés Glissés, figure 18, séance 8, 16 /03/16</i>	<i>p. 87</i>
<i>Marion, Fontaine, séance 1, 06/01/16</i>	<i>p. 88</i>
<i>Marion, Fontaine, séance 6, 24/02/16</i>	<i>p. 88</i>
<i>Marion, Feu d'artifice, séance 2, 13/01/16</i>	<i>p. 89</i>
<i>Marion, Feu d'artifice, séance 4, 27/01/16</i>	<i>p. 90</i>

RÉSUMÉ

Laisser sa trace a toujours été, depuis la nuit des temps, essentielle à la construction psychomotrice. Elle permet de prendre conscience qu'on peut laisser une marque de nous, une inscription de notre présence. La trace est identitaire et narcissisante. Par la trace, on se sent exister. Elle est la marque de notre corps. La trace permet-elle de consolider les grands items psychomoteurs chez des adultes atteints d'une déficience intellectuelle ?

Le groupe est une notion omniprésente qui accompagne chaque individu, tout au long de sa vie, dans sa construction identitaire, son individuation et son intégration au monde. Le groupe a-t-il un rôle à jouer dans l'amélioration psychomotrice et la trace de chacun ?

Pour répondre à ces questionnements, j'ai créé pendant six mois, un groupe « Traces » avec quatre patients adultes déficients intellectuels. Par des propositions de tracés, nous avons pu observer une évolution au niveau du tonus, de l'axe corporel et de la relation.

MOTS-CLÉS : Trace, Déficience intellectuelle, Groupe, Tonus, Axe corporel, Relation

SUMMARY

Draw his mark has always been, since ancient times, essential for psychomotor construction. It makes us aware that we can leave a mark of us, a listing of our presence. The trace is identity and narcissistic. By the trace we feel alive. It is the mark of our body. Does the trace help to repair major psychomotor problems with adults with intellectual disabilities?

The group is a pervasive notion that accompanies each individual, throughout life, in the construction of identity, individuation and in the integration in the world. Does the group have a role to play in improving in psychomotor and on everyone's trace?

To answer these questions, I created for six months; a "Traces" group with four mentally disabled adults. By traces activities, we have seen an evolution in the tone of the body axis and the relationship.

KEY WORDS: Trace, Intellectual Disability, Group, Tonus, body Axis, Relation

