

Le cadre en psychomotricité : une trame pour tisser avec le fil tenu de la pensée en pédopsychiatrie : la prise en charge groupale d'adolescents en acrosport

Laurence Feuillette

▶ **To cite this version:**

Laurence Feuillette. Le cadre en psychomotricité : une trame pour tisser avec le fil tenu de la pensée en pédopsychiatrie : la prise en charge groupale d'adolescents en acrosport. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02075432

HAL Id: dumas-02075432

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02075432

Submitted on 21 Mar 2019

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.

Médecine Sorbonne Université
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris cedex 14

LE CADRE EN PSYCHOMOTRICITE : UNE TRAME POUR TISSER AVEC LE FIL TENU DE LA PENSEE EN PEDOPSYCHIATRIE

La prise en charge groupale d'adolescents en acrosport

Mémoire présenté par Laurence FEUILLETTE
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référents de mémoire
Chantal REMOVILLE
Pascal ZAVARONNI

Session Juin 2018

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements iront à ma maître de mémoire, Madame Rémoville, pour sa disponibilité, la pertinence de ses interrogations, sa guidance bienveillante.

Sur le chemin de la psychomotricité, j'ai été accompagnée par mes maîtres de stage, des équipes professionnelles et celle enseignante durant trois ans de formation. Merci à vous !

Sur le chemin de la psychomotricité, j'ai été portée par toute une promotion. Merci ! Remerciements particuliers # groupe7forever , # groupe3solidaritéféminine.

Sur le chemin de la psychomotricité, j'ai rencontré des amies. Merci à Nathalie pour nos échanges, nos révisions communes, nos fous rires et notre soutien mutuel. Merci à Charlotte d'être à mes côtés comme « ma fille de fac ».

Sur le chemin de la psychomotricité, j'ai été encouragée par ma famille, que j'ai aussi mise à contribution. Merci à Jaëlle, Virgile et Cyrielle, mes cobayes préférés pour l'entraînement aux tests et à la relaxation. Je n'oublie pas les aînés, Josette, Michel et Danièle.

Sur le chemin de la psychomotricité, j'ai rencontré Luc, compétent en acrosport et en informatique. Merci pour son soutien, sa confiance et bien plus encore.

« Impose ta chance, serre ton bonheur et va vers ton risque.
A te regarder, ils s'habitueront. »

René Char ***Les matinaux 1950***

NB : *Pour respecter la confidentialité, tous les prénoms ont été modifiés dans cet écrit et cachés sur les dessins reproduits en annexe.*

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....p 8

PRESENTATION DU CONTEXTE PROFESSIONNEL ….....p 12

Un peu d'histoire.....p 12

Les professionnels du pavillon de l'Hôpital De Jour (HDJ).....p13

L'admission en HDJ.....p14

La prise en charge en HDJ.....p15

***Principe général*.....p15**

***Description d'une journée type*.....p16**

Les prises en charge en psychomotricité ….....p 17

***Projet thérapeutique et suivi*.....p 17**

***Modalités de prise en charge*.....p 17**

***Les médiations*.....p 18**

***L'espace des séances*.....p 18**

LE GROUPE «SPORT» EN PSYCHOMOTRICITE .....p 19

L'histoire du groupe.....p 19

La composition du groupe.....p 19

***L'équipe professionnelle* .....p 19**

***Les patients*.....p 20**

L'observation du dispositif groupal .....p 23

***Déroulement d'une séance type*.....p 23**

***Les comportements marqués chez les patients* ….....p 24**

***Mes questionnements* ….....p 26**

***

LES PATHOLOGIES ….....p 29

Les TED (Troubles Envahissants du Développement) ….....p 29

***Définitions*.....p 29**

***Troubles de la relation d'objet*.....p 31**

Les états limites.....p 32

Définitions.....p 32

Troubles de la relation d'objet.....p 32

La neurofibromatose.....p 33

Définitions.....p 33

Troubles de la relation d'objet.....p 33

LE CADRE THERAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITE.....p 34

Définitions .....p 34

Composantes du dispositif .....p 35

Le cadre spatial.....p 35

Le cadre temporel.....p 35

Le cadre matériel.....p 36

Les règles.....p 37

Les conditions d'encadrement (la cothérapie).....p 37

Le cadre psychique.....p 38

La relation d'implication.....p 38

La contenance.....p 38

Fonctions du cadre thérapeutique .....p 39

La fonction de contenance.....p 40

La fonction limitante .....p 40

La fonction de continuité.....p 40

L'EXAMEN PSYCHOMOTEUR ET L'AXE THERAPEUTIQUE.....p 41

L'examen psychomoteur.....p 41

L'axe thérapeutique : le schéma corporel .....p 42

LA MEDIATION.....p 44

L'acrosport.....p 45

l'histoire de la discipline sportive.....p 45

La présentation de l'acrosport.....p 45

Acrosport et psychomotricité.....p 46

Le groupe.....p 47
Généralités.....p 47
Fonctions du groupe.....p 48
Le jeu en psychomotricité.....p 49

***

L'ADAPTATION DU CADRE THERAPEUTIQUE.....p 52
Première proposition (20/09): un temps de recentrage final .....p 52
Préparation.....p 53
Observations cliniques et réflexions théoriques.....p 53
Evolutions.....p 54
Deuxième proposition (08/11) :ensemble dans le mouvement.....p 54
Préparation.....p 54
Observations cliniques et réflexions théoriques.....p 55
Troisième proposition (29 /11) : entrée dans la gymnatique.....p 56
Préparation.....p 56
Observations cliniques et réflexions théoriques.....p 56
Evolutions.....p 57
Quatrième proposition (06/12) : travaillons en jouant !.....p 60
Préparation.....p 60
Observations cliniques et réflexions théoriques.....p 60
Evolutions.....p 61
Cinquième proposition (13/12): l'acrosport, enfin !.....p 62
Préparation.....p 62
Observations cliniques et réflexions théoriques.....p 62
Evolutions.....p 63
Sixième proposition (14/02) : dessinez votre ressenti du moment !.....p 65
Préparation.....p 65
Observations cliniques et réflexions théoriques.....p 65
Evolutions.....p 66
Septième proposition (14 /03) : saluons nous !.....p 66
Préparation.....p 66
Observations cliniques et réflexions théoriques.....p 66
Evolutions.....p 67

***

L'EVALUATION DES EFFETS DE L'ADAPTATION DU CADRE.....p 69

Du côté du stagiaire .....p 69

***L'implication dans la prise en charge des adolescents*.....p 69**

***La continuité du cadre thérapeutique*.....p 70**

***La médiation acrosport et les autres activités*.....p 71**

Du côté des adolescents .....p 71

***La contenance par le cadre thérapeutique*.....p 71**

***La continuité et la discontinuité ….....p 72**

***La limite du cadre thérapeutique*.....p 74**

***Dispositif symboligène et symbolisations*.....p 74**

L'EVOLUTION DU SCHEMA CORPOREL ….....p 78

Les évaluations individuelles.....p 78

***Tests et résultats*.....p 78**

***Commentaires*.....p 78**

Schéma corporel ou axe corporel ? ….....p 80

LES RELATIONS AU SEIN DU GROUPE .....p 81

Du côté des adolescents ….....p 82

La cothérapie .....p 83

LIEUX ET TEMPS POUR LA PENSEE EN PEDOPSYCHIATRIE .....p 84

Les espaces de pensée propres au stagiaire en psychomotricité ….....p 84

La réunion clinique ….....p 85

***Ma vision de la réunion clinique .....p 85**

***Quand la médiation sort de la salle de psychomotricité .....p 86**

Drapeau rouge sur la voie de la pensée institutionnelle ….....p 87

CONCLUSION ….....p89

****

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

J'ai mis en œuvre une démarche de reconversion professionnelle en psychomotricité pour travailler auprès des personnes âgées. J'ai choisi de réaliser le stage d'initiation et d'apprentissage thérapeutique de seconde année en gériatrie. J'ai confirmé mon intérêt pour cette population. J'ai aussi pris conscience de l'effort nécessaire pour m'adapter au rythme lent des personnes vieillissantes. Dans le même temps, la formation et ses travaux dirigés me donnaient à révéler un tempo personnel plutôt rapide et un ressenti de bien être dans les activités fortement rythmées. Si j'envisageais de travailler auprès des personnes âgées, ce ne serait pas à temps plein.

Longtemps j'ai exclu la possibilité d'exercer la psychomotricité auprès des enfants. J'avais une longue expérience de parent bénévole en milieu scolaire pour l'accompagnement des élèves à la piscine. En jouant, je trouvais plaisant de soutenir et de voir progresser des enfants initialement terrifiés par le milieu aquatique. J'ai aussi enseigné les SVT (Sciences et Vie de la Terre) dans un collège. Mais ces élèves, enfants et adolescents, étaient majoritairement en bonne santé. L'association maladie/personne âgée entre dans mon cadre des représentations acceptables, il n'en est pas de même quand la pathologie touche l'enfant. Dans cet état d'esprit, il me semblait compliqué d'accéder à une posture de professionnelle du soin. Je voyais mal comment être dans l'empathie avec des enfants en souffrance. Je craignais d'être engluée dans la sympathie avec le risque de ne pas trouver une juste distance.

En psychomotricité, la formation offre l'opportunité d'observer et d'expérimenter différentes conditions d'exercice professionnel via les stages. Une rencontre fortuite avec un psychomotricien exerçant en pédopsychiatrie m'a donné la possibilité de découvrir ce secteur du soin et sa population. Je m'en suis saisie.

Si la place de stagiaire est singulière, elle m'est apparue confortable dans la mesure où un professionnel nous accompagne et nous guide dans la rencontre avec la population, les équipes et l'institution. Les échanges avec le maître de stage peuvent être source de partage de ressentis et d'élaboration sur des situations inhabituelles, incompréhensibles, voire violentes.

Le stage d'initiation et d'apprentissage thérapeutique de troisième année amène le stagiaire dans une ambivalence identitaire. Non diplômé, il n'est pas encore reconnu comme professionnel mais peut cependant se voir confier des prises en charges, au risque d'imiter le maître de stage et de perdre sa propre identité. Non diplômé, le stagiaire est fort des deux

années de formation qui ont mobilisé sa créativité, développé son expressivité, lui ont fait comprendre ou juste toucher du doigt maintes références théoriques. Le stagiaire porte l'envie de mettre en pratique ses acquis, de soigner ou plus humblement de diminuer les souffrances. Il désire se confronter à une réalité institutionnelle et thérapeutique pour valider ou revoir ses choix, affirmer et affiner son identité professionnelle. Il révèle ses atouts, ses points forts, ses difficultés et ses limites.

En début de stage, le psychomotricien m'a proposé de m'engager dans la construction de mon identité professionnelle en étant présente deux jours par semaine, en assistant et participant à la réunion clinique du service, en prenant en charge des patients en individuel et en groupe, en piscine et en salle. J'acceptais cette proposition devant une prochaine reprise d'emploi où je serai potentiellement la seule psychomotricienne au sein d'une institution.

Le psychomotricien et moi avions convenu qu'au mois de janvier, j'animerai un groupe de six préadolescents en salle. Il me donnait un blanc-seing pour introduire une nouvelle médiation, qui me permette d'aller à la rencontre des patients. Son conseil récurent était « reste toi ». Il m'accordait sa confiance pour penser ma posture de future professionnelle.

J'accueillais avec joie sa confiance, j'allais pouvoir être en accord avec mes valeurs professionnelles et personnelles. Je craignais toutefois ma propension à entrer dans l'action sans réfléchir aux conséquences. Par ailleurs, le psychomotricien m'évoquait, comme une mise en garde, la difficulté de travailler avec des enfants qui projettent leurs angoisses. Un travail thérapeutique personnel lui semblait essentiel et nécessaire pour pouvoir maintenir la pensée dans des rencontres psychiquement abrasives. Il m'était compliqué de comprendre cet avertissement. Je découvrais des enfants certes peu ordinaires mais je voyais en eux des enfants ou des adolescents.

Je devais aussi répondre à l'orientation en psychomotricité, posée par le pédopsychiatre : les patients présentaient des troubles de la relation. « La relation humaine constitue le fondement sur lequel repose le processus de développement de la personne, la découverte de soi et des autres. » (Chappuis, 2002, p 6) Les six préadolescents suivis en HDJ pédopsychiatrique affichaient des développements psychomoteurs dysharmonieux. Leurs capacités cognitives et motrices semblaient hétérogènes. Des particularités sensorielles étaient apparentes chez certains. Le groupe était hétéroclite, seuls les difficultés relationnelles et l'âge rapprochaient ces patients. Ils souffraient de troubles graves de la personnalité à un âge où cette dernière est encore en construction. Les pathologies se rapportaient aux TED, avec ou sans déficit, à la neurofibromatose ou encore à le personnalité de type états limites. Comment trouver une médiation qui les fédère et réponde à des difficultés personnelles si disparates ?

Le psychomotricien évoquait des pratiques que je connaissais : le taï chi, l'aïkido,.... Rien ne me parlait, j'étais dans le flou et le questionnement. Est ce qu'une médiation suffit, même si elle implique de travailler sur le lien à l'autre, à définir et assurer un travail en psychomotricité ?

Typiquement, le psychomotricien utilise des médiations corporelles pour aider à la prise en charge des patients. Ils peuvent ainsi vivre des expériences agréables, tout en travaillant sur leurs troubles[1]. Pour tout à chacun qui a eu recours à la psychomotricité, la médiation peut être un moyen de définir la discipline. Catherine Potel rappelle que « la médiation, corporelle ou autre, propose un espace 'entre' et un objet commun à partager et à créer, cet objet se faisant en quelque sorte témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe » (Potel, 2013, p 365).

Espace entre, relation, partage, création, témoin, expériences agréables, si la médiation me paraissait comme un outil aidant pour rencontrer les adolescents, il me semblait que je ne pourrais pas m'appuyer sur ce seul support pour répondre à la demande du psychomotricien et de l'institution. L'institution pouvait elle être un support ? Le contexte de travail me paraissait tendu. Je rencontrais des équipes souvent démotivées, en conflit avec leur employeur pour maintenir des droits sociaux et heurtées par la mise en place d'une gestion administrative et financière du soin.

De plus, mes premiers temps d'observation du groupe d'adolescents me procuraient un malaise et de l'ennui. Assise sur un banc, je peinais à maintenir mon attention. Après les séances, ma prise de note était compliquée, je ne trouvais pas de sens à des observations difficiles à retranscrire même en échangeant avec mon maître de stage. Je me raccrochais à la chronologie de la séance pour retrouver les ressentis qui m'avaient traversés. Jérôme Boutinaud relate des difficultés proches des miennes lors de sa rencontre, en tant que stagiaire, avec un enfant souffrant de psychose (Boutinaud, 2013 p27). Sa maître de stage fait alors le rapprochement entre l'état psychique du stagiaire Boutinaud et la pathologie de l'enfant. Il est possible que ma position d'observatrice m'ait amenée à vivre une expérience similaire en présence des six adolescents et de leurs angoisses.

Dès lors, je m'interrogeais : comment penser ma pratique psychomotrice pour rencontrer ces adolescents dans une relation authentique ? Comment pouvais-je intervenir pour participer à leur soin ? Comment pouvais-je répondre à la demande institutionnelle ?

1 http://guide-psycho.com/accueil/psychomotricite/5-les-mediations-en-psychomotricite/ Introduction aux médiation consultée 03 janvier 2018 sur le guide-psycho.com

Le blanc-seing de mon maître de stage m'amenait à la question centrale : **comment adapter le cadre thérapeutique comme un compromis entre les adolescents et moi dans ce contexte précis de soin ?**

Quelles ressources allais je pouvoir mobiliser ? Je vis trois relations maternelles différentes avec mes enfants adolescents. Au quotidien, je fais preuve de souplesse pour maintenir un climat familial serein et les accompagner dans leur quête d'autonomie. Je suis forte d'expériences personnelles, notamment vécues dans les travaux dirigées de la formation. J'ai à ma disposition des supports théoriques auxquels me référer. Je peux envisager l'institution comme une ressource avec ses moyens humains et matériels, son organisation. Je pense aussi qu'évaluer les adolescents me permettrait de suivre un axe thérapeutique tel un fil d'Ariane. Les patients adolescents présentent des pathologies prégnantes mais peut être aussi des désirs, des potentialités.

Cet écrit relate la façon dont j'ai pensé et structuré le travail mené avec les adolescents. Je présenterai d'abord un état des lieux détaillé de l'institution, de l'organisation et du fonctionnement de l'HDJ en pédopsychiatrie. J'exposerai mes observations sur les séances de psychomotricité du groupe et sur les six adolescents qui le composent. J'expliquerai comment j'ai défini un axe thérapeutique, la structuration du schéma corporel, travaillé à l'aide d'une médiation, l'acrosport.

Je poursuivrai en présentant mon expérience clinique avec le groupe et les adaptations que j'ai amenées.

Enfin, je discuterai sur l'évaluation des effets de cette prise en charge, avant de revenir sur les temps et les lieux de l'élaboration en pédopsychiatrie.

PRESENTATION DU CONTEXTE PROFESSIONNEL

Un peu d'histoire

L'institution est un hôpital public spécialisé en santé mentale, pour adultes, adolescents et enfants. Son site est lié à l'histoire du soin aux malades mentaux depuis deux cents ans. Il s'étend sur soixante hectares paysagés. Il a accueilli au plus quatre mille cinq cents patients en 1940, dans une situation quasi autarcique. Au sortir de la seconde guerre mondiale, ils seront moins de mille à avoir survécu à la famine et l'abandon (mobilisation ou exode du personnel, pillage des réserves alimentaires).

Au niveau national, la moitié des patients hospitalisés en psychiatrie sont morts de faim durant la guerre. Ce bilan s'explique notamment par le confinement des malades et la localisation des institutions psychiatriques, en dehors des villes. Cette page de l'histoire est à l'origine d'un mouvement de désinstitutionnalisation et de réhabilitation du malade mental dans la cité, porté par des psychiatres. Connue sous le nom de politique de secteur (circulaire du 15 mars 1960), les soins en psychiatrie seront dès lors délivrés au plus près de la population, selon ses besoins et dans la cité. Cette organisation vise à réduire la désinsertion sociale, familiale et professionnelle des patients (ANDRE, 2013, p 8). La prévention, l'accessibilité aux soins, leur continuité et la possibilité d'implication des familles sont au cœur de ce dispositif. Chaque secteur correspond à une population moyenne de 70000 habitants pour les adultes et de 190 000 pour les enfants.

L'hôpital s'est alors doté d'une telle organisation. Elle perdure jusqu'à ce jour. Deux conséquences en découlent. D'une part, la sectorisation se retrouve dans les regroupements des pavillons sur le site. Invisible au premier abord, un secteur Est et un secteur Ouest cohabitent . D'autre part, cet établissement développe des structures externalisées, pour un accueil des patients en ambulatoire mais aussi au plus proche des lieux de vie (CMP/Centre Médico-Psychologique/, CATTP/Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, …). Le secteur Est se compose ainsi de quatorze structures d'accueil différentes.

Sur le site, près de neuf cents malades sont pris en charge actuellement par deux mille salariés. L'institution se pose comme une petite ville organisée en quartiers, avec des infrastructures communes comme la piscine ou la cafétéria.

Il faudra attendre les années 70, pour que les patients mineurs bénéficient de lieux d'hospitalisation dédiés et d'équipes professionnelles spécialisées.

Aujourd'hui, la sectorisation tend à disparaître avec la création d 'un pôle unique depuis le 1 janvier 2018. Il s'agit d'un changement conséquent pour les équipes en place, qui

gèrent dans le même temps la mise en place du DPI (Dossier Patient Informatisé), une démarche de certification et rencontrent un départ massif des médecins psychiatres.

Les professionnels du pavillon de l'HDJ

Un bâtiment de 1970 est le site d'accueil en HDJ d'enfants de six à quatorze ans, qui résident sur le secteur géographique Est. Le local est entretenu mais non rénové. Il forme un bloc carré, avec une cour intérieure. Dix enfants sont hospitalisés actuellement en pédopsychiatrie, dont deux à temps plein. Ils sont encadrés par une équipe pluridisciplinaire, qui intervient sur les domaines du soin, de la pédagogie et de l'éducation.

Un pédopsychiatre est le référent médical de la structure. Il est présent trois jours par semaine. Il n'a pas un rôle hiérarchique mais il impulse l'orientation psychanalytique des soins. Il assure les présentations, l'animation des réunions cliniques, reçoit les familles tous les mois et plus si besoin. Il suit les enfants, pose des indications et des prescriptions sur le versant psychique. Des médecins somaticiens du site peuvent aussi être sollicités à la demande de l'équipe.

Une psychologue clinicienne est présente une journée par semaine. Elle organise et assure la supervision des membres de l'équipe. Elle observe les enfants et les adultes dans leur quotidien. Elle intervient en réunion clinique où sa position et son temps partiel lui permettent une prise de recul importante par rapport aux autres professionnels.

Le cadre de santé à un rôle hiérarchique par rapport aux infirmiers. Il est le garant du projet institutionnel et des projets de soins individualisés réfléchis et mis en place pour chaque patient. Il est identifié comme l'interlocuteur privilégié des parents dans la gestion quotidienne. Enfin, il représente le relais entre l'équipe, la hiérarchie et l'administration.

Les trois infirmiers en psychiatrie et les trois éducateurs ont un rôle similaire.Ils peuvent être référents d'un des deux groupes de patients et d'enfants individuellement. Cette équipe organise et encadre des groupes d'activités thérapeutiques. Elle travaille globalement à favoriser l'autonomie et la socialisation des enfants. En plus, les infirmiers assurent une surveillance médicale (poids, taille au minimum), délivrent les médicaments et veillent à l'apparition d'effets secondaires. Ils évaluent la douleur et la prennent en charge si nécessaire.

L'ASH (Agent des Services Hospitaliers) assure l'entretien des locaux en appliquant les protocoles d'hygiène et de sécurité. Cette personne gère aussi le réchauffage et la présentation des repas.

L'assistante sociale consacre une journée par semaine de son temps de travail pour les patients du pavillon. Elle participe aux entretiens d'admission, à l'élaboration et la mise en

œuvre des projets de soins individualisés. Elle fait le lien avec les structures médico-sociales quand une orientation est pressentie. Elle est au cœur du partenariat avec ces établissements. Elle est membre de l'équipe de suivi de scolarité lorsqu'un enfant bénéficie d'un temps scolaire à l'extérieur.

L'enseignante spécialisée propose à tous les enfants un temps de classe hebdomadaire dans un bâtiment voisin. Une unité d'enseignement spécialisé existe depuis 1972 sur le site. Ce dispositif permet à quatre jeunes d'entrer dans une démarche d'apprentissage alors que la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) a notifié une déscolarisation du milieu ordinaire ou adapté (CLIS/Classe d'Insertion Scolaire ou ULIS/Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire).L'enseignante est un membre actif en réunion clinique.

Enfin, le psychomotricien complète l'équipe pluridisciplinaire. Il consacre 50 % de son temps à la prise en charge des enfants de ce pavillon. Il intervient sur proposition de l'équipe, discutée en réunion clinique et obligatoirement validée par le psychiatre. Pour tous les patients, l'indication commune concerne les troubles de la relation.

A la découverte de ce service, j'ai été impressionnée par les moyens humains déployés. Au fur et à mesure où j'ai appris à connaître les enfants, j'ai mesuré combien et comment la complémentarité professionnelle s'imposait pour une prise en charge globale de chaque enfant. Leurs pathologies, prégnantes, excluent une prise en charge ponctuelle ou parcellaire.

L'admission en HDJ

Les enfants sont suivis au préalable au CMP ou au CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique). Le psychiatre de cette première structure pose l'indication pour une prise en charge en HDJ, avec l'accord des parents. La référence médicale extérieure est maintenue même en cas d'admission pour assurer une continuité des soins à la sortie de l'HDJ. Les enfants pressentis pour intégrer le service de pédopsychiatrie présentent des troubles graves de la personnalité sur un versant psychotique et/ou autistique, ou des difficultés de relation et de communication.

La présentation de l'enfant consiste en une rencontre entre l'équipe de la structure d'origine et celle de l'HDJ. Des informations s'échangent sur l'ensemble des domaines de la vie de l'enfant, son comportement et ses troubles.

Puis un rendez-vous est fixé entre les parents, le psychiatre et la psychologue de l'HDJ. L'enfant y assiste : sa participation est recherchée en vue de recueillir son consentement à l'hospitalisation. Les troubles de la communication ou de la relation des enfants entravent souvent leur possibilité d'expression mais ils bénéficient a minima de l'étayage de leurs

parents dans cette situation.

La procédure d'admission prévoit un temps d'observation de l'enfant sur une semaine. Il est d'abord accompagné de ses parents et découvre l'environnement sur une heure. Au fil des jours, leur temps de présence augmente puis les parents sont invités à s'absenter quelques heures. Les observations recueillies par l'équipe sont exposées et synthétisées en réunion. Chaque éducateur et infirmier exprime son avis sur l'intérêt de l'hospitalisation dans le parcours de soin de l'enfant. Le psychiatre est à l'écoute des commentaires et confirme le temps d'hospitalisation si un consensus émerge. Le psychiatre élabore alors un projet de soin personnalisé. Il sera présenté à l'enfant et à ses parents au cours d'un entretien final, mené par le psychiatre.

La procédure d'admission progressive et longue (près de trois mois) est conforme à la charte de la personne hospitalisée[2] et à la charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé[3]. Cette durée laisse la possibilité aux parents de questionner le psychiatre et le cadre de santé, mais aussi de s'habituer à l'idée que leur enfant intègre un lieu de soins vulgairement et localement reconnu comme un lieu d'enfermement des fous.

La prise en charge en HDJ

Principe général

Dès l'admission, le temps de présence de l'enfant est défini sur la semaine. Il alterne avec un temps de scolarisation, s'il y a lieu, et des prises en charge maintenues en CMP ou CMPP (psychothérapie, orthophonie, psychomotricité). Le planning de prise en charge thérapeutique en HDJ se met en place après un temps d'adaptation, variable selon les enfants (un mois en moyenne). Les observations de l'équipe et les désirs exprimés ou repérés chez l'enfant permettront la mise en place de l'emploi du temps de prise en charge thérapeutique personnalisé. Il est affiché et accessible au patient.

L'évaluation du projet de soins des enfants se fait sous la forme d'une réunion de synthèse régulière. Elle peut réunir des membres du domaine associatif et libéral, en plus de ceux de l'hôpital. Quant à la réunion clinique hebdomadaire, elle permet de réaliser un suivi plus régulier de l'évolution des enfants. Elle est aussi le lieu de l'expression des difficultés rencontrées par les professionnels de l'HDJ avec un patient. Le psychomotricien participe à ces deux réunions d'informations et de réflexions partagées.

La pause déjeuner au self constitue un temps informel d'échanges sur les patients. Les

2 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf consultée le 07 février 2018
3 http://trousseau.aphp.fr/charte-europ-enfant-hospi/ consultée le 07 février 2018

discussions se tiennent entre le psychomotricien, la psychologue et les instituteurs spécialisés. Les éducateurs et infirmiers encadrent et gèrent, quant à eux, le repas thérapeutique avec les enfants. Le psychomotricien et les éducateurs ou les infirmiers connaissent des moments d'échanges sur les patients lors des transitions entre le pavillon et les lieux des séances ; les enfants sont alors peu éloignés. Ces moments de réflexion et d'élaboration se font en dehors de relations hiérarchiques. La parole semble alors plus libre. Ils nourrissent les protagonistes, psychomotricien, éducateurs, enseignants et stagiaires, d'éléments qui seront bien souvent abordés et partagés en réunion clinique.

Le service est ouvert du lundi au vendredi de 9 à 17 heures, excepté le mardi où la fermeture à 14 h laisse un après midi pour la réunion institutionnelle et clinique. L'hospitalisation est suspendue la moitié des vacances scolaires.

Une fois par an, des séjours thérapeutiques de moins d'une semaine sont organisés pour penser la rupture avec le milieu familial, travailler la séparation et la découverte d'un nouvel environnement. La participation d'un enfant est discutée en équipe et se fait sur prescription du psychiatre et en accord avec les parents.

Description d'une journée type

De 9 h à 9h30, les enfants sont accueillis par l'infirmier ou l'éducateur référent. Ils arrivent en taxi. Ils se répartissent en deux groupes. Chacun des groupes dispose d'une salle d'activités et d'une salle à manger. Le dispositif groupal est propice à la socialisation. Il soutient le besoin d'appartenance à un collectif (Harel-Biraud, 2010, p87), dans un cadre de continuité (même référent, horaire et espace). L'existence de deux groupes sur la structure permet aussi un travail sur la séparation.

A compter de 9h 30, les patients participent à des ateliers thérapeutiques. Il s'agit d'activités en groupes fermés dans un cadre spatio-temporel fixe. Les médiations proposées (équithérapie, milieu aquatique, pâtisserie, bibliothèque, …) diffèrent d'un enfant à l'autre. La participation à un groupe thérapeutique fait suite à une prescription du psychiatre. Différents axes sont travaillés : le rythme et les repères temporo-spatiaux, la symbolisation via le jeu et la création, l'expression sous différentes formes. Les sorties à la bibliothèque ou dans un parc renforcent la socialisation, la découverte du monde extérieur, l'évaluation des mises en danger potentielles.

Les enfants qui ne participent pas à un groupe thérapeutique bénéficient soit d'un temps de classe au sein de l'hôpital, soit d'un temps en activité libre.

A 12h, tous les patients et l'équipe professionnelle se retrouvent pour le déjeuner. Les

deux groupes de référence se reconstituent et occupent la salle à manger qui leur est dévolue. Le repas représente un temps de socialisation particulier, propice à l'expression des envies des enfants et à l'expérimentation du partage, des différences et de l'autonomie. Le dressage des tables et le rangement, le nettoyage renforcent l'intégration de la vie collective et de ses règles.

L'après midi se déroule sur le même principe que le matin et se termine par un goûter à 16 h. Tous les enfants encore présents sont réunis, les groupes de référence ne sont pas maintenus.

De 16 h30 à 17H, les enfants quittent le service en taxi pour rentrer à leur domicile.

Les prises en charge en psychomotricité

Tous les enfants bénéficient d'un temps de groupe en psychomotricité, en salle et/ou dans l'eau. Le groupe est vu comme un dispositif susceptible d'étayer la socialisation des patients. «Parce qu'ils réunissent des individus en difficulté dans l'établissement de relations affectives et sociales, les groupes thérapeutiques ont le plus souvent comme objectif la constitution même du groupe et son maintien» (Ouchacoff, 2015, p141).

Projet thérapeutique et suivi

Les évaluations psychomotrices sont menées sous forme d'observations cliniques. Elles ne donnent pas lieu à un compte rendu écrit.

Le projet thérapeutique en psychomotricité et son suivi sont présentés à l'équipe oralement lors de la réunion clinique. La participation des patients aux séances est notifiée dans le DPI par les infirmiers ou éducateurs.

Le psychomotricien fait part du projet à l'enfant sur un temps informel.

La durée de prise en charge n'est pas fixée dès le départ. Elle est en lien avec les progrès de l'enfant, l'expression de ses désirs et son départ de l'HDJ. L'hospitalisation est pensée sur le long terme . Elle se compte en années, trois en moyenne, mais jusqu'à huit années sont possibles. Par contre, les modalités de la thérapie psychomotrice peuvent différer au fil du temps, de séances individuelles en dispositif groupal, d'une médiation à une autre. L'évolution de la prise en charge se discute en réunion clinique et est validée par le psychiatre.

Modalités de prise en charge

Le psychomotricien intervient en cothérapie avec un éducateur spécialisé ou un infirmier. Selon les prises en charge, les groupes vont de trois à six enfants. Ce nombre de participants permet de qualifier le groupe comme éteint restreint (Anzieu et Martin, 2013, p 36). Chaque membre peut percevoir un autre membre et en être perçu en retour. Chaque

membre peut aussi réagir à l'autre. Enfin, la qualité affective des relations n'entre pas dans la notion de groupe restreint. En milieu thérapeutique, le groupe répond à trois fonctions : contenir les angoisses, créer un espace d'expression et permettre des possibilités identificatoires nouvelles (Ouchacoff, 2015, p 137-154).

Un autre psychomotricien était chargé du suivi individuel de deux enfants. Depuis son départ en retraite en octobre, j'ai repris ces séances avec Firmin et Léandre.

La fréquence des séances est hebdomadaire, pour une durée de 1h ou 1h 30. Un enfant peut bénéficier de prises en charge psychomotrices quotidiennes.

Les médiations

Le psychomotricien propose en salle et en groupe des médiations sportives aux patients les plus âgés. Dans l'institution, psychomotricité et sport adapté sont intimement liés. En 1978, les premiers postes de psychorééducateurs sont créés, dans le même temps que le service des sports adaptés. Le médecin chef de l'époque souhaitait que les patients ne soient plus confinés dans les pavillons et pensait que l'activité corporelle et physique favoriserait la socialisation et la diminution des thérapeutiques médicamenteuses. Le psychomotricien, par ailleurs entraîneur en athlétisme, a partagé son bureau avec le responsable du service sport adapté jusqu'à sa retraite.

Les plus jeunes bénéficient de séances groupales, moins directives et axées sur le « préapprentissage des repères basiques (temps, espace, équilibration, coordination ...)» (Potel, 2013, p.380) Le milieu aquatique laisse la possibilité d'un travail plus en lien avec la sensorialité.

L'espace des séances

Un bâtiment à côté du pavillon de vie et de soin des enfants renferme l'espace dévolu à la psychomotricité.

Le psychomotricien dispose d'un bureau, de deux salles, une grande et une petite, et de trois locaux de rangement pour le matériel. La grande salle est dédiée aux groupes (annexe 1). Les murs portent les lambeaux d'un revêtement en papier, un petit tableau blanc, un espalier. Une fresque peinte orne l'un d'entre eux, avec une cible de tir au centre. Dans les longueurs, des bancs en bois collent le mur d'un côté, les baies vitrées de l'autre. L'entrée principale donne sur un sas avec du matériel, des portes manteaux, un lavabo. Une autre porte amène au long couloir qui dessert le bureau, les locaux de rangement, les toilettes et plus loin la petite salle de psychomotricité. Ce lieu dévolu à la psychomotricité semble isolé.

La médiation eau a lieu dans la piscine de l'hôpital, accessible à pied. Un maître nageur sauveteur et un ASH y travaillent. Pendant une prise en charge, des groupes d'autres pavillons ou de structures externalisées peuvent se retrouver sur le même créneau horaire. Une attention est portée à ne pas mettre en présence les patients enfants et ceux adultes..

LE GROUPE «SPORT» EN PSYCHOMOTRICITE

En janvier, je dois assurer la prise en charge de ce groupe. Je propose donc de le décrire par son histoire, sa composition et les observations recueillies de septembre à décembre en séance.

Le groupe existe depuis septembre. Il se réunit dans la grande salle de psychomotricité tous les mercredis, de 14H30 à 16H. La médiation décidée par le psychomotricien s'articule autour de lancers de balles. L'objectif du dispositif groupal est de favoriser un travail sur la relation, le respect et l'attention à l'autre. La médiation permet prioritairement un travail sur la coordination main/œil, la régulation tonique, le repérage spatial.

L'histoire du groupe

Les six enfants présents partagent déjà une histoire de groupe thérapeutique en psychomotricité. Pendant trois années, cinq d'entre eux ont bénéficié de séances le lundi pour développer les coordinations motrices générales, la latéralité, la régulation tonique. Le sixième enfant les a rejoint au printemps. L'un d'entre eux, Firmin, bénéficie encore des deux dispositifs groupaux.

La mise en place des nouvelles séances le mercredi a été réfléchie suite aux progrès des enfants, moins flagrants pour Firmin. Son entrée sur le nouveau groupe a été pensée en équipe comme une possibilité pour lui de progresser. Le lundi, Firmin se positionne comme un élément moteur du groupe alors que le mercredi, il se trouve au mieux dans l'imitation.

La composition du groupe

L'équipe professionnelle

Les adultes encadrants sont le psychomotricien, Marcial, deux éducateurs spécialisés, alternativement Arieh ou Jiovanni, et moi. Marcial exerce sur le secteur psychiatrique Est depuis quarante ans. Arieh est présent sur le pavillon depuis quatre ans. Les enfants le sollicitent et l'investissent beaucoup. Jiovanni vient d'arriver sur ce poste.

Dans les séances, l'éducateur s'implique peu corporellement. Il intervient comme soutien

individuel des adolescents les plus en difficultés, ou pour reprendre calmement un comportement inadapté. Assis sur un banc, l'éducateur a aussi un statut d'observateur. Cependant, rien n'est organisé pour qu'un temps d'échange et de réflexion ait lieu entre Marcial et l'éducateur. Les échanges se font de façon informelle.
D'autres stagiaires infirmiers ou éducateurs viennent ponctuellement en observation.

Les patients

Les patients, trois filles et trois garçons ont entre huit et treize ans. Il s'agit plus d'adolescents ou de préadolescents. L'OMS[4] (Organisation Mondiale pour la Santé) définit l'adolescence comme la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, qui s'étend de dix à dix neuf ans. L'entrée dans cette phase de développement débute par d'importantes modifications corporelles : la puberté. L'adolescence représente un temps de maturation physique et sexuelle mais aussi de remise en jeu de l'identité. Les adolescents traversent un bouleversement physique, émotionnel et psychique, qui fait de l'adolescence une période de crise et de fragilité.
Dans le groupe, seule Missie a moins de dix ans mais son 1,42 m et sa maturité la font paraître plus âgée. la puberté est physiquement observable chez Léandre et Clémentine.

Clémentine est une grande jeune fille de douze ans. Elle exprime régulièrement une souffrance liée à son surpoids. Elle a des cheveux longs, blonds, filasses et détachés. Elle porte des lunettes sévères pour corriger sa myopie. Elle est la seconde d'une fratrie de deux enfants. Elle vit avec sa mère, son beau-père et son frère. Elle ne voit plus son père. Elle a réintégré l'école et se trouve désormais en sixième ULIS. Son entrée en HDJ remonte à quatre ans et elle se trouve plutôt en fin de prise en charge. Auparavant, elle a connu un temps de soin à temps plein, pendant dix mois, sur le motif d'éloignement du milieu familial. Suite à des attouchements sexuels subis en milieu scolaire l'année de ses quatre ans, sa mère a refusé de la prendre dans ses bras, la considérant comme «souillée». Elle est suivie pour des troubles du comportement et de la relation.
Lors de notre première rencontre, Clémentine faisait un pont sur le sol du pavillon de l'HDJ, exhibant son ventre découvert. Nous partions à la piscine où pendant un échange de balles, j'ai ressenti un malaise. Ses tirs forts et précis semblaient viser à me faire mal alors que son expression reflétait une certaine neutralité. Suite à cette première impression, je me suis rendue disponible à la rencontre avec Clémentine mais je l'ai laissée venir.

Mafalda, douze ans, est de petite taille et corpulence. Elle a des cheveux bruns,

4 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/ site de l'OMS

coupés en carré court et des lunettes tordues et datées. Elle affirme que sa vision est bien corrigée. Mafalda rentre la tête dans les épaules, son regard se dirige vers le sol. Mafalda est la troisième, dernière et l'unique fille de sa fratrie. Elle vit au domicile de sa mère, avec son frère de seize ans. L'aîné a quitté la maison et le père est décédé d'un infarctus. Sa mère est en arrêt de longue maladie pour dépression. Elle est ASH dans l'établissement où sa fille est hospitalisée. La jeune fille rapporte souvent que son frère et sa mère la surnomment la folle. Mafalda est scolarisée en CM2. Le lundi matin, elle est en intégration en sixième ULIS. Elle bénéficie de séances d'orthophonie au CMPP. Elle demande implicitement et explicitement un temps de parole pour elle mais aucune possibilité de psychothérapie ne se profile. Le psychologue du CMPP évoque une impossibilité de prise en charge. Le psychiatre du CMPP, référent médical de Mafalda, argumente que les séances d'orthophonie suppléent à la psychothérapie. Cette situation perdure depuis deux ans. Mafalda est hospitalisée depuis ses quatre ans pour des troubles psychotiques. En HDJ, elle participe à l'atelier thérapeutique bibliothèque.

Ma première observation de Mafalda est marquée par sa prosodie, digne d'un personnage de dessin animé et par la teneur de ses propos. Mafalda communique à haute voix avec des amis imaginaires. Souvent elle joue des scènes avec des végétaux, dont Brindille un personnage maltraité en demande d'aide. Lorsqu'elle voit qu'elle est observée, elle précise que c'est pour du faux.

Missie est une jeune fille de huit ans, qui fait penser à une fine et grande liane sautillante. Elle est d'origine antillaise. Ses cheveux crépus sont coiffés différemment toutes les semaines. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois enfants (une fille de six ans et un garçon de trois ans). Elle vit avec ses deux parents.

Missie est scolarisée depuis ses trois ans. Elle est en CE1 et bénéficie d'une AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire). Elle est hospitalisée depuis deux ans suite à un suivi au CMP où elle bénéficie toujours de séances de psychothérapie. Un diagnostic d'autisme a été posé par le psychiatre du CMP. A l'HDJ, elle participe à l'atelier théâtre. Je n'ai aucun souvenir marquant de notre rencontre. Manquais-je d'attention ? Certainement mais je pencherais aussi pour la discrétion de cette demoiselle et sa posture en retrait. Depuis quelques semaines, Missie entretient un lien privilégié avec Firmin dont la présence ou l'absence la déborde, jusque dans les temps scolaires.

Firmin a onze ans et se présente comme un garçon aux yeux marrons profonds, ornés de longs cils. Ses cheveux noirs sont fréquemment rasés ; sa bouche reste ouverte. Il s'exprime par courtes phrases ou dans une logorrhée incompréhensible, à la prosodie correcte.

Sa démarche mal assurée donne l'impression qu'il se déplace sur un sol escarpé, prêt à tomber. En extérieur, il marche dans les pas de l'adulte, les yeux rivés sur les pieds de l'autre. Il est le second garçon d'un couple. Il vit au domicile de ses parents. Firmin n'est plus scolarisé à l'extérieur. Il est hospitalisé depuis ses six ans. Un diagnostic d'autisme a été posé par le psychiatre du CMP. Celui de l'HDJ se questionne quant à ce diagnostic et sollicite les parents de Firmin pour des examens complémentaires, notamment génétiques. La démarche est en cours. Firmin doit prochainement subir deux opérations pour remédier à une cryptorchidie et à une communication inter-auriculaire. Il bénéficie des ateliers sport et pâtisseries, de la médiation eau et de l' équithérapie à l'HDJ.

Lors de notre première rencontre, Firmin se plante devant moi. Il lève la tête et me regarde intensément. Il dit bonjour et je lui réponds. Il tend la main gauche vers mes cheveux et les touche en les caressant grossièrement. Je souris tout en me poussant sur le côté. Je verbalise sur mon volume capillaire possiblement impressionnant. Je n'ose pas lui poser une interdiction ferme de les toucher.

Léandre est le plus vieux du groupe du haut de ses treize ans. Ce jeune homme porte sur lui des signes évidents de puberté : sa pilosité s'affirme et sa voix gagne parfois en gravité. Sa musculature harmonieuse a toujours été développée. Sa forte odeur corporelle rappelle celle du chien mouillé et de l'incurie. Elle tient les autres à distance. Il est le second d'une fratrie de deux ; sa sœur âgée de dix-sept ans est suivie en CMP. Il vit avec ses deux parents mais son père, chauffeur routier, part à la semaine. Léandre n'est pas scolarisé à l'extérieur. Il est hospitalisé depuis ses six ans. Il souffre d'épilepsie. Les crises sont moins intenses depuis deux opérations chirurgicales mais toujours présentes. Ses yeux se révulsent régulièrement. Il est le seul patient avec un traitement médicamenteux (deux neuroleptiques, un anti-épileptique et de la ritaline). En HDJ, il participe à la médiation eau, à l'atelier photographie. Léandre est débordé d'angoisses qui lui font allumer et éteindre les lumières, poser la tête sur autrui ou être dans une activité incessante et improductive. Il n'a pas accès au symbolisme.

A notre première rencontre, je l'ai salué. Après un « bonjour, tu es belle ! », il s'est penché vers moi, a posé sa tête sur mon sternum en m'enserrant d'un bras. Il a fait remarquer que mon cœur battait. J'ai confirmé. J'étais bien vivante mais sidérée.

Enfin, **Florian** est un frêle et petit adolescent de douze ans. Il est brun aux cheveux courts, son aspect est soigné. Sa parole est parfois difficile à comprendre, les syllabes ne sont pas toutes articulées et la prosodie est rapide. Il a alors un rictus : sa bouche s'étire largement vers le haut et les côtés comme s'il avait un lifting trop serré. Florian est le second d'une fratrie de trois garçons (seize et dix ans). Il vit avec sa mère et ses frères. Les parents sont

séparés et le père a rompu tout contact avec ses fils.

Florian est de nouveau scolarisé, en sixième ULIS. L'admission en HDJ a été préconisée par le médecin du CMP pour soutenir Florian dans sa relation aux pairs et ses apprentissages scolaires. Florian souffre de neurofibromatose de type 1. Il est présent le mercredi à l'HDJ et bénéficie des ateliers thérapeutiques théâtre et sport. De juillet à octobre, il a été hospitalisé à temps plein sur un pavillon voisin suite à deux passages à l'acte sur son plus jeune frère. Éloigné de sa mère, Florian a été particulièrement en souffrance pendant cette période. Des permissions pouvaient lui être accordées, sous réserve qu'il fasse preuve d'un comportement adapté. Sa sortie de l'hospitalisation à temps plein a été soumise à la même condition. Dès lors, Florian a été un patient et un enfant exemplaire.

Notre première rencontre a été éphémère. Florian m'a croisée dans le pavillon. Il m'a saluée en me serrant la main et a poursuivi son chemin.

L'observation du dispositif groupal

Déroulement d'une séance type

En observant, de septembre à décembre, j'ai dégagé la temporalité du groupe.

Avant la séance, un temps de regroupement permet de définir l'ambiance générale du jour. Le psychomotricien et moi allons chercher les patients et l'éducateur à 14h30. Nous attendons dix minutes l'arrivée de Missie à l'école. Nous descendons les 30 mètres qui nous séparent de la salle de psychomotricité et nous nous regroupons devant la porte pour rentrer. Chacun enlève son manteau et l'accroche.

Un temps de découverte de l'installation préparée par le psychomotricien est prévu. Des éléments communs à la dernière séance se retrouvent dans l'installation du matériel, le dispositif est enrichi, complexifié.

Un temps de parole de cinq minutes est consacré à la dernière séance : les préadolescents, assis sur les bancs, doivent se souvenir des exercices.

L'installation du jour est décrite par les patients (objets, couleurs).

Ils donnent des hypothèses sur ce qu'ils vont réaliser ou un adolescent se positionne au départ et réalise l'activité sur les consignes verbales du psychomotricien. Les autres, assez attentifs, regardent leur pair. Ils passeront tour à tour, dans un ordre choisi par le psychomotricien.

L'enchaînement des exercices est réalisé tour à tour par chaque adolescent, dans un ordre choisi par le psychomotricien. Les autres, assez attentifs, regarde celui en train de passer. Le psychomotricien impose d'abord la façon de réaliser les exercices puis il sollicite

les patients pour trouver d'autres manières de faire. Ils doivent expliquer leur choix avant de les mettre en œuvre. Cette séquence s'étale sur trente minutes.

Les patients rangent le matériel.

Sur quinze minutes, se tient une compétition de lancer de balles lestées dans un cerceau. Les patients expérimentent différentes stratégies pour tirer. Le psychomotricien intervient pour corriger le mouvement lorsque la direction du tir est erronée ou la force non adaptée. Il questionne au préalable le patient pour voir s'il peut se corriger de lui même et s'il peut lier le résultat de son action aux paramètres de son geste.

Enfin, le psychomotricien prévoit un temps de verbalisation sur le déroulé de la séance. Les patients sont de nouveau assis sur les bancs ou au sol. Devant la pauvreté des verbalisations, cette séquence prend fin en quelques minutes. Le psychomotricien émet son avis sur la séance, les points forts et les comportements de chacun et annonce la fin.

Le rhabillage est express. Tous les adultes raccompagnent les patients au pavillon. Le psychomotricien et moi les saluons à la porte.

La séance comprend : découverte de l'installation du jour -éparpillés sur les bancs, un temps de parole sur le dernière séance – hypothèses sur les exercices à venir – réalisation des exercices un par un – rangement – compétition de lancers de balles – assis en étant plus proches, verbalisation sur la séance .

Les comportements marqués chez les patients

Mes observations m'ont permis de dégager des invariants pour chaque adolescent. Elles constituent le mode d'évaluation des patients dans un service où le bilan n'est pas d'actualité.

A 14h30, Mafalda marque son refus d'arrêter son jeu pour se rendre en sport. Elle exprime fortement son mécontentement, elle hausse le ton pour évoquer toutes les contraintes qui pèsent sur elle. Elle est la dernière à être habillée et finit par se plaindre que le groupe ne l'attend pas. Elle semble se faire désirer. Florian fait semblant de dormir sous des tapis, sur un canapé mais se met en route rapidement une fois que son refus a été entendu. Léandre virevolte, s'approche d'un adulte puis d'un autre pour poser sa tête et écouter les bruits du corps. Sa voix est aiguë. Il demande sans cesse si nous partons en sport. Les transitions sont des moments de fortes angoisses pour lui. Firmin profite de ma présence pour me happer et m'emmener dans la salle de billard en me tirant par l'avant bras. Il semble transporter mon bras qu'il dépose sur le billard. Il me donne une boule et me fait comprendre par des gestes et onomatopées qu'il veut que je la lance. Je peux le faire mais lorsque je lui signifie que nous

partons en sport, il râle et rechigne à aller mettre son manteau. Il demande d'ailleurs mon aide pour se vêtir.

Une fois Missie arrivée, Florian et Clémentine courent jusqu'à la porte de la salle de psychomotricité. Firmin se cache derrière un arbre et n'en bouge plus. Il tient ses mains l'une dans l'autre devant son sternum et rentre dans une hypertonie globale, accompagnée de tremblements et de vocalises proches du rire. Missie descend un talus au risque de tomber et peut tomber. Léandre fait des allers/retours incessants entre ses pairs et les adultes. Mafalda parle aux végétaux et insectes ; elle joue à les photographier. Le regroupement devant la porte du bâtiment demande près de dix minutes.

Son manteau accroché, Florian grimpe à l'espalier. Léandre se précipite sur les interrupteurs électriques qu'il actionne puis s'installe sur le radiateur. Firmin aimerait le rejoindre mais peine à y monter. Missie s'assoit à l'écart sur un banc avec une plaquette de légo qu'elle tapote sur son genou gauche. Mafalda découvre l'installation et s'extasie à haute voix. Clémentine la suit et toutes deux imaginent les exercices à venir.

Le premier à réaliser le parcours est souvent Florian. Il exécute facilement les consignes, sa motricité est marquée par la légèreté. Il complexifie de lui même l'activité à chaque passage. Entre deux, il monte à l'espalier. Clémentine est plutôt dans la force et la rapidité, exceptée devant la nouveauté. Elle entre alors dans une inhibition motrice, qui sera levée par un soutien verbal. Léandre occupe l'espace de la salle de façon dispersée, son mouvement est continu. Avec un rappel à l'ordre verbal fort du psychomotricien, il a la capacité à s'arrêter brusquement et à réussir un tir immédiatement. Firmin peine et demande un soutien physique et verbal. Quand l'autre le saisit par les mains, Firmin entre dans une excitation débordante. Un rictus tord sa bouche, il émet un son saccadé. Son tonus global s'élève. Il secoue ses membres supérieurs et ceux de l'autre dont il agrippe les mains. En temps ordinaire, les mouvements de Firmin paraissent discontinus, comme stoppés entre le tronc et les membres. Il trouve des stratégies d'évitement des difficultés. Il peut aussi formuler son refus de faire. Le psychomotricien le secoue verbalement, voire physiquement, pour que Firmin s'engage dans l'exercice. Mafalda demande que l'attention du groupe, les regards soient sur elle. Sinon, elle fait l'activité sans plaisir, les épaules contractées, rentrées et le dos en cyphose haute. Après, elle prétexte une brouille avec un autre participant pour pouvoir pleurer. Si elle est sous le regard du groupe, elle commente à haute voix sa stratégie pour répondre aux consignes. Elle est précise et directe dans les lancers, ses mouvements semblent soutenus. Souvent, la prestation de Mafalda donne lieu à des encouragements bruyants de ses pairs. Missie, Léandre et Firmin se regroupent et entrent alors dans une répétition

d'applaudissements et de cris. L'excitation collective finira par être stoppée par une intervention verbale du psychomotricien et/ou la séparation physique des trois patients. Missie passe la dernière. Elle retient les consignes même si elle semble ne pas avoir regardé ses pairs. Elle se place et attend un signal de départ. Elle s'appuie sur la jambe droite, la gauche en flexion repose sur la pointe du pied. Elle imprime une légère rotation gauche à son tronc et sa tête et regarde ainsi en périphérie. Sa posture semble lui éviter de voir les autres. Elle réalise les exercices avec application et légèreté. Son axe est toujours en torsion. Une fois terminée, elle semble relâcher la tension et sautille rapidement jusqu'à sa place.

Les sorties de la salle sont fréquentes pour s'hydrater ou se rendre aux toilettes. Florian est le premier à demander la permission puis un ballet d'entrées/sorties se joue. Firmin y participe rarement.

Clémentine s'exonère du rangement du matériel et son humeur s'assombrit à ce moment qui amorce la fin de la séance.

Pendant le temps d'expression, Mafalda répète les mêmes phrases chaque semaine. Elle préfère le tir sur les plots. Clémentine la copie. Florian peut refuser de donner son avis. Souvent il relève les comportements inadéquats de Léandre ou Firmin, qui le dérangent. Léandre l'imite dans cette voie, se plaint de Firmin, et exprime que la séance était bien. Il ne peut pas formuler de préférence, de même pour Missie. Elle retrace oralement les exercices qu'elle a mémorisés. Enfin Firmin prend la parole de façon logorrhéique et incompréhensible. Le psychomotricien finit par l'arrêter.

Les préadolescents sortent telle une envolée de moineaux. Ils investissent les extérieurs puis finissent par rentrer au pavillon pour le goûter.

Ces observations m'ont permis de connaître les adolescents et de m'habituer aux conséquences comportementales de leurs pathologies.

Mes questionnements

Outre le malaise et l'ennui déjà exprimés en introduction, je trouve les séances pesantes ; je ne ressens pas le plaisir dans le groupe et je n'en éprouve pas à l'observer.

Le dispositif groupal fait la part belle à l'individuel. Le patient travaille sous le regard des autres dans une relation quasi duelle avec le psychomotricien. Marcial me confirmera qu'il a le sentiment de gérer successivement six individus plutôt qu'un groupe. Ce ressenti de Marcial me laisse penser que j'observe un dispositif de thérapie « dans le groupe » et non pas « par le groupe », nuance définie par Marc Rodriguez (2014, p.208-209). Le principe en est que le thérapeute est en lien avec un individu et non le groupe. Ce dispositif favorise alors les rencontres individuelles. Il demande au thérapeute de s'engager pour unifier le groupe et

garantir la non agression physique ou verbale entre les patients.

Lors de cette prise en charge, Marcial déploie particulièrement son autorité forte et naturelle. Je la retrouve dans sa posture ancrée et son affinité en expansion frontale, la puissance de sa voix. J'ai le sentiment que la tenue du cadre repose sur l'autorité de Marcial. Laure Ouchacoff (2015, p 137-154) parle d'intervention sur le mode autoritaire. L'intervenant cherche ainsi à maintenir les objectifs et à éviter tout débordement pulsionnel. En contrepartie, le groupe passe de l'apathie aux manifestations de décharges agressives et la cohésion est mince. Les encouragements des adolescents, bruyants et excessifs, qui ponctuent les séances pourraient signifier des débordements pulsionnels. Les adolescents montrent de la patiente et de l'attention mais je vois dans leurs sorties répétées de la salle un moyen d'échapper au dispositif. Je ne ressens pas une dynamique de groupe susceptible de les porter.
Marcial explique la gestion directive du groupe comme une suite logique pour ces patients qui ont déjà connu des groupes thérapeutiques non directifs et semi-directifs. Désormais, Marcial privilégie cette approche pour permettre aux préadolescents de répondre à des consignes mettant en œuvre les savoir être et faire acquis précédemment. Son objectif est que les préadolescents puissent développer des attitudes conformes à ce qui est attendu dans le milieu ordinaire, notamment scolaire. Cette démarche semble pertinente au regard des sorties prochaines de Florian, Clémentine et Mafalda de l'HDJ.
En contrepartie, la créativité et l'esprit d'initiative des adolescents me paraissent peu sollicités.

Ma réflexion s'oriente sur une prise en charge qui permettrait aux patients d'expérimenter différentes situations relationnelles entre eux. Je ressens aussi le besoin de dégager un axe thérapeutique évaluable pour savoir vers quel type de prise en charge orienter les patients. Clémentine évoque à plusieurs reprises le désir d'aborder la gymnastique. Je fais le lien avec une activité sportive qui mobilise les collégiens : l'acrosport. Marcial paraît immédiatement séduit par ma proposition. Il est prêt à me suivre.
Je demande à Arieh et Jiovanni s'ils sont prêts à s'engager physiquement dans le dispositif de prise en charge. J'ai besoin d'eux pour étoffer la cohésion du groupe et assurer la sécurité des adolescents en acrosport. Je ne m'imagine pas proposer cette médiation sans leur aide. Jiovanni connaît cette discipline sportive qu'il a pratiqué au lycée. Quelle chance ! Les deux éducateurs m'expriment leur soutien. Le projet est validé par le psychiatre lors de sa présentation en réunion clinique, l'enthousiasme de Marcial et des deux éducateurs est un point positif.

Les échanges et observations ont nourri ma réflexion pour proposer et mettre en place progressivement un dispositif groupal autour d'une nouvelle médiation. Toutefois, je n'ai ni

l'envie, ni la capacité d'imposer mon autorité pour animer les prises en charge. Il me semble alors essentiel de penser le cadre thérapeutique pour créer une enveloppe contenante dans laquelle les adolescents pourront s'exprimer. Tout en gardant un axe thérapeutique, je veux donner une coloration ludique au travail. J'envisage le jeu comme une manière de travailler dans une ambiance plaisante mais pas uniquement.

Il convient désormais de développer les références théoriques pour comprendre les bases de notre réflexion. Nous commencerons par aborder les pathologies des adolescents pour mesurer l'ampleur du travail à venir. Puis nous développerons les théories sur lesquelles s'appuient la psychomotricité et particulièrement la notion de cadre thérapeutique dans ce domaine du soin.

***

LES PATHOLOGIES

Nous l'avons d'ores et déjà évoqué, les pathologies dont souffrent les adolescents ont pour point commun d'induire des troubles de la relation. Cependant, ces derniers s'expriment différemment de par la personnalité et la pathologie de chacun. Chaque personne est unique y compris dans la pathologie. Il convient dès lors d'apporter quelques précisions.

Les troubles envahissants du développement

La HAS (Haute Autorité de Santé) préconise de se rapporter à la nosographie européenne, la CIM-10 (Classification statistique Internationale des Maladies, 10eme version) pour définir l'autisme. Cette maladie, qui est en fait un syndrome car d'étiologie inconnue, est le chef de file des TED, au côté d'autres syndromes d'apparition précoce comme le syndrome de Rett ou celui d'Asperger mais aussi de nombreux troubles hétérogènes dits TEDNS (Troubles envahissants du Développement Non Spécifiés). Parmi ces derniers, nous retrouvons pour une part les psychoses infantiles ou dysharmonies psychotiques, décrites par la pédopsychiatrie française mais non reprises au niveau international (Georgieff, 2016, p 9). « Les états dits psychoses infantiles ne sont pas analogues aux psychoses de l'adulte vers lesquelles ils n'évoluent pas. Ils correspondent plutôt à des dysharmonies d'évolution des différents registres de développement. » (Garrabé, 2006, p108).

Dans tous les cas, ces pathologies entravent gravement le développement de la personnalité de l'enfant. La clinique montre que la frontière entre autisme et psychose infantile ne s'avère pas étanche. Certains enfants psychotiques présentent des traits autistiques et inversement (Boutinaud, 2013, p 41-43). Toutefois, les mécanismes de défense à l'œuvre dans ses deux grandes familles pathologiques diffèrent et influent sur la façon d'envisager les prises en charge. « Les mécanismes de défense sont des modes de fonctionnement psychique qui ont pour finalité de réduire les tensions psychiques internes , de canaliser l'angoisse » (André, 2013, p111). Dans notre prise en charge groupale, des adolescents présentent des TED sur un versant plus autistique (Missie et Firmin) et d'autres sur un versant plus psychotique (Mafalda et Léandre).

Définitions

Le syndrôme autistique a été décrit par Kanner en 1943. Il l'a nommé « autisme infantile précoce ». La HAS rappelle que le diagnostic des troubles du spectre de l'autisme repose sur la clinique[5] et préconise des bonnes pratiques pour encadrer la démarche

5 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/tsa_-

diagnostic. La HAS souligne l'importance d'un repérage précoce, basé sur des signes d'alerte clinique, pour mettre en place une prise en charge tout aussi précoce. Plus l'enfant entrera tôt dans une démarche de soin, plus il aura des chances de voir un développement harmonieux de sa personnalité. Les symptômes des troubles du spectre autistique doivent être présents avant trois ans. Souvent, ils ne sont repérables qu'au moment où les capacités limitées de l'enfant l'empêchent de répondre aux exigences sociales (à l'école ou à la crèche). Le diagnostic ne peut pas être porté avant 18 mois, même si une surveillance et une prise en charge peuvent se mettre en place dès le plus jeune âge.

La clinique/diagnostic de l'autisme constitue une triade (Maffre, 2017, p 1-22). Nous retrouvons :

* des troubles qualitatifs des interactions sociales précoces.

L'enfant s'enferme dans un isolement par ses difficultés à initier la relation ou à répondre aux sollicitations.

* des troubles qualitatifs de la communication verbale et non verbale

Ils se traduisent par un retard ou une absence de langage, non spontanément palliée par le développement d'un moyen de communication alternatif.

* des intérêts restreints et stéréotypés

Les personnes portent leur attention sur des détails de leur environnement. Elles se montrent intolérantes aux changements. Elles souffrent de stéréotypies motrices ou vocales, qui traduisent un intérêt envahissant pour la sphère sensorielle. Si la sensorialité n'apparaît pas à part entière dans la triade clinique autistique, ces personnes présentent systématiquement une intégration sensorielle singulière et atypique sur le versant hyper ou hypo. Des évaluations (profil sensoriel de Dunn, bilan sensori-moteur de Bullinger, …) permettent d'évaluer l'impact des troubles sensoriels de l'enfant sur sa vie quotidienne. L'enfant est dès lors respecté dans sa sensorialité pour éviter l'aggravation de ses souffrances et orienter nos prises en charges. Par exemple, nous rechercherons un environnement calme pour un enfant hyper sensible au bruit.

Dans le service de pédopsychiatrie, l'intégration sensorielle défaillante des enfants n'est pas prise en compte. Même les suivis réguliers pour ces enfants porteurs de lunettes fait défaut. La faute est renvoyée sur les parents. Léandre et Firmin ne portent plus de lunettes, celles de Mafalda paraissent obsolètes. La sensibilité de Firmin au bruit n'implique pas de mesures particulières, ...

La triade autistique varie d'une personne à l'autre, sans parler des comorbidités. Dans un domaine de la triade autistique, les troubles vont de mineurs à majeurs, voire sont absents.

_diagnostic_et_evaluation_chez_lenfant_et_ladolescent_2e_ligne_-_synthese.pdf, site de l'HAS

Le terme trouble du spectre autistique, utilisé dans la nosographie américaine, rend compte de cette diversité des tableaux symptomatiques. Les personnes sont toujours entravées dans le développement de leur personnalité et relèvent du handicap.

Examinons plus particulièrement les conséquences des troubles dans la relation d'objet (l'autre et l'objet matériel).

Troubles de la relation d'objet

Le retrait de l'environnement est la caractéristique la plus mise en avant dans le syndrome autistique. Il peut être envisagé comme un moyen de défense d'une personnalité qui peine à se construire sur des bases vacillantes. Mais plus l'enfant s'isole, plus le processus de construction de sa personnalité sera entravé.

Les troubles de la relation d'objet s'avèrent majeurs bien que cette relation existe. « […] l'enfant peut tendre successivement soit à se replier derrière sa muraille, soit à observer le monde extérieur à travers les meurtrières qu'il y aménage soit à en émerger et à s'essayer à l'aventure du lien […] » (Boutinaud, 2013 p 126)

Pour l'enfant autiste, l'objet ne paraît pas présenter une individualité propre et être différencié de son corps propre. Il serait comme un prolongement de celui ci, investi pour ses qualités sensorielles et les stimulations qu'il procure. Il est à noter que dans son rapport à l'objet, l'enfant autiste peut paraître dénué d'affect ou au contraire complètement débordé.

«[...] la perte de contact avec la réalité se fait en un point, celui de l'affectivité. » (Garrabé, 2006, p 37) . Le manque d'affects s'envisage comme une façon de mettre à distance une relation d'emblée vécue comme intrusive et dangereuse. Cette posture se retrouve même chez les enfants autiste devenus aptes à parler, à symboliser ou à apprendre. Ils peuvent être présents dans la relation, être dans l'échange et le regard en montrant toutefois une froideur qui aboutit à une relation mécanisée. La clinique montre que l'enfant autiste est sensible aux émotions mais il n'est pas en capacité de les supporter et de leur donner sens. Il s'en protège dès lors par ce retrait physique et/ou émotionnel qui pallie à un manque de pare-excitation.

Missie semble régulièrement dépourvue d'affects. Quand elle est présente dans la relation, notamment par le regard, elle prend une posture et un ton autoritaire comme pour garder le contrôle sur la situation.

Sur le versant psychotique des TED, l'enfant se situe dans un lien et une accroche à l'environnement et aux autres (Boutinaud, 2013, p 108-109). Par contre, l'objet peut être alternativement perçu comme global ou clivé. Dans le clivage, l'ambivalence est absente, le sujet psychotique perçoit un objet complètement bon ou totalement mauvais. Ce phénomène est visible dans la distance relationnelle. Soit elle est si proche qu'elle fleure la fusion, soit la

relation se rompt brutalement.

Léandre recherche un contact fusionnel qu'il initie. Dans le même temps, il s'évertue à repousser l'autre de sa voix aiguë « tu ne t'approches pas, tu ne me touches pas ».

Dans la psychose, la capacité même de penser et de symboliser est mise à mal, tant chez le patient que chez le thérapeute qui le prend en charge. La traduction dans la réalité de ce phénomène peut être une violence, des insultes, une instabilité motrice, une logorrhée. L'intérêt de la cothérapie prend tout son sens en présence de patients psychotiques, pour favoriser et maintenir la capacité à penser des soignants.

Les états limites

Définitions

Les nosographies actuelles réfèrent les états limites à la pathologie de la personnalité, atteinte dans sa construction même (Garrabé, 2006, p 114). «[...] le sujet se conduit dans la vie de façon inappropriée, avec des comportements inadéquats, entravant l'adaptation et responsables de façon permanente d'une altération du fonctionnement affectif et social. » (André, 2013, p 107). Les états limites constituent un syndrome, avec un tableau clinique d'une grande variabilité. Les sujets semblent à la frontière de la folie et de la raison. Souvent, ils ont vécu une expérience traumatique précoce. Le domaine de leur vie le plus touché est celui affectif, avec une instabilité émotionnelle et une impulsivité. Il en résulte des comportements à risque : addictions, automutilations et tentatives de suicide.

Les comportements d'allure limite peuvent se retrouver de façon passagère à l'adolescence. Ils disparaissent pour la plupart avec la résolution du processus d'adolescence (Potel, 2015, p 79-85).

Dans le tableau clinique relatif aux états limites, nous retrouvons fréquemment : l'angoisse, la dépression, des symptômes d'allure névrotique (phobie, troubles obsessionnels, …), des conduites sexuelles déviantes, la dépendance, des épisodes psychiatriques aigus, proches de la bouffée délirante aiguë mais avec une critique du vécu par le sujet (André, 2013, p 107-114).

Troubles de la relation d'objet

Si l'objet est différencié et individualisé, la relation à l'autre est marquée par une extrême dépendance et une affectivité intense. L'angoisse de l'abandon prévaut. Le patient n'est jamais à la bonne distance relationnelle. Soit il est trop proche et envahissant ; la relation se vit intensément mais aussi avec agressivité face à des exigences insatisfaites. Soit le patient est trop loin et met en place des relations utilitaires teintées d'instabilité.

Je revois Clémentine s'approchant de moi la première fois en salle. Elle s'assoit à côté sur le

banc. Je la regarde. Elle rugit. Je lui fait remarquer qu'elle imite bien la lionne. Je soutiens son regard. Elle propose un jeu : celle qui soutient le regard de l'autre le plus longtemps. J'accepte. Elle regarde en périphérie quand je reste en vision centrale. Je perds, nous recommençons. Je passe en vision périphérique et je tiens. Elle se lève et s'en va sans un mot.

La neurofibromateuse 1

Définitions

Anciennement appelée maladie de Von Recklinghausen, la NF1(NeuroFibromatose de type 1) est une maladie génétique autosomique qui concerne le gène NF1 du chromosome 17[6]. Elle est la plus fréquente des neurofibromatoses (un cas sur trois mille naissances, sexe ratio égal) Cette maladie neurodéveloppementale est congénitale mais les symptômes peuvent apparaître dans l'enfance ou l'adolescence. Il s'agit de tâches de café au lait présentes sur la peau, aux endroits couverts ou des tumeurs bénignes situées le longs des nerfs, les neurofibromes. La pathologie est évolutive, non curable et les sujets atteints doivent faire l'objet d'une surveillance poussée.

Les symptômes sont variables d'un sujet à l'autre, ainsi que l'évolution dans le temps. La maladie peut atteindre la peau, le système nerveux, l'œil, les os et différents organes comme les poumons, le système digestif, l'appareil urinaire, les glandes endocrines et les vaisseaux.

Les principales complications sont cutanées et neurologiques. Chez l'enfant, elles se manifestent par des tumeurs bénignes du chiasma optique. Celles-ci peuvent conduire à la cécité si elles ne sont pas repérées et traitées[7].

Dans 40 % des cas, les enfants présentent des difficultés d'apprentissage et des troubles cognitifs, exceptionnellement une déficience intellectuelle. Les difficultés d'apprentissage sont à mettre en lien avec des troubles de la coordination, une hyperactivité avec déficit de l'attention, des troubles visuospatiaux et de la mémoire. Une prise en charge psychomotrice semble toute indiquée dans ce cas.

Troubles de la relation d'objet

La NF1 n'induit pas de troubles psychiques ; l'objet est différencié et individualisé. Une prise en charge psychologique des patients est préconisée pour les conséquences inesthétiques ou invalidantes de la pathologie.

Florian a été adressé sur l'HDJ pour le soutenir dans ses apprentissages et sa relation aux

6 http://www.neurofibromatose.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=17&Itemid=32 Centre de compétence neurofibromatose Rhône-Alpes Auvergne consulté le 10 novembre 2017

7 https://www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/Neurofibromatose1-FRfrPub185.pdf Encyclopédie Orphanet grand public consultée le 10 novembre 2017

pairs, éventuellement ternie par une pathologie lourde de conséquences. Il a été un temps déscolarisé avant son admission. La pathologie a t-elle déstabilisé sa confiance en lui, mise à mal par un père rejetant ? Florian semble se positionner dans le groupe lorsqu'il peut en assurer le contrôle et s'en extrait dans le cas contraire.

LE CADRE THERAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITE

Définitions

Dans la langue française, le cadre désigne à la fois ce qui « entoure un espace, une scène, une action » et la « bordure entourant une glace, un tableau, etc. » (Le Petit Robert, 2014, p 325). Le cadre parle de limite mais aussi de support. Il peut mettre en exergue ce qu'il entoure.

La notion de cadre nous vient de la psychanalyse et s'est étendue dans le domaine du soin.

Pour Catherine Potel (2013, p320-345) « le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. » . Elle inclut dès lors dans une même définition les éléments du contexte de la prise en charge et la façon dont elle est pensée.

Pascal Bourger (2008, p 71-73) précise que le « cadre psychomoteur » présente deux niveaux. L'un physique et concret, appelé dispositif, concerne les horaires, le lieu, la durée, le matériel, … L'autre conceptuel, appelé cadre psychique, dépend essentiellement du psychomotricien, de sa disponibilité psycho-corporelle, les théories ou courants de pensée auxquels il se réfère. Le dispositif supporte dans le réel le cadre psychique.

Les deux niveaux sont liés et interdépendants au point que certains auteurs parlent de « cadre-dispositif » (Rodriguez , 2014, p 267).

Si le cadre thérapeutique sous entend des éléments invariants, notamment ceux du dispositif, la rigidité n'est pas de mise. Le cadre thérapeutique est pensé pour un sujet, un patient pour permettre que le soin advienne. Nous retiendrons préférentiellement la notion d'invariants ou de fixité pour qualifier le cadre thérapeutique. De plus, ce qui est valable pour un sujet, ne l'est pas pour un autre et c'est tout le travail du thérapeute d'adapter le cadre au patient. D'où une certaine complexité concernant les prises en charge groupale où le cadre doit répondre à la problématique du groupe et de ses membres.

Composantes du dispositif

Le psychomotricien est un spécialiste du corps, du lien ou de la synergie corps/esprit. Son intervention relève du champ de la prévention et de l'éducation, de la rééducation, ou de la thérapie psychomotrice. Quel que soit l'objectif recherché du soin en psychomotricité, le professionnel propose au patient de vivre une expérience corporelle en relation. Le psychomotricien cherche à établir une rencontre avec le patient. Le travail de soin se fait côte à côte au sein d'une relation singulière qui engage les corps. Penser le cadre thérapeutique dans un tel contexte est une nécessité pour que le patient se sente suffisamment en confiance pour s'engager auprès du psychomotricien.

Le cadre spatial

Cette partie du dispositif définit le lieu où se déroulent les séances de psychomotricité mais aussi son aménagement.

Catherine Potel (2013, p322) précise :« Des conditions d'espace : pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps ».

Le lieu est envisagé comme un contenant propice à l'expérience. Il ne sera pas aménagé de la même façon en relaxation ou dans une médiation sportive. Le psychomotricien l'adapte ou prévoit différents îlots de travail dans sa salle. Elle peut comprendre un endroit dégagé pour les activités à la gestuelle et aux déplacements d'amplitude, une table pour la motricité fine, un tableau pour le graphisme, un coin plus cocooning pour la relaxation ou les enveloppements.

En pensant l'espace des séances, le psychomotricien s'assure aussi de la sécurité physique et psychique du patient. Le cadre spatial constitue une part fixe du dispositif. Le patient y prend des repères, qui vont participer à sa structuration spatiale. Il pourra peu à peu investir cet espace et se l'approprier.

Pendant les temps de regroupement des séances, j'ai remarqué que je m'asseyais toujours au même endroit sur le tapis, alors que les adolescents faisaient de même. Seul Firmin se trouvait de façon régulière en errance, comme cherchant sa place au sein du groupe.

Le cadre temporel

Catherine Potel (2013, p 322) énonce : «Des conditions de temps : une séance où il va s'agir de jouer, d'organiser l'espace, de bouger son corps, demande une durée suffisante (entre 45 minutes et 1 heure, selon les indications et le cadre) et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères ».

L'horaire et la durée des séances sont posés par le psychomotricien, en fonction du cadre institutionnel (horaires et jours d'ouverture de l'HDJ, disponibilité des professionnels et des patients).

La rythmicité des séances doit être prévue et fixée pour fournir au patient un repère temporel.

Le planning de prise en charge thérapeutique établi pour chaque enfant est accessible dans les salles de groupe du pavillon. Quand j'allais chercher un adolescent pour une prise en charge individuelle, Missie ne manquait pas de me demander « c'est le jour du sport ? »

La séance en elle même s'organise avec un temps d'accueil, de développement et de fin. Chaque séquence déploie une rythmicité propre. Le patient peut ainsi se poser au départ pour se rendre disponible à la prise en charge. Dans le développement, le tempo varie en fonction de l'activité. La fin s'imagine comme un travail sur la séparation auquel il convient de laisser une durée suffisante. De véritables rituels se mettent peu à peu en place au sein des séances, qui viennent aider à la structuration temporelle des patients.

«[...]l'unité de lieu, la régularité des séances sur la durée, la fixité du ou des jours de rencontre ainsi que des horaires fournissent le cadre spatial et temporel de référence qui offrira la première ébauche d'un contenant. » (Boutinaud, 2013, p 170).

L'attente de l'arrivée de Missie, le regroupement devant la porte du bâtiment avant d'entrer, le temps de parole initial et celui de verbalisation final sont autant de repères fournis aux adolescents pour intégrer la structuration spatio-temporel et apporter un sentiment de continuité et de contenance.

Le cadre matériel

Le psychomotricien dispose d'un matériel riche et diversifié dans le but de faire émerger la créativité et l'expression de la personne.

Soit le matériel se trouve à disposition du patient et le psychomotricien va pouvoir se saisir des préférences de la personne pour amener celle ci à entrer dans le soin. Le matériel en excès peut toutefois être source d'angoisse et de déstabilisation pour un patient qui ne serait pas en capacité de maintenir son attention sur un objet et de l'investir. Ce comportement s'avère dès lors révélateur de la pathologie et donne des pistes de travail pour le psychomotricien.

Soit le matériel en défaut ne favorise pas un point d'ancrage dans le réel et peut s'avérer tout aussi angoissant.

« […] le psychomotricien implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets – jeux, tissus, coussins, matières, couleur- qui sont autant de supports aux intégrations et à l'imaginaire. »(Potel, 2013, p 322)

Le psychomotricien choisit le matériel, tout comme la médiation, sur laquelle nous

reviendrons, pour s'adapter au patient et à l'axe thérapeutique retenu.

Il importe de rappeler que «[...] le 'matériel' principal est le corps et son expressivité, tant au niveau du patient que du thérapeute. » (Bourger, 2008, p 71). La médiation acrosport vient particulièrement souligner ce point du dispositif puisqu'il s'agit de construire des pyramides humaines, le corps est l'outil de cette médiation.

Les règles

Les règles apportent une limite aux personnes. Nous pouvons y retrouver le lieu et la durée de la séance mais aussi des éléments du fonctionnement social. Le psychomotricien pose et énonce des règles fondamentales qui concerne le respect de son corps et de celui d'autrui, ainsi que celui du matériel. Si la prise en charge concerne un groupe, il est d'usage d'interdire la moquerie entre les participants quand l'un d'entre eux échoue ou peine à réaliser une activité.

D'autres règles viennent s'ajouter en fonction de la médiation retenue. C'est le cas pour l'acrosport, discipline à risque. Nous reviendrons sur les règles spécifiques à cette médiation dans la clinique.

Les règles restent essentielles dans leur rôle de pare-excitation, elles viennent rassurer les patients. « Les règles de fonctionnement vont donner des repères fiables et sécurisants. Ceci est d'autant plus important quand on s'adresse à des adolescents psychotiques qui sont dans un flou de repères et dont les liens à la réalité sont instables et fluctuants. » (Potel, 2015, p130).

La solidité du cadre thérapeutique est souvent testée par des sujets qui transgressent les règles. Il importe de relever les transgressions et de revenir aux règles énoncées pour tenir le cadre.

En tant que professionnels du soin, nous sommes soumis à des règles éthiques, légales et institutionnelles.

Les conditions d'encadrement (la cothérapie)

Il s'agit des moyens humains nécessaires à l'animation des séances. Elles dépendent du contexte professionnel et diffèrent selon que le psychomotricien exerce en libéral ou en institution. Le cadre institutionnel influe sur le cadre thérapeutique dans la mesure où l'institution décide des moyens humains et matériels.

Ainsi, une cothérapie peut être pensée si les moyens institutionnels le permettent et si les professionnels et l'institution y voient un intérêt. L'animation des séances avec des professionnels issus d'autres corps de métier constitue une richesse puisque chacun apporte une vision spécifique à sa personnalité et à sa profession.

Pour des adolescents avec des pathologies psychiatriques lourdes, le groupe et les relations qui s'y jouent sont source d'excitation. Il s'agit alors pour le thérapeute de contenir les

débordements possibles. « Etre seul face à un groupe n'est jamais simple ni souhaitable. Faire respecter le cadre, les règles de fonctionnement, en restant à l'écoute de toute la densité des affects qui se jouent et s'expriment dans un groupe, demande à mon avis qu'on soit au moins deux, pour justement n'être pas 'face' mais 'dans' le groupe. » (Potel, 2015, p 138)
La cothérapie laisse la possibilité aux adolescents d'investir différemment l'adulte et la relation au sein d'un même groupe. Elle introduit aussi concrètement du tiers, nécessaire à la séparation et l'individuation des patients. Les règles, l'institution font aussi implicitement fonction de tiers.

Le dispositif se pose comme invariant pour permettre au sujet de ressentir une contenance grâce à la fixité des éléments. Il assure la continuité pour des patients qui peuvent être dépourvus d'un sentiment de continuité interne.

Le cadre psychique

Le cadre psychique concerne la façon dont le psychomotricien va penser la prise en charge mais aussi de sa disponibilité psycho corporelle. Au cours de notre formation, nous acquérons maintes concepts théoriques qui supportent et valident notre intervention thérapeutique. Nous apprenons à rechercher la mise en place d'une relation particulière, authentique et thérapeutique, avec le patient. La relation psychomotrice se rapproche de celle mère-enfant avec l'engagement corporel, le dialogue tonico-émotionnel, le portage, ...même si elle ne s'y substitue pas.

La relation d'implication

Olivier Moyano (2014, p 287-294) évoque le concept de relation d'implication. Elle permet aux patients en échec ou en défaut de représentations de s'appuyer sur cette relation pour les partager et les construire. Le terme implication renvoie à l'engagement du psychomotricien dans la relation où il adopte d'abord le mode relationnel du patient. Le psychomotricien est vu comme un double, qui reste actif dans les interactions. Au rythme du patient, le thérapeute va progressivement apporter de la différence et de la nouveauté dans les interactions. Le patient va alors s'appuyer sur le thérapeute pour « acquérir la capacité à imiter et intérioriser l'expérience motrice du psychomotricien dans son propre système de représentation. » (Moyano, 2014, p293). La relation d'implication ne vise pas la réminiscence d'affects anciens et non symbolisés, elle se joue dans l'ici et le maintenant.

La contenance

Dans le cadre psychique, nous allons également développer la notion de contenance.

Ce concept nous vient de Bion, qui s'est lui même inspiré des travaux de Mélanie Klein sur les mécanismes d'identification projective (Gatecel,Massoutre-Denis, Giromini, Moyano, Scialom, Corraze, 2015, p331)

Pour Bion, le psychisme du nouveau né prend naissance et se développe en s'appuyant sur la qualité de la vie psychique de la mère (au sens de care giver) et sa capacité à accueillir toutes les projections du bébé, qu'elles soient bonnes ou mauvaises (la rêverie maternelle). Face à des sensations auxquelles il ne peut donner sens, le bébé, angoissé, les rejette et les projette à l'extérieur, sous forme d'excitation informelle (éléments Bêta à l'état brut). La mère aimante va les percevoir et les recevoir (fonction alpha) et les interpréter de façon à leur donner un sens saisissable par le bébé. En prêtant son psychisme à l'enfant, la mère lui permet d'assimiler les éléments bruts transformés. La fonction alpha représente un premier travail de co-construction des représentations du bébé.

Le travail du psychomotricien met en jeu cette notion de contenance maternelle. Il convoque le jeu pour stimuler l'expression corporelle et un corollaire que le psychomotricien accepte et reçoit : l'excitation. Par sa formation, le psychomotricien développe «[...] une certaine façon de recevoir et de faire, qui évoque les premières trames d'une enveloppe relationnelle primaire. » (Potel, 2013, p 329-330) Il assure les conditions d'intégrations psychiques (rôle de pare-excitation) de l'excitation qui s'exprime dans le cadre thérapeutique.

Fonctions du cadre en psychomotricité

Ces fonctions ont déjà été dévoilées au détour des composants du cadre mais prenons le temps de revenir à la contenance, la limite et la continuité.

Nous pouvons aussi nous référer aux travaux de René Roussillon sur le dispositif thérapeutique (Roussillon, 2012). Roussillon y voit trois fonctions. La fonction phorique, assimilable à la contenance. Elle permet de définir les conditions nécessaires à l'avènement du processus, c'est à dire ce qui va se dérouler au sein du dispositif. Il s'agit des transformations et des mouvements qui vont se produire, spécifiquement dans le cadre thérapeutique qui va les limiter. La fonction sémaphorique permet le recueil des signes du processus, dévoilés et amplifiés par le dispositif. En psychomotricité ces signes vont être corporels et seront observés et relevés par le psychomotricien, attentif et formé à la lecture du corps. Le psychomotricien considère que le passage par l'acte est une forme de symbolisation primaire pour un patient en carence ou panne de symbolisation secondaire. L'engagement du psychomotricien soutient la symbolisation du patient, sans l'interpréter. La fonction métaphorisante se base sur l'hypothèse que le processus à l'œuvre est une métaphore d'autre chose, une représentation de la vie psychique du patient. Ce concept renvoie à la notion de

transfert, qui reste discutable en psychomotricité car l'engagement corporel nous amène à travailler dans l'ici et le maintenant.

La fonction de contenance

Le cadre thérapeutique tient lieu de contenant «[...] de la débauche de mouvements et de gestes » (Potel, 2013, p 344) mais aussi de l'activité pulsionnelle des patients. Nous pouvons le symboliser comme une seconde peau qui pallierait à celle défaillante des patients.
Il contient la relation d'implication qui s'y déploie et les liens qui se mettent en place au sein d'un groupe.
Il contient enfin des expériences expressives singulières, et permet d'accueillir en retour les sensations qu'elles provoquent et de leur donner sens.

La fonction limitante

Le cadre thérapeutique constitue une limite entre un extérieur et un intérieur.
Il protège d'un extérieur qui peut sembler agressif et source d'angoisses pour des patients.
Inversement, il protège d'un intérieur qui peut être lieu de débordement. Cela ne signifie pas que tout est possible au sein du cadre, rappelons que des règles fondamentales sont posées.
Le pare-excitation du dispositif et du cadre psychique est convoqué pour limiter l'excitation.
L'accueil de l'excitation et le sens qui lui est donné diffère souvent du regard habituel, dans la mesure où le thérapeute cherche à mettre en mouvement des processus de représentation et de pensée par le passage par l'acte.

La fonction de continuité

Le cadre thérapeutique constitué d'invariants va représenter un appui pour le patient grâce à sa fixité. Il va être en mesure de ressentir une continuité dans le temps, l'espace, la présence du ou des thérapeutes. Pour les patients en manque de sentiment de continuité interne, ce point s'avère essentiel pour leur permettre d'intérioriser progressivement ce sentiment.

L'EXAMEN PSYCHOMOTEUR ET L'AXE THERAPEUTIQUE

L'examen psychomoteur va nous permettre de développer un axe thérapeutique. Celui-ci balise et oriente la prise en soin des patients.

L'examen psychomoteur

L'examen psychomoteur s'envisage généralement dès la première rencontre avec le patient, et ses parents s'il s'agit d'un mineur. La demande d'examen est à l'initiative d'un médecin qui établit un motif de consultation ; le psychomotricien le prend en compte. « Il [le psychomotricien] appréciera les capacités psychomotrices (coordination, équilibre, motricité manuelle et écriture), les fonctions cognitives en lien avec la motricité intentionnelle (visuospatiales, attentionnelles, mnésiques et exécutives), la dominance latérale, les différentes dimensions du temps, les gnosies corporelles, les communications non verbales et les manifestations toniques. » (Albaret, 2015, p 311) L'examen diffère selon l'âge, la pathologie et l'anamnèse du patient. Les outils peuvent être l'observation en motricité libre, des tests standardisés ou non, des échelles d'évaluation, … Pendant toute la passation, le psychomotricien observe également le comportement du patient dans la relation.

L'objectif premier de l'examen est de poser un diagnostic psychomoteur, à rapprocher des observations des autres professionnels impliqués dans le suivi des patients. Il donne lieu soit à un projet de soins, soit à la réassurance du patient sur ses capacités psychomotrices, soit à une surveillance dans le temps quand des fragilités se font jour. « En fait le bilan est considéré comme une évaluation des potentialités qui permettra de repérer le niveau d'évolution. » (Bourger, 2008, p 71) La prise en charge s'envisage quand le patient montre des difficultés psychomotrices ou s'il utilise le passage à l'acte à défaut d'élaboration psychique.

Catherine Potel (2015, p 105) précise que le projet de soin peut contenir deux axes :

« - un axe rééducatif qui va soutenir, stimuler les apprentissages et prendre en compte de façon directe le symptôme ou la pathologie ;

-un axe thérapeutique qui va accompagner, solliciter l'expression émotionnelle, fantasmatique, imaginaire. »

Pour cette auteure, le moment de l'évaluation est aussi un temps de rencontre. « Si le bilan répond à une demande d'objectivation (de la souffrance, des symptômes), il est avant tout une porte ouverte sur un travail, un chemin à vivre ensemble, une histoire à poursuivre, un développement à construire ou à relancer en écoutant toute la singularité et la richesse de son déroulement. ». Enfin l'auteure rappelle que l'adolescent a le choix de s'engager ou pas dans la

prise en charge psychomotrice et que son refus doit être respecté.

Les évaluations n'appartiennent pas à la culture institutionnelle. Je présente mon projet en réunion clinique, avec une demande pour évaluer les patients individuellement. Le dessin du bonhomme et le test des somatognosies constituent des indicateurs sur le niveau d'intégration du schéma corporel. Je souhaite aussi examiner le tonus des patients. L'équipe se montre curieuse sur les tests et leurs objectifs. Je n'ose pas argumenter pour réaliser une évaluation plus poussée des adolescents. Il semble déjà compliqué de trouver des disponibilités pour que je puisse recevoir chacun d'eux en individuel Je ressens une réticence d'une partie de l'équipe.

Mes observations suite aux entretiens d'évaluation figurent de l'annexe 2 à l'annexe 6 . Firmin refusera toujours l'évaluation, même sur nos séances en individuel. Je vois sa déficience intellectuelle comme une impossibilité pour lui de s'engager dans les épreuves. Je l'évaluerai grâce à l'observation. Les autres adolescents passeront deux évaluations, une courant décembre et une mi mars pour voir une possible évolution.

L'axe thérapeutique : le schéma corporel

Nous définirons un axe thérapeutique plutôt rééducatif, l'intégration du schéma corporel. Il participe de la conscience de soi, de la possibilité de relation de sujet à sujet. La médiation induit aussi un travail sur la relation entre les adolescents par la construction de pyramides humaines.

Le terme schéma corporel nous vient de la neurologie grâce à Bonnier en 1902. Il a été repris dans d'autres champs d'études, la psychologie, la psychanalyse, ce qui complexifie la compréhension de ce qu'il désigne (Boutinaud, 2017, p 145-166). Notre propos n'est pas de faire l'historique du schéma corporel à travers l'avancée des connaissances et des disciplines. Nous nous bornerons à préciser qu'il renvoie à la représentation que l'individu se fait de son corps, tout comme l'image inconsciente du corps et l'image spéculaire du corps. Les représentations du corps, c'est à dire, la façon dont le sujet va habiter et s'approprier son corps et se le représenter est un domaine complexe. Il convient de le connaître lorsque nous nous intéressons au développement de l'enfant et à ses défaillances car il intervient dans la conscience de soi.

Schilder, en 1920, ne fait pas de distinction formelle entre schéma corporel et image du corps (Schilder, 1968), bien qu'il le définisse comme « l'image tridimensionnelle que chacun a de soi- même. Dolto (1984, p 22) en apporte une définition pour le distinguer de l'image inconsciente du corps. «Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de

l'espèce, quels que soient le lieu, l'époque ou les conditions dans lesquelles il vit[...]. Le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus (à peu près de même âge, sous le même climat. » Le schéma corporel nous donnerait une identité humaine.

Pour les psychomotriciens, la référence au schéma corporel est la définition posée par Julian De Ajuriaguerra « Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, et fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. »[8]. Nous comprenons que le schéma corporel se construit, il n'est pas donné à la naissance. De Ajuriaguerra en voit la construction chez l'enfant qui passe par les étapes du corps vécu, corps perçu, corps représenté et corps opératoire. Le processus est dynamique et repose sur l'intégrité des systèmes sensoriels et la richesse des expériences. Il nécessite l'intervention de l'environnement et insiste sur l'interdépendance du développement des fonctions sensorielles ainsi que le mise en représentation qui l'accompagne. Cognitif et perceptif, et même sensori-motricité, sont liés dans le développement du schéma corporel.

Nous pouvons résumer cette notion en parlant de modèle perceptif du corps, permanent mais évolutif. « Le schéma corporel est la connaissance que l'on a de soi en tant qu'être corporel, c'est à dire : nos limites dans l'espace (morphologie), nos possibilités motrices (rapidité, souplesse, …) ; nos possibilités d'expression à travers le corps (attitudes, mimiques) ; les perceptions des différentes parties de notre corps ; le niveau verbal des différents éléments corporels ; les possibilités de représentation que nous avons de notre corps (au point de vue mental ou au point de vue graphique …). » (De lièvre, Staes, 2012, p 17).

Le schéma corporel est une notion qui continue d'évoluer. Eric Pireyre (2015, p 119), psychomotricien, propose même de substituer au terme de schéma corporel, polysémique, celui de sensibilité somato-viscérale, qui participe de sa théorie de l'image composite du corps.

L'entrée dans l'adolescence des patients me donne l'intuition qu'un travail sur l'intégration du schéma corporel serait le bienvenu. Certes, l'indication médicale porte sur la relation mais elle me semble floue. J'assiste et je participe également à des séances en bassin thérapeutique où les patients s'ignorent. J'échange avec les éducateurs pour savoir quelle est la teneur des

8 Golse, B. & Simas, R. (2008). Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps: La place de l'attention de l'adulte envers la liberté motrice du bébé, en référence aux travaux de l'Institut Pikler-Lóczy de Budapest. *Contraste*, 28-29,(1), 129-138. doi:10.3917/cont.028.0129.

relations entre les préadolescents dans d'autres situations. Leurs liens semblent ténus ou absents dans le jeu, les activités culturelles ou pédagogiques.

A l'adolescence, « Les modifications organiques entraînent des changements dans la perception et la gestion des flux sensoriels. Les aspects gravitaires, par exemple, doivent se réajuster aux effets de la croissance rendant pour un temps l'adolescent pataud ; celui-ci donne le sentiment d'avoir perdu les repères qui organisaient son schéma corporel, ses postures et ses attitudes avant de retrouver une nouvelle aisance. » (Meurin, 2018, p 277) Pour des préadolescents, qui ont déjà une conscience fragile de leur corps et une façon particulière de l'habiter, un travail sur le schéma corporel peut s'avérer essentiel pour les aider à appréhender les transformations biologiques, physiologiques de la puberté et éviter une aggravation des fragilités posturales et de la maladresse motrice. « Enfin, les nouvelles sensations liées à la mise en route des zones génitales vont faire exister différemment certaines parties de l'organisme, bousculant du même coup les représentations corporelles. » (Meurin, 2018, p 278). Mais nous abordons peut être avec cette citation la notion d'image du corps.

LA MEDIATION

En introduction, nous avons d'ores et déjà défini la médiation selon Catherine Potel (2013, p 365). L'auteure souligne que la médiation est investie pour elle même, il ne s'agit nullement de faire semblant et de la prendre comme prétexte pour mettre en place une relation thérapeutique. Au contraire, l'engagement corporel est requis pour amener à l'engagement de la personne dans sa globalité. Il s'entend aussi du côté du psychomotricien. Dans un partage d'expériences corporelles, vécues dans l'ici et maintenant, nous cherchons à mettre du sens sur les sensations, les émotions pour mettre en mouvement un processus de symbolisation défaillant.

Je ne connaissais pas l'acrosport mais j'étais attentive aux récits de mes enfants sur cette pratique sportive. Avec leur aide et celle d'un enseignant en éducation physique et sportive, j'ai expérimenté, avec plaisir, cette pratique pour en éprouver les sensations, les difficultés et les dangers.

Nous présenterons l'acrosport et ses apports possibles en psychomotricité. Le groupe se situe entre la médiation et le dispositif, nous développerons ses fonctions dans le soin psychomoteur. Enfin, la médiation s'associant fréquemment au jeu, nous évoquerons le choix du jeu par le psychomotricien.

L'acrosport

L'histoire de la discipline sportive

L'acrosport a fait son entrée dans l'édition du Petit Robert (2014) en 1988. Il se définit comme une discipline acrobatique collective, composée d'éléments gymniques et artistiques. Il tire ses origines des arts du cirque, sous la forme du « mains à mains »[9]. Dans les années 1950, il devient une discipline sportive en Europe de l'Est et sera doté d'une réglementation en 1973.

L'acrosport arrive en France à la fin des années 1970 et intègre la Fédération Française de Trampoline et de Sports Acrobatiques en 1985. Celle ci fusionne avec la Fédération Française de Gymnastique, la FFGym, en 1999. L'acrosport prend alors officiellement le nom de gymnastique acrobatique et devient une discipline olympique. Toutefois, le terme acrosport est resté dans l'éducation nationale, où il est proposé aux élèves en primaire et en secondaire. L'idée de proposer cette médiation venant d'échanges avec des adolescents scolarisés, nous garderons ce terme dans l'exposé.

La présentation de l'acrosport

La FFGym précise que la gymnastique acrobatique est un mélange d'acrobaties et de chorégraphies réalisées individuellement et collectivement[10]. La dimension chorégraphique soutenue par la musique apporte une coloration artistique.

Les constructions humaines collectives, appelées pyramides, constituent la particularité de cette discipline. Elles peuvent être statiques ou dynamiques. Dans les premières, les partenaires, en contact permanent, maintiennent des positions variées. Dans les secondes, la création d'un envol permet la réalisation de rotations aériennes du gymnaste voltigeur.

Pour un travail psychomoteur, notre intérêt se porte sur la réalisation de pyramides statiques.

L'acrosport amène les participants à endosser différents rôles : porteur, voltigeur ou pareur[11].

Chacun implique des qualités et des positionnements physiques et psychiques différents.

*** Le porteur** supporte le voltigeur et représente le pilier de la pyramide. Il doit être en mesure de trouver et de tenir quelques secondes la posture. Ce travail postural implique la conscience de ses appuis et la recherche de leur solidité. Une attention particulière concerne la colonne vertébrale. Le dos doit être plat et la tête dans le prolongement du tronc. Le bassin se

9 https://www.ffgym.fr/La_FFGYM/La_federation/Histoire Site de la Fédération Française de GYMnastique consulté le 15 décembre 2017

10https://www.ffgym.fr/La_FFGYM/Les_disciplines/Gymnastique_Acrobatique Site de la Fédération Française de GYMnastique consulté le 15 décembre 2017

11http://webetab.ac-bordeaux.fr/Primaire/64/EPS64/pedagogie/proposition/ACROSPORT/ACROSPORT.pdf Site de l'académie de Bordeaux consulté le 20 décembre 2017

trouve en rétroversion et les membres inférieurs sont sollicités pour l'ancrage et l'équilibre de la posture. Au sol, les segments corporels porteurs doivent être à la verticale. Le porteur doit aussi être capable d'élever sa tonicité pour figurer un point d'appui stable pour le voltigeur.

*** Le voltigeur** prend des repères spatiaux sur l'environnement pour se positionner mais aussi sur lui et le porteur afin de s'équilibrer. Il monte sur le porteur le plus rapidement possible mais sans précipitation, ni saut pour ne pas le blesser ou le déséquilibrer. Il se positionne au plus prêt de l'axe du corps et à l'aplomb de l'alignement segmentaire du porteur, sur des appuis fixes (épaules, bassins, mains, cuisses, omoplates). Par rapport au porteur, ses appuis doivent être écartés pour assurer la stabilité de la pyramide. Les prises assurent le lien entre les membres de la pyramide. Elles nécessitent d'être apprises et respectées pour garantir la sécurité et la solidité. La descente du voltigeur est contrôlée et exclut le saut.

*** Le pareur** veille à la construction de la pyramide. Il aide le voltigeur à monter et à s'équilibrer, sans le porter. Il intervient en cas de déséquilibre de la construction. Comme garant de la sécurité, il développe une attention à l'autre.

Un enchaînement se construit à partir de deux pyramides réalisées. Les participants peuvent inventer les constructions humaines mais aussi choisir les figures de gymnastiques classiques (roulades, chandelles, roue latérale, …) ou les pas de danse pour passer d'une pyramide à l'autre.

Acrosport et psychomotricité

L'acrosport permet d'aborder différents items psychomoteurs et met en jeu la sensorialité au niveau visuel, auditif (écouter les verbalisations du ou des partenaires et le rythme de la musique), proprioceptif (avoir conscience de sa posture et de ses appuis), et kinesthésique[12].

Le tonus est sollicité pour entrer dans les postures et les maintenir. Le porteur se trouve sur un versant hypertonique alors que le voltigeur doit réguler sa tonicité pour être fort au niveau de ses appuis et relâché au niveau de ces segments libres.

La recherche d'appuis solides et de l'équilibre de la pyramide et de chacun de ses membres implique un travail sur l'axe corporel.

La connaissance du corps propre et sa représentation perceptive permettent de savoir comment se positionner dans l'espace et prendre ses appuis sur le sol ou le corps de l'autre. La compréhension de la figure et du rôle de chacun avant de la réaliser nécessite des échanges et la planification du projet moteur.

12 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01490385 Marie Le Clerc. Développer l'autonomie en acrosport chez des élèves scolarisés en IME. Education. 2014. <dumas-01490385> Mémoire consulté le 20 décembre 2017 sur le site DUMAS (Dépot Universitaire de Mémoires Après Soutenance)

Le repérage dans le temps est aussi nécessaire pour réaliser une pyramide. Le portage ne peut se faire que sur quelques secondes et la pyramide humaine se monte dans un ordre chronologique. L'enchaînement de plusieurs constructions sollicite aussi la structuration spatio-temporel et la mémorisation.

Le portage implique une relation corporelle : le toucher doit être possible et accepté. Lorsque le voltigeur se met en place, il ressent si le porteur offre la stabilité nécessaire et lui accorde sa confiance

Enfin, les émotions s'invitent dans le cadre de cette activité où la prise de risque et de chute sont présentes. La pratique exige de la rigueur pour mesurer le danger pour soi mais aussi pour ses partenaires. Catherine Potel souligne que les adolescents privilégient des modes d'expression corporelle, empreintes de sensations fortes et de puissance « comme un défi lancé au danger » (Potel, 2015, p.77). L'engouement des élèves du secondaire pour l'acrosport peut en partie s'expliquer par les émotions qu'il procure. L'acrosport peut aussi faire naître le plaisir de renouer avec un corps gênant (Lefebvre, 2002, p 72-73).

Le groupe

Généralités

Dans le soin, le groupe répond souvent à des demandes institutionnelles de rentabilité ou d'accueil d'un plus grand nombre de patients (Rodriguez, 2014, p 265-276), L'écueil serait de penser le groupe uniquement avec ses critères, alors qu'il peut participer au soin des patients. Catherine Potel (2013, p 386) précise que l'association et le nombre de participants doivent être pensés pour rester dans le soin. Il s'agit d'un exercice complexe, où rien n'est tranché. En HDJ, le travail en équipe permet d'aborder ce point pour éviter de mettre un patient en difficultés. « Les pathologies gravissismes [autisme et psychose infantile] dont souffrent ces enfants nécessitent en effet qu'un soin tout particulier soit apporté pour les aider non seulement à supporter les liens avec leurs pairs mais aussi à appréhender le groupe comme un espace de découverte qui ne soit pas menaçant. » (Boutinaud, 2013, p 167).

Le groupe peut s'articuler autour d'une médiation précise, artistique, sportive, ... ou avoir pour seul projet la relation, médiatisée par des activités corporelles. Catherine Potel (2013, p 381) les appelle dans ce cas groupes thérapeutiques à médiation corporelle.

A l'HDJ, le pédopsychiatre semble orienter les patients sur des groupes thérapeutiques à médiation corporelle puisqu'il pose l'indication d'un travail sur la relation. Il m'apparaît dès

lors nécessaire de penser une médiation qui va favoriser les liens entre les patients.

Fonctions du groupe

Les groupes thérapeutiques à médiation corporelle, « […] proposent une aire transitionnelle, un 'terrain', un espace où l'activité du 'jouer' va faire transition entre soi et les autres. » (Potel, 2013, p 381). Chacun va y exister à part entière en exprimant sa créativité singulière. En cas de difficultés, les thérapeutes mais aussi les membres du groupe vont apporter une réponse. Les patients vont pouvoir expérimenter différents rôles et places selon les activités.

Clémentine aide spontanément Firmin lorsqu'elle le sent en difficulté, alors qu'elle même peut l'être aussi régulièrement. Firmin s'appuie sur ses pairs pour imiter les gestes et les ébaucher. Mafalda représente la créative du groupe.

Pour un public adolescent, le groupe est fort indiqué. Classiquement, les adolescents vivent en groupe où ils recherchent de nouvelles figures d'identification . Le groupe est « […] une scène imaginaire […] où se joue et se construit, à petits pas, le devenir des relations à l'âge adulte, tant dans le repérage de la différence des sexes que dans les relations de pouvoir, de séduction, ... » (Potel, 2015, p 135).

Catherine Potel voit dans le groupe thérapeutique trois principaux intérêts. Nous retrouvons, comme pour la cadre, un effet de contenance. Puis, Catherine Potel (2015, p 136) évoque « la diffraction des investissements » pour mettre de la distance relationnelle et minorer le transfert sur le thérapeute au profit d'un investissement de l'ensemble des membres du groupe, « [...]donner la possibilité à l'adolescent de s'adosser à la relation avec ses pairs. »

Avec la médiation acrosport, l'autre, le pair, devient concrètement un support dans la relation physique.

Enfin, Le groupe permet « un jeu identificatoire » (Potel, 2015, p 137). A l'adolescence, le sujet se montre particulièrement intéressé par la relation pour expérimenter les effets sur soi du lien à l'autre. L'adolescent voit dans l'autre un miroir identificatoire, nécessaire à mettre en place pour se détacher des parents qui jouaient jusqu'à présent ce rôle. Certains adolescents se positionnent en retrait par rapport à leurs pairs. Cette posture pourrait être symptomatique de l'impossibilité d'élaborer ou de s'engager dans ce processus de crise mais aussi de construction identitaire. Le groupe thérapeutique laisse alors la possibilité aux adolescents de rencontrer l'autre dans un cadre pensé comme sécurisant.

Je me souviens de Florian et de sa place si particulière dans le groupe. Tantôt leader, tantôt en retrait, il semble ne pouvoir rencontrer ses pairs que dans le contrôle sur eux. Au collège, il ne développe pas d'amitiés. Quelles angoisses émergent dans la relation aux pairs ?

Le jeu en psychomotricité

En psychomotricité, le jeu se situe entre cadre psychique et médiation.

Nous pouvons voir dans le choix par le psychomotricien d'une médiation ludique, la possibilité d'apporter une ambiance plaisante à un travail thérapeutique avec des personnes dans des situations pathologiques lourdes, voire gravissimes. Nous pouvons aussi penser que dans une visée d'apprentissage, le psychomotricien en passe par le levier du plaisir lié au jeu. Il est admis que l'apprentissage est favorisé lorsque l'apprenant y prend plaisir.

Nous pouvons affecter au jeu la possibilité d'expérimenter des situations qui vont engendrer différents sentiments : la confiance en soi et ses capacités en cas de victoire et la frustration en cas de perte. Tout cela dans un contexte où les enjeux sont généralement minimes si nous excluons les jeux d'argent.

Le jeu laisse aussi la possibilité d'expérimenter différents registres, surtout rythmiques et toniques. Nous pouvons y voir un intérêt pour des patients fixés dans un mode tonique. Nous ne prenons ni le même rythme interne, ni la même tonicité selon que nous mimons un militaire ou la souplesse d'un chat. Sur les variations toniques, nous pouvons nous référer à la théorie de Suzanne Robert-Ouvray[13] sur l'étayage du développement psychomoteur. La modulation tonique, c'est à dire du socle de base, impacte les sensations, les affects et les représentations. L'incarnation que demande l'imitation permet donc d'expérimenter ou de découvrir des variations sur ces quatre niveaux.

De plus, l'enfant peut reproduire dans le jeu des situations vécues, ou des affects qui l'ont traversé. Non seulement, il peut ainsi rejouer des moments qui l'ont marqué et intérioriser progressivement des règles mais aussi, il se représente ce qu'il a vécu et accède peu à peu à l'intelligence symbolique. Il s'agit d'une symbolisation primaire, qui si, elle s'accompagne du langage, amène à une symbolisation secondaire.

Quand est -il pour l'enfant incapable de jouer ? Une lignée de psychomotriciens envisage le jeu avec une visée psychanalytique. Le jeu dans la thérapie à médiation corporelle

13 https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/limportance-du-tonus-dans-le-developpement-psychique-de-lenfant/ Site de Suzanne Robert-Ouvray

ouvre un espace transitionnel au sens défini par Donald Woods Winnicott. Plus que le jeu, il s'agit du « jouer avec » qui est établi comme étant thérapeutique. Nous pouvons en effet penser que certains enfants autistes semblent jouer alors qu'ils ne font que se procurer des sensations ou répéter indéfiniment les mêmes alignements. La créativité n'est pas présente dans ce cas. « C'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi. » (Winnicott, 1975, p 110). Pour Winnicott, les prémices du jeu se retrouvent chez l'enfant lors de la manipulation de l'objet transitionnel. Celui ci va permettre à l'enfant de sortir de l'illusion d'omnipotence et d'entrer peu à peu dans la prise en compte de la réalité. La relation à l'objet commence à se mettre en place dans le phénomène transitionnel, espace intermédiaire entre la réalité interne de l'enfant (fantasmes, besoins, désirs) et la réalité externe. Là, l'enfant manipule l'objet et vit des expériences fonctionnelles lorsque l'environnement le lui permet. Les phénomènes transitionnels permettent l'ouverture très progressive du psychisme vers l'extérieur et la réalité. Le jeu est un moyen de maintien de cet espace potentiel où l'enfant va attribuer du sens à l'idée d'une relation à l'objet et à la réalité extérieure. Le principe de réalité est une tâche toujours inachevée et chacun se trouve dans un effort constant pour mettre en lien sa réalité interne et la réalité externe. Dans ce travail, le jeu constitue le moyen pour l'enfant d'entrer dans ce processus. L'enfant peut jouer de différentes façons mais lorsqu'il joue, il engage sa créativité subjective, il agit en temps que sujet. Il entre peu à peu dans la subjectivité mais aussi dans l'intersubjectivité puisque l'enfant ne joue pas forcément seul mais avec un adulte, un pair ou un thérapeute. Ainsi, il s'engage et est acteur via sa créativité mais tient compte aussi de ce que l'autre lui renvoie. Le jeu constitue une co-construction entre plusieurs sujets.

Nous voyons l'importance du « jouer » et du « jouer avec » pour des patients qui montrent une relation d'objet particulière. Pour créer une zone de transitionnalité. Fabien Joly (2008, p 25) rappelle que « […] **la psychomotricité est** toujours **une motricité ludique en relation**...sinon à n'être qu'une motricité mécanique et neuro-cognitive ».

Notre objectif est d'adapter une médiation sportive, l'acrosport, pour la transformer en un jeu mais aussi d'introduire d'autres jeux, qui faciliteront la relation, dans les séances.

Du côté des adolescents, Clémentine et Florian sont en mesure de jouer, chacun avec leurs particularités. Florian semble dans une vigilance sous le regard de l'adulte et joue pour gagner. Clémentine entre et sort du jeu au gré de ses victoires et sa confiance en elle. Mafalda joue beaucoup « seule » mais avec des amis imaginaires forts bruyants. Missie peut

jouer à la dînette et à la maîtresse en étant directive. Firmin s'excite plus qu'il ne joue. Léandre connaît peu de jeux. A partir de janvier, il commence à entrer dans les jeux de constructions avec Jiovanni sur le temps d'accueil le matin.

Les références théoriques sont désormais posées pour éclairer la clinique. Je me propose de faire le récit de la façon dont j'ai amené et pensé l'adaptation du cadre thérapeutique.

***

L'ADAPTATION DU CADRE THERAPEUTIQUE

Suite à mes observations du groupe, j'ai dégagé l'organisation des séances proposées par Marcial.

La séance comprend : découverte de l'installation du jour -éparpillés sur les bancs, un temps de parole sur le dernière séance – hypothèses sur les exercices à venir – réalisation des exercices un par un – rangement – compétition de lancers de balles – assis en étant plus proches, verbalisation sur la séance .

Mon implication dans la prise en charge du groupe sera progressive pour me permettre d'être en observation mais aussi pour réaliser une transition en douceur entre Marcial et moi. Les patients présentent un trouble du sentiment de continuité ou ont vécu des ruptures familiales porteuses d'une souffrance encore actuelle (l'hospitalisation à temps plein cet été et l'absence du père de Florian, le décès de celui de Mafalda, la mise à distance de Clémentine par sa mère).

Sur les séquences proposées par Marcial, j'apporterai mon soutien aux patients, en matérialisant une position à l'aide d'un repère visuel par exemple, en étayant les patients par ma voix, mon regard ou mon corps. Puis Marcial et moi inverserons les rôles jusqu'aux dernières prises en charge, que j'assumerai avec l'éducateur pendant que Marcial se placera dans une posture d'observateur silencieux.

Par petites touches, les jeunes s'habitueront à ma présence et à mes interventions pendant que je les découvre. J'introduirai la médiation acrosport, en même temps que j'adapterai le cadre thérapeutique dans un mouvement de retour dynamique entre l'expérimentation des propositions , les ressentis des patients, ceux de Marcial et les miens.

Première proposition(20/09) : un temps de recentrage final

Suite à l'observation de l'agitation motrice qui caractérise les adolescents en sortie de séance, j'émets l'idée de prévoir un temps de recentrage individuel avant la verbalisation des ressentis. Marcial me permet de l'expérimenter. Je propose une écoute musicale en position statique.

Préparation

Je liste et réunis le matériel nécessaire (enceinte et MP3) et réfléchis aux choix musicaux. Je retiendrai d'abord « Lilli » du groupe Aaron pour son tempo lent. Il me semble avec le recul que ce choix n'est pas anodin. Ce morceau porte pour moi un lien émotionnel qui fait sens. J'introduirai dans les autres séances « Love is a mystery » D'Einaudi, plus symphonique et Perfect d'Ed Sheeran plus actuelle. Ce dernier choix sera plébiscité par les adolescents et deviendra la chanson de la détente.

Observations cliniques et réflexions théoriques

A la première expérience, les patients sont à même le sol, dans la position de leur choix. Je leur demande le silence et l'immobilité pendant l'écoute musicale. Seul Firmin reste debout et s'étonne : « i dorment ? ». Je lui explique de se mettre au sol et je lance la musique. Au sol, les corps remuent, s'agitent. Léandre gesticule et parle, il semble en proie à une forte angoisse. Je m'approche de lui, je pose mes mains sur ses épaules pour y mettre du poids. Il me demande de sa voix aiguë de retirer mes mains. Je le fais de suite. J'arrête la musique et donne la consigne de se relever doucement. Firmin et Missie y répondent, les quatre autres font les diables jaillissant d'une boîte. Léandre se précipite sur les interrupteurs et les actionne plusieurs fois, jusqu'à être rassuré.

J'échange avec Marcial. Il souligne la chance que j'ai : Léandre a verbalisé son refus du toucher; il aurait pu me repousser violemment. J'imagine que l'hyperactivité de Léandre peut constituer un moyen de lutte contre une angoisse de perte de contenance. Sa musculature pourrait faire office d'une seconde peau. Esther Bick (1998) a développé cette notion. Le psychisme primitif du nouveau né repose sur son corps immature, qu'il ne se représente pas comme unifié. Le modèle du nourrissage constitue un objet externe contenant pour le corps du bébé, comme une véritable peau. Dans la répétition de l'expérience, le bébé introjecte cet objet externe et développe une fonction interne de contenance. Elle lui ouvre l'accès au sentiment intérieur du Soi puis à la différentiation d'avec l'objet. La défaillance de l'introjection du bon objet externe donne lieu à une identification projective pathologique et permanente. Elle est observable dans les confusions d'identité (Léandre imite à merveille les autres patients ou s'octroie les conséquences des actions des autres). Pour pallier à la fonction interne de contenance, le patient s'accroche à un objet qui mobilise une attention unifiante mais fugace (la lumière qui jaillit pour Léandre). Pour lutter contre ses angoisses liées à la non contenance, le bébé peut alors substituer au Moi-peau défaillant une seconde peau musculaire, formée dans une indépendance vis à vis de l'objet externe contenant (Anzieu,, 2006, p 257). Léandre présente une harmonieuse et impressionnante musculature et la force qui

l'accompagne.

La détente n'est pas au rendez-vous. Bien au contraire, l'angoisse advient.

Evolutions

Je reverrai ma consigne: « vous essayez de rester immobile. Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez bouger, sans vous déplacer. Vous restez calme et silencieux pour ne pas déranger les autres ».

J'apporterai aussi des coussins et couvertures pour le confort et le renforcement de la contenance. Ils seront l'objet de frustration, de négociation entre les patients, puis d'acceptation d'échanger le matériel d'une semaine sur l'autre. Puis nous laisserons les tapis de gymnastique au sol pour figurer des matelas.

A la 5eme répétition de ce dispositif, Léandre se posera pour la première fois, son pouce en bouche et en se mordant l'intérieur des joues. Les sensations, qu'il se procure ainsi, lui donne peut être le sentiment d'exister dans l'immobilité. Ces temps en statique augmenteront, Léandre se mettra à chanter à voix haute puis basse les paroles de « Perfect », en battant la mesure des mains. Léandre a fait preuve d'adaptation pour vivre au mieux cette proposition, dans le respect du groupe.

Les corps se poseront, ou pas, au gré de l'humeur du jour. Je maintiendrai la consigne de silence. Je me rapprocherai physiquement des agités et les toucherai fermement aux épaules avec leur accord.

La séance comprend désormais : découverte de l'installation du jour -éparpillés sur les bancs, un temps de parole sur le dernière séance – hypothèses sur les exercices à venir – réalisation des exercices un par un – rangement – compétition de lancers de balles – détente - assis en étant plus proches, verbalisation sur la séance .

<u>Deuxième proposition (08/11) :ensemble dans le mouvement</u>

Alors que nous préparons la séance, Marcial formule l'idée de commencer par faire courir les adolescents ensembles dans la longueur de la salle. J'accueille positivement la proposition d'une activité commune mais sa nature me questionne. Je suggère de déposer six cerceaux au départ pour que chacun garde un espace personnel et un repère. Marcial y consent. Il anime la séquence.

Préparation

Six cerceaux de différentes couleurs sont alignés dans la largeur de la salle. A l'autre bout, 3 plots colorés présents dans toutes les séances sont disposés le long du mur.

A l'entrée dans la salle, les patients s'étonnent de n'y trouver que ce matériel. Je sens leur tension monter. Ils questionnent le dispositif. Marcial explique la consigne. Ils s'agitent, sautent et parlent fort. Le choix de leur cerceau amène des discussions et prend du temps. Mafalda et Clémentine veulent être l'une à côté de l'autre. Firmin erre et je l'accompagne dans le dernier cerceau disponible. Il en sort pour se mettre dans celui de Missie. Je l'installe à nouveau dans le sien. Marcial donne la consigne « vous allez courir tous ensemble vers le plot dont je donnerai la couleur. Vous reviendrez en marchant ». Florian se met en position de départ type starting-block. Marcial donne le départ. Florian part en trombe pour gagner. Mafalda et Clémentine le suivent. Léandre et Missie ont un temps de retard. Ils crient en courant. A l'arrivée, Missie reste à un mètre du groupe qui s'entasse sur le mur. Firmin suit le mouvement, avec ses stéréotypies habituelles. Il marche vite plus qu'il ne coure, les mains jointes et posées sur son sternum. Le retour en marchant est compliqué pour tous ; l'excitation ne retombe pas.

La scène se répète deux fois. A chaque signal de départ donné par Marcial, un feu d'artifice de rires, mouvements, cris, explose et percute le mur. Je crains pour la sécurité physique des patients. Marcial joue de la voix pour imposer un retour dans la marche et le calme. Les yeux de Léandre se révulsent aux rappels de la consigne. Missie, Léandre et Firmin peinent à se repositionner dans leur cerceau ; ils pénètrent dans ceux déjà occupés par les autres. La séquence prend fin pour installer le parcours. Firmin en grande excitation s'assoit sur un banc et le mouille d'urine. Missie montre des stéréotypies discrètes.

Je trouve la fonction de pare-excitation du cadre thérapeutique défaillante. Catherine Potel (2013, p388-389) rappelle que le plaisir du jeu et l'excitation ne sont pas suffisants dans une visée thérapeutique. «Ces 'extériorisations corporelles' doivent être travaillées par le thérapeute, dans son propre appareil à penser pour qu'elles ouvrent de nouvelles voies de passage vers la transformation, la symbolisation et le langage». L'autorité de Marcial, ma présence et celle d'Arieh n'ont pas suffit à contenir les débordements. Si Catherine Potel (2013, p 391) évoque une qualité de présence du thérapeute assimilable à une autorité pour garantir le cadre, elle la qualifie de bienveillante et sécurisante.

Missie et Firmin ressortent de cette première expérience avec le besoin de recourir à leurs stéréotypies. J'imagine que cette nouvelle proposition, très différente, est venue heurter leur intolérance au changement et le besoin de retrait de Missie (Georgieff, 2016, p 9- 36). Le recours aux stéréotypies a pu leur permettre de retrouver une réalité interne connue, constante et rassurante grâce aux perceptions procurées.

Marcial et moi ne retiendrons pas cette proposition dans la suite de la prise en charge. Elle me donnera une piste de travail : développer la fonction de pare-excitation du cadre thérapeutique. La semaine suivante, le temps de reprise de cette séance se fera en cercle, afin de figurer la contenance, un dedans et un dehors.

Troisième proposition (29/11) : entrée dans la gymnastique

Avec les vacances, quinze jours sont passés. Dans ce laps de temps, j'ai proposé et présenté en réunion clinique le projet acrosport. Marcial et moi allons commencer à le mettre en place. La gymnastique classique (roulade, chandelle, …) est utile dans les enchaînements, entre deux pyramides. Marcial accepte d'accompagner les enfants dans ce travail. Ultérieurement, j'introduirai l'acrosport. La séance à venir est pensée comme une transition avec la présentation aux patients des nouvelles activités, des évaluations individuelles à venir, le maintien d'exercices habituels de lancers et l'introduction de nouvelles séquences (échauffement, figures et enchaînement de gym). La transition progressive concerne aussi l'animation du groupe, qui sera partagée entre Marcial et moi, mais aussi l'éducateur présent. L'échauffement est réfléchi comme une mobilisation successive des articulations, des pieds à la tête. Outre la préparation physique à la gym, il permettra un travail de conscience et de connaissance corporelle.

Préparation

Marcial et moi choisissons les figures d'acrosport que nous ferons travailler aux enfants (annexe 7 page XVII). Nos critères concernent le niveau de difficulté, de risque et le nombre de participants dans la pyramide. Je réalise des cartes plastifiées de chaque figure d'acrosport pour que les adolescents puissent les manipuler. Nous leur présenterons en début de séance pour que les adolescents découvrent la médiation à venir.

Observations cliniques et réflexions théoriques

La présentation des nouvelles médiations aux patients induit des réactions mitigées. Seul Florian émet un mécontentement clair : «la gym c'est pour les filles» et «je vais déjà en faire au collège cette année».

L'échauffement est mené par Marcial, nous sommes en cercle. Je remarque combien les patients peinent à dissocier les parties de leur corps. Seul Florian y réussit. Clémentine tourne le tronc d'un bloc et verbalise des douleurs. Mafalda montre une rigidité hypertonique. Missie initie de timides mouvement des épaules au lieu des moulinets des bras. Léandre ne comprend pas la consigne de plier ou tendre les jambes. Il sort du cercle pour actionner les interrupteurs. Firmin sort aussi du dispositif et doit être rattrapé.

Dans cette nouvelle activité motrice, mon regard sur les adolescents change. Je mesure combien leurs capacités corporelles sont limitées. Ils semblent vivre dans un corps qui leur est étranger. Le travail sur le schéma corporel me paraît indiqué mais comment les mener à l'acrosport en partant de ce que j'observe. Je pensais que le toucher serait le principal obstacle à l'utilisation de cette médiation. Que nenni ! Spontanément, Marcial propose que nous nous tenions par la main pour finir l'échauffement. Chacun se donne la main, même Firmin reste calme, et nous nous accroupissons et nous nous relevons ensemble, en regardant l'intérieur du cercle puis l'extérieur. Je suis traversée par la joie et la surprise. La prise de contact physique entre nous s'est faite naturellement, sans que personne ne marque un temps d'arrêt. Là, pour la première fois, j'ai l'impression que Marcial, Arieh, les adolescents et moi formons un groupe. Marcial m'épate. Il a su sentir que le toucher était possible dans l'instant présent.

Florian a le plus de mal à intégrer le dispositif. Il ne le rejoint qu'à l'échauffement, évitant le temps de parole initial. Il s'avère dispersé dans la séance, sortant fréquemment de la salle pour boire, ou en se perchant sur l'espalier.

Sur la séquence gym, les adolescents découvrent et enchaînent les roulades avant, arrière, la planche, la chandelle. Firmin est hypertonique, il imite tant bien que mal et rigole sur les roulades ; il semble avide des sensations liées à la stimulation de son système vestibulaire . Mais Firmin est dans l'imitation signe d'une certaine intériorisation de la représentation du corps. La position à genoux est la plus difficile à prendre pour lui, il l'évite soigneusement dans le quotidien. Un repère au sol lui permettra peu à peu de la prendre seule.

Evolutions

- Échauffement

J'anime cette séquence que j'enrichis. Avant les mobilisations articulaires en cercle, je propose un travail sur les coordinations générales en expérimentant des déplacements selon les niveaux d'évolution motrice (ramper, se déplacer à quatre pattes, …) et selon différents modes (grands/petits pas, lenteur/ vitesse, pas chassés, talons fesses, sauts pieds joints …).

Ce dispositif ne reçoit pas l'enthousiasme des adolescents. Clémentine, Florian et Léandre verbalisent leur déplaisir.

Chaque semaine, j'essaie de retravailler la proposition que j'estime riche. Peu à peu, les filles verbalisent des éprouvés en lien avec les exercices («j'ai chaud», «cela me tire dans le cou», …). Chacun devient capable de proposer une mobilisation articulaire au groupe, en nommant la partie du corps en jeu («nous faisons des oui avec la tête», «nous faisons des moulinets avec les bras», …). Les gestes s'affinent et chaque patient devient source de proposition.

Mais Florian fait tout très vite, entre et sort du cercle d'échauffement. Clémentine s'assoit régulièrement sur un banc en râlant. Léandre peine à réaliser les consignes, les dissociations vont à l'encontre de son fonctionnement hypertonique global. Missie progresse dans sa gestuelle des membres supérieurs. Elle intègre peu à peu les mobilisations. Elle semble découvrir les articulations du coude et du poignet et ses deux bras (longtemps, elle ne mobilisera que le gauche). Firmin imite comme il peut mais il bouge les bonnes parties du corps au bon moment. Il peut faire une proposition au groupe : taper des pieds. Mafalda verbalise ses ressentis corporels, que je souligne pour l'ensemble du groupe.

A la quatrième répétition de cette séquence, je suggère d'introduire des ballons de baudruche pour susciter du plaisir chez les patients. Marcial est septique mais me laisse faire. Ma consigne est «vous faites rebondir le ballon sur telle partie du corps». Si le plaisir est présent, il s'exprime dans une excitation montante. Un ballon explose, les patients montrent tous des signes de peur, voire de terreur. Les ballons sont lâchés brusquement, les patients se figent ou s'assoient sur un banc dans une posture de fermeture et de regroupement. Marcial nomme l'émotion qui traverse le groupe. Chacun s'exprime sur son vécu et l'activité reprend. Les ballons volent, les adolescents crient et gesticulent. Je me sens dépassée, perdue. Marcial reprend le groupe en main en les ramenant au sol. «Comment pouvez-vous vous déplacer au sol en tenant le ballon devant vous ?». Les propositions des adolescents sont testées puis nous posons les ballons. Si Missie et Firmin ne recourent pas aux stéréotypies, je mesure combien l'introduction des ballons de baudruche était peu réfléchie au regard des comportements des patients. J'ai le sentiment d'avoir apporté de l'eau au moulin de leurs décharges motrices.

Marcial suggère de laisser tomber l'échauffement car les patients n'y adhèrent pas. Ils verbalisent systématiquement leur désintérêt. Je ne peux m'y résoudre. Cette proposition me paraît certes source d'expression des difficultés psychomotrices des patients mais aussi source de progression. Je veux tester l'échauffement en l'amenant différemment dans la mise en forme du groupe, afin que chacun soit dans la même temporalité. Je propose aux patients de figurer une chenille avec une tête, un corps et une queue. Tout le monde se place en file indienne. La tête conduit la chenille et décide de son mode de déplacement. La tête s'assure que chaque membre du corps suive. La chenille peut se retourner, la queue devenant la tête et inversement. Les patients veulent bien essayer. Florian se positionne en tête. Je suis derrière lui pour souffler des idées lorsqu'il en manque, lui rappeler que le corps (de la chenille) doit suivre. Jiovanni se place derrière Léandre et Marcial derrière Firmin. Les adultes peuvent ainsi étayer verbalement et physiquement les patients pendant les déplacements. Clémentine représente la queue. Florian est extrêmement attentif aux autres et se retourne à un moment

pour passer la tête à Clémentine. Elle garde cette position peu de temps, démunie dans les propositions et redonne rapidement la tête à Florian. Le travail sur les coordinations générales se termine, la chenille se referme en un cercle pour passer au travail de mobilisation articulaire. Avec ce dispositif spatio-temporel et l'appel à l'imaginaire, l'échauffement sera source de plaisir pour les patients. La chenille permet à la fois de prendre la responsabilité de conduire le groupe (seul Firmin ne s'y risquera pas) , de la partager (échange entre la tête et la queue) et d'être cadré par la forme spatiale du groupe et la temporalité partagée. Le chenille représentera notre rituel d'échauffement.

- Gymnastique

Cette séquence sera maintenue et animée par Marcial pendant huit séances, afin que les patients enrichissent leur répertoire gestuel. Je viendrai en soutien des patients en difficultés.

Devant les difficultés des préadolescents à tenir leur axe, le trampoline sera introduit dans l'enchaînement pour réaliser des chandelles en restant au plus près du centre de cet agrès.

Les équilibres unipodaux en planche sont précaires. Les appuis semblent peu ressentis et peu efficaces. L'inhibition motrice peut être défaillante, les figures gymniques ne présentent ni début, ni fin.

Je proposerai des jeux pour travailler ces notions fragiles.

Par contre, les patients s'entraident dans les figures et commencent à endosser le rôle de pareur.

Un travail de mémorisation et de verbalisation des enchaînements se met en place peu à peu. Firmin, en convalescence, sera absent de mi- janvier à la mi-mars et n'y participera pas. Au départ, Marcial demande aux adolescents de se remémorer le matériel nécessaire à l'enchaînement. Ils l'installent ensuite dans la salle dans le bon ordre. Tout le monde participe, nous les laissons s'organiser entre eux. La mise en place de cette installation concrète devient possible pour tous. Il s'agit ensuite de se remémorer et de verbaliser l'enchaînement d'une semaine sur l'autre. D'abord la verbalisation et l'action sont concomitantes, puis Marcial et moi demandons que la verbalisation anticipe l'action.Pour y réussir, les patients s'appuieront d'abord sur la matériel (même Clémentine et Florian en auront besoin), puis sur un schéma réalisé au tableau par Marcial, puis leurs seuls souvenirs le permettront. Les progrès de Florian, Clémentine et Mafalda me sidèrent et m'enthousiasment. Semaine après semaine, j'ai le sentiment d'assister en accéléré à leur construction psychocorporelle d'un point de vue cognitif (Piaget, 1966). Peu à peu, les trois adolescents se libèrent de l'objet pour pouvoir penser l'action. Cela implique que la permanence de l'objet soit constituée, que la

représentation en soit possible et qu'ils arrivent à se représenter aux mêmes. Le langage est aussi opérationnel.

Léandre aura toujours besoin d'en passer par l'action pour se remémorer l'enchaînement mais il parviendra peu à peu à énoncer son projet moteur. Spontanément, il sera aussi capable d'énoncer les actions à venir de Florian en train de réaliser l'enchaînement. Missie n'arrivera pas à verbaliser .

L'enchaînement commence par une présentation corporelle que Mafalda mettra trois séances à saisir. La première fois, alors qu'elle n'est pas la première à passer, elle monte de suite l'escalier à trois marches. Marcial et moi l'arrêtons et lui demandons ce qu'elle a oublié. Elle hésite, redescend et se souvient de la présentation. Dans sa posture d'enroulement du tronc, le regard baissé et les bras collés au corps, elle récite « Bonjour, je m'appelle Mafalda, j'ai douze ans et je suis en CM2, j'ai deux frères ». Je suis ahurie. La voix de Mafalda est vide de vie. Son discours me semble plaqué et bien sûr inapproprié à la situation. Le recours à l'image du salut militaire, les bras le longs du corps, la tête levée et le regard au loin, le corps en extension, permettra peu à peu à Mafalda d'effectuer une présentation gymnique.

La séance comprend désormais : en cercle, assis au sol, présentation de la séance – échauffement en chenille et mobilisations articulaires, debout en cercle– enchaînement gymnique - détente - assis en cercle, verbalisation sur la séance .

<u>Quatrième proposition (06/12) : travaillons en jouant !</u>

Suite à l'observation des adolescents dans la gymnastique, j'introduis des jeux pour travailler des notions qui vont de fragiles à déficitaires selon les patients. Ces notions sont importantes pour aborder l'acrosport. Il s'agit de ressentir et expérimenter les appuis (tirer/repousser), l'inhibition motrice et l'accordage.

Préparation

Plus que matérielle, ma préparation consiste surtout à échanger avec Marcial sur le bien fondé de mes observations. Si nous sommes en accord, je réfléchis à une façon ludique de travailler un aspect déficitaire chez les patients.

Observations cliniques et réflexions théoriques

Je présente la séance, les adolescents sont enthousiastes à l'idée de reprendre la gymnastique classique et d'avoir un temps de jeu après l'échauffement. Je garde le suspens

quant à la nature du jeu.

Le jeu proposé est le tir à la corde. Marcial dispose d'une corde capable d'amarrer un bateau. J'y rajoute un ruban rouge au milieu. Nous expliquons le jeu au patient. Léandre, Missie et Firmin ne connaissent pas, comme tous les autres jeux à venir. Florian est absent à cette séance .

Clémentine trépigne, elle veut commencer contre Mafalda. La force de Clémentine et son poids sont un atout. Elle s'ancre dans le sol et déséquilibre rapidement Mafalda. Chacun essaie. Missie n'est pas en mesure de tenir la corde dans un effort continu, Léandre et Firmin ne comprennent pas comment se positionner pour tirer. Marcial et moi les étayons. Nous nous positionnons derrière eux en les englobant de notre buste, nos mains sur les leurs. Firmin émet un signe de douleur quand ses mains touchent la corde. Léandre ne sait pas tirer, il lâche la corde.

Le tir à la corde a permis de travailler l'ancrage et l'équilibre des adolescents, peut être aussi leur mode de relation à l'autre.

Évolutions

Au fil des séances, nous alternerons les jeux, en reprenant certains selon mes objectifs ou les désirs des adolescents. Je retiendrai 1,2,3 Soleil pour l'inhibition motrice, « un ado [dire son prénom] a dit [prenez telle posture] » pour travailler le tonus de posture, l'inhibition, la créativité, l'attention, la verbalisation. Le tir à la corde ou le repoussé d' un plinth, avec des patients de part et d'autres, permettront de travailler l'équilibre, l'ancrage. Les jeux laisseront aussi la possibilité au patient de varier les positions dans le groupe: seul face au groupe, en opposition deux par deux ou par équipe (adultes contre adolescents / filles contre garçons). Nous avons expérimenté moult combinaisons. Le fait de perdre ou de gagner fera vivre alternativement aux patients des situations de frustrations ou de renforcement du sentiment de confiance.

Avant le jeu collectif, je proposerai des jeux à deux, sur le thème du dialogue tonico-émotionnel, afin que les patients expérimentent cette notion d'accordage et de dialogue corporel en vue de la réalisation des pyramides. Il s'agira de percevoir le déplacement de l'autre avec un objet médiateur (souvent deux bâtons colorés en appuis sur les paumes des mains). Dans le duo, l'échange de regard est de mise, les patients ne souhaitent pas fermer les yeux. Les rôles sont définis : l'un initie le mouvement et l'autre le suit. L'exercice sera réalisé en statique puis en déplacement et les duos changeront pour expérimenter les différences d'accordage.

Ces séquences ludiques constitueront l'acmé des séances en terme d'énergie mise en

jeu. Nous crierons, nous suerons, nous rougirons sous l'effort. Nous encouragerons, nous applaudirons. Mais l'excitation s'arrêtera en même temps que le jeu et les patients se rendront ensuite disponibles à l'acrosport. Le cadre thérapeutique tient désormais la fonction de pare-excitation.

La séance comprend désormais : en cercle, assis au sol, présentation de la séance – échauffement en chenille et mobilisations articulaires, debout en cercle–jeux à deux – jeu collectif - enchaînement gymnique - détente - assis en cercle, verbalisation sur la séance .

Cinquième proposition (20/12) : l'acrosport, enfin !

La semaine suivante, les patients commencent à avoir un répertoire de figures gymniques (roulades avant et arrière, chandelle, planche et même le poirier contre un mur). Leur progression m'impressionne. Je pense qu'il est temps d'introduire l'acrosport et je l'annonce en début de séance. L'enthousiasme n'est pas au rendez-vous.

Préparation

Je pense à demander la veille à Léandre de changer de chaussettes, d'en mettre des propres demain matin. Jiovanni lui explique plus concrètement qu'il doit mettre ses chaussettes au sale ce soir et en prendre des propres dans son tiroir demain. Il élargit la demande au sweet et au tee shirt.

Je sélectionne avec Marcial trois cartes de pyramides. Elles nous paraissent les plus simples à construire. Je choisis une musique rythmée qui inonde les ondes : « Havana » de Camila Cabello. Tous les adolescents du pavillon la fredonnent quand elle passe à la télévision de la salle commune.

Observations cliniques et réflexions théoriques

Léandre s'est changé. Ce sera pour lui le début d'une lente transformation vestimentaire, voire celui d'une attention à sa présentation.

L'acrosport est abordé comme la gymnastique classique mais en s'aidant des cartes.

Je prends le temps pour énoncer les règles de sécurité. « vous ne vous faites pas mal et vous ne faites pas mal à l'autre. Pour cela, il faut vous placer au bon endroit sur l'autre et Marcial, Arieh et moi allons vous montrer où dans un premier temps. Quand vous montez sur l'autre, vous demandez un pareur et vous le faites doucement et sans sauter. Quand vous descendez, vous ne sautez pas et vous pouvez vous faire aider par le pareur. Nous allons apprendre par deux comment nous tenir les mains pour avoir une prise ferme et être en sécurité ». Par deux,

les patients expérimentent les prises manuelles pour prendre conscience de la stabilité d'une prise au niveau des poignets par rapport au simple fait de se tenir les mains. Les chaussures sont ôtées pour ne pas blesser les porteurs.

Les adolescents choisissent les postures et les réalisent avec l'aide des adultes. Léandre, Mafalda et Clémentine sont capables de partir des représentations sur les cartes, les autres travaillent en imitation. Pour faciliter la prise des postures, je dispose des repères visuels au sol pour que chacun trouve la bonne distance par rapport à l'autre. Au départ, les porteurs peuvent s'asseoir sur un banc. Marcial, Arieh et moi sommes les porteurs pour cette découverte de l'acrosport et nous sommes aussi modèles pour les pyramides. Les voltigeurs partent d'un tabouret stable pour s'installer sur les porteurs.

Les prises de postures sont hésitantes, les pyramides sont trop longues à se mettre en place et les corps souffrent. J'encourage la verbalisation des ressentis des uns et des autres.

Clémentine a peur et ne veut pas monter sur ses pairs, elle évoque son poids, trop lourd et son vertige.Tous sont capables d'imitation. Par contre faire confiance à l'autre semble difficile entre patients. Les adultes commencent par s'engager comme porteurs pour favoriser la confiance.

Évolutions

L'évolution consistera à ce que les adultes encadrants se dégagent peu à peu de l'activité , tout en restant vigilants et disponibles. Marcial, l'éducateur et moi seront porteurs et pareurs, puis pareurs, puis spectateurs à disposition. Nous serons souvent les pareurs des pareurs. Les patients gagneront en autonomie pour réaliser les consignes. Je demanderai à chacun de verbaliser sa posture et sa position par rapport à l'autre dans la pyramide.

A la demande de Mafalda, il y aura des séances consacrées à la création de pyramides inédites. Souvent, elle proposera des postures où les duos ou trios seront tous porteurs. Si le lien sera bien présent entre les partenaires, aucun ne sera en situation de déséquilibre. Clémentine et Florian maîtriseront plus rapidement la différence entre le voltigeur et le porteur. Je la reprendrai en faisant verbaliser dans chaque proposition « qui est porteur ? » et « qui est voltigeur ? ». Pendant un temps, j'adapterai « qui tombe si l'autre s'en va? ». Réponse. Donc « untel est le porteur ou le voltigeur dans cette pyramide ? ». Ainsi, chaque patient finira pas distinguer les deux rôles et abordera la notion d'équilibre (Firmin sera en convalescence).

Ensuite, je demanderai aux patients de construire un enchaînement. Florian ne participera pas. Malgré ma précision d'utiliser des transitions entre deux pyramides, cette consigne ne pourra pas être respectée. Par contre, je me régalerai à observer Clémentine,

Léandre, Mafalda et Missie se réunir dans un coin de la pièce pour discuter, négocier, s'organiser. Puis, ils testeront les propositions formulées, pourront les revoir face à la réalité de la mise en œuvre. Je serai disponible pour les aider, Marcial et l'éducateur aussi. Enfin, ils finiront la séance par une représentation.

Je serai déçue que l'enchaînement consiste à mettre en place successivement deux ou trois pyramides. Toutefois, les efforts de concentration et d'attention des uns et des autres seront palpables, leur engagement corporel leur permettant de réaliser les pyramides. Je testerai deux fois la consigne de création d'un enchaînement avant de l'abandonner. Nous ne sommes pas dans une activité sportive et la performance n'est pas l'objectif. Les adolescents ne sont pas en mesure de répondre à la consigne pour l'instant et j'ai le sentiment de leur en demander trop, de les mettre en difficultés et de les lasser. Je revois mes attentes selon mon objectif thérapeutique : c'est de développement de schéma corporel qu'il s'agit, pas de monter un spectacle.

Les dernières séances, nous travaillerons sous forme de jeux. Des duos ou des trios se forment et choisissent une carte. En cas de difficultés, j'explique aux patients comment faire la sélection en comptant les personnages sur la carte ou je demande à ceux qui y réussissent d'expliquer leur raisonnement. Les duos ou trios ne montrent pas la carte au reste du groupe et s'entraînent à réaliser la pyramide. Quand ils sont prêts, ils remettent la carte dans le tas, font leur prestation sous le regard des autres qui doivent retrouver la bonne carte. Le jeu demande de l'attention car la pyramide s'exécute en trois secondes et de la précision pour les « gymnastes ». Deux pyramides peuvent différer uniquement par la position d'un segment corporel d'où une certaine difficulté. In fine, tout le monde teste la construction corporelle.

Une autre variante sera de choisir une carte et de décrire aux autres la pyramide pour qu'ils la reproduisent. Cela sous entend de verbaliser et de distribuer les rôles de chacun, de décrire précisément les postures. Souvent l'imitation sera utilisée par les patients pour palier une verbalisation encore trop compliquée. Ainsi, je reviendrai à mon idée de départ d'un travail sur le schéma corporel, j'abandonnerai l'idée d'un résultat artistique. Les patients participeront tous, Florian et Firmin compris (l'éducateur l'étayera). Nous finirons la médiation acrosport sur une note ludique.

La séance comprend désormais : en cercle, assis au sol, présentation de la séance – échauffement en chenille et mobilisations articulaires, debout en cercle–jeux à deux – jeu collectif - acrosport- détente - assis en cercle, verbalisation sur la séance .

Sixième proposition (14/02) : dessinez votre ressenti du moment !

La séance précédente signe la veille des vacances de février. Je laisse les patients choisir les propositions dans chaque séquence. Si la verbalisation finale est unanime « tout était super », je la trouve pauvre. Je propose à Marcial d'essayer un temps de dessin à la place de la verbalisation finale. Missie, Mafalda et Léandre peinent dans l'expression verbale de leurs ressentis. Clémentine et Florian le font selon leur humeur. La proposition permettra peut être d'ouvrir d'autres possibles en terme de représentation mais aussi d'expression verbale. Je souhaite que les patients commentent leurs dessins, qui seront tous sur la même feuille.

Préparation

Je fournis une feuille A3 et de quoi la punaiser au mur, ainsi qu'une boîte de feutres. Avant la séance, Marcial et moi l'accrochons sur le côté gauche du mur avec la fresque, à hauteur des adolescents. Je choisis aussi une musique pour accompagner la séquence : « il était une fois dans l'Ouest » d'Ennio Morricone. Je la trouve à la fois belle, grave et inspirante.

Observations cliniques et réflexions théoriques

Dès l'entrée dans la salle, les adolescents remarquent la feuille et questionnent. Je repousse l'explication, ils sauront après l'acrosport. C'est une surprise. Je crains surtout de déstabiliser Léandre qui montrait une aversion pour la prise du crayon et le fait de laisser une trace lors du dessin du bonhomme. Firmin est quant à lui toujours absent.

Avant la détente, je demande aux adolescents de reconstituer le cercle, assis sur les tapis. J'explique la présence de la feuille : « au lieu de parler de la séance, vous avez à votre disposition une feuille pour dessiner ou écrire, ce que la séance vous inspire. Vous avez le choix de le faire. Je vous demanderai après de parler de ce que vous avez choisi de représenter, si vous le voulez ». Je lance la musique et donne les feutres.

A ma grande surprise, Léandre se précipite sur un feutre, en disant « je veux dessiner le premier ». Pour Geneviève Haag (1995a, p 63-87), certains enfants sont en difficulté pour laisser une trace sur un support détachable. La feuille en elle même représenterait les défaillances d'une image du corps débordée par la pulsionnalité, encore organisée sur un registre adhésif et bidimensionnel. Il est rejoint par Mafalda et Clémentine. Missie et Florian patientent. Clémentine copie Mafalda dans ses écrits qui diffèrent peu de ses verbalisations. Florian dessine un petit personnage (annexe 8 page XVIII). Tous pourront commenter leur production sauf Léandre qui répondra à ma question sur ce qu'il a dessiné par « je ne sais pas ».

Évolutions

Cette séquence aura beaucoup de succès. Je mettrai la même musique en boucle et pourrai arrêter la séquence en précisant qu'à la fin de la chanson, les patients poseront les feutres. Ils exprimeront leur mécontentement mais respecteront la consigne. Dans un premier temps, mon idée était qu'une même feuille figurerait la production groupale. Les adolescents respecteront les représentations des uns et des autres, excepté Firmin à son retour. Il gribouillera dans un acte moteur pur sur la feuille. Je limiterai ces traces en protégeant de mes mains les dessins des autres. Il finira par jouer avec les crayons ou par recouvrir d'aller retour une feuille volante et le tapis en dessous.

Aux deux dernières séances, chacun aura la possibilité de s'exprimer sur la feuille commune ou sur une feuille isolée. Toutes seront accrochées au mur. Marcial et moi les décrocherons après ma dernière séance avec les patients.

La séance comprend désormais : en cercle, assis au sol, présentation de la séance – échauffement en chenille et mobilisations articulaires, debout en cercle–jeux à deux – jeu collectif - acrosport- dessins et verbalisation sur le dessin- détente .

<u>Septième proposition (14/03) : saluons nous !</u>

Entre les vacances et la représentation théâtrale de Florian et Missie où tout le groupe s'est rendu, deux séances ont sauté. Marcial trouve que la première séquence de présentation ne constitue pas un sas suffisant pour que les enfants se posent. Il suggère de l'étoffer pour marquer le début du travail. Je ne partage pas son resssenti mais je le prends en compte.

Préparation

Je propose un salut en début et fin de séance et un mot qui exprimera pour chacun l'humeur du jour.

Observations cliniques et réflexions théoriques

Les patients s'installent au sol, en cercle, les chaussures sont déjà ôtées pour ceux qui le souhaitent. Je les accueille en expliquant « aujourd'hui nous allons tous nous saluer en début et en fin de séance. Chaque semaine l'un d'entre vous inventera un salut que tout le monde reprendra. Ensuite, en un mot, vous direz comment vous vous sentez ». Florian souhaite commencer. Il propose un salut de type yogi, en disant bonjour. Nous lui répondons. Puis chacun trouve un mot pour exprimer son humeur. Les « bien » se succèdent. A la fin de

la séance, j'oublie de revenir sur le salut.

Evolutions

Les verbalisations de l'humeur resteront pauvres. Je serai la seule à avouer ma fatigue. Léandre, Mafalda et Missie seront en mesure de proposer un salut sur les séances restantes.

J'oublierai régulièrement le salut de la fin ; ma façon, je pense, de marquer mes difficultés avec les fins, la séparation. Personne ne me le rappellera.

Firmin reviendra pour les deux dernières séances. Son décalage avec les autres adolescents sera encore plus marqué. Sur la première séquence, en cercle, il cherchera Missie pour partager son excitation. Elle le repoussera. Il viendra alors s'asseoir entre mes jambes, en appui dos contre mon buste. Je continuerai ma présentation en veillant à garder un tonus bas. Il s'emparera de mes mains pour remuer frénétiquement mes bras. J'inverserai la prise et je contiendrai ses mains avec une douce fermeté. Je les poserai sur mes genoux et il ne bougera plus le temps de la présentation, sauf pour saluer avec moi. Il saluera face aux autres, sous leurs regards. Une scène similaire se reproduira la semaine suivante, sauf que Firmin viendra spontanément s'asseoir contre moi, en posant ses mains sur mes genoux. Je verbaliserai juste notre proximité. Il n'aura pas de mouvement de débordement. La recherche d'un appui dos pourrait être un repère quant au niveau de développement de l'image du corps chez Firmin. D'après la grille de repérage de sortie de l'autisme de Geneviève Haag (1995b, p 495-527), l'appui dos intériorisé serait l'identification primaire d'arrière plan.

Cette séquence sera la bienvenue pour préparer mon départ, que j'ai évoqué auprès des adolescents dès les vœux en janvier.

Je commence la dernière séance avec mon mot d'humeur « je suis triste aujourd'hui ». les adolescents semblent se sentir autorisés à verbaliser leur tristesse. Je rajoute « nous allons profiter de notre dernière séance ensemble. Vous allez choisir les exercices de chaque séquence. Après la séance, nous irons goûter ensemble au pavillon. J'ai apporté le goûter ». Ils manifestent leur joie, questionnent sur les victuailles. Je les rassure aussi, les séances vont se poursuivre avec Marcial, Arieh ou Jiovanni. L'acrosport va prendre fin mais ils vont continuer sur une nouvelle activité. Ils font des propositions : tir à l'arc, jeux olympiques,... Marcial ne dit rien. Florian souligne qu'avec moi, la musique s'en va. Marcial confirme. Je leur explique que ces chansons que nous avons partagées resteront des souvenirs de nos séances.

J'impose le salut de fin de séance. Je demande au groupe un cercle, debout en se tenant les mains. Marcial ne vient pas ; il regarde les dessins. Les membres du cercle se regardent. Je verbalise « il s'agit du dernier salut avec moi. Il me permet de vous dire au revoir. Lâchez vous les mains et regardez moi. Je tire ma révérence ». je réalise le geste , Jiovanni et les

patients y répondent. Les vingt séances en salle en ma présence prennent fin, ainsi que mon stage.

La séance comprend désormais : en cercle, assis au sol, salut, humeur du jour et présentation de la séance – échauffement en chenille et mobilisations articulaires, debout en cercle–jeux à deux – jeu collectif - acrosport- dessins et verbalisation sur le dessin- détente – salut, en cercle, debout .

***

EVALUATION DES EFFETS DE L'ADAPTATION DU CADRE

Il s'agissait de mettre en place un cadre thérapeutique que je sois en mesure de tenir, selon mes moyens et ma personnalité, qui soit attractif pour les adolescents et qui s'adapte aux besoins du soin.

Il peut être compliqué d'évaluer le bénéfice pour des patients, notamment lors de troubles graves de la personnalité. A part la détente qui est arrivée dès la seconde séance, les autres évolutions ont été mises en place à la moitié de la prise en soin. Le cadre thérapeutique finalisé n'a été testé que sur trois semaines, ce qui paraît court au regard des pathologies des adolescents. Jérôme Boutinaud (2013, p243) précise que « […] ce travail mérite d'être maintenu sur la durée afin de produire les effets escomptés, nécessitant qu'un soin tout particulier soit apporté à la stabilité des cadres thérapeutiques qui doivent pouvoir se montrer capables de résister pendant de longues périodes ... »

Du côté du stagiaire

L'implication dans la prise en charge des adolescents

Nous l'avons vu, le cadre thérapeutique en psychomotricité se doit d'être parlant pour le thérapeute. Il peut alors s'y engager corporellement, dans une relation d'implication.

En gymnastique classique, Marcial assure le cadre. Je ne peux pas m'engager dans ces exercices que je ne maîtrise pas personnellement. Il m'est dès lors impossible de développer une pédagogie pour expliquer aux adolescents comment réaliser une figure. Enfin, les figures proposées par Marcial me font craindre pour la sécurité physique des adolescents. Le poirier contre un mur, sans pareurs adultes dans un premier temps, m'effraie particulièrement quand j'observe un appui du corps renversé sur le cou et non pas sur les mains. Je sens ma tension corporelle pendant les enchaînements des adolescents. Leurs réalisations, leurs progrès et leur enthousiasme me surprennent et me ravissent. Je ne manque pas de les souligner à haute voix. Il me faut toutefois attendre plusieurs séances que la peur ne me prenne plus au ventre pour que je puisse parer les adolescents. Marcial s'engage dès lors dans ce rôle également. Mon tonus est suffisamment bas pour que les adolescents perçoivent ma confiance en eux plutôt que ma peur pour eux.

Au fil des adaptations, j'ai le sentiment de mettre en place comme des bulles de savon fragiles qui vont venir entourer le cadre thérapeutique et le processus qui s'y développe. La première est sonore, avec l'introduction de la musique pendant le temps de la détente. Je pense qu'elle est d'abord venue me rassurer. De bulles de savon, un cocon s'est tissé pour contenir,

limiter et envelopper un vécu commun. Nos dernières séances m'ont paru fluides et agréables à assurer, bien que consommatrices en énergie. Ce ressenti tranche avec ceux des mois de novembre et décembre où je manquais de motivation pour me rendre en stage. Je prévoyais aussi des activités personnelles plaisantes et régénérantes sur les soirées de stage. Je ne trouvais pas comment m'inscrire dans cette prise en charge, ni quelles propositions pourraient être aidantes aux soins des adolescents, de tous ces adolescents si différents réunis dans un même groupe. Je cherchais ma place dans ce contexte professionnel. L'évolution de mon état d'esprit me laisse penser que j'ai trouvé des compromis pour me faire une place acceptable, supportable, agréable où j'ai pu me poser psychiquement et corporellement.

La continuité du cadre thérapeutique

Je pense important de souligner les absences régulières des adolescents. La longue absence de Firmin m'a affectée car il a subit des opérations lourdes. Elle ne m'a pas gênée pour assurer les séances groupales. J'étais dans une sorte d'ambivalence concernant sa participation. En même temps, sa présence me semblait évidente au vue de ses progrès par imitation. En même temps, le contenir m'accaparait beaucoup. Un moment, j'ai essayé d'user de la manière forte, en criant et le remuant mais cela ne me satisfaisait pas, ni pour lui, ni pour moi, ni pour le groupe. J'avais l'impression de me battre avec lui. L'élévation de ma tonicité ne me rendait plus disponible pour la suite. Je ne voulais pas exclure Firmin du groupe, au risque après d'agir de la même façon avec Léandre puis Missie, … Un groupe qui exclut les éléments en marge file droit vers l'élitisme et la destruction. Je ne voulais pas porter un tel phénomène contraire à mes valeurs et aux besoins de soin. Au retour de Firmin, je me sentais à l'aise et détendue dans la prise en charge. Il est venu chercher sur moi un appui dos, que j'ai pu lui offrir. Ensuite, Firmin rentrait beaucoup moins dans son excitation habituelle. Il verbalisait son refus de faire avec force. J'avais l'habitude de cette attitude dans nos séances individuelles. Aussi, je lui ai demandé calmement de s'asseoir à part sur un banc. Il le faisait, tapait des pieds en répétant « non, non, non ». Je continuais les exercices avec les autres adolescents et il finissait par revenir prendre sa place dans le groupe.

De même, la fermeture du service la moitié des vacances scolaires paraît être un frein à la continuité du travail et au maintien des progrès des adolescents. Chaque rentrée donne l'impression de retrouver les comportements du début de prise en charge, qui fort heureusement s'estompent rapidement dans la séance. Je pense que la répétition et les règles aident les adolescents à revenir à une disponibilité psychocorporelle, notamment l'acrosport qui impose des règles de sécurité incontournables.

La médiation acrosport et les autres activités

Dans le dispositif, les séquences ont pu m'apparaître nombreuses à un moment. En réfléchissant, je n'ai pas réussi à en supprimer une. Toutes présentent un rythme différent qui permet une montée en douceur de l'énergie au sein du groupe jusqu'à l'acmé du jeu avant la descente jusqu'à la détente finale. De plus, les changements d'activités et de rythmes ont permis de relancer l'attention des adolescents au cours des séances.

Les débuts en acrosport ont été un temps de portage des adolescents par les adultes. Les adolescents manquaient de confiance pour réaliser les pyramides entre eux. Marcial, Arieh ou Jiovanni, et moi avons commencé par être les porteurs et les pareurs. Les figures d'acrosport sélectionnées (annexe 7 p XVII) nécessite un portage soutenant pour favoriser l'ancrage du voltigeur, qui est juste maintenu par sécurité mais en équilibre. Cela pourrait s'apparenter à une forme de holding, où le porteur figurerait le maintien et le pareur la dimension contenante, gage de sécurité (Gatecel,Massoutre-Denis, Giromini, Moyano, Scialom, Corraze, 2015, p 328).

Mon implication psychocorporelle, ainsi que celles de Marcial, Arieh et Jiovanni a été importante pour montrer aux enfants que les figures étaient réalisables et leur permettre de les reproduire en miroir. Cela n'a pas été sans peur, avant que chacun d'entre nous se fasse confiance.

<u>Du côté des adolescents</u>

La contenance par le cadre thérapeutique

La musique semble avoir fait fonction d'enveloppe sonore pour Florian et Léandre. Dès le début de séance, ils questionnent pour avoir confirmation de temps musicaux et débattent sur le choix de la chanson de détente. ,

Les couvertures en tissus paraissent amener une fonction d'enveloppe contenante telle une seconde peau.

Dans la détente, nous sommes arrivés à un rituel initié par Mafalda en milieu de prise en charge. Elle essaie de s'enrouler dans une grande couverture, lourde et colorée : sa préférée. Elle me demande de l'aide. Je lui propose de confectionner un cocon pour qu'elle se transforme en papillon. Elle accepte, j'étale la couverture et lui demande de s'allonger. Elle le fait avec un certain plaisir, ses yeux brillent. Je l'enroule dans le couverture, seul son visage en dépasse. Elle bouge, me tend ses lunettes, rentre ses bras et je referme le cocon. Mafalda ferme les yeux pendant la détente, son visage encore enfantin semble même poupin. J'évoquerai l'image d'une matriochka entre son immobilité, les couleurs de la couverture et la

sérénité de son visage. Les demandes de cocons se multiplieront, seule Missie n'en formulera pas. Même Léandre en aura le désir, mais il se dégagera de la couverture, fidèle à ses angoisses de contenant trop serré qui s'expriment aussi dans la largeur de ses vêtements, le choix de palmes trop grandes à la piscine.

Durant cette séquence, je serai traversée par l'impression d'être une mère de famille nombreuse qui couche ses enfants, plus ou moins compliants. Clémentine laissera échapper plusieurs fois un maman à cette occasion. Enfin assise sur un banc, je répondrai à leurs affects (joie, ennui, énervement) en les enveloppant du regard et m'échappant dans une rêverie comme Marcial et l'éducateur.. Le partage musical et visuel m'amène un sentiment de contentement. Il me semble vivre un temps d'accordage affectif en modifiant l'intensité et l'expression de mon regard sur chacun des adolescents selon mon ressenti émotionnel (Stern, 1989).

Les porteurs, voltigeurs et pareurs s'entraînent avant de présenter leur pyramide au reste du groupe, adultes et adolescents. Une forme d'enveloppe visuelle est régulièrement convoquée.

Je pense aussi que le groupe avec l'évolution de sa dynamique et des liens entre les membres a joué ce rôle de protection et d'enveloppement du processus. Les adolescents se sont portés, supportés et protégés les uns les autres grâce à l'acrosport.

Dans la prise en charge, plusieurs enveloppes sonores, tactiles, visuelles, groupales semblent s'être mises en place progressivement pour contenir alternativement, le groupe, un ou plusieurs membres, comme si chacun pouvait puiser dans ces ressources la contenance qui lui faisait défaut. Le dispositif a pu symboliser le concept d'enveloppes psychiques établi à la suite de la théorie psychanalytique du Moi peau de Didier Anzieu [14]

Les corps se sont posés. Les angoisses n'ont pas disparu. Léandre, par exemple, a continué à actionner les interrupteurs en début de séance pendant l'échauffement. Dans le reste des exercices, ce comportement s'atténuait voire disparaissait. Sur la même période, Léandre explosait les cadres dans les autres prises en charges mais j'y reviendrai ultérieurement.

La continuité et la discontinuité

Nous l'avons dit, un sentiment de sécurité interne peut naître de la fixité des éléments du dispositif thérapeutique. J'ai amené beaucoup de nouveautés dans cette prise en charge des adolescents. Cela m'a demandé parfois d'expliquer mes choix. Les exercices sur le dialogue

14Kaës, R. (2007). Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept. *Le Carnet PSY*, 117,(4), 33-39. doi:10.3917/lcp.117.0033.

tonico-émotionnel apparaissaient comme « bizarres » à Clémentine, Florian et parfois Marcial, alors que les autres membres rentraient dans le jeu. La structuration des séances et la répétition des séquences une fois testées et validées m'a semble-t-il permis de maintenir une certaine continuité. De plus les adolescents ont pu voir que j'adaptais les exercices selon leurs remarques et pour moi, dans la continuité de l'axe thérapeutique.

Le cadre spatio-temporel a assuré la continuité, Marcial et moi celle de l'encadrement humain.

Je l'ai déjà souligné, les participants se sont fréquemment absentés, déstabilisant le dispositif groupal. Ces absences ont surtout retenti sur le comportement de Missie.

La première séance où Firmin est absent, Missie arrive de l'école avec un objet autistique. Sa plaquette de légo n'apparaissait plus depuis plusieurs semaines. A l'entrée dans la salle, elle se positionne à l'écart, assise sur un banc où elle tapote la plaquette sur sa cuisse gauche. Elle la pose pour participer à la chenille et ne s'en soucie qu'à la fin de la séance. Elle ne l'amènera plus ensuite malgré la longue absence de Firmin. Au retour de convalescence de Firmin, Missie ne l'investit plus de la même façon et le repousse même lorsqu'il recherche l'excitation. Par contre, Missie s'est rapprochée de Clémentine en l'absence de Mafalda. La première séance que j'assure de A à Z, seuls Léandre, Missie et Mafalda sont présents. Missie montre un comportement inédit. Elle imite Clémentine ; j'ai même le sentiment d'être avec Clémentine en double. Cette identification est surprenante et nouvelle. La semaine suivante, Mafalda est présente et Missie s'effondre littéralement lorsqu'elle nous aperçoit dehors. Mafalda est très bruyante à jouer avec ses amis imaginaires. J'observe Missie être victime d'un relâchement tonique de son hémicorps gauche. Je la vois comme un zombie, traînant sa jambe et son bras gauche. Je m'inquiète auprès de l'institutrice qui ne comprend pas, tout allait bien. Pendant toute la séance, Missie sera secouée par des spasmes toniques, plutôt situés dans le haut de l'hémicorps droit. Elle rugit à chaque soubresaut, se frappe le bras droit. Son visage est fermé. J'ai du mal à gérer mon inquiétude, je regarde fréquemment Jiovanni et Marcial. Ils haussent les épaules. Je propose à Missie de s'asseoir à plusieurs reprises. Elle refuse et veut continuer les activités de groupe. Après la séance, je fais une transmission à l'infirmier, qui va assurer une surveillance. La semaine suivante, Mafalda est de nouveau absente et Missie a un comportement ordinaire. La semaine suivante, Mafalda est présente et les soubresauts toniques de Missie reprennent à un degré moindre. Je discute avec elle. Elle ne dit rien à part qu'elle veut continuer les jeux. Je dis à haute voix à Jiovanni que Missie semble avoir du mal à le supporter car ce comportement se répète en sa présence. Je m'assois de nouveau à côté de Missie qui me dit « c'est Mafalda, je n'aime pas Mafalda ». Je

lui réponds « tu as des secousses dans ton corps parce que Mafalda est là ? » Elle confirme et je tente de la rassurer en lui disant qu' elle ne peut pas aimer tout le monde mais qu'elle arrive quand même à faire les activités en présence de Mafalda.

Missie a réussi à lier un état tonique particulier à un sentiment pour une personne et à l'exprimer. En réunion clinique, l'équipe m'avait rassurée en m'expliquant que Missie connaissait des moments d'effondrements et de spasmes toniques sans savoir pourquoi. En même temps, elle dessinait Mafalda « et les autres » en riant. A l'école, l'institutrice avait remarqué que Missie explosait de rire devant la photo de Mafalda. Comme Missie s'est exprimée le dernier jour de mon stage, j'ai laissé à Marcial le soin de faire le récit de cette scène en réunion clinique. Je pense que Missie évolue dans sa relation d'objet et la conscience de soi en verbalisant un sentiment même si l'expression tonico-émotionnelle l'accompagne fortement.

La limite du cadre thérapeutique

J'ai raconté les entrées/sorties fréquentes des adolescents en début de prise en charge. Le cadre thérapeutique posé prévoit des sorties pour aller chercher du matériel. Les sorties ont été organisées. Cela n'a pas empêché Florian de sortir encore, peut être moins souvent. Il s'est plutôt assis sur un banc après avoir informé qu'il ne voulait pas participer à un exercice. J'ai respecté ce choix, en le relançant de temps en temps sans grand succès. Florian a disposé des exercices à sa guise quand il y trouvait son compte, soit en dirigeant le groupe, soit en aidant sur des exercices difficiles pour les autres. Il a toutefois pris part à des jeux collectifs avec plaisir, notamment la passe à dix.

Le cadre thérapeutique a permis de marquer une différence entre un intérieur et un extérieur. Jiovanni et Marcial ont plusieurs fois exprimé le fait que dans les séances, les adolescents constituaient réellement un groupe. Il s'agissait pour eux de la seule prise en charge où ce phénomène était observable.

Dispositif symboligène et symbolisations

La cothérapie en couple semble un dispositif particulièrement riche, dans la mesure où certains adolescents ont pu nous investir Marcial et moi comme un couple parental. Clémentine et Florian ont d'ailleurs très vite posé la question de savoir si Marcial et moi étions mariés. Peut être exprimaient-ils des interrogations quant à leur sexualité naissante ? Il est certain que l'autorité de Marcial tranchait avec mon inquiétude et mes encourgaments vocaux pour les adolescents pendant la gymnastique. Quand Firmin se faisait reprendre par Marcial, il se collait à moi comme s'il venait se réfugier dans mes jupes. Le tiers séparateur pour éviter que les relations deviennent fusionnelles me semble avoir été incarné par Marcial.

A propos de symbolisation, Albert Ciccone (2008, p 46) rappelle que « Si l'agir est une modalité d'évacuation des expériences émotionnelles inconvenables, irreprésentables, il est aussi une modalité de symbolisation, une tentative de symbolisation de ce qui ne peut pas se symboliser par l'activité de pensée, autrement dit les expériences traumatiques. Par ailleurs, l'agir est aussi le moyen par lequel se psychisent les expériences, même non traumatiques, se symbolisent ces expériences et se développe la vie mentale. »

Le jeu repose sur un processus de symbolisation. Dans l'espace transitionnel du jeu, le sujet représente une partie de sa réalité interne dans la réalité externe. Il transforme alors sa réalité interne avant de l'intérioriser de nouveau. Le jeu est aussi producteur de symbole. Il laisse la possibilité d'intérioriser des expériences de rencontre avec l'autre et la réalité extérieure. Par extension, l'agir peut aussi être symboligène dans le cadre de la symbolisation primaire théorisée par Roussillon. La symbolisation primaire est une modalité d'appropriation des expériences, des éprouvés, par une activité de liaison avec les traces mnésiques perceptives et des représentations de choses. […] l'enfant représente (et joue) ce qu'il ne peut pas être, ce qu'il ne peut pas agir en réalité. » (Ciccone, 2008, p 47). Mais l'excitation pulsionnelle peut venir empêcher la fonction symboligène du jeu et de l'agir par extension. Il y a dès lors une désorganisation au lieu d'un développement de la vie mentale. L'exemple d'une situation vécue avec Clémentine pourrait illustrer mon propos. Je pense que ses premiers essais de tir à la corde peuvent être à l'image de cette excitation et son implication dans la relation à l'autre.

Sa force l'amène à réclamer un dernier face à face contre Marcial. Elle vient de remporter les autres défis et semble excitée. Il relève le défi devant l'insistance de l'adolescente. Le jeu s'engage. Marcial mesure sa force mais ne cède pas. Chacun se retrouve en déséquilibre arrière, accroché à la corde. Clémentine se sent en difficulté alors qu'elle a gagné tous les autres duels. Brusquement,, elle lâche la corde et se redresse tranquillement. Marcial finit dans les portes manteaux du vestiaire puis sur les fesses. Clémentine retournée, ne le voit pas au sol. Devant la réaction des autres, elle s'inquiète de Marcial. Celui ci se relève, content de ne pas être blessé.

Je reprends la scène avec Clémentine la semaine suivante. Peut être n'a t'elle pas compris que la posture en déséquilibre demandait à être abandonnée conjointement ? Elle me voit approcher et prend un visage terrifié. Elle recule en répétant « non, non ». elle lève le bras gauche, le droit est tendu devant, la main en extension comme pour se protéger. Je m'arrête. J'essaie de lui parler mais elle panique de plus belle. Marcial intervient : « Clémentine écoute ce que Laurence veut te dire ». Je ne bouge pas. Je lui dis que je veux reprendre ce qui s'est passé et que je ne la frapperai pas. Elle se détend. Je lui explique. Elle savait que

Marcial et elle étaient en équilibre. Elle ne pensait pas que sa chute serait aussi brutale. Je lui dis que pour l'acrosport, il s'agira de s'écouter pour éviter les chutes. J'expérimente de suite avec elle car elle accepte mon toucher. Nous prenons une figure d'acrosport où nous sommes toutes deux en déséquilibre. Je lui demande «si je lâche tes mains là, que se passe t-il ? ». Elle répond « je tombe ». Je complète « et si c'est toi qui retires tes mains ? ». Elle dit « tu tombes ». Elle a compris. Lorsqu'elle me demande si c'est tout, je confirme. Dans un élan, elle enserre mon cou de ses bras, pose sa tête sur mon épaule furtivement et me remercie. Clémentine n'a plus lâché la corde et a été attentive à l'autre en acrosport. Dans les séances, elle a plus souvent été en mesure de tenir une discussion, d'exprimer son refus ou son incompréhension.

Enfin, Albert Ciccone précise qu'il en est de même avec la parole. Celle ci peut venir soutenir la symbolisation secondaire en favorisant la formation ou la transmission de pensées. Au contraire, la parole peut être un moyen d'évacuer des non pensées, de sortir d'un embarras. J'ai le sentiment que le temps de verbalisation,où je trouvais les mots vides de sens, formulés de façon répétitive, dénotaient une non pensée. Les adolescents semblaient les vivre comme un passage obligé, non investi. La possibilité d'expression par le dessin a pu être une façon de remédier à ce phénomène (annexes 8 à 14). Toutefois, je trouve que Mafalda et Florian ont maintenu une certaine non pensée dans cette activité de représentation, alors que Missie, Clémentine et Léandre y ont trouvé un mode de symbolisation.

Le 14 mars, Léandre n'accède pas de suite à la feuille commune. Il est trop impatient pour attendre son tour. Je fournis des feuilles A4 volantes. Il s'en saisit, tout comme Mafalda et Clémentine. Léandre réclame à ce que nous accrochions de suite la feuille au mur. Les punaises sont dans le bureau pour des raisons de sécurité. Je lui affirme que j'accrocherai tous ses dessins après. Il se met au travail. Avant la fin de la séance, Marcial s'occupe de l'accrochage au mur des dessins. Léandre dessine sur la feuille commune ce que je considère comme un bonhomme (annexe 10 photo 14). Je ne dis rien mais je lui demande ce qu'il a dessiné là. Il me répond « je ne peux pas te dire ».

Le 21 mars au matin, Léandre est venu avec moi pour la seconde évaluation. A l'entrée de la petite salle, il est très perturbé. Deux jours auparavant, il l'a retournée en séance individuelle avec Marcial. Je lui demande s'il veut aller ailleurs. Il refuse mais ouvre les fenêtres. Il semble étouffer dans ce lieu. Il refuse de dessiner un bonhomme. Je respecte son refus. Il me dit qu'il m'en fera un plus tard.

L'après midi même, je suis proche de Léandre quand il dessine car je surveille Firmin et ses débordements colorés. Léandre figure un soleil et un bonhomme avec un visage. On dirait un

petit fantôme avec une jupe et un couvre chef. Je mets ma main dessus pour le protéger des allers retours frénétiques de Firmin. Le bonhomme s'imprime sur la peau de ma paume. Je me tourne pleine de joie vers Marcial et Arieh. Nous nous regroupons, je demande à Léandre ce qu'il a dessiné. Il est à ma gauche. Nous sommes assis au sol . Il me répond : « je ne peux pas te dire ». Je le regarde dans les yeux. Je me mords les joues. Il ne faut pas que je verbalise sa production, il ne faut pas. En même temps, je vis un conflit. Une pulsion me pousse à parler et j'y cède. Je lui dis « moi je reconnais des choses dans ton dessin mais je peux me tromper. Tu veux que je te dise ce que je vois ? ». Léandre ne répond pas. Je continue « je vois d'abord un soleil comme tu en as déjà dessiné. Et à côté, je vois un bonhomme ». Léandre se tait mais me regarde, il a des larmes dans les yeux. Je regrette mon intervention. Brusquement, il se lève, s'empare d'un feutre et me déclare de sa voix aiguë « je dois dessiner ». Il semble répondre à ma pulsion par une pulsion. Je me lève et lui dis que nous avons fini les dessins. Je pose à nouveau ma main sur son bonhomme, j'ai peur qu'il le recouvre. Arieh lui dit de dessiner sur une petite feuille encore vierge. Il l'écoute et réalise des barreaux, entourés d'une ligne fermée en zigzag (annexe 12 photo 17). Il commente « là [il montre son bonhomme] c'est toi et là [il montre son second dessin] c'est ma signature ». Je prends ses paroles comme un coup sur la tête. Je poursuis la séance en étant déstabilisée. Heureusement, il ne reste que la détente, dans laquelle Léandre se pose en chantant. A la dernière séance du 28 mars, il ne dessinera pas de bonhomme (annexe 13 photo 18).

Albert Ciccone (2008, p 49) voit dans la psychomotricité un témoignage de la motricité des processus psychiques, dont le psychomotricien serait l'observateur attentif. Il suppose que le professionnel doit se décaler d'un désir de compréhension immédiate de l'action afin d'en éprouver la teneur émotionnelle et d'en repérer les indices. Je pense ne pas avoir été dans cette disposition dans la situation avec Léandre, trop à la joie de le voir répondre à mes attentes. J'ai le sentiment d'avoir protégé le bonhomme de Léandre coûte que coûte aux dépends de son bien être. Léandre qui a fait sa signature, dont une assertion est « l'inscription qu'une personne fait de son nom (sous une forme particulière et constante) pour affirmer l'exactitude, la sincérité d'un écrit ou en assumer la responsabilité (Le Petit Robert, p 2370).

L'EVOLUTION DU SCHEMA CORPOREL

Suite aux observations des adolescents, j'ai défini le schéma corporel comme axe thérapeutique mais j'ai tenu à confirmer ou infirmer mes observations par la passation de tests : celui du bonhomme de Florence Goodenouh, celui des somatognosies de Bergès et un examen du tonus.

Les évaluations individuelles

Tests et résultats

Les résultats et commentaires des évaluations individuelles figurent aux annexes 2 à 6, p II à XVI.

Les premières évaluations ont été menées du 6 décembre au 23 janvier.

Le test des somatognosies de Bergès peut être côté jusqu'à dix ans. Seule Missie a moins de dix ans. Un effet de saturation devrait être observable pour les autres adolescents et le test permettra des observations qualitatives. Aucun adolescent n'a pu montrer toutes les parties du corps, que ce soit sur lui ou sur l'examinateur. Léandre semble le plus en difficultés.

Le test du bonhomme de Florence Goodenouh est étalonné jusqu'à treize ans ; seul Léandre est en dehors de cet âge. Si j'ai réalisé la cotation des dessins des adolescents, j'ai surtout observé leur posture et leur comportement durant la passation. Tous les adolescents montrent une représentation du corps dans le dessin inférieure à ce qui est attendu pour leur âge.

Les secondes évaluations se sont déroulées entre le 21 mars et le 28 mars.

Globalement, les résultats obtenus par les adolescents s'avèrent inférieurs lors de ce « re-test ». Les adolescents ont vécu des expériences corporelles censées mettre en lumière la perception de leurs articulations et segments corporels dans l'échauffement articulaire, de leurs appuis et leurs postures dans l'acrosport. Pourquoi leur niveau baisse t-il ?

Commentaires

Ma demande d'évaluation en réunion clinique concernait trois tests. Je ne me sentais pas de défendre l'intérêt d'un examen psychomoteur complet devant une équipe dont j'ai interprété la curiosité comme de la réticience. Je pense mettre mise une barrière à ce moment là même si ma disponibilité et celle des enfants étaient limitées.

Jean Michel Albaret (20015, p 316) rappelle le contexte et la chronologie de l'examen psychomoteur (entretien avec les parents, prise en compte de l'indication médicale, compte rendu diffusé aux parents et au prescripteur, croisement avec les observations des autres professionnels, …) ainsi que la nécessité d'envisager les résultats et observations dans le cadre d'un bilan. Or, je me suis contentée de trois épreuves isolées pour définir un axe de travail, ce qui me paraît insuffisant.

Un autre point concerne la durée de prise en charge des adolescents. Le premier échauffement date de fin novembre et la dernière séance de fin mars. Cette période me semble courte au regard des difficultés des adolescents. De même, les tests et re-tests ont été trop rapprochés dans le temps. Par exemple, il n'y a que deux mois entre les deux évaluations de Missie.

Enfin, il convient de se questionner sur l'intérêt des épreuves pour l'évaluation du schéma corporel. « Le dessin du bonhomme est une technique fréquemment utilisée dans les recherches sur l'évolution du schéma corporel. Il est indéniable que la façon dont l'enfant dessine un personnage humain reflète dans une certaine mesure l'image qu'il a de son propre corps. Mais quels sont les aspects prévalents de l'image corporelle qui s'expriment dans ce dessin ? » (Ajuriaguerra J, 1974, p 394). L'image du corps, autre représentation corporelle sur laquelle nous reviendrons, s'exprime aussi dans le dessin du bonhomme, tout comme la dimension perceptivo-motrice à travers l'acte graphique. Nous pouvons aussi noté que dessiner un bonhomme peut s'apprendre, en milieu scolaire par exemple. Pour finir, la cotation du test de Goodenough paraît se référer à un contexte sociétal révolu (par exemple accepter le dessin d'une jambe de bois à la place d'un membre inférieur) et inadéquat au regard des représentations actuelles des personnages de dessins animés dont s'abreuvent les enfants. Ce test mériterait un nouvel étalonnage.

Par contre, la situation de mettre l'enfant au dessin est riche en indices sur son organisation psychomotrice.

Plus largement, j'ai trouvé intéressante les situations d'évaluation avec les adolescents. Elles ont été les seuls moments de relation duelle avec eux, sauf pour Firmin que j'accompagnais en prise en charge individuelle en salle. Leurs comportements ont évolué entre les deux entretiens, même s'ils ne se rapportent qu'à un moment et un état d'esprit donnés.

Ainsi, Clémentine a accepté le toucher la seconde fois, même si sa motricité a été incessante, voire incontrôlée pendant l'entretien. J'y vois une façon pour elle de projeter l'angoisse nourrie par la relation duelle et la situation d'évaluation. En fin d'entretien, elle a accepté et apprécié un moment de détente.

Mafalda est essentiellement venue pour jouer la seconde fois. Elle a construit une cabane qu'elle a investi de façon singulière (voir annexe 3 page VI). Elle a aussi parlé de stress, en me disant que « cela pourrait être lié au collège ».

Missie s'est montrée plus curieuse et plus animée lors du second entretien.

Florian a pu parlé de sa souffrance liée à l'éloignement de son père. Il a aussi voulu sortir les

instruments de musique du placard, tous, pour les essayer et en jouer. Je crois que c'est la seule fois où je l'ai vu jouer, dans une sorte d'urgence et de frustration de ne pas pouvoir rester plus longtemps.

Léandre a inversé les rôles lors du second entretien (annexe 6 page XV), me laissant dans un inconfort psychique à l'issue de la passation.

Enfin Firmin n'a jamais pu être évalué. Il a opposé un refus net pour dessiner ou répondre aux questions. Malgré son déficit, Firmin semble pourtant avoir une conscience de soi et une motricité qui évoluent.

Schéma corporel ou axe corporel ?

Dans la prise en charge des adolescents, j'ai observé que le travail mené sur les appuis, l'ancrage, l'équilibre et la régulation tonique se répercutait sur leur motricité.

Firmin semble avoir gagné en fluidité dans ses déplacements, il s'essaie à la course spontanément. Il passe d'une bordure de trottoir à une autre proche sans se poser de question alors qu'il donnait auparavant le sentiment d'enjamber un précipice.

Missie a un axe corporel plus vertical, même si son bassin présente encore une rotation. Elle arrive aussi à orienter son corps dans l'espace et par rapport à l'autre dans les pyramides d'acrosport.

A l'échauffement de la dernière séance, Missie propose au groupe une action de redressement de la colonne vertébrale. Elle se penche mains sur les pieds jambes tendues. Elle verbalise « on se redresse et on fait rentrer l'air comme cela ». Elle s'agrandit, jusqu'au bout des doigts, bras tendus vers le ciel. Elle nous demande d'accompagner le mouvement de la respiration. A t-elle réutilisé un exercice appris au théâtre ? Je ne sais pas mais il est le bienvenu, tout comme son sourire et son regard franc . J'y lis de la fierté quand je la remercie de sa proposition très complète.

Léandre paraît aussi plus à même de s'ancrer dans la relation à l'autre.

A la dernière séance, Léandre et Missie s'affronte au tir à la corde. Je me place derrière lui pendant que Marcial, sorti de son rôle d'observateur, soutient Missie. Pour une fois, Léandre se place correctement pour être en mesure de tirer sur la corde et pour la première fois aussi, il tire. Mon soutien se fera sous forme d'encouragements vocaux.

Je pense que le dispositif en place a permis de travailler la notion d'axe corporel., qui figure un référentiel spatial. « […] on peut dire que l'axe moteur organise le corps dans les 3 dimensions de l'espace externe ». (Robert-Ouvray S, Servant-Laval A, 2015, p195)

L'axe psychique s'étaye sur l'axe corporel et moteur. « Avoir un bon axe psychique c'est avoir

une stabilité affective primaire narcissique : la certitude d'être aimé qui donne confiance en soi et qui permet d'aller de l'avant et d'oser expérimenter de nouvelles situations. C'est avoir la capacité de se mouvoir affectivement à partir de cette sécurité de base. C'est également avoir un Moi organisé et adapté aux situations de la réalité et c'est ne pas confondre réalité et imaginaire. » (Robert-Ouvray S, Servant-Laval A, 2015, p 195). Firmin commence t-il à rechercher un appui dos pour pallier une sécurité de base qui lui fait encore défaut ? Missie qui a voulu expérimenter tellement de nouvelles situations est-elle en train d'intérioriser une sécurité de base ? Léandre dont la motricité incessante et dispersée s'est effacée est il dans une construction psychique similaire ? Clémentine montre une capacité de dissociation musculaire alors qu'elle bougeait auparavant en bloc. Je pense que dans le dispositif, les changements qui touchent la motricité des adolescents augurent de mouvements psychiques, moins flagrants chez Florian et Mafalda.

LES RELATIONS AU SEIN DU GROUPE

Le schéma corporel, en tant que représentation perceptive du corps propre, participe de la conscience de soi. Habiter son corps, se l'approprier est un processus qui se développe chez l'enfant dans la relation. Etre en mesure de se représenter son corps ne se résume pas à l'intégration du schéma corporel qui donne à nos actions et perceptions un cadre de référence. Une branche de la psychanalyse développe le concept d'image du corps. Françoise Dolto (1984, p17-34) la distingue du schéma corporel, « réalité de fait » en lui accolant l'adjectif inconsciente. L'image du corps renvoie à l'histoire de sujet et diffère d'un sujet à l'autre. Les expériences, le vécu vont remanier l'image du corps qui pour Dolto est un opérateur psychique, soit un organisateur entre le ça, le moi et le surmoi. « *C'est grâce à notre image du corps, portée par -et croisée à-notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui.* Tout contact avec l'autre, que ce contact soit de communication ou d'évitement de communication, est sous-tendu par l'image du corps ; car c'est dans *l'image du corps, support du narcissisme,* que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente .» (Dolto, 1984, p 23). Un travail en psychomotricité sur le schéma corporel ou l'axe corporel n'est pas uniquement à visée rééducative. « Ces pratiques [en psychomotricité] utilisent le corps, l'activité corporelle plus ou moins codifiée, comme un médiateur dans un travail qui vise toujours, au bout du compte, des effets psychothérapeutiques, c'est-à-dire des effets de changement ou de développement quant à l'état d'esprit des patients, quant à leur subjectivité, ou quant aux processus psychiques qui

caractérisent leur état de souffrance. » (Ciccone, 2008 , p 43) Jérôme Boutinaud (2017, p 162) voit le schéma corporel et l'image du corps « comme deux brins d'une même tresse, toujours en lien et en interaction et au cœur du développement du rapport de l'enfant à son corps ».
La pathologie peut induire une inégalité de développement de la croissance de ces deux brins. Mafalda, par exemple, présente un schéma corporel structuré mais semble voir son corps comme un mécanisme fonctionnel qui associe plusieurs pièces.
En tout cas, des relations différentes se sont mises en place entre les adolescents dans ce travail thérapeutique.

La médiation acrosport et l'ensemble des séquences du dispositif ont permis aussi aux adolescents un rapproché physique étroit et d'expérimenter différentes places dans le groupe.

Du côté des adolescents

J'avais peur que le toucher ne soit pas envisageable entre les adolescents. Le contact corporel s'est fait naturellement lors du premier échauffement et à la demande de Marcial. Peu à peu, le toucher s'est mis en place dans les jeux, sans demande de l'adulte.
Six décembre, j'ai choisi 123 Soleil comme jeu pour travailler l'inhibition mais aussi la position isolée et la posture de celui qui compte, scrute l'immobilité des corps et donne le tempo. Firmin, Missie et Léandre ne connaissent pas ni le jeu ni ses règles. Nous faisons des essais à blanc pour qu'ils comprennent. Cela n'a pas l'air simple. L'inhibition corporelle non plus. Je donne la main à Missie pour la soutenir. Elle fait de même spontanément avec Léandre et nous formons une chaîne tous les trois.
Les adolescents se sont soutenus en dehors d'affinités particulières, même si elles se faisaient jour régulièrement. Florian a fini par supporter Firmin et Léandre, mais pas l'odeur de ses pieds.
En cercle, lors de l'échauffement articulaire, chacun amène une proposition de mouvement. Dans les jeux, il y a des duels de personnes ou d'équipes ou l'un conduit le groupe. Dans les exercices de dialogue tonique, différents couples se forment, de même en acrosport où les duos ou trios se succèdent. Dans la détente, le même tapis de sol est parfois partagé mais chacun reste isolé. Sur deux séances, les adolescents choisissent les exercices en respectant les séquences.
Léandre réclame régulièrement le jeu « Jacques a dit » . Il jubile de nous voir nous asseoir ou nous relever sous ses ordres, comme si nous étions sous son emprise. Il peine à laisser son tour et demande encore une dernière fois. Met t-il en corps dans ce jeu son fonctionnement psychique dans la relation d'objet ? Régulièrement, je lui fais remarquer que ses demandes

alternant entre « debout/ assis » sont fatigantes à exécuter pour moi et que les autres veulent aussi être meneurs. Il laisse alors sa place et suit les consignes données par un autre adolescent.

Une figure d'acrosport mobilisant tout le groupe n'est pas envisageable. Nous avons essayé mais la pyramide demande trop de temps à se construire et les corps souffrent. J'ai fini par mettre en place un jeu collectif : la passe à dix.

Je propose que chacun tienne le bord d'un plaid. Une balle est déposée au centre et les adolescents doivent s'organiser ensemble pour qu'elle rebondisse dix fois sans tomber. Même Firmin revenu de convalescence est de la partie. Les adolescents peinent à réussir mais font preuve de persévérance. Je participe avec eux, l'éducateur aussi. A un moment, j'annonce qu'il ne reste que trois essais possibles. Cette échéance ravive leur attention et leur concentration. Les rires s'arrêtent. Ils comptent à haute voix ensemble. L'avant dernier essai est concluant. La réussite commune amène la joie. Nous la célébrons par la parole et en nous tapant dans les mains deux à deux (check).

L'excitation du jeu et la joie de la victoire ont nécessité que j'intervienne pour que les adolescents se posent. Je leur ai demandé de s'asseoir pour que je récupère le ballon. Le temps d'annoncer la prochaine séquence et de leur dire d'installer les tapis de sol a suffit à faire retomber l'excitation.

Les adolescents ont aussi exprimé des ressentis différents de leur façon de se voir, soit dans la parole, soit dans des petits détails corporels. Clémentine mettait en avant régulièrement son poids et sa peur d'écraser l'autre en acrosport, doublé d'un vertige. Elle s'est avéré une porteuse de confiance et une voltigeuse sur les adultes comme support. Elle a fini par me dire en séance individuelle « je suis beaucoup moins lourde que toi » et devant le groupe « j'ai essayé, je n'ai pas bien réussi mais j'ai fait de mon mieux ». Elle a attaché ses cheveux filasses une fois en une natte qui lui allait à ravir. Léandre a changé ses chaussettes mais aussi son style vestimentaire, emprunté à son père, et ses chaussures élimées. A la dernière séance, Florian ne s'est pas précipité pour remettre son tee-shirt dans son jogging après une figure et a laissé un peu apparaître la peau tachetée de son ventre. Je fais le lien maintenant en écrivant avec son dessin du 14 mars en annexe 5 photo 6 page XIII.

<u>La cothérapie</u>

Avec Marcial, je pense que nous avons travaillé en cothérapie. Nous nous sommes engagés corporellement pour soutenir les enfants mais aussi selon nos aptitudes et

connaissances. Nous avons échangé sur nos ressentis juste après les séances, à mon retour les mardis. En fin de stage, je l'appelais régulièrement le jeudi pour lui livrer un ressenti, émettre des hypothèses sur un comportement apparu chez un adolescent.
Nos positions respectives devant et dans le groupe ont évolué. Il y a eu un temps d'observation pour moi, un temps d'engagement commun auprès des adolescents puis un temps d'observation pour lui pendant trois séances. A la dernière séance, il est revenu par petites touches dans le groupe. Avons nous échangé les rôles ? Avons nous mis en place une filiation singulière ? Nous avons pensé ensemble, avec une complémentarité de personnalité.

J'ai mobilisé Arieh et Jiovanni pendant les séances pour m'aider à soutenir les adolescents. Ils semblent s'y être engagés avec plaisir et je les remercie encore. Par contre, il m'a manqué un temps prévu et dévolu à des échanges sur nos vécus communs. Avec Jiovanni, nous faisions la prise en charge de Léandre à la piscine et pouvions discuter à cette occasion mais j'ai trouvé de l'inconfort dans cette situation. Avec Arieh, nous nous sommes peu vus en dehors du groupe. Même si nous avons coopéré, je trouve cette situation dommageable car elle souligne la perte d'un espace pour penser le soin, les comportements changeants ou surprenants des adolescent en mouvement.

LIEUX ET TEMPS POUR LA PENSEE EN PEDOPSYCHIATRIE

J'ai d'ores et déjà introduit le sentiment d'abrasion de la pensée que m'a procuré la rencontre avec l'univers de la maladie mentale. « La pensée d'une expérience se développe à partir de l'expérience avec un (ou plusieurs) autre(s). c'est ce qui se réalise dans les espaces, nécessaires, de supervision ou d'élaboration de la pratique. » (Ciccone, 2008, p 49).

Les espaces de pensée propres au stagiaire en psychomotricité

La chance du stagiaire en psychomotricité est qu'il n'est pas présent toute la semaine dans l'institution. Il peut et doit s'en dégager pour garder une disponibilité psychique, pour participer et assimiler les cours, continuer un travail corporel dans les options de troisième année. Cours et options constituent des dispositifs où le stagiaire/étudiant va pouvoir nourrir sa réflexion, faire le lien avec des vécus de stage. Combien de fois ai-je écrit le prénom d'un des adolescents en marge de mes notes ! Je me suis adossée sur les références théoriques, mes vécus corporels. Les échanges avec mes pairs et les enseignants, dans le respect du secret médical m'ont aussi soutenue. J'ai trouvé essentiel de discuter avec mes pairs, pour partager mes doutes, difficultés et hypothèses sur un ton souvent humoristique permettant de mettre à

distance la lourdeur de la situation.

Dans la formation, les échanges sont également organisés sous la forme des groupes de parole. Il s'agit de temps de supervision auxquels je n'ai pas pris part. Je trouve le groupe trop conséquent et sa réunion trop tardive pour m'y rendre. J'ai engagé un travail personnel qui m'a permis de pallier à ces inconvénients et d'avoir un espace de parole pour livrer mon vécu en stage.

Le travail d'écriture du mémoire, en lien avec le maître de mémoire, constitue un temps de réflexion intense. J'ai fait le choix de mettre en récit cette expérience de prise en charge groupale pour tenter de la rendre vivante, de restituer mes ressentis les plus prégnants et de figurer la vitalité des mouvements des adolescents..

Ces récits, j'ai eu bien des difficultés à me décider à les livrer en réunion clinique. Pourtant elle constitue une organisation institutionnelle pour que la pensée circule au sein de l'équipe.

<u>La réunion clinique</u>

Le psychomotricien, et encore moins le stagiaire, n'est pas isolé pour prendre en soin les patients au sein de l'HDJ. Une équipe conséquente, que j'ai présentée, est mobilisée dans cet objectif. Marcial et moi avons assisté et participé aux réunions cliniques où chacun livre son regard singulier sur le patient. A partir de ces points de vue éparses, parfois disparates, « […] s'opère alors une réunification de ces éléments auparavant dispersés et morcelés qui peuvent enfin être associés à la façon d'un puzzle qui finit, au fur et à mesure, par laisser entrevoir l'enfant dans l'ensemble de sa personnalité et de son identité. Ce travail fournit alors l'enveloppe et le ciment nécessaires pour qu'une forme d'unité advienne : les bribes d'affects, de représentations, d'angoisse, éparpillées çà et là au gré des espaces, sont alors réinscrits au sein d'une trame commune qui est portée par l'histoire de l'évolution de l'enfant au cours du soin » (Boutinaud, 2013, p 259).

Ma vision de la réunion clinique

Je me souviens de mon étonnement et mon incompréhension en découvrant la réunion clinique. J'ai mis longtemps à comprendre qu'il s'y déroulait un processus de pensée. Celui ci est censé permettre de tisser la pensée groupale de l'équipe autour du patient et de son soin. Jérôme Boutinaud (2013, p 260) souligne l'effet thérapeutique que peut prendre ce travail auprès du patient. « Il semble alors s'appuyer sur ce qu'il a pu percevoir des effets produits en chacun de nous par nos échanges de la veille [en réunion clinique] ». Or, à plusieurs reprises, l'inverse s'est produit suite à la réunion clinique. Sur le coup, j'en ai fait la remarque à Marcial, qui a confirmé le phénomène. La réunion clinique n'était pas une foire d'empoigne ou

un lieu de règlement de compte entre les professionnels mais le tissage ne se faisait pas. Les parents, et particulièrement les mères, étaient par contre les personnes sur lesquelles se déversaient régulièrement les griefs de l'équipe. Les parents m'ont été étrangers pendant tout le stage. Je ne les connais que par les récits en réunion clinique où ils sont dénommés Monsieur et Madame. L'alliance thérapeutique est rarement de mise avec les familles.

Dès lors, j'ai mis du temps à intervenir en réunion clinique. Mon regard sur les adolescents, me paraissait tellement différent des autres. Je n'étais que stagiaire, je découvrais une terre inconnue sur laquelle l'équipe cultivait depuis des années. Comment dire que je voyais des fruits exotiques là où les autres semblaient voir des adventices ?

Mon lien avec Léandre m'a aidée pour montrer à l'équipe qu'il pouvait être perçu différemment. Un infirmier s'est étonné que j'arrive à lui poser un pansement à la piscine. En réunion clinique, l'équipe discutait sur la présence de Léandre à la représentation théâtrale de Missie et Florian. Le psychiatre a tranché, Léandre a été des nôtres. Le lendemain, j'ai proposé un temps à Léandre que nous nous mettions sur le côté car il commençait à être fort bruyant et remuant devant les acteurs. Le spectacle a été un moment de joie pour tout le monde. Enfin, la psychologue et son stagiaire sont venus voir les dessins des adolescents dans la salle en mon absence.

En réunion clinique, elle m'a délicatement invitée à m'exprimer : « il y a des endroits où de jolies choses se passent. Il serait bien que ces jolies choses soient partagées et connues de tous ».

Je me suis autorisée à partager surtout mes impressions, un peu mes hypothèses à partir de ce moment là. J'ai transmis à la psychologue mes hypothèses concernant l'évolution de Léandre au cours d'un déjeuner. Pour moi, Léandre était en train d'évoluer dans sa relation d'objet en sortant de la fusion et la confusion.

Quand la médiation sort de la salle de psychomotricité

Dès décembre, les adolescents ont commencé à se réunir dans la salle tapis du pavillon pour faire de la gymnastique le jeudi. Florian et Clémentine étaient absents sur cette journée mais les autres s'essayaient à la roulade, au poirier, … La réunion clinique a été l'occasion pour une infirmière de l'évoquer. Quelle joie pour moi que les liens et le travail du groupe perdure le lendemain ! Quelle déception dans la façon dont l'infirmière l'a présenté en s'adressant à Marcial. « alors au fait, il faut que je te dise, maintenant le jeudi ils font leur gymnastique, là dans la salle tapis. C'est dangereux, on doit les surveiller. Déjà qu'avec les deux autres [Clémentine et Florian], il faut tout le temps regarder où ils sont. Il faut que tu leur dises que la gymnastique, c'est dans la salle de psychomotricité ».

Marcial est intervenu auprès du groupe pour expliquer aux adolescents qu'ils devaient être sous la surveillance d'un adulte pendant leur temps de gym au pavillon. Cet adulte pouvait leur refuser l'exécution d'une figure jugée dangereuse. J'avais entendu autre chose dans le discours de l'infirmière, le rapprochement des corps avec celui d'une entrée des adolescents, au moins Florian et Clémentine, dans la séduction, une sexualité naissante. L'infirmière avait rappelé que toute tentative de rapprochement intime était interdite dans le pavillon. Je me questionne, comment est-il possible de tenir une telle position avec des adolescents ? Continuer de les voir tels des enfants ?

La question de la sexualité s'est violemment imposée dans le pavillon en janvier. Les parents de Léandre ont informé le psychiatre qu'une enquête était en cours : Léandre aurait été abusé sexuellement par le chauffeur de son taxi. Les gendarmes les ont contactés et reçus. Dès lors, le comportement de Léandre s'est modifié, mimant l'acte sexuel sur les adultes masculins puis les autres patients. Il est devenu hétéro agressif. Deux ou trois hommes ont dû le maintenir à plusieurs reprises, il a été isolé en salle « de réflexion » pour être contenu et son traitement médicamenteux a été augmenté aux doses maximales. Léandre a pu avoir des comportements déplacés avec moi à la piscine, je l'ai recadré fermement. Il n'en a jamais exprimé durant les séances du groupe. Je crois que l'agressivité de Léandre est notamment liée au regard de l'équipe sur lui, qui a changé.

En mars Léandre et ses parents ont visité un IMP (Institut Médico Pédagogique). Sans préjuger s'il sera accepté, trois ans d'attente sont nécessaires.

A l'hôpital, une réflexion commence à traverser les équipes pour la création d'une structure de soin pour des adolescents comme Léandre. Léandre n'est pas assez autonome pour un suivi en CATTP et trop autonome pour un suivi dans l'HDJ adolescent existant.

Drapeau rouge sur la voie de la pensée institutionnelle

J'ai présenté au début de ce travail un bref historique de l'institution. Il s'agit d'une vieille dame qui a connu des heures sombres et a été mère de famille nombreuse. Marcial semble nostalgique de cette époque où la médecin chef, également directrice, considérait les salariés comme ses enfants. Il a été embauché sous cette direction. La piscine, la crèche du personnel ont été créées à ce moment là. Les enfants des salariés étaient gardés à la crèche, apprenaient à nager à la piscine avant de devenir pour certains salariés de l'hôpital eux aussi. Il existe encore des « dynasties » de salariés. Après une gestion paternaliste et médicale, il y a eu une transition en douceur vers une gestion administrative et financière, qui s'exprime pleinement actuellement.

Face aux choix de la direction, des psychiatres quittent le navire, des mouvements sociaux récurrents impliquent les salariés pour maintenir leurs acquis sociaux.

Du côté du soin, ce mode de gestion a des retentissements. Je ne vais pas développer toutes mes observations. Je vais juste évoquer un projet à l'étude et présenté à l'équipe lors de la réunion clinique et institutionnelle du 20 mars. L'HDJ infanto-juvénil du secteur Ouest se trouve à trente kilomètres dans des locaux vétustes à rénover. La direction a pensé réunir les deux services le temps des travaux dans le pavillon. Elle propose de le couper en deux en montant des cloisons. Le 27 mars, la réunion commence avec la visite de responsables techniques, du chef de pôle, ...Je suis absente mais Marcial m'en a fait un compte rendu. L'équipe apprend que le projet est validé et la visite consiste à voir sur le terrain comment la séparation des locaux sera réalisée. La cuisine va échapper à la partition Est/Ouest pour raison d'économies ou d'étroitesse de la pièce. Pour le reste, des cloisons moins solides que le mur de Berlin vont être installées. L'équipe est déconfite, le psychiatre envisage son départ. Comment les enfants et les ados vont ils vivre ce cloisonnement de leur lieu de soin et de vie ? Que va représenter dans leurs esprits tourmentés cette séparation qui ne leur donnera plus accès à des espaces investis ?

La situation de ce service et de cette institution bien que singulière, ne semble pas isolée. Je me réfère au cri d'alarme de Bernard Golse et de Marie-Rose Moro dans la tribune de Libération du 29 mars 2018 intitulée « La pédopsychiatrie ne veut pas mourir ! ». Les auteurs abordent la formation des pédopsychiatres et la pénurie de professionnels qui en résulte. L'accent est aussi mis sur l'orientation que la politique de santé veut donner à la pédopsychiatrie, en minorant le recours au modèle psychopathologique et psychosocial de la maladie mentale et sur le manque de moyens financiers alloués à ce secteur du soin. Les auteurs concluent : « L’éthique du savoir, l’éthique du soin et l’éthique du sujet doivent être conjointement préservées, si nous voulons continuer à vivre dans une société solidaire qui protège ses membres plus vulnérables et les plus précieux, ses enfants. »

CONCLUSION

Le psychomotricien doit nécessairement faire preuve d'adaptation et de souplesse pour aller à la rencontre des personnes qu'il prend en soin. Il commence par se mettre à leur niveau dans une relation particulière, dite d'implication. Il définit un axe thérapeutique en observant et évaluant les patients, puis il pense et propose un cadre thérapeutique spécifique à la prise en charge d'une personne, d'un groupe. Quand il s'agit d'enfants, il peut aussi être en lien avec les parents, la famille.

Le cadre thérapeutique est comme un compromis entre le psychomotricien et le patient. Les deux doivent pouvoir s'y retrouver pour s'engager corporellement dans une relation authentique et évolutive. Le cadre thérapeutique délimite, héberge et favorise cette rencontre singulière entre deux êtres qui vont tisser un lien à travers des expériences corporelles partagées. Pour que la relation devienne thérapeutique, il s'agit de penser le cadre thérapeutique, de l'expérimenter et d'en évaluer les effets régulièrement.

Le psychomotricien se nourrit de références théoriques, de ses expériences personnelles et de ses centres d'intérêts pour penser le cadre thérapeutique. La psychomotricité se vit et se pense. Le psychomotricien est un tisseur de liens sur la trame de sa pensée, avec le fil de la pensée du patient. Il ne peut à lui seul prendre en charge de jeunes patients porteurs de pathologies mentales lourdes. Il s'inscrit dans une équipe professionnelle plurielle.

En pédopsychiatrie, où la pensée est freinée par les conséquences des pathologies sur la façon dont les patients peuvent rentrer en relation, l'organisation d'espaces de pensée est essentielle. Il peut s'agir notamment de prévoir une supervision ou des réunions cliniques. L'équipe peut ainsi tisser à partir des récits et des ressentis de ses membres un portrait réunifié, plus global de la personne en soin. Lorsque l'institution dysfonctionne, il est bien compliqué de garder cette fonction à la réunion clinique. Lorsque la pédopsychiatrie devient le parent pauvre de la politique de santé, la gageur advient.

Il n'existe pas aujourd'hui de thérapeutique susceptible d'éradiquer la maladie mentale. Il existe peu, trop peu, de structures capables de prendre en charge les patients, de penser et mettre en œuvre un soin psychothérapeutique. Les adolescents rencontrés en stage sont tous issus d'un milieu social bas, voire défavorisé. Où iront-ils si le service public de la pédopsychiatrie périclite ? Seront-ils placés dans des asiles modernes, dotés d'un service hôtelier ? Est-ce la place que notre société envisage de réserver à ses membres les plus en marge ?

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA (*de*) J (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2eme édition). Paris : Masson

ALBARET JM (2015). Introduction aux troubles psychomoteurs et à leur mise en évidence. Dans Scialom P (dir.), Giromini F (dir.) et Albaret JM (dir.). *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (vol 1, p 287-318). Paris : De Boeck-Solal

ANDRE P. (2013). *Psychiatrie de l'adulte* (5eme édition). Paris : Heures de France

ANZIEU D. (2006). *Le Moi-peau* (3eme édition). Paris : Dunod

ANZIEU D. et MARTIN JY (2013). *La dynamique des groupes restreints* (2eme édition) . Paris : PUF

BICK E (1998). *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick.*Larmor-Plage :Éditions du Hublot

BOURGER P (2008). De l'appropriation de concepts à l'individualisation de la prise en charge en psychomotricité. Dans Potel C (dir.). *Psychomotricité entre théorie et pratique* (2eme édition, p 65-80). Paris : Editions In Press

BOUTINAUD J. (2013). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles* (3eme édition). Paris : Editions In Press

BOUTINAUD J. (2017). Comment le corps vient à l'enfant ? Quelques enjeux autour des représentations corporelles au cours du développement. *Revue la psychiatrie de l'enfant*, *volume 60* p 145-166

CHAPPUIS R. (2002). *La psychologie des relations humaines* (7eme édition). Paris : PUF

CICCONE A. (2008). Psychomotricité et motricité psychique.Dans Potel C (dir.), *Psychomotricité entre théorie et pratique* (2eme édition, p 43-49). Paris : Editions In Press

DE LIEVRE B., STAES L. (2012). *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte* (6eme édition). Louvain-la-Neuve : De Boeck Education

DOLTO F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Editions du Seuil

GARRABE J. (2006). *100 mots pour comprendre la psychiatrie*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond/ Le Seuil

GATECEL A, MASSOUTRE-DENIS B, GIROMINI F, MOYANO O, SCIALOM P, CORRAZE J (2015). La relation en psychomotricité. Dans Scialom P (dir.), Giromini F (dir.) et Albaret JM (dir.). *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (volume 1, p 327- 351). Paris : De Boeck-Solal

GEORGIEFF N. (2016). *Qu'est-ce que l'autisme ?*(2eme édition) . Paris :Dunod

GOLSE B., MORO MR (2018, 29 mars), La pédopsychiatrie ne veut pas mourir !. *Libération,* dans la tribune

HAAG G. (1995a). La constitution du fond dans l'expression plastique en psychanalyse de l'enfant, sa signification dans la construction de la psyché. Dans Decobert S (dir), Sacco F (dir),.*Le dessin dans le travail psychanalytique avec l'enfant* (p 63-87). Toulouse: Eres

HAAG G. (1995b). Présentation d'une grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. Dans *Psychiatrie de l'enfant* (38/2), p 495-527

HAREL-BIRAUD H (2010). *Manuel de psychologie à l'usage des soignants* (3eme édition). Issy les Moulineaux : Elsevier Masson

JOLY F. (2008). Psychomotricité : une motricité ludique en relation. Dans Potel C. (dir), *Psychomotricité : entre théorie et pratique* (2eme édition, p 23-41). Paris : Editions In Press

KAES R. (2010). *La parole et le lien: Associativité et travail psychique dans les groupes*. Paris : Dunod

LEFEBVRE B. (2002). Acrosport. *Revue EP.S, volume* 296, p 72-73

MAFFRE T. (2017). Définition et évolutions des concepts : aspects historiques. Dans Perrin J (dir.), Maffre T. (dir.). *Autisme et psychomotricité* (p 1-22). Bruxelles : De Boeck Supérieur SA

MEURIN B (2018). Autisme, adolescence et représentations corporelles. Dans Potel C (dir.), *L'adolescent, son corps, ses « en jeux » : Point de vue psychomoteur* (p 271-285). Paris : Editions In Press

MOYANO O. (2014). Du corps au psychisme : la relation d'implication, un miroir structurant. Dans Boutinaud J (dir)., Joly F (dir.), Moyano O (dir.), Rofriguez M (dir.). *Où en est la psychomotricité ?* (p 287-294). Paris : Editions In Press

OUCHACOFF L. (2015). Prises en charge en groupe. Dans Giromini F (dir.) Albaret JM (dir.) Scialom P (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (volume 2, p137-154). Paris : De Boeck-Solal

PIAGET J. (1966) . *La psychologie de l'enfant.* Paris : PUF

PIREYRE E. (2015). *Clinique du l'image du corps* (2eme édition). Paris : Dunod

POTEL C. (2013). *Etre psychomotricien*(2eme édition) . Toulouse : Erès

POTEL C. (2015). *Corps brûlant, corps adolescent* (2eme édition). Toulouse : Erès

ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A (2015).Le tonus et la tonicité. Dans Scialom P (dir.), Giromini F (dir.) et Albaret JM (dir.). *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (volume 1, p 161- 199). Paris : De Boeck-Solal

RODRIGUEZ M. (2014). Réflexions sur les groupes en psychomotricité à partir d'une expérience singulière en CAMSP. Dans Boutinaud J (dir.), Joly F (dir.), Moyano O (dir.), Rofriguez M (dir.). *Où en est la psychomotricité ?* (page 265-276). Paris : Editions In Press

ROUSSILLON R. (2012). *Manuel de pratique clinique.* Paris : Elsevie

SCHILDER P. (1968), *L'image du corps.* Paris : Gallimard

STERN D.N**.** (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson.* Paris : PUF

WINNICOTT D.W. (1975). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Paris : Gallimard (folio essais)

SITOGRAPHIE

1) SCIALOM P. *Introduction sur les médiations*. Repéré à

http://guide-psycho.com/accueil/psychomotricite/5-les-mediations-en-psychomotricite/

2) Ministère de la Santé et des Solidarités (2006). *Usagers vos droits : Charte de la personne hospitalisée.* Repéré à

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

3)Assistance Publique Hôpitaux de Paris / Trousseau La Roche-Guyon. *La charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé*. Repéré à

http://trousseau.aphp.fr/charte-europ-enfant-hospi/#

4) OMS . *Développement des adolescents*. Repéré à

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/

5) HAS

Synthèse de la recommandation de bonne pratique. Trouble du spectre de l'autisme . Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/tsa_-_diagnostic_et_evaluation_chez_lenfant_et_ladolescent_2e_ligne_-_synthese.pdf

6) Centre de compétence neurofibromatose Rhône-Alpes Auvergne. Repéré à http://www.neurofibromatose.fr/index.phpoption=com_content&view=article&id=17&Itemid=32

7) Encyclopédie Orphanet grand public. *Neurofibromatose 1* .Repéré à https://www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/Neurofibromatose1-FRfrPub185.pdf

8) Golse, B. & Simas, R. (2008). *Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps: La place de l'attention de l'adulte envers la liberté motrice du bébé*, en référence aux travaux de l'Institut Pikler-Lóczy de Budapest. *Contraste*, 28-29,(1), 129-138. doi:10.3917/cont.028.0129.

9) Fédération Française de Gymnastique . *L'histoire de la FFGYM*. Repéré à https://www.ffgym.fr/La_FFGYM/La_federat ion/Histoire

10) Fédération Française de Gymnastique *La gymnastique acrobatique*. Repéré à https://www.ffgym.fr/La_FFGYM/Les_disciplines/Gymnastique_Acrobatique

11) Académie de Bordeaux. *Acrosport cycle 2 et 3*. Repérée à http://webetab.ac-bordeaux.fr/Primaire/64/EPS64/pedagogie/proposition/ACROSPORT/ACROSPORT.pdf

12) Le Clerc M. (2014) . *Développer l'autonomie en acrosport chez des élèves scolarisés en IME* (Ecole Supérieure du Professorat et de L'Education Lille Nord de France). Repéré à https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01490385

13) Suzanne Robert-Ouvray, psychomotricienne, psychologue. *L'importance du tonus dans le développement psychique de l'enfant.* Repéré à https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/limportance-du-tonus-dans-le-developpement-psychique-de-lenfant/

14) Kaës, R. (2007). *Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept. Le Carnet PSY*, 117,(4), 33-39. doi:10.3917/lcp.117.0033.

LISTE DES ABREVIATIONS

ASH : Agent de Service Hospitalier

AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CIM-10:Classification statistique Internationale des Maladies, 10 eme version

CLIS : Classe d'Insertion Scolaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

DPI : Dossier Patient Informatisé

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

MDPH : Maison Départementale Des Personnes Handicapées

NF1 : NeuroFibromatose de type 1

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TED : Troubles Envahissants du Développement

TEDNS : Troubles Envahissants du Développement Non Spécifiés

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

SVT : Sciences et Vie de la Terre

ANNEXES

ANNEXE 1 : PHOTOS DE LA GRANDE SALLE DE PSYCHOMOTRICITE

Photo 1 : depuis la porte d'entrée

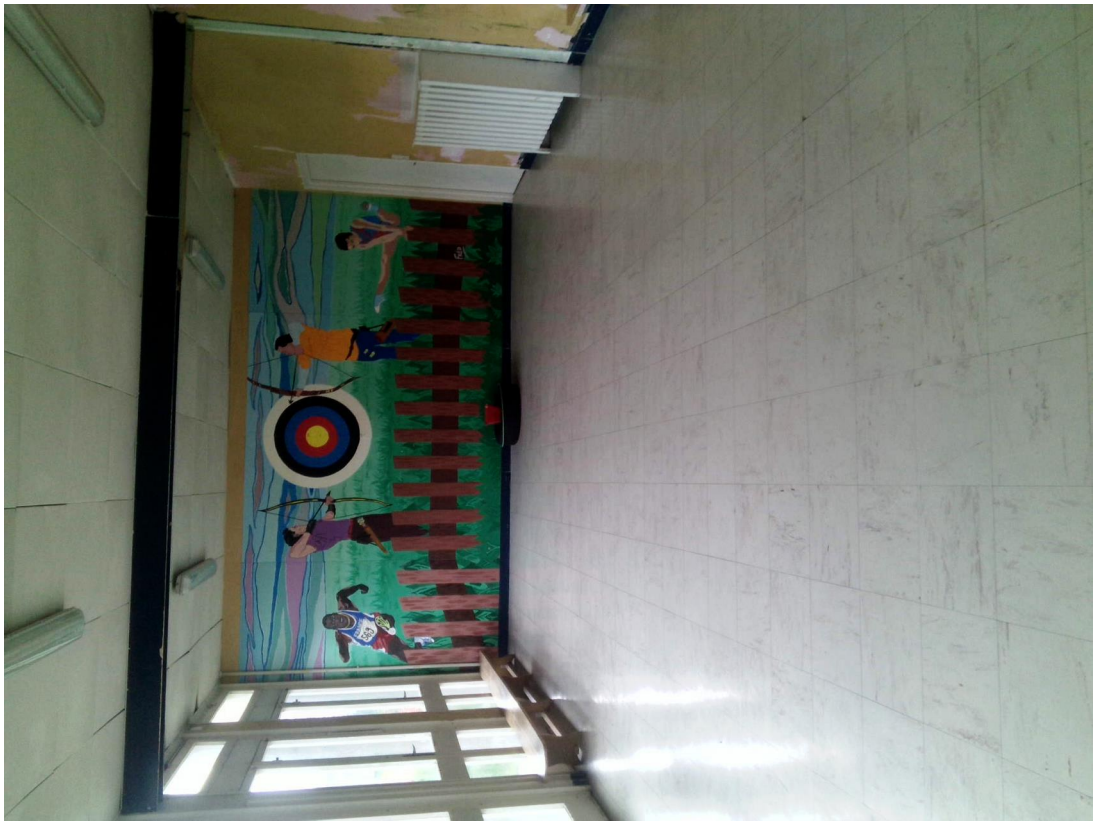


Photo 2 : depuis le mur avec la frise



ANNEXE 2 : EXAMENS PSYCHOMOTEURS DE CLEMENTINE (née le 13/10/2005)

Tableau 1 : observations suite à l'examen de Clémentine le 20/12/2017

Dessin du bonhomme	Cotation selon Goodenough 25/51 Ÿ 8 ans et 9 mois	Particularités du dessin : Ampleur des cheveux représentés selon deux zones distinctes bouche « en cage » Trait appuyé	Droitière, pince avec 4 doigts, majeur en appui fort sur le crayon et pouce posé sur l'index, feuille tournée tenue par la main gauche à plat, buste en appui sur la table, tête proche de la feuille, appui au sol sur le talon droit avec la jambe tendue, pied gauche sur le pied du fauteuil
Somatognosies de Bergès	Repérage sur soi correcte jusqu'au niveau 5 ans, ensuite quelques incertitudes de localisation et méconnaissance des pommettes et des paumes	Sur l'examinateur, seuls les pommettes sont confondues avec les paumes	Mémorisation et utilisation des informations données suite au repérage sur soi
Examen du tonus	Non évalué		

A l'énoncé de la consigne pour le dessin, Clémentine montre son étonnement par des yeux écarquillés et une onomatopée. Elle exprime son incapacité à dessiner un joli bonhomme. Elle a besoin de réassurance verbale. Elle n'est pas satisfaite de son dessin à cause d'un trait mal placé dans les cheveux. A l'explication de l'examen du tonus, elle recule brusquement vers la porte, en verbalisant « touche pas le corps ». Elle paraît effrayée. Je lui confirme que je ne la toucherai pas sans son accord. Elle demande à sortir et je mets fin à l'examen.

Tableau 2 : observations suite à l'examen de Clémentine le 28/03/2018

Dessin du bonhomme	Cotation selon Goodenough 28/51 Ÿ 9 ans et 6 mois	Particularités du dessin : cheveux avec deux zones encore plus distinctes Trait appuyé Ventre découvert avec nombril apparent	Réalise le dessin assise sur le physioball sur lequel Clémentine saute régulièrement. le personnage se prénomme Lola comme sa copine (voir photo 3 page 4)
Somatognosies de Bergès	Sur Soi, seuls 3 items (chevilles, hanches, pommettes) sont mal repérés. Les tempes restent non localisées.	Sur l'examinateur, le constat est le même sauf pour les pommettes. Sur mon visage, Clémentine ne touche que mon front, sinon elle pointe de l'index de façon retenue	Mémorisation partielle des informations données
Examen du tonus	Tonus de base : plus de tonicité à droite sur le membre inférieur et supérieur, raideur des épaules et verbalisation d'une douleur, souplesse des chevilles remarquable	Tonus de posture : appui unipodal plus facile à gauche, Clémentine tient 4 s les yeux fermés (10s attendues) Épreuve d'accroupissement et de Foix Thévenard OK	Tonus d'action : diadococinésies : gestes compliqués, pas de réelle rotation, rigidité des doigts et douleurs verbalisées, syncinésies de reproduction Nez index : désorganisation dans la vitesse

Clémentine se précipite sur le physioball à l'entrée dans la salle. Elle se rappelle le dessin du bonhomme et montre sa lassitude à le faire de nouveau. Elle y pallie en s'asseyant sur le physioball. Le toucher est accepté sur l'examen du tonus après l'avoir fait sur mon bras. L'agitation est très présente chez Clémentine, elle monte même à l'espalier et joue beaucoup avec moi à lancer la physioball (sa grand mère l'empêche de jouer avec le sien). Je retrouve la force inadaptée des lancers de Clémentine, que je rapproche de la situation stressante pour elle. Elle accepte en fin d'examen de s'allonger pour un massage avec le physioball. Elle s'étonne de cette utilisation du gros ballon « c'est bien, tu me le fais dans le dos aussi. Comment t'as appris cela ? ». Elle réussi à relâcher partiellement la tension et termine cette rencontre en étant joyeuse et calme.

PS : j'apprends plus tard que Clémentine veut couper ses cheveux mais que sa mère lui refuse.

Photo 3: Les dessins du bonhomme de Clémentine



ANNEXE 3 : EXAMENS PSYCHOMOTEURS DE MAFALDA (née le 10/05/2005)

Tableau 3 :Observations suite à l'examen de Mafalda le 20/12/2017

Dessin du Bonhomme	Cotation selon Goodenough 29/51 Ÿ 9 ans et 0 mois	Particularités du dessin : Aspect filiforme d'un personnage détaillé, trait appuyé	Gauchère, dans la pince tri digitale, le pouce recouvre l'index, la main à plat tient la feuille, son buste penche à droite, elle prend appui sur la pointe des pieds mais ne souhaite pas de rehausseur, prénomme le personnage « Alvin », c'est un garçon
Somatognosies de Bergès	Sur soi, Mafalda confond les cils avec les sourcils et inversement, les chevilles avec les talons.	Tout est correct. Elle montre de son index mais ne me touche pas	Mafalda décrit des fonctions aux parties du corps
Examen du tonus	Tonus de base : tout le côté gauche du corps semble plus tonique	Tonus postural correct sauf la poussée de Foix Thévenard impossible à réaliser, Mafalda recule le tronc ou prend un appui main pour ne pas bouger les appuis plantaires	Tonus d'action correct

A l'entrée dans la salle, Mafalda découvre le matériel et s'extasie dessus. J'accepte qu'elle joue après l'examen. Elle choisit d'investir les ballons sauteurs, trop petits pour elle.

Tableau 4 :Observations suite à l'examen de Mafalda le 14/03/2018

Dessin du Bonhomme	Cotation selon Goodenough 17/51 Ÿ 6 ans et 9 mois	Particularités du dessin : 2 personnages fils, dessinées à la va vite	Mafalda s'assoit sur le physioball, pieds à plat sur le sol, trop basse et la feuille à moitié hors de la table. Elle sautille. Elle verbalise en dessinant : Kevin un garçon et Sylvie, une fille reconnaissable à sa jupe
Somatognosies de Bergès	Tout est correct	Idem. Parfois, elle montre sur soi avant de pointer vers moi	Ces gestes sont lents et précis
Examen du tonus	Tonus de base Son regard est au sol. La tonicité reste plus marquée à gauche. Ses épaules sont très contractées	Tonus postural Les yeux fermés, l'équilibre unipodal n'est pas tenu plus de 3 s, malgré une jambe peu levée et les bras écartés. En unipodal, tout son corps se raidit. L'épreuve de Foix Thévenard amène Mafalda à se raidir et à pencher son buste en arrière	Tonus d'action Diadococinésies : syncinésie de reproduction dans l'autre main et bras, peu de fluidité, la hauteur des bras diminue peu à peu

Dans le pavillon, Mafalda est très envahie par ses amis imaginaires, des robots personnages de dessins animés. Elle arrête de les convoquer à l'entrée dans la salle où elle retrouve avec plaisir tout le matériel. Dès lors, Mafalda n'a de cesse de vouloir jouer et expédie l'examen. Elle construit une cabane avec des cubes colorés en mousse. Elle monte une rangée, avec maintes verbalisations de la difficulté à porter et placer des briques pourtant légères. Elle a chaud, soif, se dévêtit. Elle est au centre de sa cabane. Elle enjambe les cubes pour se procurer des coussins et et une couverture dans le but de se faire un lit. Je lui fais remarquer que ce n'est pas pratique une cabane sans porte. Elle enlève quelques cubes pour faire une ouverture. Elle ne rentre plus dans sa cabane. Elle reste en équilibre sur les cubes qui la délimitent. Je demande à essayer le lit, elle accepte. J'essaie, mes pieds dépassent de l'ouverture. Elle est debout sur les cubes et me fait remarquer que « c'est pratique, quand quelqu'un vient me voir, je peux rester sur le bord, en équilibre sur le mur ». Elle fait mine de tomber.

Photo 4 :Dessins du bonhomme de Mafalda



ANNEXE 4 : EXAMENS PSYCHOMOTEURS DE MISSIE (née le 25/07/2009)

Tableau 5 : Observations suite à l'examen de Missie le 23/01/2018

Dessin du Bonhomme	Cotation selon Goodenough 12/51 Ÿ 5ans et 6 mois	Particularités du dessin : 3 personnages représentent sa fratrie. Aucun n'a de bras, les bouches forment une cage. Le personnage appelé Missie présente un rond pour les yeux (les deux autres ont deux yeux). Il a un bouton dans la bouche. Sous la tête, se trouve un premier ventre de taille identique à la tête. Sous ce premier ventre, se trouve un second ventre plus volumineux.	Droitière, crayon entre le majeur et l'annulaire et le pouce en appui dessus, sa main gauche est posée à plat sur la feuille, son coude droit n'a pas d'appui sur la table, ses épaules sont contractées, ses pieds sont croisés (le gauche est à plat, le droit en appui pointe) Missie explique le bouton dans la bouche de son personnage. Elle a mal quand elle se lave les dents et l'a montré à maman.
Somatognosies de Bergès	Sur soi, les parties du corps sont connues jusqu'à 5 ans. Elles sont montrées largement par la main de Missie qui caresse presque son corps	Sur l'examinateur, le sternum est montré au lieu du genou, le coude au lieu du cou, les orteils à la place des chevilles. Missie me touche en me frottant main à plat	
Examen du tonus	Tonus de base Echopraxie, tonicité plus marquée à gauche, il existe beaucoup de participation et de freins des ballants	Tonus postural Equilibre unipodal difficile bien que Missie réinvestisse le mouvement de planche vu en gymnastique, appui 3 s sur la jambe droite et 1 s sur la gauche, même résultats les yeux fermés Epreuve de Foix Thévenard impossible	Tonus d'action Diadococinésies impossibles à réaliser Nez /index : laisse l'index sur le nez comme pour garder un repère, coordination difficile et impossible yeux fermés

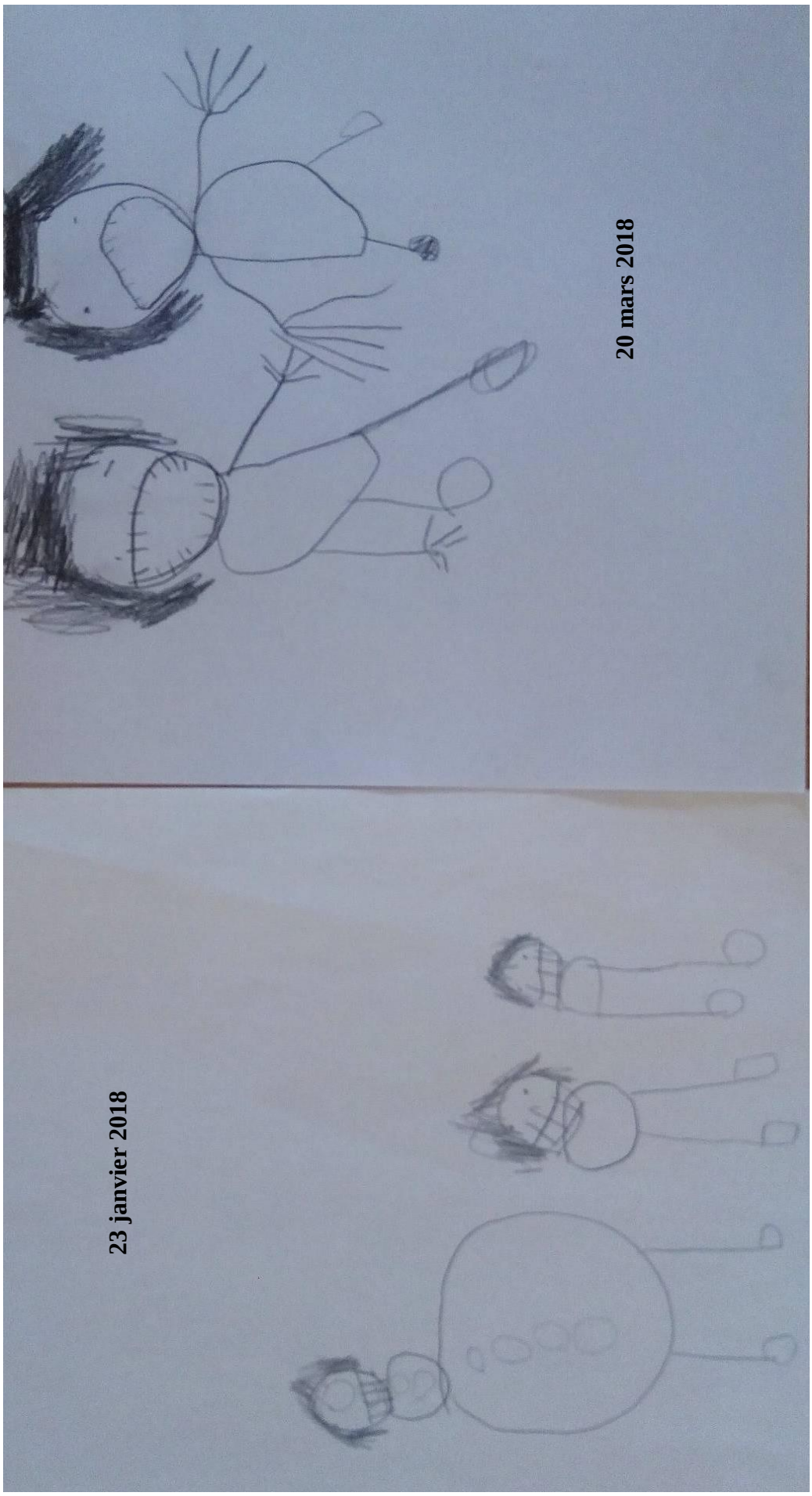
Missie répond aux consignes mais son regard se détourne régulièrement. Elle ne fait aucun commentaire sur la salle qu'elle ne connaît pas.

Tableau 6 : Observations suite à l'examen de Missie le 20/03/2018

Dessin du Bonhomme	Cotation selon Goodenough 12/51 Ÿ 5 ans et 6 mois	Particularités du dessin :2 personnages, bouche ouverte. Les bras et les doigts, qui se touchent , sont ajoutés à la fin (« Oh ! Je n'ai pas dessiné les mains de Firmin » Feuille en largeur	Missie dessine Mafalda puis Firmin. Elle rit beaucoup en dessinant Mafalda. Réactions de prestance et décharges toniques dans le haut du corps. Verbalisations et demandes de confirmation (Marcial commence par un M?)
Somatognosies de Bergès	Sur soi, items montrés jusqu'à 5 ans + les poignets et les chevilles. La main est à plat puis l'index pointe	Sur l'examinateur, Missie se lasse. Je montre sur moi, elle refait sur elle et répond. Correct jusqu'à 5 ans	Missie semble plus intéressée par l'orthographe des mots. Elle me demande d'écrire hanche par exemple
Examen du tonus	Tonus de base Idem à l'examen précédent	Tonus postural Equilibres unipodaux tenus plus de 10 s yeux ouverts et 3 s yeux fermés avec appui sur ma main). Rigidité global du corps dans cet exercice. Epreuve d'accroupissement réussie mais Missie se relève brusquement. Epreuce de Foix thévenard impossible	Tonus d'action Diadococinésies : difficultés pour la rotation, lègère syncinésie buccale Nez/index : les bras sont fléchis et posés sur le sternum. Les yeux clos amènent des réactions de prestance

A l'entrée dans la salle, Missie s'intéresse aux cubes colorés qu'elle trouve beaux. Elle les caresse de la main droite, nous nous touchons du doigt et prenons une décharge électrique. Missie semble apeurée et très inquiète. Je tente de la rassurer.

Photo 5 : Dessins du bonhomme de Missie



ANNEXE 5 : EXAMENS PSYCHOMOTEURS DE FLORIAN (né le 16/11/2005)

Tableau 7 : Observations suite à l'examen de Florian le 20/12/2017

Dessin du Bonhomme	Cotation selon Goodenough 30/51 Ÿ 10 ans	Particularités du dessin : personnage de « chat infirmier Père Noël » très détaillé, en rapport avec un personnage de dessin animé auquel il adjoint un bonnet de Père Noël, le crayon effleure la feuille par petites touches Florian demande à rajouter un environnement	Droitier, sa main gauche se pose à plat sur la feuille tournée, son buste s'appuie sur la table, un pied touche le sol de la pointe, l'autre du bord externe, la pince tridigitale est correcte, rictus des yeux plissés et de la bouche ouverte qui se ferme pour avaler la salive
Somatognosies de Bergès	Sur soi, pommettes, paumes et tempes sont méconnues, inversion entre cils/sourcils, Nuque/sternum, avant bras/bras	Sur l'examinateur, tout est correct, Florian montre de l'index sans toucher	Entre les deux épreuves, Florian se souvient des corrections apportées
Examen du tonus	Tonus de base Tonicité plus élevée dans l'hémicorps droit, pas de ballant des jambes	Tonus postural RAS à part la tenue en appui unipodal droit et gauche de 1s (10 s attendues)	Tonus d'action Manque de fluidité sur l'épreuve nez/index yeux fermés

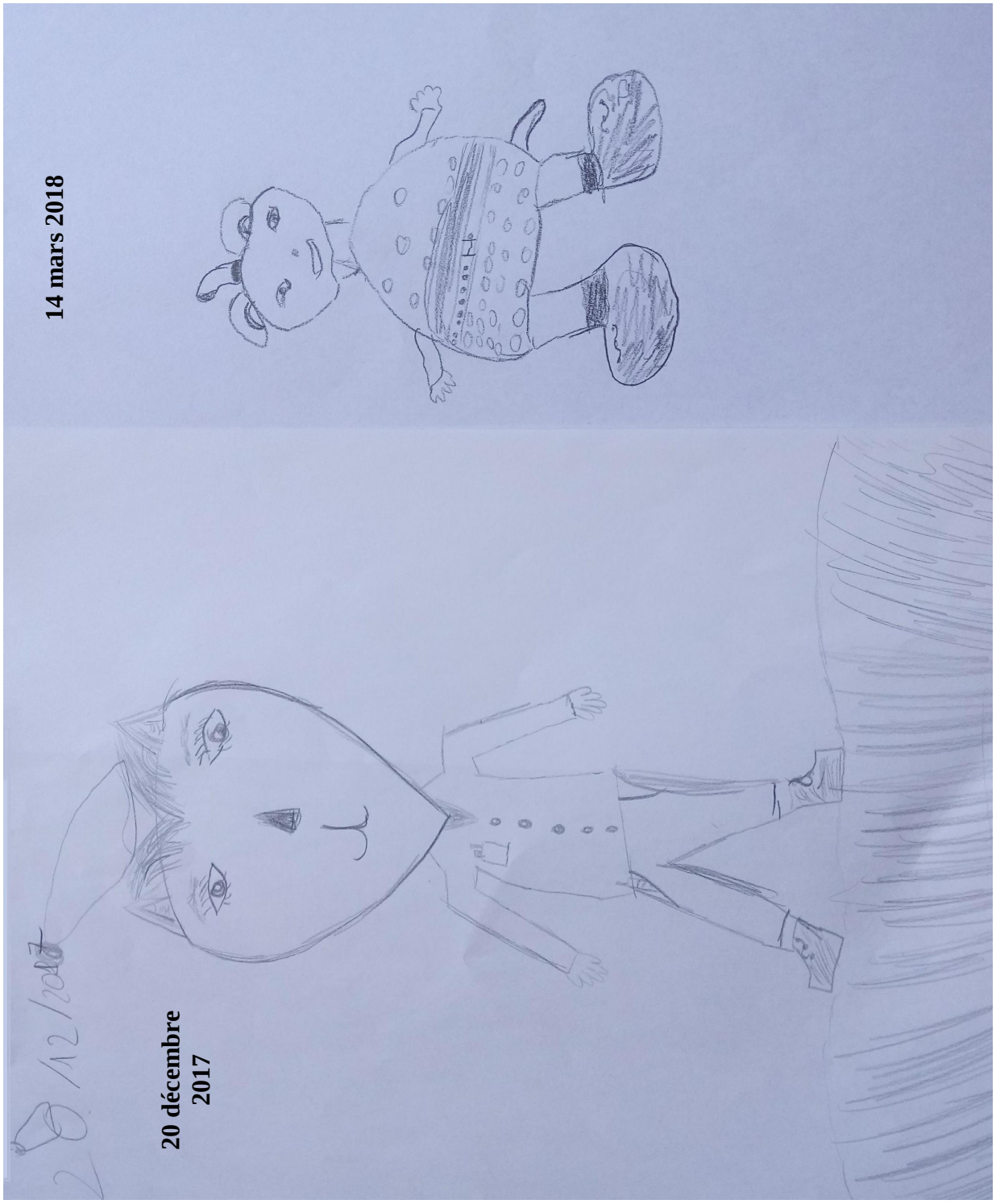
A l'entrée dans la salle, Florian découvre le matériel mais ne fait que deux passes dans un panier de basket. Il précise qu'il ne sera plus là la semaine prochaine, qu'il quitte le service. Il reste concentré sur les consignes et leurs exécutions.

Tableau 8 : Observations suite à l'examen de Florian le 14/03/2018

Dessin du Bonhomme	Cotation selon Goodenough 29 Ÿ 9 ans et 9 mois	Particularités du dessin :une « souris » fille « car elle a une jupe », prénommée Daisy, commence par les pieds du personnage et finit par la tête avant de mettre les détails (imprimés, ceinture, é), il progresse à petits traits sur lesquels il repasse	Florian recommence son dessin à cause d'un bras à gauche qui ne lui convient pas, La feuille est tournée à foison pour faire des traits horizontaux, rictus de la bouche et des yeux
Somatognosies de Bergès	Sur soi, confusion hanches/mollets et tempes/trous d'oreille	Sur l'examinateur, les pommettes deviennent la tempe. Florian pointe et me touche	Beaucoup de rictus entre deux items
Examen du tonus	Tonus de base Une légère hypotonie du bras droit, le ballant des jambes est réalisable	Tonus postural RAS les équilibres unipodaux droits et gauche yeux fermés sont tenus respectivement 3 et 5 s	Tonus d'action Manque de fluidité sur l'épreuve nez/index yeux fermés

Florian commence par partager des bonbons avec moi. Il me laisse mes préférés. Il évoque son départ la semaine prochaine chez son père. Il se reprend et me dit que son père ne veut plus les voir à cause de sa belle-mère. « Pourtant c'est lui le patron, c'est lui qui décide ». Je lui dis qu'il semble souffrir de l'absence de son père. Il confirme que c'est difficile. A la réunion clinique suivante, j'apprends qu'il a commencé avec ses frères et sa mère une thérapie familiale, à laquelle il se rendra la semaine suivante. Après les exercices, il prend le temps de jouer. Il ouvre les placards et découvre ébahi leur contenu. Il sort des instruments de musique, fait tomber une cloche. Il se raidit inquiet et me dit « la cloche est tombée toute seule ». Je le rassure, cela arrive qu'un objet nous échappe des mains. Florian est resté longtemps à construire et jouer, il me demandera à plusieurs reprises « de le reprendre ».

Photo 6 : Dessins du bonhomme de Florian



ANNEXE 6 : EXAMENS PSYCHOMOTEURS DE LEANDRE (né le 9/12/2004)

Tableau 9 : Observations suite à l'examen de Léandre le 6/12/17

Dessin du Bonhomme	Cotation selon Goodenough 1 Ÿ moins de 3 ans	Particularités du dessin : 3 zones distinctes, que Léandre nomme 3 bonhommes de neige, celui en bas à gauche est décrit avec 1 ventre, des jambes, des pieds et une carotte à l'intérieur, les traits ont du être repassés pour être visibles	Gaucher, prise en main du stylo comme s'il allait le brûler, regards furtifs sur la feuille pendant le dessin. Traits non appuyés comme s'il ne pouvait pas laisser de traces. Inquiétude de Léandre qui ne quitte pas son manteau, pose un bout de sa fesse gauche sur la chaise, ouvre les stores et actionne les interrupteurs
Somatognosies de Bergès	Sur soi, repérage correct de tous les items des 4 ans. Après les noms inconnus le parasitent	Sur l'examinateur, idem. Léandre montre sans toucher	
Examen du tonus	Tonus de base difficultés avec le toucher Résistances à gauche pour le ballant du coude, le relâchement semble possible, les membres inférieurs ne seront pas évaluables	Tonus postural non évalué	Tonus d'action non évalué

Léandre connaît la salle. La relation duelle et le dessin demandé semblent le plonger dans l'angoisse et l'hypervigilance. L'examen est réduit à 8 minutes pour ne pas aggraver le mal être de Léandre.

Tableau 10 : Observations suite à l'examen de Léandre le 21/03/2018

Dessin du Bonhomme	Cotation selon Goodenough Refus de Léandre	Particularités du dessin :	« non pas un bonhomme, je t'en ferai un plus tard »
Somatognosies de Bergès	Sur Soi, il existe des confusions (mollets au lieu de talon, coudes pour les poignets, bouche pour narines, seins pour pommettes, menton pour paumes, chevilles pour tempe)	Sur l'examinateur, Léandre inverse les rôles et fait mine de lire pour me poser les questions « tu fais »	
Examen du tonus	Non évalué		

Deux jours avant, Léandre a retourné la salle en séance individuelle avec Marcial. Je lui propose de changer de lieu, il refuse. Il est angoissé à l'entrée dans la pièce. En plus des jeux de lumière, il demande à ouvrir les fenêtres en grand comme s'il étouffait. Léandre n'accepte pas de dessiner, « je ***te*** ferai un dessin plus tard **».** Cette phrase semble souligner mes attentes alors que ma consigne ne porte pas la demande d'un dessin pour moi. Au somatognosies, Léandre inverse nos places quand il s'agit de montrer sur lœexaminateur. Il prend la feuille, fait mine de lire et me demande de montrer mes genoux, les deux, ...Il peine à se souvenir des parties du corps, il fait semblant de chercher sur la feuille. A un moment, il me dit d'aller allumer les lumières. Je le suis. Je me lève et actionne l'interrupteur. Il me reprend « pas comme cela », sa voix est aiguë. Visiblement, il y a un rythme à adopter et respecter. Je n'y arrive pas et il finit par dire « c'est le néon qui ne s'allume pas vite, il ne marche plus ». « Cela y est, tu as fini, c'est bien ». J'arrête l'examen après cette scène où Léandre m'a donné sa place. Je ai trouvée fort désagréable et inconfortable de me retrouver dans la peau de Léandre, même s'il me semble qu'il a pris soin de me soutenir dans ce rôle. L'après midi, Léandre fera un bonhomme, qui me représente, sur la feuille commune (voir photo 16 page 25).

Photo 7 : Dessin du bonhomme de Léandre

(les traits ont été repassés et le dessin agrandi pour les besoins de reprographie)



ANNEXE 7 : LES FIGURES DôACROSPORT UTILISEES

Photo 8 : les cartes dôacrosport



ANNEXE 8 : DESSINS SUR LA FEUILLE COMMUNE DU 14 FEVRIER 2018.

(**Photo 9 sans légende**)

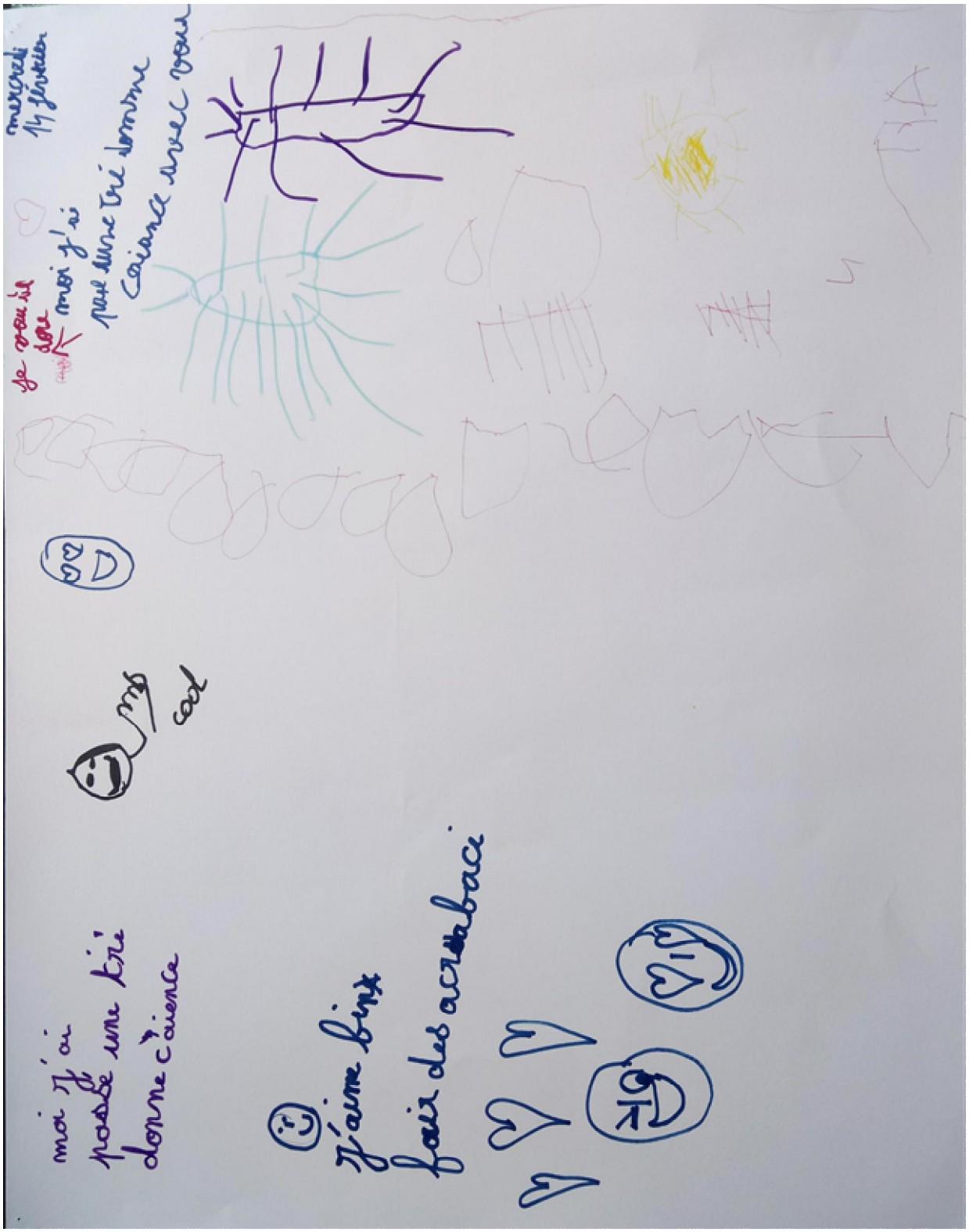
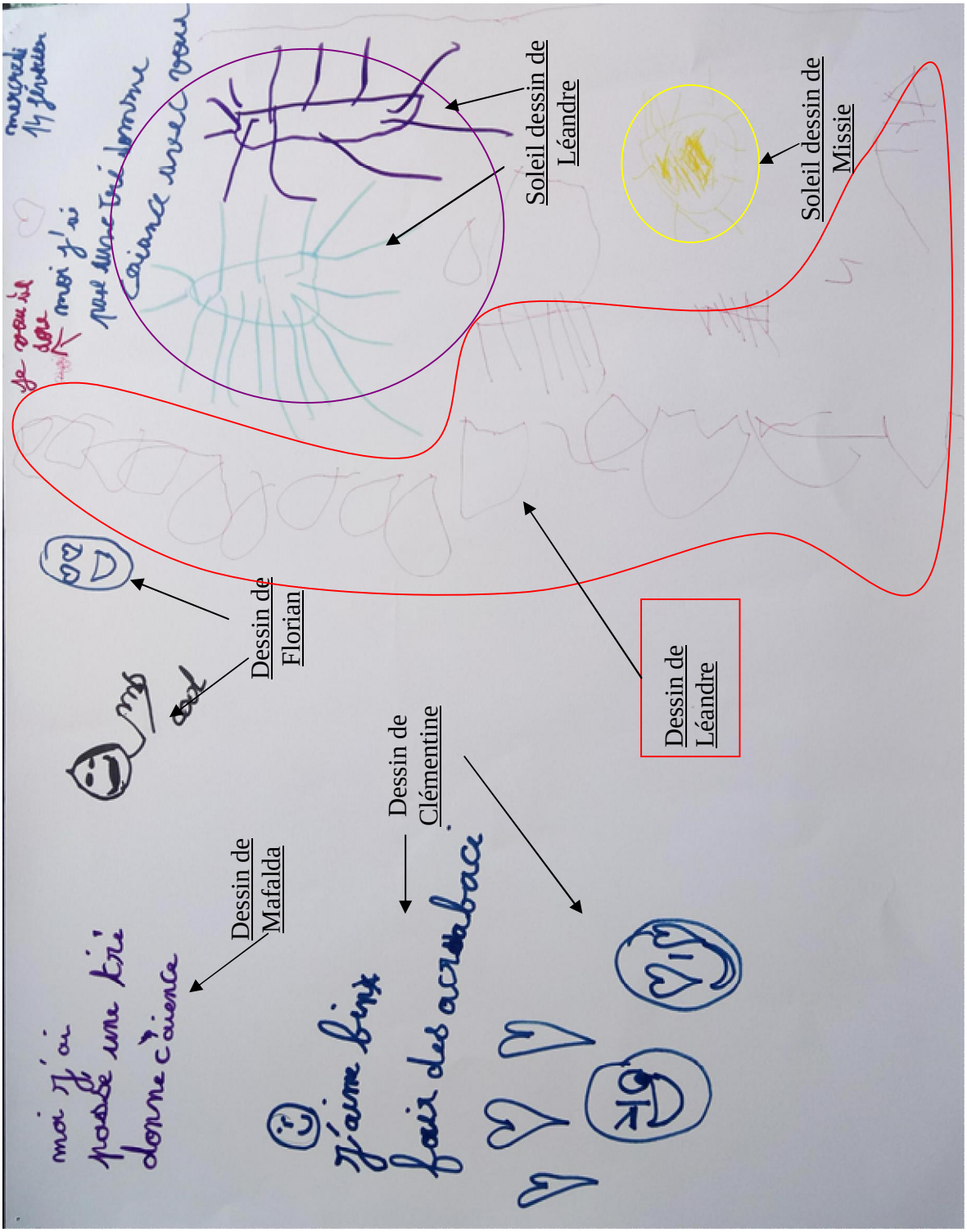


Photo 10 avec légendes du dessin sur la feuille commune du 14 février 2018.



ANNEXE 9 : DESSINS SUR LA FEUILLE COMMUNE DU 21 FEVRIER 2018.

Photo 11 sans légende

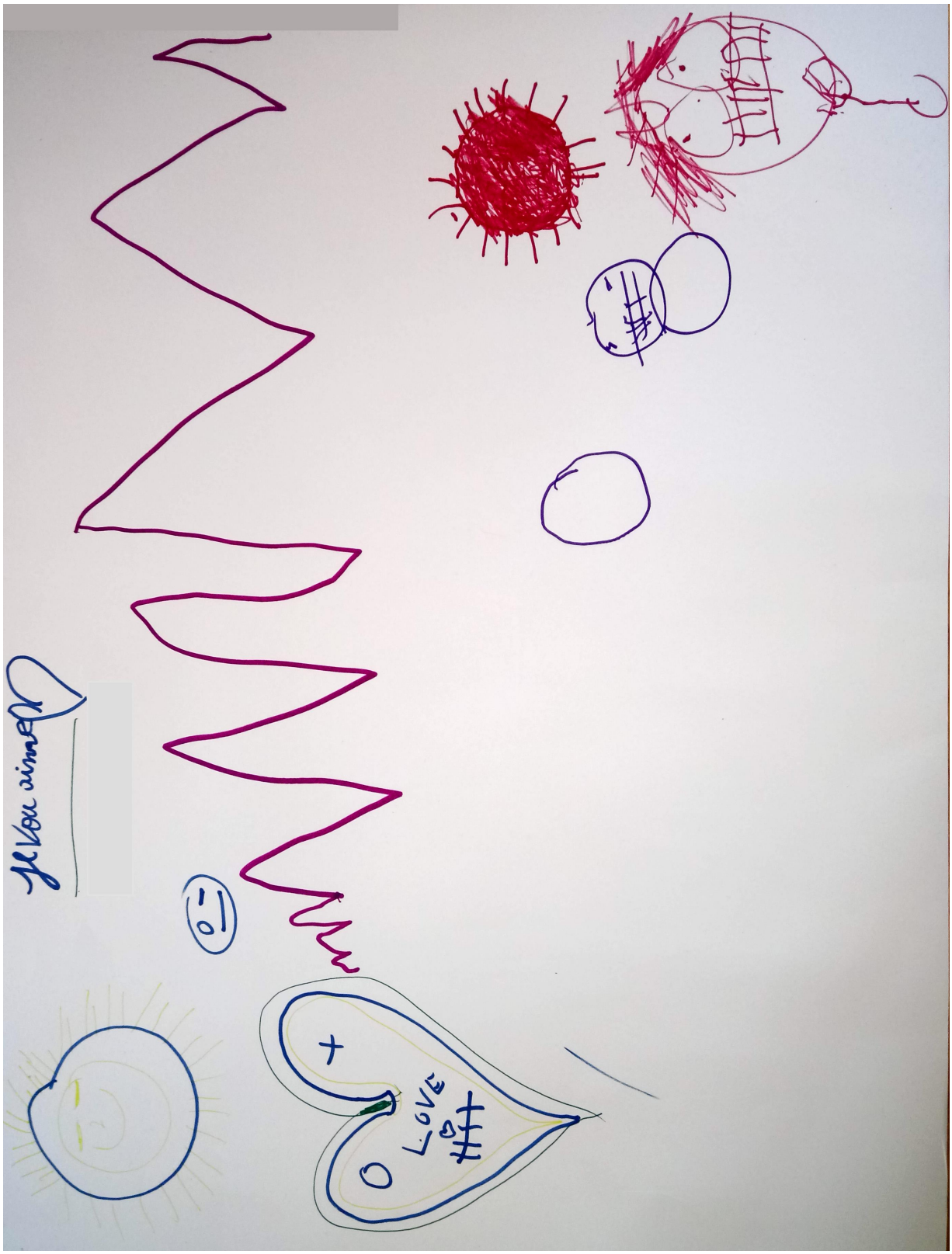
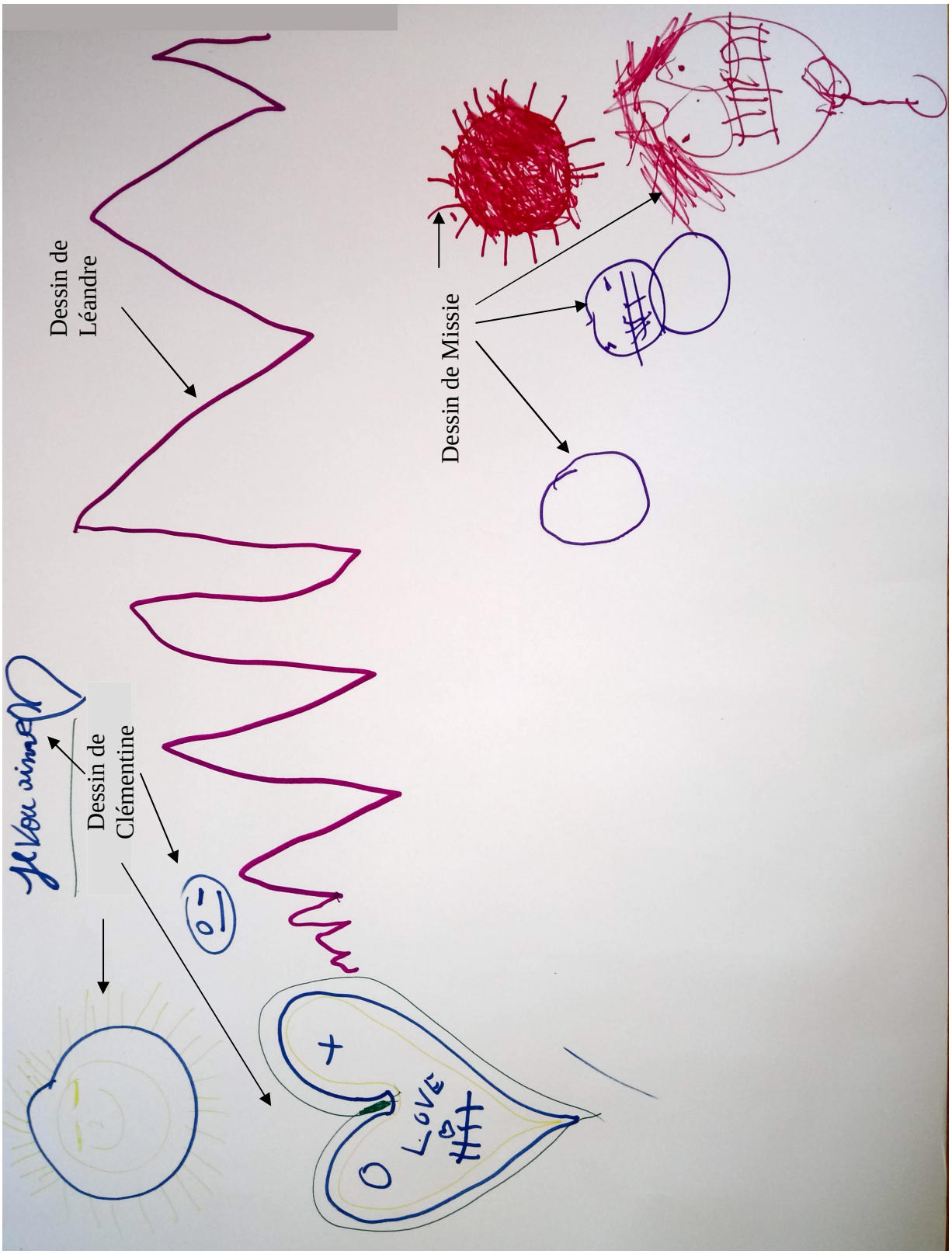


Photo 12 avec légendes du dessin sur la feuille commune du 21 février 2018.



ANNEXE 10 : DESSINS SUR LA FEUILLE COMMUNE DU 14 MARS 2018

Photo 13 sans légende

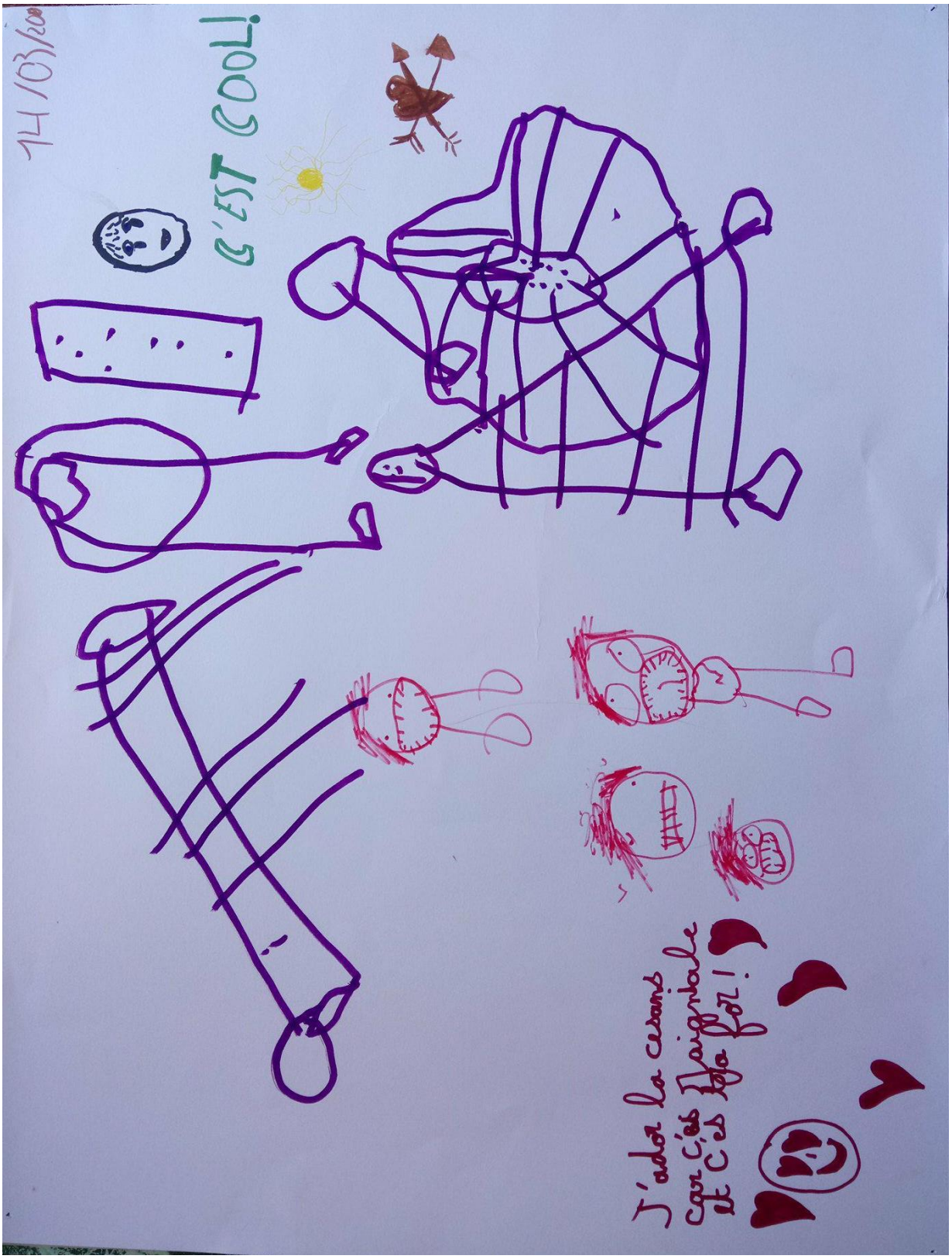
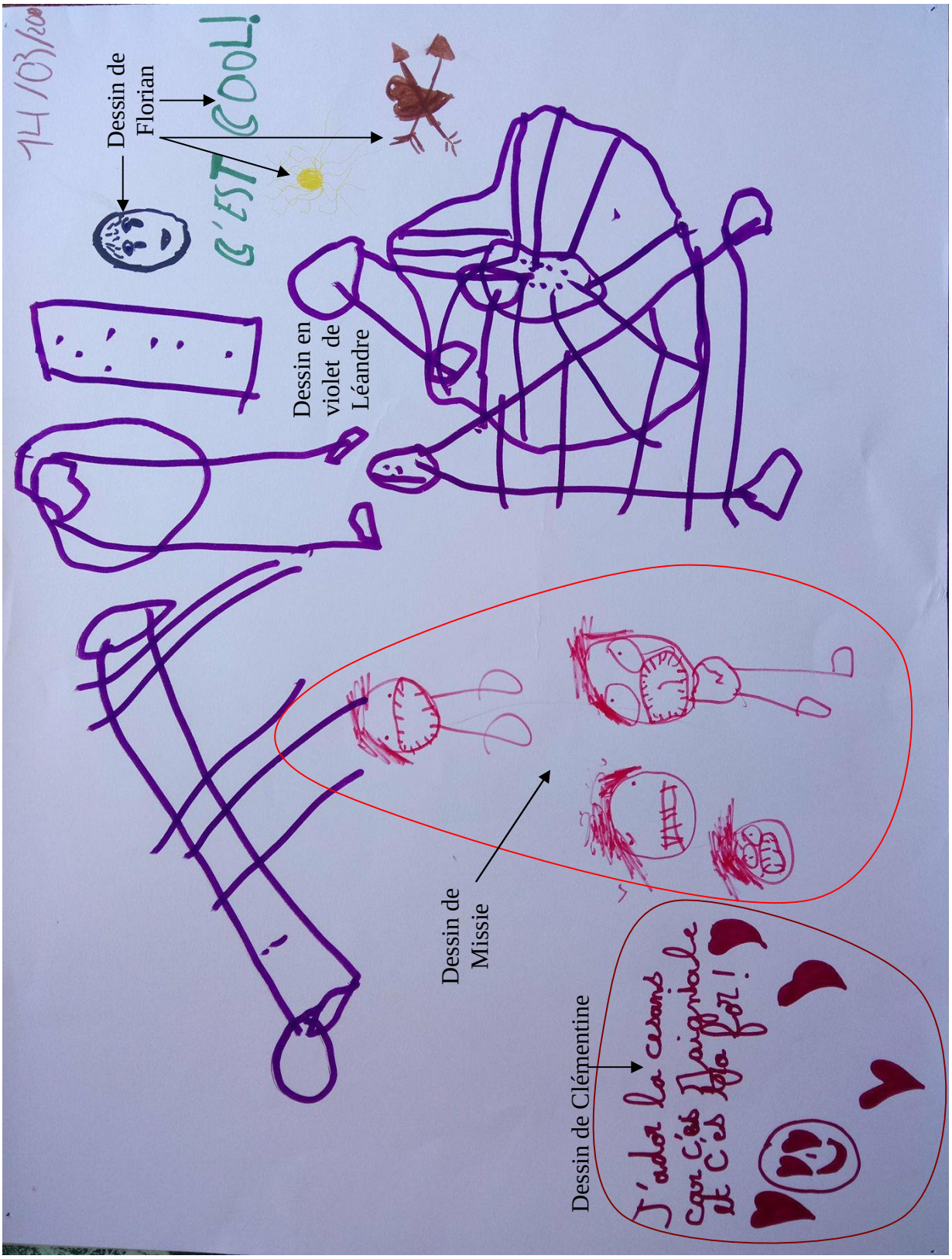


Photo 14 avec légendes du dessin sur la feuille commune du 14 mars 2018.



ANNEXE 11 : DESSINS SUR LA FEUILLE COMMUNE DU 21 MARS 2018

Photo 15 sans légende

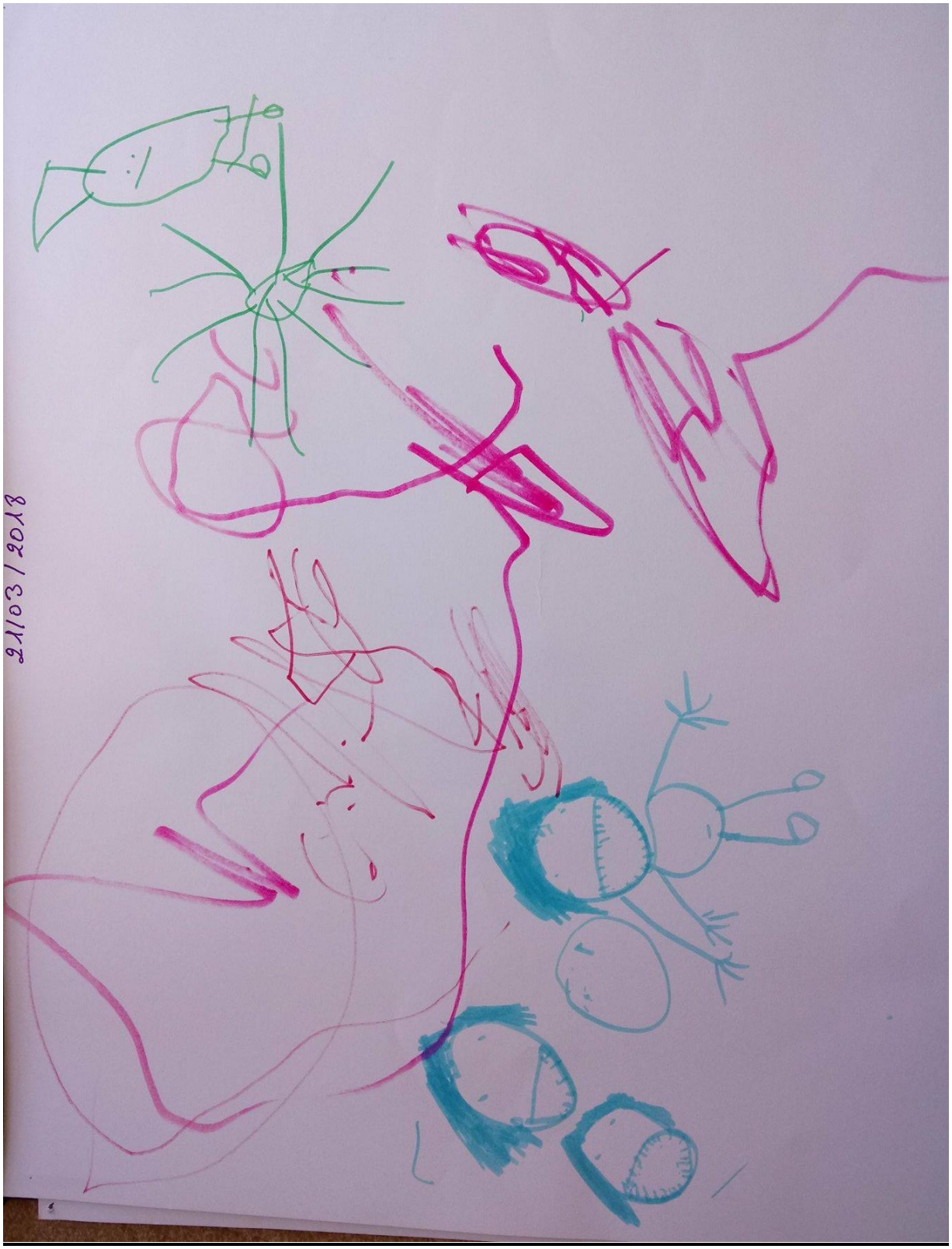
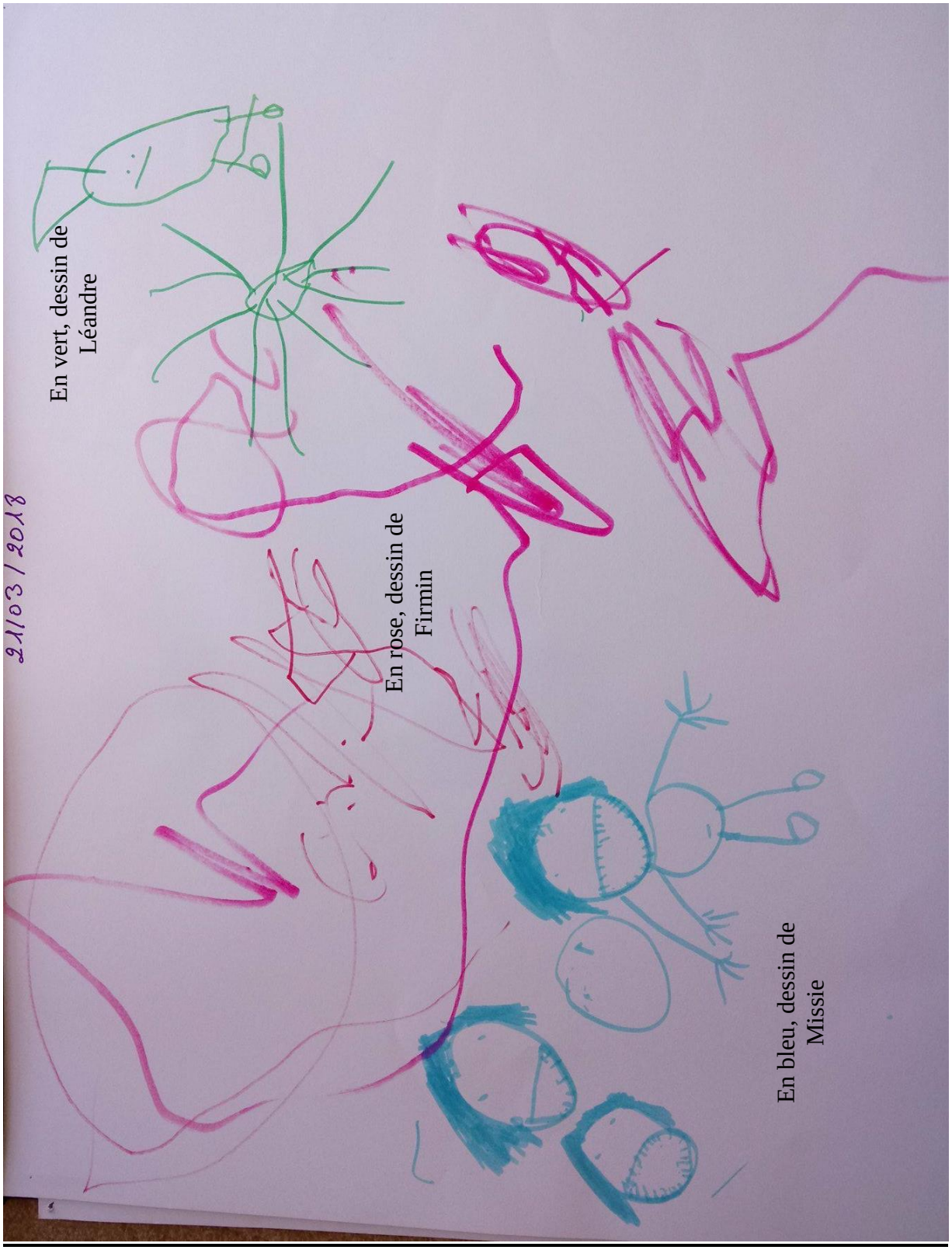


Photo 16 avec légendes du dessin sur la feuille commune du 21 mars 2018.



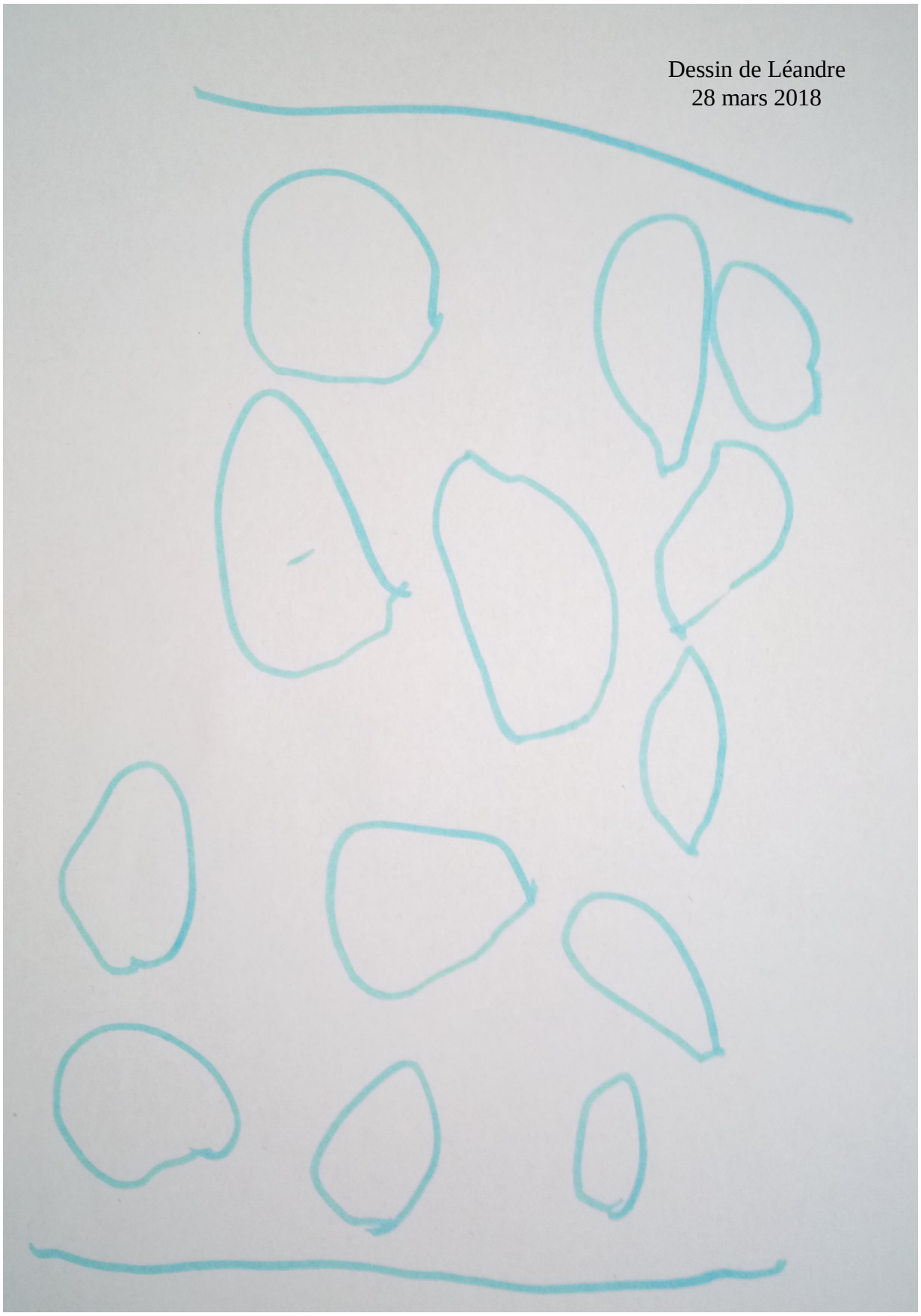
ANNEXE 12 : DESSIN INDIVIDUEL DE LEANDRE DU 21 MARS 2018.

Photo 17



ANNEXE 13 : DESSIN INDIVIDUEL DE LEANDRE DU 28 MARS 2018.

Photo 18



ANNEXE 14 : DESSIN INDIVIDUEL DE MISSIE DU 28 MARS 2018.

Photo 19



L'hôpital de jour en pédopsychiatrie est un lieu de soin et de vie pour des enfants et des adolescents. Leurs pathologies, lourdes, obèrent le développement de leur personnalité et les affectent dans la relation à l'autre. Ils souffrent d'angoisses qui viennent entraver leur disponibilité psychique et abraser la pensée des professionnels à leurs côtés. L'institution, les réunions cliniques, l'équipe forment un maillage aidant pour maintenir l'élaboration du soin et la pensée dans le soin.
En postulant que la réalité psychique se construit à partir d'expériences corporelles, le psychomotricien propose aux patients des expériences en relation. L'objectif en est de faire évoluer ou de relancer les processus psychiques, sources de souffrance pour les patients.
La psychomotricité se pratique et se pense différemment en fonction des patients, de leurs troubles, des références théoriques et de la disponibilité du professionnel, du cadre institutionnel.
Ce texte relate la définition d'un axe thérapeutique, l'introduction d'une médiation et la mise en place d'un cadre thérapeutique par une stagiaire en vue d'assurer la prise en charge groupale de six adolescents. Dans un contexte institutionnel donné, ce récit décrit comment penser et adapter une thérapie psychomotrice pour permettre au stagiaire en psychomotricité de rencontrer les patients dans un corps à corps encadré.

Mots clefs : pédopsychiatrie, adolescents, troubles de la relation, cadre thérapeutique, acrosport, schéma corporel

Children psychiatry hospital provides care and environment for children and teenagers. Their heavy pathologies inhibit the development of their personality and affect their relationship to others. They suffer from anxiety which hinders their psychic availability and damage the thinking of practioners around them. Together with the institution, the clinical meetings, the team form a mesh/ that helps to maintain the care and the thought in the care program.
By postulating that psychic reality is built from body experiences, the psychomotor therapist offers patients inter-related experiences. The goal is to change or revive (the) psychic processes, the root cause of patients suffering.
Psychomotricity is practiced and thinks differently depending on the patient, their disorders, theoretical references and the availability of the practitioner, the institutional framework.
This text describes the definition of a therapeutic approach, the introduction of a mediation and the setting up by a trainee of a therapeutic framework to ensure the management of a group of six adolescents. In a given institutional context, this document describes how to think and adapt a psychomotor therapy to enable the trainee to interact with patients in a body to body structured environment.

Key words: child psychiatry, teenagers, relationship disorders, therapeutic framework, acrobatic gymnastic, body schema.