



Alliance thérapeutique en psychomotricité : une alliance psychomotrice ? Exemple en unité d'hospitalisation psychiatrique temps plein pour adolescents

Clémence Pasco

► To cite this version:

Clémence Pasco. Alliance thérapeutique en psychomotricité : une alliance psychomotrice ? Exemple en unité d'hospitalisation psychiatrique temps plein pour adolescents. Psychologie. 2023. dumas-04318266

HAL Id: dumas-04318266

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04318266>

Submitted on 1 Dec 2023

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

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

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé – Institut Universitaire des Sciences de la Réadaptation

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Alliance thérapeutique en psychomotricité : une alliance psychomotrice ?

**Exemple en unité d'hospitalisation psychiatrique temps plein
pour adolescents.**

PASCO Clémence

Née le 10 Janvier 2000 à Paris

Directrice de Mémoire : Héroïse Filgueira

Juin 2023

Remerciements

Merci à ma directrice de mémoire pour sa patience, sa bienveillance et son écoute.

Merci à mes maîtres de stages pour leur confiance, vous m'avez aidée à construire ma vision de la psychomotricité et la future professionnelle que je souhaite devenir.

Merci à tous les professionnels que j'ai pu rencontrer qui m'ont accueillie et fait découvrir la richesse du travail pluridisciplinaire.

Merci à tous les patients que j'ai pu suivre, je ressors grandie de nos rencontres.

Merci à mes camarades de classe, nous voir évoluer ensemble fut la plus belle récompense de ces trois années de formation.

Merci à ma famille et mes amis pour leur soutien et leur amour.

Merci à tous ceux ayant contribué de près ou de loin à la construction de ce mémoire.

SOMMAIRE

Introduction	p.5
Partie 1 : L'adolescence : spécificité de sa clinique en psychiatrie	p.7
1. <u>Période des remaniements</u>	p.8
1.1 Les transformations physiologiques	p.9
1.2 Les remaniements psychiques et identitaires	p.12
2. <u>Les troubles psychiatriques à l'adolescence</u>	p.14
2.1 Un temps où la limite entre le normal et le pathologique est floue	p.14
2.2 Risques de la crise adolescente	p.16
2.3 Prépondérance de l'usage du corps dans l'expression du mal être chez les adolescents	p.17
2.4 Illustration à travers certaines pathologies	p.18
3. <u>Unité d'hospitalisation psychiatrique temps plein pour adolescents</u>	p.20
3.1 Présentation	p.20
3.2 Spécificité de la durée d'hospitalisation	p.22
3.3 L'équipe pluridisciplinaire	p.23
3.4 Le rôle du psychomotricien	p.23
 Partie 2 : L'alliance thérapeutique	 p.25
1. <u>Théorie</u>	p.26
1.1 Définitions	p.26
1.2 Les prémices de l'alliance thérapeutique	p.27
1.3 Fonction de l'alliance thérapeutique	p.29
1.4 Comment mettre en place une alliance thérapeutique?	p.30
1.5 Piliers relationnels de l'alliance	p.31
2. <u>En psychomotricité</u>	p.34
2.1 Le cadre thérapeutique	p.34
2.2 Le choix de la médiation	p.37
2.3 Partage d'expériences corporelles	p.37
2.4 De la sensation à la représentation	p.41
2.5 L'importance de l'entretien	p.44

3. <u>En unité psychiatrique pour adolescents</u>	p.49
3.1 Spécificités adolescentes	p.49
3.2 Spécificité d'une unité psychiatrique fermée	p.51
3.3 Alliance et pathologies psychiatriques	p.54
Partie 3 : Étude de cas	p.56
1. <u>Anamnèse</u>	p.57
2. <u>Projet thérapeutique de Théo</u>	p.60
3. <u>Premières impressions</u>	p.60
3.1 Observations dans le groupe	p.60
3.2 Entretien initial	p.61
4. <u>Mise en place de l'alliance thérapeutique</u>	p.62
4.1 Les rituels	p.62
4.2 Choix des activités	p.63
4.3 Évolution de l'alliance thérapeutique	p.65
4.4 Évolution de Théo dans l'unité	p.67
5. <u>Fin de prise en charge dans l'unité</u>	p.68
6. <u>L'hôpital De Jour</u>	p.69
 <u>Conclusion</u>	 p.71
<u>Bibliographie</u>	p.73
<u>Annexe</u>	p.78
<u>Table des matières</u>	p.80

Introduction

Lorsque j'ai découvert l'unité d'hospitalisation psychiatrique temps plein pour adolescents, j'ai tout de suite aimé la dynamique spécifique de ce lieu. Les prises en charge sur de courtes durées, le renouvellement fréquent des patients et la nécessité d'une remise à jour de ses connaissances permanente m'ont animée tout au long de mon stage.

Ce qui m'a frappée à mon arrivée dans l'unité, ce sont les nombreux liens que les adolescents tissaient entre eux et avec le personnel soignant. Même si certains sont plus renfermés, on peut la plupart du temps observer une évolution de ces liens. Les temps de jeux, de discussions, les repas, les parties loups-garous, les tournois de ping pong ou de badminton viennent apporter une certaine "normalité" à ce lieu clos.

L'alliance thérapeutique est un sujet que nous abordons à plusieurs reprises lors de notre formation ; mais concrètement, en pratique, comment la mettre en place ? Qu'est-ce qui la rend spécifique à notre pratique sachant que de nombreux professionnels de santé en font également usage ? Cela a attisé ma curiosité et des questionnements supplémentaires se sont ajoutés en lien avec mon lieu de stage. Comment créer l'alliance sur une aussi courte durée, d'autant plus avec des adolescents en crise ? Et surtout pour quoi faire ? Est-elle nécessaire à la mise en place d'un travail en psychomotricité ?

C'est au cours de la prise en charge d'un jeune garçon que j'ai décidé de nommer Théo, que j'ai dû mettre en place un grand travail autour de l'alliance thérapeutique. Me sont alors apparus tous les enjeux concomitants à cette notion.

Dans ce mémoire je souhaite répondre à la problématique suivante : **En quoi l'alliance thérapeutique a-t-elle une place spécifique dans la prise en charge psychomotrice en unité d'hospitalisation psychiatrique temps plein pour adolescents ?**

Afin de répondre à cette problématique, nous allons dans un premier temps développer les remaniements de cette période qu'est l'adolescence puis plus spécifiquement sa clinique en psychiatrie.

Dans une deuxième partie nous développerons la notion d'alliance thérapeutique. Enfin, nous illustrerons ces apports théoriques à travers l'étude de cas de Théo, jeune adolescent que j'ai pu prendre en charge lors de mon stage en unité d'hospitalisation psychiatrique temps plein pour adolescents.

Partie 1 : L'adolescence : spécificité de sa clinique en psychiatrie



Tableau de Salvador Dali, *Adolescence* (1941), Musée Share, Spanbroek.
<https://arthive.com/fr/salvadordali/works/402423~Adolescence>

1. Période des remaniements

Dans le *Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse* on nous dit que « adolescence » vient du latin *adolescens*, participe présent de *adolescere* qui signifie *grandir* [10]. D'après son étymologie, l'adolescent est donc celui qui grandit, contrairement à l'adulte, du latin *adultus*, qui est celui qui a cessé de grandir.

L'adolescence est donc une “période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite” [17].

Il est donc clair que c'est une période de transition et elle ne peut se réduire à la puberté ; en effet, Valérie Discour nous dit que “le processus d'adolescence c'est l'interaction de transformations physiques, d'un processus psychologique et d'un changement de statut psychosocial” [13].

C'est une période complexe et nous pouvons voir que cette complexité s'exprime déjà rien que par la difficulté à définir temporellement cette période. Les auteurs s'accordent à dire qu'elle commence avec la puberté vers 10-11 ans chez les filles et vers 12-13 ans pour les garçons [2]. Cependant pour ce qui est de la fin de cette période, la limite est plus floue. Certains diront qu'elle se clôture à 18 ans, avec la majorité, d'autres la clôtureront vers 23-24 ans avec la fin des études ou le début de l'indépendance financière [21]. D'après l'OMS, l'adolescence se situe entre 10 et 19 ans [18].

Philippe Mazet nous dit que “deux problématiques vont être mises en avant à l'adolescence : l'intégration psychique du corps sexué pubère et la progressive autonomisation vis à vis des parents” [25].

1.1 Les transformations physiologiques

1.1.1 Puberté

À l'adolescence vont se produire de nombreux changements physiques. En effet, l'adolescence s'amorce dans et par le corps [30]. Un des événements marquants de cette période est la puberté qui va mener au développement complet des caractères sexuels, à l'acquisition de la taille définitive, de la fonction de reproduction et de la fertilité [21].

Son corps se transformant, l'adolescent va donc intégrer de nouveaux repères corporels. Son schéma corporel va être transformé, ce qui va engendrer une perturbation de sa perception de soi et du monde. En effet, pour Schilder "le corps offre un repère à partir duquel s'organise l'espace et se vivent les relations" [21].

Le corps échappe au contrôle de l'adolescent qui se retrouve alors dans une position narcissiquement inconfortable et douloureuse, source d'inquiétude voire d'angoisse. La révélation de ces fragilités narcissiques peut être visible à travers la façon dont certains adolescents maltraitent leur corps (scarifications, restriction alimentaire, incapacité à investir les soins d'hygiène ...).

Ces modifications somatiques vécues avec un sentiment de grande passivité pour l'adolescent vont l'obliger à devoir composer avec une nouvelle "enveloppe".

On voit à quel point le corps se retrouve au premier plan lors de cette période. Il est fragilisé par ces remaniements, c'est ce que Dolto appelle le drame du homard : "Les homards, quand ils changent de carapace, perdent d'abord l'ancienne et restent sans défense, le temps d'en fabriquer une nouvelle" [14].

1.1.2 Modifications cérébrales

Les modifications physiologiques sont dues à un bouleversement hormonal mais aussi à des modifications synaptiques cérébrales extrêmement rapides [5].

Deux transformations majeures ont lieu à l'adolescence au niveau cérébral [32]. D'abord a lieu ce qui s'appelle l'élagage, c'est la diminution naturelle du nombre de neurones et de connections synaptiques. Ce processus atteint son apogée à l'adolescence. En fonction des centres d'intérêts, certains circuits seront renforcés et d'autres supprimés. La seconde transformation cérébrale qui a lieu lors de l'adolescence est la fabrication de myéline, cette substance forme une gaine qui permet d'augmenter la vitesse de propagation de l'influx nerveux et donc d'accélérer et d'optimiser la transmission de l'information.

Ces deux transformations majeures entraînent une réorganisation des circuits corticaux qui permet une meilleure connexion des différentes zones cérébrales et donc une meilleure coordination du cerveau. Cela va permettre à l'adolescent de juger non plus seulement d'après des détails mais d'une manière plus globale et intuitive.

De plus, les régions préfrontales, sièges de processus mentaux de haut niveau comme la planification de l'action, le raisonnement, l'évaluation du risque et la prise de décision, sont encore immatures à l'adolescence. Elles ne peuvent donc pas exercer leur action régulatrice de l'activité des régions sous corticales impliquées dans les émotions et les comportements de plaisir.

Ce déséquilibre de maturation entre cortex et structures sous corticales serait à l'origine de la dysrégulation émotionnelle normale observée à l'adolescence et au défaut de contrôle cognitif chez les plus jeunes.

On repère dans des études une exagération de la réponse des structures limbiques impliquées dans la survenue d'états émotionnels et dans le système motivationnel.

Selon Daniel Siegel, les transformations cérébrales vont ouvrir sur quatre dimensions caractéristiques de l'adolescence primordiales pour permettre l'émergence de nouvelles aptitudes [32] :

- la **recherche de nouveauté** ; elle provient d'un besoin de récompense accru du cerveau. Elle va permettre à l'adolescent de s'engager davantage dans l'existence et de l'ouvrir aux changements. L'inconvénient va être la prise de risque due à la recherche de sensations fortes. Cette recherche de sensations fortes est directement liée à une libération accrue de dopamine lors d'expériences exaltantes.
- l'**engagement social**, il va permettre de renforcer les liens entre l'adolescent et ses pairs. Cela va lui permettre de créer des liens sociaux sources de soutien. L'inconvénient va être que les adolescents lorsqu'ils sont entre eux vont avoir tendance à prendre plus de risques.
- l'**intensification des émotions** qui va apporter de l'énergie vitale mais qui peut également engendrer de l'impulsivité et une labilité de l'humeur.
- l'**exploration créative**, l'adolescent a des capacités de pensées nouvelles qui lui permettent de percevoir le monde autrement, d'imaginer, de faire naître de nouvelles idées. Le risque est que cela entraîne une crise d'identité et de la vulnérabilité.

Les transformations cérébrales vont donc apporter des risques mais également des opportunités.

Nous pouvons lier ces quatre caractéristiques aux remaniements psychiques et identitaires de cette période de la vie.

1.2 Les remaniements psychiques et identitaires

L'adolescence va à la fois impacter les investissements narcissiques (estime de soi) mais aussi les investissements objectaux (les autres) ; elle va donc venir toucher la personne de façon individuelle mais viendront s'ajouter à cela des enjeux familiaux, sociaux et culturels.

1.2.1 Recherche d'identité et du rapport au corps

Ce nouveau corps qui s'impose à l'adolescent va remettre en cause l'image du corps et donc impacter au niveau imaginaire et symbolique le corps de l'adolescent. Cela va se traduire par une insatisfaction corporelle.

Le Breton nous dit que ce corps rejeté va être le véhicule de conduites à risque : chez les filles les troubles alimentaires, scarifications, tentatives de suicide ; chez les garçons violences, provocations, transgressions, alcoolisation, vitesse sur les routes, prise de toxiques, conduites sexuelles à risque [21].

Les chamboulements décrits précédemment vont venir remettre en doute le sentiment d'existence, d'identité. Il faut alors que les adolescents se réapproprient leur corps [30]. Afin de clamer son identité, l'adolescent va passer par son corps. Cela va passer par la coupe de cheveux, les vêtements, les piercings, les tatouages... Ils proclament ainsi leur singularité et leur différence.

À cela va s'ajouter la problématique de deuil. Suite aux remaniements de ses intérêts et de ses investissements, l'adolescent va se retrouver comme

endeuillé. Il doit quitter l'enveloppe du petit enfant pour pouvoir investir ce nouveau corps d'adulte [30]. Cette dynamique va amener une certaine morosité voire un certain sentiment de vide.

1.2.2 Développement de l'autonomie et affluence accrue du groupe des pairs

Pour clamer leur indépendance, les adolescents se séparent de l'objet parental pour aller vers un élargissement des relations sociales avec les pairs. Cette notion d'appartenance à un groupe est essentielle à l'adolescence. Le groupe va à cette période jouer un rôle d'enveloppe sécurisante, contenant. L'autre va devenir un miroir qui rassure et consolide le reflet de soi. L'adolescent va modifier son statut psychosocial avec notamment la recherche de davantage d'autonomie.

L'Homme est un être social qui a besoin des autres pour survivre. D'après Daniel Siegel, "l'attitude de rejet chez l'adolescent est normale ; mais la tendance à se couper totalement des autres ne l'est pas et n'est souhaitable pour personne" [32].

Il y a un besoin simultané d'appartenance et de distinction propre à la période de l'adolescence. Appartenir à un groupe mais avoir sa propre identité, "être soi mais pareil aux autres" [30]. On voit bien ici que l'adolescence est une période de la vie extrêmement ambivalente qui alterne entre besoin de sécurité et recherche d'indépendance. Cette contradiction va mener le plus souvent à de l'opposition, expression d'un conflit interne qui colore son rapport à lui-même et aux autres. Catherine Potel dit que " c'est dans le conflit et l'opposition que peuvent s'individualiser et se différencier le petit enfant puis l'adolescent " [30].

L'adolescent veut être libre de parler pour lui, de prendre des décisions mais a également besoin d'une figure d'attachement pour se sentir sécurisé. Selon Patrick Ayouni, la recherche de rupture chez l'adolescent coexiste avec un souhait profond et intense de maintien du lien, même sous la forme de révolte [5]. Peut-être pouvons-nous lier cette volonté d'indépendance et de liberté au fait qu'à l'inverse tous les remaniements physiques et psychiques sont subis et non choisis. En effet, c'est un sentiment d'impuissance que ressent l'adolescent qui subit ces remaniements sans rien pouvoir y faire. Les adolescents ne chercheraient-ils pas à reprendre le contrôle ?

Tous ces remaniements vont venir fragiliser le psychisme de l'adolescent qui sera alors plus vulnérable, d'autant plus si des lacunes au niveau des ressources internes sont présentes. En effet, Philippe Mazet nous dit que tout ce travail intrapsychique de l'adolescent s'appuie beaucoup sur les ressources internes développées pendant l'enfance à travers la qualité des expériences psychologiques, affectives et relationnelles [25].

2. Les troubles psychiatriques à l'adolescence

2.1 Un temps où la limite entre le normal et le pathologique est floue

L'adolescence n'a pas toujours été considérée en psychiatrie comme une période à part entière. En effet, la psychiatrie n'était divisée qu'en deux temps : l'enfance et l'âge adulte. Ce n'est qu'au 20ème siècle que cette période de la vie sera considérée à part entière en psychiatrie. En effet, il faudra attendre la fin du XXème pour qu'apparaisse une médecine de l'adolescent ainsi que des structures d'hospitalisation susceptibles de prendre en compte les besoins spécifiques, somatiques et psychiques de ces patients [21].

Aristote affirmait pourtant « *il est nécessaire de diviser l'enfance en deux périodes dont la première va de sept ans à la puberté, la seconde de la puberté à vingt et un ans* » [21].

La difficulté à l'adolescence réside dans la barrière floue qui sépare le normal du pathologique. Cette confusion s'accroît d'autant plus que les auteurs ont eu tendance à utiliser une terminologie issue de la pathologie pour décrire les mouvements habituels de l'adolescence [21].

De plus, pendant un long moment les troubles psychiatriques à l'adolescence sont banalisés et occultés par ce qu'on appelle la « crise d'adolescence ».

Cette notion de crise a tout de même permis d'affirmer la singularité de cette période pour le développement mais aussi pour la réorganisation de la vie psychique. Elle a donc permis d'affirmer l'existence de changements décisifs, soudains, source de conflits et de troubles profonds [21].

Cette problématique de flou de la limite entre le normal et le pathologique est saillante à l'adolescence car plusieurs axes de confusion se superposent à cette période [21] : « la multiplicité des conduites déviantes, leur labilité, la fréquence des comorbidités, l'estompement du cadre nosographique habituel, la présentation de tableaux prodromiques aspécifiques, la difficulté à saisir l'organisation structurelle sous-jacente, le rôle non négligeable de la famille et de l'environnement social... ».

2.2 Risques de la crise adolescente

Valérie Discour explique que le vécu des bouleversements de l'adolescence va fréquemment mener à des passages à l'acte qui n'engagent pas forcément la question du pathologique. Ils vont être pour l'adolescent une voie de décharge et de figuration des conflits qu'il ne peut se représenter psychiquement [13].

Cependant parfois les passages à l'acte peuvent empêcher l'élaboration des conflits comme, par exemple, la consommation de drogues, la tentative de suicide, la fugue...

L'adolescent peut également à l'inverse "faire taire le corps" en pratiquant par exemple une activité sportive de façon intensive afin de "ne pas penser".

D'après C. Potel, "les conduites pathologiques (mise en danger, prise de risque, attaques du corps...) sont toujours des tentatives de résolution et une recherche de soulagement des tensions internes" [30].

Valérie Discour met également en garde contre la banalisation des troubles graves à l'adolescence ou au contraire de la pathologisation de toute adolescence bruyante [13]. En effet, il est possible que des symptômes psychopathologiques apparaissent temporairement à l'adolescence sans pour autant qu'il soit question de trouble. Certaines manifestations peuvent être des défenses érigées contre les exigences du développement et non comme un processus pathologique.

Valérie Discour dit : " À l'adolescence, cette appréciation (des aspects normaux ou pathologiques) est des plus délicates tant les manifestations normales du processus d'adolescence peuvent interagir avec des difficultés plus aiguës" [13].

Il est cependant possible que la “crise” ne soit plus organisatrice pour la maturation et la construction identitaire. Les modifications du corps à l'adolescence peuvent venir menacer son intégrité psychique, et cela d'autant plus si la structuration de son identité n'est pas bien constituée.

2.3 Prépondérance de l'usage du corps dans l'expression du mal être chez les adolescents

Pour Patrick Ayoun, « la difficulté à dire les représentations chargées d'émotions ou d'angoisse du fait de leur intensité explique la prépondérance de l'usage du corps dans l'expression du mal être psychique de l'adolescent » [5].

De plus, nous avons vu que l'adolescent va avoir une relation toute particulière avec son corps ; ce dernier va être source d'insatisfaction et donc être rejeté. Le corps de l'adolescent est un corps bruyant [30].

De nombreuses conduites observées vont témoigner de cette relation particulière et privilégiée de l'adolescent avec son corps : automutilations, tentatives de suicide, dysmorphophobie [21].

L'expression de souffrances psychiques et d'angoisses va se faire souvent par des plaintes somatiques. Les plaintes somatiques peuvent être diverses [21] : douleurs au ventre, au dos, au genou ...

2.4 Illustration à travers certaines pathologies

2.4.1 Les troubles schizophréniques

L'adolescence est une période critique pour le problème des schizophrénies. On relève 3 enjeux principaux [21] :

- La difficulté de diagnostic d'une schizophrénie émergente ; on retrouve en effet, des similitudes entre les symptômes psychotiques et la crise adolescente. Entre autres, les changements pubertaires donnent à l'adolescent une impression d'étrangeté et d'irréalité, il est dans un corps qui ne lui ressemble plus, qu'il ne maîtrise plus. Nous pourrions rapprocher cela des états de dépersonnalisation [21].
- La question de l'évolution, il est possible à l'adolescence que des symptômes psychotiques soient passagers. De plus, des diagnostics différentiels sont possibles. Il n'est cependant pas question de banaliser les signes cliniques.
- La question du lien entre adolescence et fonctionnement psychotique. Il est vrai que de nombreux mouvements de la phase de développement à l'adolescence présentent une potentialité psychotique.

2.4.2 La dépression

Comparativement à l'adulte, la dépression de l'adolescent a plus de risque de passer inaperçue pour plusieurs raisons [21]:

- Expression : Les plaintes de nature dépressive sont rarement faites ouvertement. La plupart du temps elles se manifestent par des comportements non mentalisés : “inhibition, retrait, attitude négative, opposition, agressivité. En revanche, il peut reconnaître sa souffrance si on la nomme” [21].
- Humeur : elle est souvent plus irritable que triste ce qui favorise des contre attitudes agressives plutôt qu'empathiques.
- Remobilisations : peuvent être possibles dans certaines circonstances. Le risque est que, lorsque l'adolescent n'arrive pas à se remobiliser, cela passe par de la paresse ou de la mauvaise volonté.
- Inversion de la symptomatologie (plus atypique) : “hyperactivité, agitation et passage à l'acte plutôt que figement ; hypersomnie, augmentation de l'appétit et hyperphagie plutôt qu'insomnie et anorexie” [21].

2.4.3 Trouble de la personnalité limite (borderline)

Le cadre sémiologique des états borderlines chez l'adolescent est flou. En effet, on peut observer des points communs entre le processus de l'adolescence et les états limites notamment concernant le fonctionnement mental et les mouvements dynamiques conflictuels [12].

Comme similitudes nous pouvons citer “la fréquence de l’angoisse, l’importance de la dépression, la prévalence du passage à l’acte, la fréquence des tentatives de suicide et les conduites toxicomaniaques” [21].

On peut se demander si “l’adolescence elle-même [n’est] parfois pas vue comme un état limite ?” [12]. Cela rend difficile le diagnostic des états limites à l’adolescence d’autant plus que “pour de nombreux cliniciens, les états limites peuvent s’apparenter ou se confondre avec d’autres pathologies” [12].

3. Unité d’hospitalisation psychiatrique temps plein pour adolescents

3.1 Présentation

En octobre j’ai débuté un stage qui a duré 8 mois, au sein d’une unité d’hospitalisation psychiatrique temps plein pour adolescents âgés de 11 à 18 ans. Cette unité fait partie du Pôle Hospitalier et Universitaire de Psychiatrie de l’Enfant et de l’Adolescent.

Les patients intègrent l’unité à la demande de leur famille ou de professionnels qui les suivent. Ils sont pour la plupart en période de crise et présentent des problématiques psychiatriques ou comportementales telles que des troubles anxieux, dépressifs, obsessionnels compulsifs, des psychoses...

Les patients peuvent arriver sur des hospitalisations programmées, de l’hôpital de jour de crise, du Secop, de la post urgence ou de l’hôpital des enfants.

La durée moyenne d'hospitalisation est de 3 semaines et varie en fonction des objectifs de soin du patient ainsi que de l'évolution des éléments cliniques qui sont rediscutés en équipe lors du staff du lundi matin ainsi que lors des transmissions quotidiennes.

L'unité est divisée en deux sous unités :

- Une pour soins aigus, avec des patients nécessitant un accompagnement de proximité, une prise en charge plus contenante. Cette sous unité comprend 6 lits et une chambre d'isolement.
- Une pour soins conventionnels avec 14 lits et une salle d'apaisement

Selon les indications et les projets de soins, un patient peut être amené à être transféré d'une des deux sous unités à l'autre.

Les objectifs de cette unité vont être dirigés sur trois versants :

➤ Évaluation

L'évaluation clinique de manifestations émergentes thymiques, anxieuses, psychotiques... L'évaluation de cliniques résistantes aux prises en charge en cours et les évaluations thérapeutiques.

➤ Apaisement de la crise

Les adolescents intégrant cette unité sont dans une période de crise et ce séjour de courte durée a donc également pour but de les apaiser.

➤ Orientation

Un travail médico-social est mis en place afin de cadrer et sécuriser un maximum la sortie définitive du patient et d'éviter les ruptures de soin.

3.2 Spécificité de la durée d'hospitalisation

Mes recherches théoriques et observations cliniques m'ont amenées à me rendre compte des spécificités d'une prise en charge sur une hospitalisation de courte durée.

Cette durée va nécessiter une adaptation pour la prise en charge psychomotrice étant donné que nous ne connaissons pas en amont le temps d'hospitalisation précis de l'adolescent que nous recevons.

Le temps d'hospitalisation ne doit pas durer plus que nécessaire, il représente souvent la première étape de la prise en charge. Ce temps permet de protéger l'adolescent vis-à-vis d'une mise en danger éventuelle ainsi que de mettre en place un traitement médicamenteux. Il permet également de favoriser l'investissement des activités thérapeutiques et éducatives par les patients. L'hospitalisation favorise également la vie relationnelle avec les pairs ainsi qu'avec les soignants.

Ce temps va aussi permettre d'organiser la poursuite des soins à l'extérieur dans une structure comme un hôpital de jour [25].

Prolonger de trop le temps d'hospitalisation ne serait pas bénéfique aux patients. En effet, les patients vont soit se lasser de l'hospitalisation et peu à peu désinvestir les différentes prises en charge proposées ou alors se conforter dans cet environnement très contenant et sécurisant et ne plus vouloir sortir, ce qui n'est pas souhaitable. C'est pour cela que des hospitalisations programmées sont possibles.

Les médecins psychiatres organisent les sorties définitives et il arrive qu'ils effectuent un travail sociojuridique en collaboration avec l'assistante sociale lorsque certaines situations familiales posent question ou sont problématiques. Des actions sont alors mises en place afin de sécuriser au maximum les conditions de sortie des adolescents.

En revanche, l'hospitalisation ne doit pas être détournée à des fins sécuritaires ou d'hébergement social. L'hospitalisation est un geste médical en lui-même.

3.3 L'équipe pluridisciplinaire

Le psychomotricien travaille en collaboration avec une large équipe pluridisciplinaire constituée de médecins psychiatres, d'internes, d'un cadre de santé, d'une psychologue, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'une assistante sociale, d'une éducatrice spécialisée, d'un moniteur-éducateur, d'agents de services hospitaliers (ASH) et d'assistants médico administratif (AMA).

Les soignants et notamment l'équipe infirmière jouent un rôle important d'écoute et de conseils éducatifs. Ils passent en effet beaucoup de temps avec les adolescents et partagent leur quotidien.

L'unité est en collaboration avec des professionnels extérieurs comme des médecins généralistes, des gynécologues, des neurologues, les équipes d'addictologie, une diététicienne, une socio-esthéticienne et un éducateur sportif. De plus, afin d'assurer le maintien du lien avec la scolarité, des cours sont proposés par des enseignants spécialisés au sein de l'unité.

3.4 Rôle du psychomotricien

Le psychomotricien intervient sur prescription médicale et réalise des actions d'évaluation, de prévention et de prises en charge individuelles et/ou groupales.

Son rôle est :

- d'apprécier les troubles psychomoteurs et les potentialités des adolescents
- de mener des bilans à visée diagnostique
- de déterminer les interventions en lien avec le projet de soin individualisé du patient

Il participe également à la création et à l'animation ou co-animation d'ateliers thérapeutiques tels que l'atelier des sens, l'atelier de relaxation ou l'atelier des émotions auquel j'ai pu participer tout au long de mon stage.

D'après Contant et Calza, « une des fonctions qu'occupe le psychomotricien à l'hôpital psychiatrique et ce qui constitue sa spécificité sera de faire redécouvrir au patient le plaisir de l'utilisation de son corps, le goût de parler, d'explorer à nouveau toutes ses possibilités corporelles, en un mot, de communiquer et d'avoir envie de le faire. » [11].

Pour cela, il est important que le patient s'implique corporellement dans sa prise en charge, l'alliance thérapeutique avec le psychomotricien sera alors un élément clé.

Partie 2 : L'alliance thérapeutique



Tableau de Henri Matisse, *La Danse* (1909-1910), musée de l'Ermitage, Saint Pétersbourg.

<https://blog.artsper.com/fr/la-minute-arty/analyse-dun-chef-doeuvre-la-danse-dhenri-matisse/>

1. Théorie

1.1 Définitions

Le mot alliance vient du latin *adligare* qui signifie “lier à”, “attacher à”. L’alliance désigne donc de manière générale une union.

Concernant l’alliance thérapeutique, elle peut être définie comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute, dans la visée de l’atteinte des objectifs fixés conjointement [34].

Maximilien Bachelart, définit l’alliance thérapeutique comme “un accord commun, plus ou moins explicite entre deux protagonistes d’ordre intellectuel et affectif” [6].

D’une manière générale, les définitions s’accordent à dire que c’est une notion multidimensionnelle, incluant les dimensions de collaboration, de mutualité et de négociation [7].

Pour Edward S. Bordin, les trois composantes interdépendantes de l’alliance thérapeutique sont [7] :

- Les tâches, qui sont des activités spécifiques pour lesquelles le patient doit s’engager. Elles sont à effectuer pour atteindre les buts fixés.
- Les buts, ce sont les objectifs généraux vers lesquels le suivi est dirigé. Ils sont fixés par la rencontre, en lien avec la demande.
- Le lien qui est la relation entre patient et thérapeute.

1.2 Les prémices de l'alliance thérapeutique

1.2.1 S. Freud et la notion de transfert

Le premier à parler en 1895 de la nécessité d'une collaboration entre praticien et patient est Sigmund Freud [6]. Il s'est intéressé à la notion de transfert dans la relation, notamment à partir des projections du patient sur le thérapeute.

Pour Freud, le transfert correspond à un épisode déjà-vécu méconnu de l'analyste qui se rejoue dans la cure analytique. Il est associé à la notion de contre transfert, qui désigne le résultat de l'influence du patient sur les sentiments inconscients de l'analyste [3].

Le transfert repose donc sur un mouvement psychique inconscient et refoulé par le patient, au contraire, l'alliance va reposer sur des liens thérapeutiques concrets notamment affectifs [3].

Sigmund Freud a également développé la notion d'attachement positif à l'analyste qui prend naissance dans la relation lorsque la partie "saine" du Moi du patient est en capacité de développer un pacte analytique avec le thérapeute afin d'instaurer une véritable relation. Il dira même qu'un des premiers objectifs de la psychanalyse est "d'attacher l'analysé à son traitement et à la personne du praticien" [34].

Une fois créé, le lien constitue le fondement nécessaire à la poursuite d'un travail analytique.

Le concept d'alliance a donc pris naissance au sein de la psychanalyse, ce qui n'a pas empêché qu'il soit très controversé dans ce milieu. En effet, trois conceptions différentes se sont dégagées [34].

Première conception : L'alliance et le transfert seraient liés. Cette conception était notamment celle de Sigmund Freud dans sa conception du pacte établi entre le patient et le thérapeute, pacte conçu comme une forme de transfert positif.

Deuxième conception : l'alliance thérapeutique serait une entité à part entière et indépendante du transfert.

Troisième conception : L'alliance thérapeutique ne serait pas une entité, elle n'existerait tout simplement pas; car la relation entre thérapeute et patient n'est qu'un phénomène transférentiel.

Les auteurs s'accordent tout de même généralement à reconnaître qu'une certaine collaboration s'instaure entre le patient et le thérapeute.

1.2.2 Elizabeth Zetzel

La première à réellement affirmer le caractère essentiel de l'alliance thérapeutique à l'efficacité de n'importe quelle intervention thérapeutique dans les années 1950 est Elizabeth Zetzel, psychiatre et psychanalyste américaine. De plus, elle affirme que l'alliance est dépendante de la capacité à fonder une relation de confiance stable [7].

1.2.3 Ralph Greenson

De son côté, Ralph Greenson, psychiatre et psychanalyste américain développe le concept d'alliance de travail en 1965. Il considère que l'alliance est une habileté du patient et du thérapeute à travailler dans le sens de l'objectif visé. Il explique que des mouvements transférentiels peuvent infiltrer l'alliance mais que la vraie relation constitue l'essence même de l'alliance [7].

L'alliance thérapeutique a donc peu à peu pris sa place à partir de la fin du 19ème siècle. Elle a été reprise par différents auteurs qui ont mis en avant l'importance de la relation entre le patient et son thérapeute.

1.3 Fonction de l'alliance thérapeutique

Au XXème siècle se sont développées de nombreuses écoles à vocation psychothérapeutique. Suite à cela des évaluations de ces pratiques se sont mises en place, soit en mesurant l'efficacité des différentes psychothérapies, en les comparant entre elles ou alors en faisant une analyse des effets de chaque méthode.

Ces évaluations ont permis de montrer que le facteur qui offre la variance la plus élevée dans les effets obtenus est la notion d'alliance thérapeutique. Cela a eu pour effet une augmentation de l'usage de la notion d'alliance thérapeutique. Le courant cognitif et comportementaliste a alors reconnu la place centrale de l'alliance thérapeutique [6].

Ce n'est donc pas telle ou telle méthode thérapeutique qui est efficace, mais plutôt le jeu subtil d'adéquation entre le praticien et le soignant [34].

Selon Edward S. Bordin, l'alliance serait un levier sur lequel le patient va pouvoir s'appuyer pour adhérer à la thérapie et poursuivre le suivi [7].

Ces théories peuvent s'étendre au domaine de la psychomotricité, en effet, même si ces conceptions ont longuement été étudiées au sein des professionnels de la psyché, la psychomotricité, elle aussi semble s'appuyer sur ce processus dans le soin.

Nous pouvons donc dire que la notion l'alliance a beaucoup varié au cours du temps, pour autant un consensus s'est dégagé sur une alliance construite sur deux grands piliers : la collaboration établie entre le patient et le thérapeute et les capacités de chacun à négocier un contrat adapté à la nature de la thérapie avec d'autre part l'engagement de chacun à la clé.

De plus, des études ont permis de montrer que la qualité de l'alliance est bien un facteur prédictif majeur de l'issue thérapeutique.

1.4 Comment mettre en place une alliance thérapeutique ?

L'équipe de Lausanne a déterminé quatre critères centraux afin de guider une alliance thérapeutique constructive [7] :

- un bon ajustement entre contenance et exploration
- une bonne correspondance entre le type de défense du patient et les défenses effectives manifestées par le patient
- une bonne correspondance entre le contenu des interprétations et le conflit relationnel central dont souffre le patient
- une bonne capacité du psychothérapeute à amener à la conscience les conflits sous-jacents entre les différents éléments évoqués mais non reconnus par le patient

Il s'agirait pour le praticien de trouver un bon ajustement entre exploration et contenance, et de savoir s'ajuster aux caractéristiques dynamiques de son patient [7].

Pour Walborn, l'alliance thérapeutique commencerait à se former lorsque le patient se sent compris par le praticien.

Le cadre, en devenant contenant et sécurisant en présence de son interlocuteur permet au sujet d'exprimer certains aspects de lui-même qu'il n'avait pas reconnu jusqu'à présent [6].

Les critères énoncés par ces différents auteurs sont juxtaposables à la pratique psychomotrice afin de mettre en confiance les patients et de les rendre actifs dans la prise en charge.

1.5 Piliers relationnels de l'alliance

1.5.1 L'accordage

La notion d'accordage, d'après Cécile Hanon et Julien Fousson, met l'accent sur l'implication du professionnel dans la relation au patient, là où l'idée d'alliance thérapeutique insiste sur la mobilisation du malade en vue d'adhérer aux soins. Dans la notion d'accordage ce serait donc au soignant d'aller vers le patient, de se mettre à son rythme, de rencontrer la personne "là où elle en est" [16].

Il semble que cette notion d'accordage soit un préalable à cette d'alliance thérapeutique. En effet, c'est en s'accordant au patient qu'il pourra à son tour faire confiance au soignant pour ensuite être dans l'alliance.

Patrick Ayoun nous dit que « l'essentiel du soin aux adolescents va reposer sur la recherche d'un accordage intersubjectif »[5].

La notion d'accordage a également été employée dans le champ de la psychologie développementale par Daniel Stern à travers la notion d'"accordage affectif". Cette notion désigne le processus dynamique par lequel la mère se synchronise à son enfant afin de constituer avec lui un espace intersubjectif [16].

L'idée d'une rencontre intersubjective se structure par un ajustement à l'autre continu au fil des interactions.

L'accordage entre la mère et l'enfant a été abordé par J. De Ajuriaguerra à travers la notion de dialogue tonico-émotionnel. En effet, un portage adéquat de la mère et de bonnes conditions d'accordage entre la mère et le bébé vont mener au bon développement tonique de l'enfant [31].

On peut relier cette notion d'accordage à la théorie de Winnicott sur la fonction de la mère à répondre de façon adéquate aux demandes du bébé. Il dit que l'enfant a besoin d'une "good enough mother", une mère assez bonne [1].

Il développe trois notions :

- le holding qui désigne la façon dont l'enfant est porté sur le plan psychique et corporel
- le handling qui désigne la manière dont le bébé est traité, manipulé, soigné
- l'object presenting qui est la manière dont on présente le monde à l'enfant, le fait que la mère offre son sein au bon moment.

1.6.2 La relation de confiance

Bellenger décrit la relation de confiance comme « un processus où chacun prend progressivement de petits risques l'un envers l'autre » [24]. Une bonne relation thérapeutique permettra donc la mise en place de l'alliance thérapeutique. Ce sont deux termes intimement liés.

Il est recommandé d'après Marc-Simon Drouin de fournir au patient un regard positif. Cela pourrait permettre de renforcer le moi, renforcer la capacité du patient à s'impliquer dans une relation thérapeutique significative ainsi que dans le processus thérapeutique. Cela permettrait également le dévoilement de soi et l'atteinte du plein potentiel de la personne [15].

Philippe Scialom dit que “la relation établie entre un psychomotricien et son patient est sans doute l'un des moteurs sans lesquels la meilleure des techniques serait peu opérante” [1].

1.6.3 L'empathie

Cette notion est difficile à définir, les spécialistes n'ont en effet pas réussi à s'accorder sur une définition univoque du terme.

L'empathie est une construction mentale élaborée composée de trois processus : cognitif, affectif et de maîtrise.

C'est un mode de communication double d'identification et de différenciation. Il est important que l'identification soit contrôlée, en effet, bien que l'on appréhende l'autre de manière globale aussi bien sur le plan cognitif qu'affectif, il faut savoir préserver sa propre différence.

L'empathie nécessite donc la compréhension de l'état mental de l'autre (théorie de l'esprit) mais aussi l'appréhension de l'état affectif de l'autre sans le partager. Il ne doit pas y avoir contagion affective [1].

2. En psychomotricité

Nous avons vu que les concepts théoriques de l'alliance, bien que d'avantages portés par les mouvements psychanalytiques et psychothérapeutiques, sont en lien avec le développement psychomoteur. Or nous nous basons sur les notions en lien avec le développement psychomoteur pour construire nos pratiques psychomotrices. Alliance thérapeutique et pratique psychomotrice vont donc être intimement liées. En effet, en psychomotricité, l'alliance va être centrale dans notre approche thérapeutique car elle va permettre au patient de s'investir pleinement dans les activités proposées.

Cette adhésion est d'autant plus importante lorsque nous travaillons avec une population adolescente ; elle est indispensable pour commencer un travail thérapeutique. L'engagement de l'adolescent en son nom propre est nécessaire [30].

Plusieurs éléments vont venir participer à la mise en place de l'alliance thérapeutique en psychomotricité.

2.1 Le cadre thérapeutique

Pour Catherine Potel, "le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée" [31].

Catherine Potel dit que pour aider les patients à se séparer et à se différencier, il faut du « tiers » [31]. Ce tiers est le cadre matériel qui passe par les règles, les repères temporo spatiaux et permet l'expression corporelle en toute sécurité.

Un cadre nécessite donc plusieurs conditions pour être thérapeutique :

❖ Espace

Catherine Potel dit que le cadre thérapeutique va limiter l'espace de la prise en charge [30].

Pour Alina Veesser, "l'espace de la salle peut s'apparenter à un contenant, un réceptacle qui permet de contenir les expériences sensorielles et motrices" [35]. La fonction pare-excitatrice du cadre est ici mise en lumière.

❖ Matériel

La constance du matériel a son importance puisqu'elle va permettre au patient de se l'approprier et donc de s'en servir d'appui [35]. Il sert de support aux intégrations et à l'imaginaire [31]. Le choix du matériel peut être varié et va dépendre des appétences de chaque psychomotricien.

❖ Temps

Il est important de fixer l'heure, la durée ainsi que la fréquence des prises en charge. En effet, "la notion de rythmicité participe à la contenance du cadre" [35]. Cela va permettre aux patients de repérer ce temps dans leur semaine [31].

❖ Encadrement

Il peut être fait par le psychomotricien seul ou avec d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire en co animation. Pour Catherine Potel, "la mise en place d'un travail pluridisciplinaire est toujours d'une grande richesse, tant pour les patients que pour les thérapeutes" [31]. Les personnes encadrant la séance sont garantes du cadre thérapeutique.

❖ Fonctionnement institutionnel

Les prises en charge se font dans le cadre de l'institution qui a de nombreuses règles de fonctionnement ; celles-ci vont donner des repères fiables et sécurisants aux patients [30].

❖ Le psychomotricien

Le cadre thérapeutique est également porté par le psychomotricien via ses théories et ses apports cliniques. Catherine Potel dit que “définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre”. De plus, grâce à son attitude, sa posture et ses comportements, le psychomotricien permet que le cadre soit respecté [31].

La salle de psychomotricité est organisée afin de créer différents espaces distincts.

Le bureau où vont avoir le plus souvent lieu les entretiens initiaux ainsi que les prises de rendez-vous. Les poufs autour d'une table basse pour réaliser les activités ludiques statiques.

Le matériel est rangé de façon fixe à chaque fin de séance : le matériel artistique dans le placard, les jeux de société près de la fenêtre, d'un côté le matériel de boxe et de l'autre le matériel pour les activités motrices.

Lors de chaque séance nous donnons un post-it à l'adolescent avec la date et l'heure du prochain rendez-vous afin qu'il puisse le mettre dans sa chambre pour aider au repérage temporel. De plus, chaque rendez-vous est noté sur un planning commun à toute l'équipe afin que tous soient au fait de l'organisation de la journée de chaque patient.

Le temps des séances est fixé à 45 minutes mais il est possible de le réduire si l'adolescent est dans un état qui ne permet pas de poursuivre.

2.2 Le choix de la médiation

En psychomotricité nous utilisons le corps comme objet de relation, nous passons directement par le corps pour mieux saisir les enjeux psychiques que le patient ne parvient pas à verbaliser. Les médiations corporelles et les objets médiateurs vont donner forme aux vécus corporels. Ils vont être des supports pour favoriser l'alliance thérapeutique ainsi que le potentiel créatif du patient [1].

La médiation est une aire transitionnelle qui va jouer un élément tiers dans la relation entre le psychomotricien et le patient. Cela peut être rapproché de la notion d'objet transitionnel décrit par Winnicott comme étant un symbole de l'union à la figure maternelle. Il permet lors de la séparation avec la mère de garder un lien avec cette dernière de manière symbolique [1].

Le choix de la médiation va être un premier pas vers l'alliance avec le patient, le questionner sur ses appétences et sur ce qu'il souhaite travailler va permettre une meilleure implication du patient autour des tâches et des objectifs de la prise en charge. De plus, elle facilitera la relation et le travail thérapeutique [29] . L'envie d'aller vers une certaine médiation peut lui être suggérée par le psychomotricien lui-même.

Dans cet espace transitionnel singulier auront lieu des expériences par le biais de l'expression et des résonances du corps.

2.3. Partage d'expériences corporelles

Les expériences corporelles faites par le biais de la médiation se partagent. En effet, le plus important n'est pas le savoir-faire mais que ce soit une expérience partagée vivante [30].

Dans une prise en charge individuelle, la médiation sera partagée avec le psychomotricien. Lors des prises en charge groupales elle sera partagée avec les soignants présents mais également les autres patients.

Grâce à ce partage, le patient va pouvoir s'identifier au psychomotricien ou à ses pairs. Cela va l'aider à relancer son processus de représentation du corps et à construire une image corporelle de nouveau en mouvement.

Pour Catherine Potel, “proposer une médiation, c’est proposer un lieu d’expériences partagées entre le patient et le thérapeute, une zone de transitionnalité, qui sert à la construction de soi” [36].

Pour Winnicott, proposer aux adolescents des médiations qui vont soutenir leur créativité personnelle et groupale, c’est les aider à se construire, dans leur corps comme dans leur tête, et les valoriser narcissiquement [30].

L’expérience corporelle en psychomotricité va impliquer un partage émotionnel entre le thérapeute et le patient. En effet, “l’émotion est toujours liée au corps” [9]. De par ces mises en mouvements corporelles spécifiques à la pratique psychomotrice, le patient construit son lien au monde [9].

2.3.1 Engagement corporel du psychomotricien

L’engagement corporel du psychomotricien et donc sa part active dans la prise en charge est nécessaire pour ce partage d’expérience. Philippe Scialom dit qu’en psychomotricité l’établissement d’un lien se fait par l’engagement corporel du psychomotricien [1]. Pour Alexandrine Saint-Cast, “l’intervention du psychomotricien est une facilitation de la mise en acte des potentiels du sujet” [36].

Pour Moyano [1], l'implication corporelle est la relation partagée entre l'enfant et le psychomotricien dans le cadre des séances. L'enfant va utiliser le psychomotricien comme premier support relationnel afin de construire son système de représentation. Cela va permettre de générer dans les interactions des traces mnésiques mais aussi affectives.

La relation intersubjective entre le patient et le psychomotricien va permettre de construire un affect nouveau, actuel à travers une expérience neuve et constructive.

C'est à travers cette expérience que se mettront en route les processus d'organisation du corps, de l'espace et du moi.

C'est à partir de la relation que tout se construit en thérapie psychomotrice. Mais cela nécessite une implication importante du psychomotricien, aussi bien psychique que corporelle. Le psychomotricien va donc travailler avec son corps engagé dans la relation thérapeutique. Son corps est donc médiateur de la relation à l'autre.

2.3.2 Ajustement corporel du psychomotricien

Le psychomotricien va porter une attention particulière pour les perturbations qui surviennent au cours de l'activité motrice. L'implication perceptive et corporelle du psychomotricien dans la compréhension de son patient est faite de micro-ajustements sources de nombreuses modifications dans l'organisation de son action [28].

Il est donc important que le psychomotricien reste attentif aux signes corporels et émotionnels du patient, afin de pouvoir y apporter une réponse aussi bien au niveau sensoriel et corporel qu'au niveau du langage. En effet, il existe un lien entre la vie affective et la corporalité [1], qui peut permettre de donner de précieuses indications sur l'état psychique de la personne, notamment lorsque les patients ne sont pas disposés à communiquer

verbalement. On peut par exemple observer des mouvements répétés au niveau des jambes chez les patients anxieux, une rupture du contact oculaire... La communication non verbale correspond à environ 80% de l'information émise [1].

Cet ajustement se fait grâce au dialogue tonico-émotionnel entre le psychomotricien et le patient. Il va permettre de restaurer pour ce dernier un sentiment d'être au monde dans la sécurité affective. On retrouve ici, les grands principes Winnicottien du développement de l'enfant : holding, handling, object presenting lui permettant de développer le sentiment continu d'exister et sa capacité à être seul.

Dans la thérapie psychomotrice, le patient traverse des étapes que l'on peut associer aux notions de Winnicott développées précédemment :

- Le holding : portage par l'accueil réel du patient, la proposition d'un travail corporel : relaxation, enveloppement, éprouver et vivre sa sensorialité qui va développer la fonction du maintien du Moi.

- Le handling : la façon très concrète de par ce que je suis, comment je vais proposer, mettre en œuvre ce travail, soutenant ainsi le travail de contenance en tant que psychomotricien

- L'object presenting : la façon dont le professionnel propose telle ou telle expérience en lien avec ce que le patient amène de sa problématique.

Mettre des mots sur le dialogue tonico émotionnel va avoir une fonction d'appel à l'intégration qui participe à l'édification des bases de la représentation du corps [1].

L'engagement tonico émotionnel et verbal du thérapeute en psychomotricité se situe dans une dimension contenant vis-à-vis du sujet. La contenance est un réceptacle aux angoisses du patient. Par ses communications non verbales, le thérapeute doit offrir des signaux de sécurité posturaux et faciaux [1].

Le psychomotricien doit également être capable d'une vraie présence, en effet, l'adolescent a besoin d'être rassuré dans ses positions narcissiques. Une attitude trop proche des imagos parentales (rigidité) ne va pas lui permettre d'aller au-delà de ses attitudes d'opposition qui le protègent et une attitude trop complaisante ne le rassurera pas. Il faut donc trouver le juste milieu [30].

Il est important de respecter la distance sociale propre à chaque patient. De même, il faut être vigilant avec le canal cutané qui peut mettre mal à l'aise le patient. Le toucher doit être supporté par une thérapie spécifique [1].

De bonnes capacités d'ajustement du psychomotricien vont participer à la mise en place de l'alliance thérapeutique.

2.4 De la sensation à la représentation

En psychomotricité, le chemin thérapeutique passe de la sensation à la perception puis à la représentation. Cette boucle est souvent interrompue chez les patients qui vont se retrouver "en panne" pour verbaliser leurs ressentis. Leur capacité d'élaboration est mise à mal.

L'objectif va alors être de faire vivre des expériences corporelles au patient pour induire des stimulations sensorielles. Cela va passer par des activités ludiques, investies activement par le psychomotricien, qui vont favoriser la mise en place de l'alliance avec le patient.

Ces sensations archaïques, pour être perçues, vont être verbalisées par le psychomotricien qui va jouer son rôle de fonction symboligène. En effet, l'implication corporelle du psychomotricien va être support d'identification pour le patient. On peut dire qu'il "prête" à la fois son propre psychisme et son propre corps.

C'est grâce à cet étayage du psychomotricien que les perceptions deviendront à force de répétitions des représentations pour le patient. Pour Catherine Potel, l'objectif du psychomotricien lors d'une action thérapeutique est de permettre une "mise en pensée du corps" [31].

Cette aide à la mise en conscience et en mot des vécus du patient peut être rapprochée de "la fonction Alpha" de la mère décrite par Bion [31]. Pour lui, la relation entre la mère et son enfant est une relation "contenant-contenu". La mère sert de contenant pour toutes les émotions de déplaisir que l'enfant projette de façon brute (éléments bêta) afin de les renvoyer détoxifiées et donc supportables (éléments alpha).

On peut donc dire que pour s'ancrer symboliquement dans le corps, la pensée nécessite la médiation tierce de l'autre.

Pour Catherine Potel, le psychomotricien doit présenter deux qualités afin d'assurer son rôle « symboligène » : sa capacité à être lui-même investi dans ce qu'il propose et sa capacité à s'extraire de cet investissement. De cette manière, il pourra recevoir ce qui se vit chez le patient, entendre ce qui émerge des formes premières d'expression pour aider à la mise en langage [30].

Vignette clinique : Pierre

Pierre présente des conduites auto-agressives, une grande rigidité et de moins en moins d'expressivité.

Nous lui proposons dans le cadre des séances de psychomotricité un travail de relaxation auquel je participe également de ma place de stagiaire. Lors d'une de nos séances, afin de faire prendre conscience à Pierre des mouvements de son corps lors de la respiration, le psychomotricien place progressivement des sacs lestés sur différentes zones du corps : les épaules, la poitrine et le ventre.

À la fin de cette expérimentation, un temps d'échange a lieu afin de faire part de nos impressions et de nos ressentis. Pierre peine à trouver ses mots, l'élaboration est difficile. Viens alors mon tour d'exprimer ce que j'ai pu ressentir lors de ce même travail. Lorsque je parle de la sensation d'oppression que j'ai ressentie lorsque les sacs lestés étaient au niveau de ma poitrine, Pierre se reconnaît dans mes propos ce qui lui permet de dire que lui aussi a eu cette sensation.

On voit donc bien là que le fait de partager cette même expérience sensorielle avec Pierre, a permis que je puisse à partir de mes ressentis, étayer l'élaboration et la verbalisation des siens.

Ainsi, non seulement le psychomotricien a un rôle essentiel de médiateur, mais la médiation participe également à la construction des représentations.

Les médiations vont permettre de proposer d'autres supports à la symbolisation, là où les modes de symbolisation habituels ont échoué. L'enjeu va donc être de proposer une médiation qui va permettre une intégration symbolique qui puisse ensuite faire sens et venir enrichir les représentations du patient.

Les « thérapies à médiation » permettent de donner forme à ce qui n'est pas encore organisé, d'accueillir ce qui est resté archaïque, non lié au langage. En effet, Catherine Potel nous rappelle que l'accès au langage est ce qui signe l'intégration dans la psyché des traces mémorielles vissées au corps [30].

2.5 L'importance de l'entretien

L'entretien va avoir une importance toute particulière pour la mise en place de l'alliance thérapeutique. Nous allons tenter de négocier une accroche, une alliance avec l'adolescent [31].

Lors de l'entretien, les aspects du cadre ainsi que les possibles médiations vont être présentés. Il commence par une présentation de la salle de psychomotricité et du matériel à disposition. Une explication du travail en psychomotricité est faite afin que le patient comprenne ce qui peut être fait lors des séances. Le patient peut alors poser des questions et exprimer ses besoins, ses envies ou au contraire ce qu'il ne souhaite pas faire ou ses craintes.

Le psychomotricien va poser des questions relevant plus de son lien au corps, le patient a en effet déjà rencontré la plupart du temps un grand nombre de professionnels et a déjà fait de nombreux entretiens. L'idée est ici de cibler nos questions sur son rapport au corps et sur ses sensations corporelles. Pour Catherine Potel, les adolescents, d'une façon indirecte, "parlent d'eux en parlant de leur corps" [31].

Parallèlement, le psychomotricien va pouvoir observer directement comment est le patient dans la relation, quelle est sa posture, sa communication non verbale... Cela va donner de premiers indices sur la qualité de l'alliance et de la relation entre le patient et le thérapeute. En effet, les chercheurs de l'université de Lausanne ont identifié des dimensions de langage verbal et infra-verbal dans les interactions entre parents et enfants, susceptibles de signaler l'engagement et le désengagement affectif des acteurs de la relation [22]. Pour Catherine Potel, lors des entretiens des éléments corporels et émotionnels significatifs sont observés [30].

Chaque entretien est unique et s'adapte au patient que nous avons en face de nous. Il va être important de trouver la bonne distance relationnelle à adopter avec l'adolescent . Une "trop grande proximité est beaucoup trop séductrice pour être rassurante, tandis qu'un contact trop distant est frigorifiant et rend l'adolescent méfiant [31].

Ce moment va donc être un premier pas vers l'alliance, il va nous donner des clés pour nous permettre de créer du lien avec le patient. L'adaptation et l'observation du psychomotricien va permettre de mettre en place des moyens thérapeutiques adaptés.

Entretien de Lola

Je reçois Lola, 14 ans, dans la salle de psychomotricité afin de réaliser l'entretien initial. Je lui présente la salle puis nous nous asseyons au bureau. Lola m'écoute avec attention, se tient bien droite et porte un masque (alors qu'ils ne sont plus obligatoires dans l'unité) ce qui m'empêche de voir son visage qu'elle décrit comme "peu expressif".

Lola s'exprime très bien et fait mature pour son âge, elle dit elle-même se sentir plus intelligente et mature que les autres adolescents de son collège qu'elle qualifie « d'abrutis ».

Lola dit ne pas se sentir angoissée même si j'aperçois par moment (surtout en début d'entretien) des tremblements au niveau de ses jambes. Elle me dit qu'il est difficile pour elle d'exprimer ses émotions et de les identifier que ce soit sur elle ou sur autrui sauf si la réaction est très stéréotypée.

Lola ne pratique actuellement pas d'activité physique mais a fait énormément de sports divers (judo, karaté, tennis, gym, danse...). Elle s'est blessée à plusieurs reprises (tendinite, entorse...). Elle me dit que cela est lié au fait qu'elle ait grandi vite et que ses tendons sont fins et donc fragiles. Sa croissance rapide est également la cause de douleurs au dos et aux genoux. Elle me confie se scarifier lorsqu'elle est chez elle au niveau de son bras gauche car c'est « le plus pratique ». Elle me dit y penser dans l'unité mais essaye de passer au-dessus en s'occupant.

Elle me dit aussi être tout le temps très fatiguée, faire des cauchemars, des paralysies du sommeil et avoir des difficultés à s'endormir. Ses cauchemars sont en lien avec ses phobies ou des choses imaginaires.

Elle me dit être stressée par le fait de ne pas avoir de réveil dans sa chambre et donc pas de notion de l'heure.

Au niveau social, Lola me dit aimer rester chez elle, elle verbalise à plusieurs reprises vouloir rentrer chez elle. Elle préfère être seule et voudrait manger dans sa chambre plutôt qu'avec le reste du groupe car elle se sent mal à l'aise de manger avec les autres.

Au niveau sensoriel, Lola dit à plusieurs reprises être perturbée par les bruits environnants (musique de la chambre d'à côté, bruit du stylo, aération). Elle décrit une hypersensibilité importante concernant tous les sens. Elle me dit ne pas aimer être touchée, être très dérangée par les textures notamment lors des repas ainsi que par les lumières vives. Au niveau olfactif, dès qu'une odeur est trop forte, elle ne la supporte pas.

Concernant ses sensations corporelles, elle me dit ne pas réaliser qu'elle est en vie, qu'elle se sent coupée du monde et qu'elle a l'impression d'être dans un rêve. Elle dit ne se sentir "ni tendue ni détendue", à l'impression de ne pas être là.

Elle me fait part du harcèlement verbal et physique qu'elle a subi de la Grande section à la 6ème.

Lola me parle du fait qu'elle ait potentiellement un Trouble du Spectre Autistique Asperger. Elle me dit avoir cherché des informations sur internet à ce propos et avoir trouvé des similitudes avec elle, notamment concernant les centres d'intérêt ciblés. En effet, Lola s'intéresse à la philosophie et la criminologie ainsi qu'à la psychologie et la médecine.

Lola me dit ne pas vouloir grossir et chercher à perdre du poids. Selon elle, elle doit manger moins car elle ne fait pas de sport. Elle me dit savoir qu'objectivement elle mange peu mais a tout de même la sensation de trop manger.

Concernant l'image de son corps dans le miroir, elle dit ne pas aimer se voir nue, trouver son reflet déplaisant. Cette situation la rend malheureuse.

Pour la suite, Lola dit être d'accord pour débiter un suivi en psychomotricité, elle me redit ne pas vouloir être touchée.

Cet entretien m'a permis de créer un premier contact avec Lola, de la rassurer concernant les modalités d'une possible prise en charge en psychomotricité et surtout d'obtenir son accord pour programmer le prochain rendez-vous. Avoir son aval va favoriser la mise en place de l'alliance et donc l'efficacité de la prise en charge.

Avec Lola, il pourrait être intéressant de venir travailler autour des émotions, notamment en groupe lors de l'atelier des émotions, puisque c'est une problématique qui vient d'elle et qu'elle m'a exprimée directement en voyant le tableau des émotions.

Une exploration sensorielle pourrait également être envisagée lors de prises en charge individuelles.

3. En unité psychiatrique pour adolescents

La prise en charge d'une patientèle adolescente en unité d'hospitalisation à temps complet va impliquer des contraintes spécifiques [5].

3.1 Spécificités adolescentes

3.1.1 L'opposition

À l'adolescence, la coopération peut s'avérer difficile et l'opposition de l'adolescent peut osciller entre une posture de passivité (ne coopère pas) ou des modalités plus directes (refuse de venir aux consultations).

L'adolescent manifeste son besoin d'être reconnu en s'affirmant en tant que personne [33]. Il est donc important que les soignants fassent preuve d'une autorité sécurisante vis-à-vis des adolescents [5].

3.1.2 Importance des limites

Les adolescents vont avoir tendance à tester et remettre en question les limites du cadre institutionnel. Il est important que les rôles de chaque professionnel soient bien identifiés par les adolescents, les différents membres de l'équipe soignante doivent former un maillage contenant et sécurisant, les limites et repères doivent être clairs. C'est ce qu'on appelle également le cadre thérapeutique. Cette importance des limites est accentuée en psychiatrie par le fait que la maladie les rend confuses [5].

Les règles de vie ont une fonction contenant et vont également venir structurer le cadre et les limites, il est important qu'elles soient portées collectivement par l'ensemble de l'équipe pour venir former une enveloppe sécurisante pour les adolescents. Cette cohérence de l'équipe concernant les règles est d'autant plus importante que nous savons que les adolescents vont venir tester les limites de ces règles.

Il existe cependant des ambiguïtés, il arrive que certaines règles soient appliquées différemment en fonction des soignants, notamment les règles qui sont appliquées en fonction des situations et qui relèvent donc du bon sens de chacun (donner des fils pour bracelet en chambre ou non par exemple).

Exemple de règle de l'unité :

Les adolescents sont ici dans une démarche de soin, par conséquent s'ils ne souhaitent pas participer à un atelier thérapeutique auquel ils sont inscrits, ils doivent aller en chambre et non retourner avec le groupe.

Ne pas se sentir en capacité de participer à un groupe est toléré mais dans ce cas il est demandé au patient d'aller s'isoler dans sa chambre. Il a bien sûr la possibilité d'appeler un soignant pour faire un entretien s'il a besoin de parler de ses difficultés ou de son mal-être.

3.1.3 L'alliance avec les parents

En unité psychiatrique pour adolescents, l'alliance doit se faire avec le patient mais aussi avec sa famille. En effet, la prise en charge des adolescents est contextuelle à un système familial qu'il est important de prendre en compte [33].

Ce sont principalement les médecins, les infirmiers et l'assistante sociale qui vont être directement en lien avec eux.

Il est cependant important de réserver des espaces différenciés pour les parents et pour l'adolescent. En effet, ce dernier est comme nous l'avons vu précédemment en plein processus de séparation et d'individuation [31]. Pour Catherine Potel, “si le thérapeute est trop pris, influencé ou identifié aux parents réels de l'adolescence, il lui sera plus difficile d'être à l'écoute des “parents imaginaires”, de suivre l'adolescent dans les représentations qu'il en a” [31].

3.2 Spécificité d'une unité psychiatrique fermée

3.2.1 Le lieu

L'aspect des lieux a son importance en effet, il va avoir un impact sur l'acceptation et l'efficacité des soins [5]. D'autant plus que pour Patrick Ayoun, “la possibilité d'intériorisation et d'appropriation du modèle de soin est un des objectifs de l'hospitalisation, afin que l'adolescent se saisisse du projet thérapeutique et développe ses capacités à prendre soin de lui-même” [5].

On attribue à chaque salle de l'unité une fonction spécifique afin de bien délimiter et organiser l'espace et les temps attribués à chacun. Nous retrouvons la salle à manger, le salon, la médiathèque, la salle d'activité artistique, la salle de classe et le patio extérieur qui sont des lieux de vie commune. À l'inverse, les chambres sont des lieux privés et individuels.

3.2.2 La vie en groupe

Les adolescents cohabitent dans l'unité ce qui mène parfois à des problématiques liées au groupe que les soignants et notamment les infirmiers et les aides-soignants doivent gérer. Ils doivent savoir gérer les conflits avec tact et fermeté sans provoquer des affrontements inutiles [5]. Ils ont une fonction contenante pour le groupe étant donné qu'ils sont présents 24 heures sur 24 avec eux.

Pour Patrick Ayoun, les interactions entre les pairs doivent être reconnues comme un atout et non comme une gêne [5]. En effet, l'adolescence est une période de socialisation importante où le groupe compte. Il ne faut cependant pas oublier qu'ils sont hospitalisés et qu'il faut donc faire attention aux questions posées, à ce que l'on raconte de son histoire qui pourrait mettre à mal d'autres adolescents. Il est important de faire comprendre aux adolescents qu'ils sont ici pour du soin, qu'ils ont chacun des problématiques spécifiques et différentes qui les rendent vulnérables et qu'il est important qu'ils fassent preuve de tolérance les uns envers les autres.

Il est également très riche de voir comment les adolescents interagissent entre eux, quelle est la dynamique du groupe, en effet cette dernière évolue au fil des semaines et des entrées et sorties de patients. Voir quelle place prend un adolescent dans un groupe en dit beaucoup sur sa manière d'être au monde, notamment avec des adolescents très anxieux ou déprimés. On peut parfois observer une évolution des relations avec les pairs au fur et à mesure de l'hospitalisation.

3.2.3 Soins sans consentement

On parle de soins sans consentement lorsque les patients intègrent le dispositif de soin à la demande de leurs proches ou de soignants extérieurs. Ceci ne va pas faciliter la mise en place de l'alliance qui, d'après Yann Auxéméry, est fortement corrélée à l'observance thérapeutique. D'autant plus qu'ils s'additionnent aux problématiques d'opposition de l'adolescence développées précédemment.

L'alliance a alors toute son importance pour permettre aux adolescents de mettre du sens à leur hospitalisation et donc maximiser l'efficacité des soins et des prises en charge malgré la mesure de contrainte [4].

3.2.4 La réunion soignants-soignés

Les problématiques concernant la vie en groupe, le matériel et les règles de vie vont pouvoir être discutées lors de la réunion soignants-soignés. Cette réunion a lieu tous les vendredis matin à 9h30 et dure 45 minutes. Elle réunit l'ensemble des patients et un maximum de professionnels de l'unité.

Ce temps permet aux adolescents de parler directement aux soignants des changements ou des améliorations qu'ils voudraient faire, que ce soit du matériel à acheter, des règles à repréciser, une dynamique groupale à discuter. Voir l'équipe réunie permet d'illustrer le maillage contenant que forme l'équipe. Cela montre que chaque soignant travaille en alliance avec le reste de l'équipe. Cela ajoute de la sécurité et de la contenance au cadre. Elle va être un levier pour créer l'alliance avec les patients et donne une part active aux adolescents pour améliorer le fonctionnement de l'unité. En effet, Yann Auxéméry dit qu'un travail pluridisciplinaire déployé en équipe va favoriser l'alliance thérapeutique [4].

3.3 Alliance et pathologies psychiatriques

En psychiatrie nous sommes la plupart du temps face à des patients déprimés, débordés par leurs conflits internes et insécurisés. Ceci va avoir un impact sur la mise en place de l'alliance.

Anne Plantade-Gipch cite notamment les attitudes défensives, l'évitement ou le désespoir qui seraient associés à une diminution de la qualité de l'alliance thérapeutique. Au contraire, elle dit que les capacités réflexives, introspectives, à composer avec les conflits internes, à se fier à lui-même et à s'affirmer seraient positivement corrélées à la qualité de l'alliance [29].

De même, les patients présentant des attachements insécures ou des vulnérabilités psychiques auraient plus de mal à développer et maintenir une alliance. Anne Plantade-Gipch donne notamment l'exemple des patients présentant une dépression chronique, un problème d'abus de substance ou une schizophrénie. Un travail approfondi sur l'alliance serait donc nécessaire pour ces patients [29].

Avec cette patientèle, il apparaît donc nécessaire de s'ajuster à leurs caractéristiques dans l'alliance.

On peut notamment rigidifier notre cadre thérapeutique pour lui apporter une fonction plus contenante. Ou au contraire, se montrer plus souple dans certaines règles en fonction des problématiques du patient.

Vignette clinique

Lola est une patiente que je rencontre d'abord au cours de la réunion soignants-soignés, elle semble anxieuse et je remarque qu'elle se lève pour quitter la salle à plusieurs reprises au cours de la réunion. Cela m'étonne, en effet, les règles sont claires : on ne quitte pas la réunion avant qu'elle ne soit terminée.

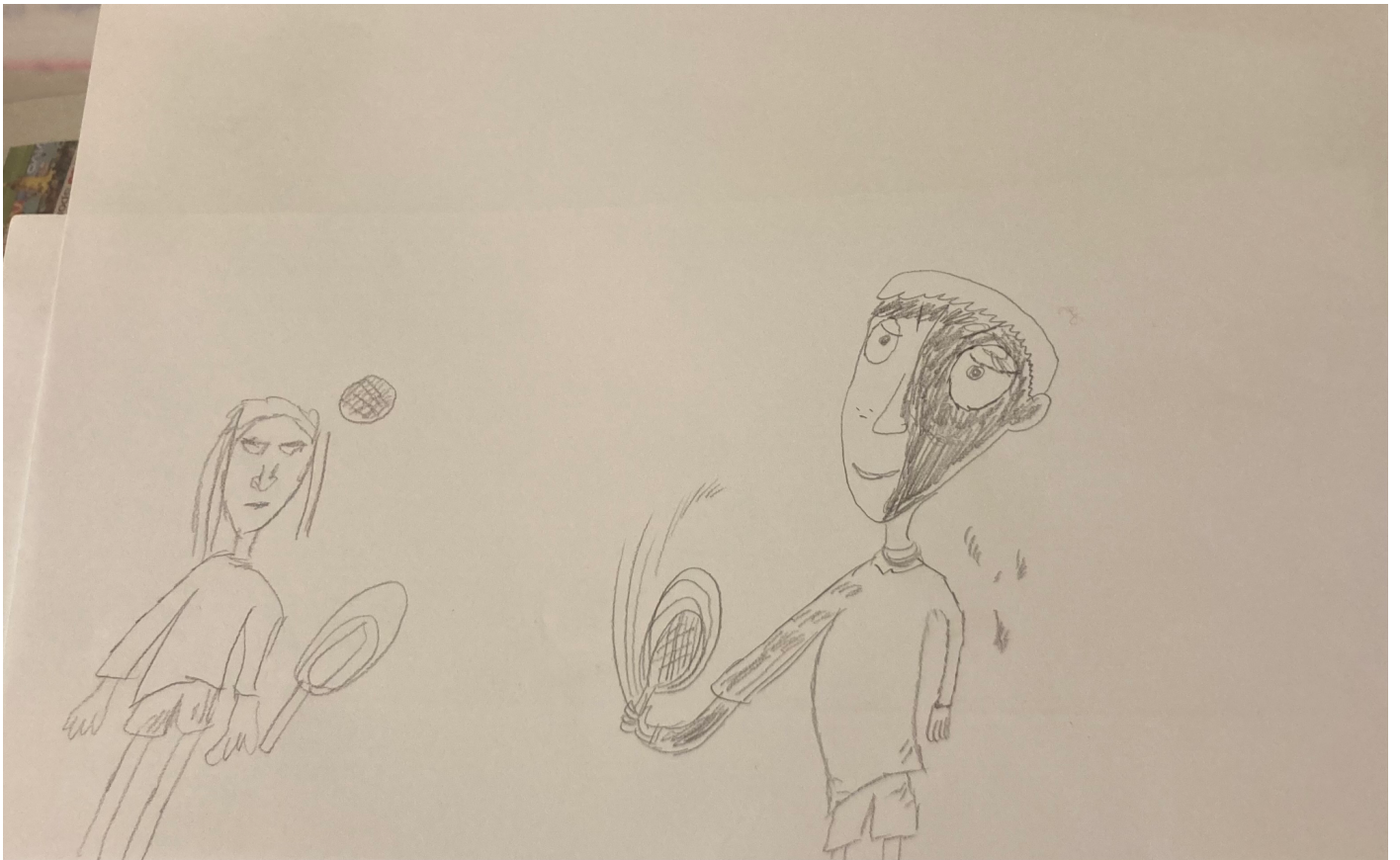
Je questionne mon maître de stage, d'autant plus qu'elle participe aujourd'hui à l'atelier des émotions.

Il m'explique alors que cette patiente très anxieuse, a besoin d'aller très régulièrement aux toilettes pour uriner bien que physiologiquement elle n'en ai pas réellement besoin. Cela serait lié au fait qu'elle se serait uriné dessus à la gare. Son père ne voulant pas "louper" le train ne l'a pas autorisée à aller aux toilettes.

Lola passe donc ses journées à aller aux toilettes et bien que le cadre n'autorise pas de sortir de la salle que ce soit en atelier ou en réunion, il ne serait pas bénéfique à Lola que nous ne l'autorisions pas à sortir pour se rendre aux toilettes.

Voilà donc un exemple d'ajustement que nous mettons en place afin d'assurer l'alliance mais aussi le bien-être des patients.

Partie 3 : Étude de cas



Dessin de Théo, fait au cours d'une séance de psychomotricité, nous représentant en train de jouer aux raquettes.

Je vais ici vous présenter le cas de Théo, jeune garçon de 12 ans d'origine asiatique, petit et frêle que j'ai pu suivre tous les vendredis sur 7 semaines.

Il est adressé depuis le domicile par sa pédopsychiatre pour évaluation clinique et thérapeutique. Sa pédopsychiatre évoque dans son courrier des troubles évoluant depuis plusieurs mois : des hallucinations, interprétations, persécutions.

Il a été mis sous antipsychotique (Abilify) depuis septembre, l'efficacité semble partielle sur les hallucinations et il y a persistance du sentiment de persécution.

Lorsqu'il arrive dans l'unité d'hospitalisation début janvier, Théo est mutique, avec une absence de contact oculaire. Il ne répond, lors du premier entretien avec la psychiatre, que par des hochements de tête, mais semble néanmoins comprendre les questions.

1. Anamnèse

C'est le médecin psychiatre référent de Théo qui réalise l'anamnèse avec les parents. Il vit avec ses parents ainsi que sa petite sœur.

Sur le plan développemental, on ne note pas de complication pendant la grossesse ni pendant l'accouchement. Ses parents disent qu'il était un bébé calme, qu'il ne pleurait pas beaucoup et qu'il avait un bon sommeil. C'était un bébé souriant en lien avec les parents et la communication non verbale était efficiente avant le langage. De plus, les parents ne décrivent pas de retard sur le plan de la motricité.

Théo a en revanche eu des difficultés dans la diversification de l'alimentation. On note également un retard de langage, en effet, Théo n'a parlé correctement que vers 3-4ans.

Théo n'a pas présenté de difficultés sur le plan des apprentissages que ce soit en maternelle, en primaire ou en 6ème. C'était un enfant qui aimait courir, jouer au foot, dessiner, faire des jeux de société, aller à la piscine et à la plage, faire du trampoline. Il n'a d'après les parents pas eu de mal à s'intégrer mais était tout de même plutôt isolé. Il n'était jamais invité, jouait avec sa sœur, inventait des BD, construisait des cabanes... Il a également subi quelques moqueries envers son origine asiatique.

Théo a commencé un suivi orthophonique durant sa primaire qu'il a poursuivi pendant plusieurs années.

C'est au milieu de l'année de 6ème que les parents de Théo décrivent une rupture progressive avec l'état antérieur. Ce n'est pas brutal, et il n'y a pas de facteur déclenchant identifié. Les parents décrivent une tristesse de l'humeur ainsi que plus de colère en lien avec l'école. Le père décrit des sortes de stéréotypies comme le fait qu'« il bougeait ses doigts » ou qu'il empilait les serviettes. Théo a rapporté à sa mère qu'il se faisait embêter à l'école, il se serait fait insulter par d'autres enfants qui le menaçaient de le frapper s'il en parlait à ses parents. Il n'aurait cependant pas subi de violence physique.

L'apprentissage se maintenait mais Théo montrait de forts signes d'anxiété en lien avec sa scolarité et il ne voulait pas dire qui étaient les auteurs de son harcèlement. Suite à cela, en Avril 2022 a débuté un suivi avec une pédopsychiatre.

Lors des vacances d'été entre la 6ème et la 5ème, Théo ne jouait pas, ne se baignait pas alors que c'est « d'habitude le premier à se jeter dans les vagues ». Il ne participait à aucune activité ; au restaurant, il s'asseyait seul.

La rentrée en 5ème a été extrêmement compliquée, Théo ne voulait pas sortir de la voiture, pleurait beaucoup et montrait des signes massifs d'anxiété. Ses parents l'ont forcé pendant plus d'un mois à aller au collège mais Théo n'y est plus retourné depuis le 19 octobre. Sa pédopsychiatre a alors commencé à lui prescrire un antipsychotique (Abilify).

Au domicile, les parents de Théo disent qu'il dessine, qu'il joue, qu'il passe beaucoup de temps sur internet, notamment afin de faire des recherches sur des maladies qu'il pourrait potentiellement avoir. La tristesse persiste, mais les parents ne rapportent pas de symptomatologie psychotique.

Avant le début du traitement, les parents décrivent des signes d'irritabilité, des conflits, des crises d'angoisse. Théo a également évoqué des idées suicidaires. Cependant, depuis l'introduction du traitement les parents ont noté une amélioration ; Théo passe plus de temps avec eux, il est « très fusionnel avec sa sœur », « souriant ».

Concernant la dynamique familiale, de nombreux conflits entre Théo et ses parents sont décrits. Un flou réside également concernant un signalement fait par l'orthophoniste pendant l'été 2021 suite aux propos que Théo lui avait tenu, lorsqu'il avait évoqué des violences de ses parents.

De plus, la pédopsychiatre décrit des préoccupations concernant l'état de Théo depuis un an et demi mais les parents ont mis des mois à accepter le traitement et l'hospitalisation. Elle avait notamment fait la demande d'une expertise psychiatrique en octobre 2022 car Théo présentait des troubles dans les apprentissages et était très isolé. Il était décrit comme « bizarre », avec les « yeux révulsés ».

Au niveau clinique, Théo présentait des symptômes de persécution avec des propos morbides, la peur qu'on le tue, il décrivait des hallucinations avec des « voix méchantes ». On note également des préoccupations hypochondriaques.

Lors de l'hospitalisation, une expertise d'action éducative en milieu ouvert (AEMO) a été lancée par l'assistante sociale afin d'éclaircir la situation familiale.

2. Projet thérapeutique de Théo

Le projet thérapeutique de Théo porte sur l'exploration clinique de sa symptomatologie. Des essais médicamenteux vont être faits par son médecin psychiatre référent afin de trouver le bon médicament et le bon dosage qui permettra d'apaiser la crise.

Les observations de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire aideront les médecins à cerner l'évolution symptomatique de Théo.

En psychomotricité, les observations seront particulièrement ciblées sur sa motricité, son investissement de l'espace, ses réactions d'inhibition ou d'excitation corporelles. Ceci afin d'obtenir des informations cognitives et motrices sur les acquisitions; sur le vécu du corps et l'image du corps, sur la qualité corporelle mise en jeu dans la relation à l'autre [31].

3. Premières impressions

3.1 Observation dans le groupe

La première fois que je vois Théo, c'est lors de la réunion soignants soignés ayant lieu tous les vendredis matin. Il est assis en biais sur une chaise en retrait du groupe, il fixe le sol caché derrière son masque. Lors du tour de présentation, il marmonne son prénom de manière à peine audible. Il restera durant toute la durée de la réunion dans cette position et ne communiquera avec personne.

Lorsque je le croise dans l'unité, il erre dans les couloirs sans but apparent, avec une démarche extrêmement lente, la tête baissée et toujours seul.

3.2 Entretien initial

Lors de notre première rencontre, Théo se montre fermé et distant aussi bien corporellement que via l'absence de contact visuel. Je lui explique ce qu'est la psychomotricité et ce que nous allons pouvoir faire dans cet espace qu'il découvre pour la première fois. Théo garde ses distances avec moi, dès que je me rapproche, il recule.

Sachant que la communication verbale n'est pas évidente pour Théo, je pense passer par le jeu afin de créer un premier moment de partage mais il ne souhaite pas faire d'activités malgré les différentes propositions faites. Il s'assoit dès que je lui en donne l'autorisation dans un pouf, légèrement en biais afin de ne pas être face à moi. Il semble très insécurisé et regarde à de nombreuses reprises vers mon maître de stage qui est assis derrière moi au bureau.

Théo me fait part de sensations douloureuses qu'il ressent dans son ventre et sa nuque, cependant il dit ne pas avoir de sensations tactiles et l'illustre en se frappant la jambe. Il me parle du harcèlement qu'il a subi, du fait qu'il ait ressenti de la peur face à ses agresseurs.

Il ne montre aucune émotion que ce soit au niveau corporel ou facial, il apparaît figé. Théo exprime à plusieurs reprises son sentiment de dépersonnalisation, « d'être comme un zombie », il a l'impression d'être ralenti et un ralentissement moteur est effectivement ici constaté. Son flux de parole est également lent, en effet lorsque je lui pose une question, Théo met plusieurs secondes avant d'entamer une réponse.

Il verbalise être triste et trouver le temps long. Il ne comprend pas la raison de son hospitalisation et dit qu'il n'a pas de problèmes ; "je ne suis pas fou". Il exprime à de nombreuses reprises vouloir rentrer chez lui.

Suite à ces premières observations, je me rends rapidement compte que réaliser un bilan psychomoteur classique ne va pas être possible. Au vu de son hypervigilance et de son insécurité, réaliser des observations psychomotrices lors d'activités semble plus approprié. Les jeux proposés auront également pour objectif de renforcer l'alliance thérapeutique pour mettre Théo en confiance et donc de favoriser son engagement au cours des séances.

4. Mise en place de l'alliance thérapeutique

4.1 Les rituels

Avec Théo, au vu de son hypervigilance, il a fallu peu à peu que je trouve la bonne distance à adopter. En effet, comme décrit précédemment, une distance trop proche rend Théo anxieux. De même, lorsqu'il est debout dans la salle je le sens perdu, il erre dans la salle scrutant les moindres détails. Un rituel se met alors en place : chacun sur notre pouf, séparés par une table, nous pouvons entamer la séance.

Nous nous installons, je lui explique le cadre de notre rencontre ; nous l'avons vu, le cadre va avoir un rôle clé dans la mise en place de l'alliance et va permettre de venir sécuriser Théo. Je lui montre sur l'horloge combien de temps va durer la séance, en lui spécifiant systématiquement que la durée peut être raccourcie si besoin. Je lui explique ce que j'aimerais faire aujourd'hui avec lui, je le questionne sur ses envies, son humeur du jour.

4.2 Choix des activités

Comme nous l'avons vu précédemment, le choix de la médiation va avoir son importance, d'où l'importance de questionner Théo sur ses envies.

Théo verbalise dès la première séance aimer le dessin et me demande d'en faire à toutes nos séances. Se met alors en place un rituel de temps calme de dessin lors de nos fins de séances. Les jeux de balles vont également être réclamés par Théo à plusieurs reprises au cours des séances.

En montrant que je prends ses demandes en compte va permettre de l'impliquer directement dans la structuration des séances et donc dans sa prise en charge. De plus, en choisissant une activité qu'il aime, nous entrons dans une dynamique de plaisir qui va offrir de belles opportunités d'exploration et d'observation.

- **Observations psychomotrices faites grâce au dessin**

Les dessins de Théo sont minutieux et soignés, il montre de bonnes capacités motrices fines que j'ai également pu observer lors de jeux comme le mikado. Je remarque que ses dessins sont monochromes, petits et centrés sur la feuille. Théo fait preuve de créativité et projette bien son imaginaire. Par exemple, lors de notre première séance je lui demande de représenter un bonhomme, il dessine alors un personnage souriant sans bras ni jambes qu'il dit être un "monstre" (annexe 1).

Grâce au dessin j'ai aussi pu explorer ses capacités spatiales. Je lui ai proposé que nous dessinions un plan de la pièce. Théo fait un plan de sa chambre pendant que j'en fait un de la salle de psychomotricité. Par ce plan de sa chambre, Théo me laisse en quelque sorte entrer dans son intimité.

De plus, nous pouvons noter qu'il a de bonnes capacités d'organisation et de structuration spatiales. Théo parvient également à identifier les éléments que j'ai représenté sur mon schéma.

Je trace un chemin sur ce même schéma et lui demande de reproduire le parcours dans la salle. Théo observe mon plan et reproduit sans erreur le parcours dans la salle de mémoire. Cela montre que Théo fait preuve d'un bon repérage dans l'espace.

- **Observations psychomotrices faites grâce aux jeux de balle**

Les jeux de balle m'ont permis d'observer la motricité globale de Théo. Lorsque je lui propose, Théo accepte de choisir une balle et en prend une de petite taille. Lors des lancers, son tonus est ajusté mais il reste cependant assez figé avec la main non utilisée dans la poche ce qui vient impacter sa motricité globale.

Lors de ces jeux de lancers, je questionne Théo sur la taille de la balle, son poids, je lui en propose une seconde et nous les comparons ensemble. Ces questions simples donnent à Théo un point d'appui du vécu ressenti vers une perception qui va devenir consciente. Cette intériorisation des vécus est essentielle dans la prise de conscience de soi. Je joue ici la fonction alpha de Bion que nous avons décrite précédemment.

Lors d'une séance, Théo verbalise vouloir jouer aux raquettes. Je lui laisse choisir la balle et nous entamons des échanges en modulant la distance, les consignes ... La motricité globale est fluide lors des échanges, il se montre organisé corporellement mais on note une lenteur importante lors des déplacements pour aller chercher la balle lorsqu'elle chute. Le ralentissement moteur va progressivement être moins visible lors des activités motrices, d'abord avec étayage, grâce auquel il module sa tonicité de plus en plus et apparaît moins figé. Puis plus les séances avancent, plus la motricité de Théo est fluide et moins ralentie même si ses membres supérieurs restent assez figés lors des jeux de balle aux pieds. On note tout de même un manque d'élan lors des activités dynamiques.

Passer par le jeu, m'a donc permis de favoriser l'alliance thérapeutique mais également l'engagement corporel de Théo ainsi que le mien.

4.3 Évolution de l'alliance thérapeutique

J'ai pu percevoir au fur et à mesure de nos rencontres une évolution de l'alliance avec Théo grâce à différents éléments.

4.3.1 Le contact

Lors des premières séances, Théo verbalise se sentir mal, il se présente figé et inhibé. Il ne me fait pas face lorsque nous sommes assis et ne soutient pas mon regard. Cette posture a peu à peu évolué, je remarque plus de contacts visuels, les réponses viennent plus rapidement et il s'assoit face à moi. Je sens que nous sommes de plus en plus en lien. Cela s'accompagne d'une amélioration de l'état thymique, Théo semble moins déprimé et verbalise même se sentir « bien » lors des dernières séances.

Je le sens également plus en lien lors des temps de dessin. Progressivement, ce temps devient un temps de partage où nous dessinons simultanément sur un même thème. Nous dessinons des maisons, une activité que nous aimons faire (annexe 2). Je remarque que Théo me regarde dessiner, il est en lien. Lorsque nous nous présentons nos dessins, si je lui pose des questions, Théo peut me le décrire mais ne le fait pas de lui-même, il ne me questionne pas sur mon dessin mais est attentif lorsque je lui en parle.

Lors de notre dernière rencontre (la 7ème), je lui demande de nous représenter tous les deux en train de faire une activité qu'il a appréciée. Il nous représente en train de jouer aux raquettes, il se représente alors bien plus détaillé que lors des premières séances et son dessin prend plus de place sur la page (annexe 3).

4.3.2 L'implication dans les séances

Au fur et à mesure des séances, Théo a su exprimer de plus en plus ses envies. Son état est très variable de semaine en semaine. Parfois Théo se montre volontaire et accepte toutes les propositions que je lui fais. Il arrive même que Théo propose lui-même des activités. Cependant il arrive aussi que Théo ne souhaite pas se lever de toute la séance, se sentant trop faible pour être debout ou bien trop anxieux. Je dois alors m'adapter, et proposer d'autres activités plus calmes comme des jeux de société par exemple.

Nous prenons progressivement l'habitude de proposer un jeu chacun à tour de rôle, Théo y prend goût et les séances deviennent alors plus dynamiques.

4.3.3 Mon ajustement à Théo

Comme expliqué précédemment, Théo présente des comportements très labiles selon les séances. Cela a nécessité que je m'ajuste à lui ; or pour trouver le bon ajustement, j'ai dû affiner mes qualités d'observation de l'état tonique de Théo. En effet, "l'écoute du psychomotricien s'étaye sur l'échange d'émotions à partir de canaux tonico-posturaux" [35].

Au cours de la première séance, Théo grimace, je lui demande alors ce qu'il a, il me dit qu'il a mal dans la poitrine, je lui propose de terminer l'activité en cours avant de nous rasseoir. Théo se ferme alors complètement, il ne me regarde plus, n'est plus attentif à ce que je lui dis et fini même par me tourner le dos. Je décide alors de mettre fin à l'activité et propose à Théo de retourner dans le pouf. Ce n'est qu'à ce moment-là qu'il pourra trouver assez de réassurance pour calmer un peu son anxiété. Je n'ai donc pas su ici répondre de la bonne façon à son mal être ce à quoi Théo a réagit en se fermant complètement. Une posture plus sécurisante et plus maternante aurait probablement été préférable afin d'apaiser ses angoisses.

En effet, je remarque rapidement que pour manifester qu'il se sent trop insécure et qu'il veut arrêter l'activité en cours, Théo verbalise avoir des douleurs, somatisations signes de son anxiété grandissante. Il a alors besoin de se rasseoir dans le pouf et de se rassurer avant de s'élancer de nouveau. On voit ici que le corps est pour Théo un moyen de manifester ce qu'il ne peut me dire.

Il est intéressant de noter que les angoisses de Théo sont très liées à son corps. Il somatise énormément et exprime ressentir des douleurs dans différentes zones de son corps (sa gorge, ses jambes, son thorax...). Lors d'une de nos séances, Théo avait dans ses cheveux un produit qui avait été appliqué pour faire son EEG ; il a alors verbalisé à plusieurs reprises avoir peur que le produit ne tombe dans ses yeux. Cela vient questionner la conscience que Théo a de son enveloppe.

Pour créer l'alliance, il a donc fallu que je m'adapte à Théo, à son rythme et ses envies variables en fonction des séances. En effet, venir assouplir le cadre et rendre les séances moins productives m'a permis de maintenir le lien avec Théo et d'éviter qu'il rentre dans le l'opposition ou du rejet.

4.4 Évolution de Théo dans l'unité

Des observations de Théo concernant sa façon d'être dans l'unité ont pu être faites. Nous avons vu qu'au début de son hospitalisation, Théo était très renfermé et ne communiquait ni avec les soignants ni avec les autres adolescents.

Une décision a été prise de transférer Théo dans l'unité pour soins aigus composée de seulement 6 lits et par conséquent beaucoup plus contenante et sécurisante. De plus, dans cette unité, les soignants sont plus disponibles pour les patients étant donné leur nombre restreint.

Théo est alors plus sollicité par les soignants mais aussi par les autres patients. Cela va modifier ses interactions qui étaient jusque-là extrêmement limitées voire nulles. J'aperçois notamment Théo jouer dans la cour au badminton avec un soignant à plusieurs reprises. Il reste malgré tout très peu expressif.

5. Fin de prise en charge dans l'unité

Lors des prises en charges, nous avons pu voir que l'anxiété et l'hypervigilance de Théo étaient un frein à son exploration psychomotrice. Cependant, grâce à un travail d'ajustement et d'écoute corporelle, l'alliance a pu peu à peu se former, me permettant de faire des observations pour son évaluation psychomotrice.

La sortie définitive de Théo approchant, une réunion pluridisciplinaire a eu lieu afin de discuter des différentes observations faites ainsi que d'évoquer les suspicions de trouble et de la suite du projet de Théo en dehors de l'unité.

J'ai alors pu décrire mes observations au médecin psychiatre référent de Théo : ses spécificités motrices (lenteurs, manque de tonus et de coordination), les capacités d'organisation spatiale et temporelle efficaces et surtout son hypervigilance et ses angoisses corporelles.

Concernant les suspicions de troubles, plusieurs ont été discutées en équipe concernant la symptomatologie de Théo. Serions-nous face à un traumatisme lié au harcèlement ? Théo apparaît très déprimé et insécurisé, peut-être que les hallucinations ne sont que des défenses psychotiques ? Ou sommes-nous face à un trouble schizophrénique ?

Comme évoqué précédemment, il est encore trop tôt pour poser un diagnostic vu l'âge de Théo qui n'a que 13 ans en sortie d'hospitalisation.

Pour la suite de son projet de soin, Théo va être suivi en Hôpital de Jour où il continuera un travail en psychomotricité avec la psychomotricienne du service.

6. L'hôpital De Jour

J'ai eu la chance de pouvoir contacter la psychomotricienne de l'Hôpital De Jour (HDJ) où est suivi Théo. Je l'ai notamment questionnée sur le comportement de Théo au sein de l'HDJ, sur son lien aux autres et sur la mise en place de l'alliance lors des prises en charge.

Elle me dit que Théo présente toujours des comportements particuliers et il erre toujours dans les couloirs de l'HDJ. Il peut cependant faire des demandes aux adultes mais de façon autoritaire "je veux jouer au babyfoot".

En psychomotricité, étant dans une relation duelle, Théo semble moins "étrange" mais son insécurité et son hypervigilance sont toujours très présentes. Son anxiété se manifeste par des plaintes somatiques et des tics.

Elle me dit que l'alliance à l'HDJ s'est mise en place plus rapidement que lors de l'hospitalisation à temps complet. Cela montre que le travail fait en amont a pu porter ses fruits. Théo a également fait le lien entre la psychomotricité à l'HDJ et lors de l'hospitalisation. En effet, il a su se rappeler de nos noms, alors qu'il était en difficulté pour se rappeler du mien lorsque j'allais le chercher pour les séances. Il a aussi su voir la similitude de la structuration de l'encadrement en psychomotricité : un psychomotricien et une stagiaire.

Cela vient confirmer le fait que tout le travail mis en place pour construire l'alliance a été efficace et que Théo a pu repérer ces temps de psychomotricité et y mettre du sens. Les bases de sécurité établies lors de l'hospitalisation grâce au cadre et à la fonction contenant et sécurisante des professionnels ont permis une certaine réassurance visible sur l'HDJ mais qu'il reste cependant important de consolider.

Conclusion

Ce mémoire a pour but de répondre à la problématique suivante : **En quoi l'alliance thérapeutique a-t-elle une place spécifique dans la prise en charge psychomotrice en unité d'hospitalisation psychiatrique temps plein pour adolescents ?**

Pour cela nous avons dans un premier temps exploré les remaniements de l'adolescence. Aussi bien psychiques que sociaux ou physiologiques, ces remaniements vont venir impacter directement l'adolescent et donc potentiellement le rendre plus vulnérable à l'apparition d'un trouble psychiatrique.

Dans un deuxième temps nous avons développé la notion d'alliance thérapeutique. Elle a été reprise par différents auteurs qui ont mis en avant l'importance de la relation entre le patient et son thérapeute.

L'alliance est très présente dans la prise en charge psychomotrice à travers le cadre, le choix de la médiation mais aussi l'engagement et l'ajustement du psychomotricien. Elle va être d'autant plus indispensable en unité psychiatrique pour adolescents dans le but de favoriser l'efficacité des soins.

Afin d'étayer les notions précédentes, j'ai illustré mes propos à partir des observations que j'ai pu faire lors de mon stage en unité d'hospitalisation psychiatrique temps plein pour adolescents notamment lors de la prise en charge de Théo. Ce cas clinique montre l'intérêt et l'importance de l'alliance psychomotrice ; en particulier avec un patient comme Théo, très anxieux et hypervigilant avec qui un travail de réassurance et de sécurisation a été incontournable pour permettre la mise en mouvement.

De plus, nous avons pu voir que les outils du psychomotricien tels que l'observation de la communication non verbale par exemple, permettent de s'ajuster et de s'adapter pour contenir les angoisses.

En psychomotricité, nous passons par le corps pour travailler sur l'équilibre corps-psyché. Ce travail corporel, soutenu par la présence active du psychomotricien, va induire des éléments de l'alliance propres à la psychomotricité. Sans doute le terme adéquat ne serait pas alliance thérapeutique mais alliance psychomotrice ? Une alliance entre deux individus, entre deux corps, deux psychismes. En effet, grâce à son étayage le psychomotricien "prête" son psychisme à son patient pour l'aider à élaborer et rentrer dans le champ des représentations. De même, par sa mise en corps, il sert de support identificatoire au patient.

Un travail d'alliance psychomotrice semble prendre tout son sens lorsque l'on considère que la psychomotricité est un métier de lien. S'allier mutuellement, patient et psychomotricien, dans un objectif d'évolution et de mieux être.

Un corps-accord en psychomotricité implique un lien privilégié de confiance. On peut se demander si cette alliance se limite à une dualité entre le psychomotricien et le patient ou si ces connexions peuvent être multiples et se mettre en place lors de prises en charge en groupe ?

Bibliographie

- [1] **Albaret J.M., Giromini F., Scialom P.** (2015). Manuel d'enseignement de psychomotricité: 1. Concepts fondamentaux, Solal
- [2] **Amad, A., Camus V., Geoffroy, P. A., Thomas P., Cottencin, O.** (2020). *Référentiel de psychiatrie et addictologie: Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie.* Presses universitaires François-Rabelais.
- [3] **Arènes, J. (2021).** Chapitre 2. Du transfert à l'alliance thérapeutique. Dans : Marie-Jo Brennstuhl éd., *L'alliance thérapeutique: En 66 notions* (pp. 13-17). Paris: Dunod.
<https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/dunod.brenn.2021.01.0013>
- [4] **Auxéméry, Y. (2021).** Chapitre 46. Alliance thérapeutique en médecine et psychiatrie : particularité des soins sans consentement. Dans : Marie-Jo Brennstuhl éd., *L'alliance thérapeutique: En 66 notions* (pp. 293-297). Paris: Dunod.
<https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/dunod.brenn.2021.01.0293>
- [5] **Ayoun, P.** (2008). L'hospitalisation à temps complet des adolescents et ses indications en psychiatrie. *L'information psychiatrique*, 84, 701-707.
<https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/inpsy.8407.0701>
- [6] **Bachelart, M.** (2012). 26. L'alliance thérapeutique. In *L'Aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin* (p. 161-168). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.bioy.2012.01.0161>
- [7] **Bioy, A., & Bachelart, M.** (2010). L'alliance thérapeutique: Historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326.

- [8] **Bosc, N. (2021).** Chapitre 37. L'alliance thérapeutique avec le patient d'une autre culture : le contexte transculturel. Dans : Marie-Jo Brennstuhl éd., *L'alliance thérapeutique: En 66 notions* (pp. 237-242). Paris: Dunod. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/dunod.brenn.2021.01.0237>
- [9] **Boscaini, F. & Saint-Cast, A. (2010).** L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy*, 49, 78-88. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0078>
- [10] **Breton, D. L., & Marcelli, D. (2010).** *Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse*. PUF.
- [11] **Contant, M. & Calza, A. (1994).** Psychomotricité, Paris, Masson, 147.
- [12] **Corcos, M. & Lamas, C. (2016).** Fonctionnements limites à adolescence : psychopathologie et clinique psychodynamique. *L'information psychiatrique*, 92, 15-22. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.1684/ipe.2015.1429>
- [13] **Discour, V. (2011).** Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. *Les Cahiers Dynamiques*, 50, 40-46. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/lcd.050.0040>
- [14] **Dolto, F. & Dolto, C. (2003).** *Paroles pour adolescents ou Le complexe du homard* (Gallimard jeunesse).
- [15] **Drouin, M. (2021).** Chapitre 19. Les techniques favorisant l'alliance thérapeutique. Dans : Marie-Jo Brennstuhl éd., *L'alliance thérapeutique: En 66 notions* (pp. 117-123). Paris: Dunod. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/dunod.brenn.2021.01.0117>

[16] **Hanon, C. & Fousson, J.** (2019). Mobilité : l'accordage comme enjeu clinique. *L'information psychiatrique*, 95, 231-232.

[17] <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adolescence/1156>

[18] https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

[19] **Laffargue, P.** (2016, juin). *L'agressivité : La contenir, la transformer, se construire. Expérience d'un groupe corps à corps et jeu d'opposition auprès d'enfants manifestant des conduites agressives*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien. 89. Dumas.

[20] **Le Felt, M.** (2021, juin). *Corps support de la souffrance à l'adolescence, approche psychomotrice de la communication non verbale de l'adolescent déprimé dans un service de pédopsychiatrie*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien. 95. Dumas.

[21] **Marcelli, D., Braconnier, A., & Tandonnet, L.** (2018). *Adolescence et psychopathologie* (9e édition.). Elsevier Masson.

[22] **Marteau-Chasserieu, F. & Plantade-Gipch, A.** (2021). Chapitre 5. Les principaux modèles d'alliance thérapeutique. Dans : Marie-Jo Brennstuhl éd., *L'alliance thérapeutique: En 66 notions* (pp. 31-35). Paris: Dunod. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/dunod.brenn.2021.01.0031>

[23] **Mascaron, J.** (2022, juin). *Passage à travers le miroir : Quand le corps est le reflet du mal de vivre adolescent. Pertinence de l'approche psychomotrice de l'image du corps chez l'adolescent en état dépressif*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien. 94. Dumas.

- [24] **Mateo, M.** (2012). Alliance thérapeutique. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 64-66). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers.
<https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/arsi.forma.2012.01.0064>
- [25] **Mazet, P.** (2004). *Difficultés et troubles à l'adolescence*. Masson.
- [26] **Natanson, J.** (2001). L'évolution du concept de transfert chez Freud. *Imaginaire & Inconscient*, 2(2), 7-19. <https://doi.org/10.3917/imin.002.0007>
- [27] **Noel, P.** (2022, juin). "Tu m'a touché en plein corps" : Quand la psychomotricité vient redonner du sens au vécu corporel traumatique de l'adolescent. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien. 86. Dumas.
- [28] **Paggetti, M.** (2020). Interactions corporelles et construction de l'expérience : l'exemple de la psychomotricité auprès d'enfants. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 53, 35-54. <https://doi.org/10.3917/lsdle.534.0035>
- [29] **Plantade-Gipch, A.** (2021). Chapitre 13. Les caractéristiques du patient influençant l'alliance thérapeutique. Dans : Marie-Jo Brennstuhl éd., *L'alliance thérapeutique: En 66 notions* (pp. 81-85). Paris: Dunod.
<https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/dunod.brenn.2021.01.0081>
- [30] **Potel, C.** (2015). *Corps brûlant, corps adolescent: Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents*. Érès.
- [31] **Potel, C.** (2021). *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*, Editions érès.

[32] **Siegel, D. J.** (2018). *Le Cerveau de votre ado : Comment il se transforme de 12 à 24* (S. Rolland, Trad.). Les Arènes.

[33] **Tarquinio, P., Tarquinio, C., Bassan, F., Brennstuhl, M. & Tarquinio, C.** (2021). Chapitre 33. L'alliance thérapeutique dans la prise en charge du préadolescent et de l'adolescent. Dans : Marie-Jo Brennstuhl éd., *L'alliance thérapeutique: En 66 notions* (pp. 211-215). Paris: Dunod.
<https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/dunod.brenn.2021.01.0211>

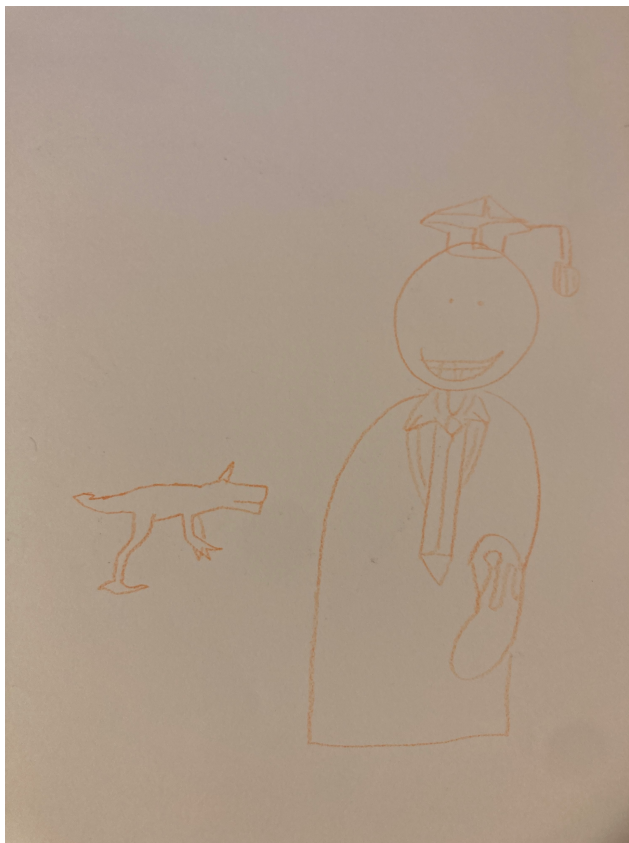
[34] **Valot, L., & Lalau, J.-D.** (2020). *L'alliance thérapeutique*. Elsevier.

[35] **Veeser, A.** (2015). Chapitre 8. Contenance en psychomotricité: Accueillir l'autre pour l'aider à se révéler.... Dans : Éric W. Pireyre éd., *Cas pratiques en psychomotricité* (pp. 136-153). Paris: Dunod.
<https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/dunod.pirey.2015.02.0136>

[36] (2013). Passer par l'acte psychomoteur. *Enfances & Psy*, 61, 20-31.
<https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/ep.061.0020>

Annexes

Annexe 1 :



Annexe 2 :



Annexe 3 :

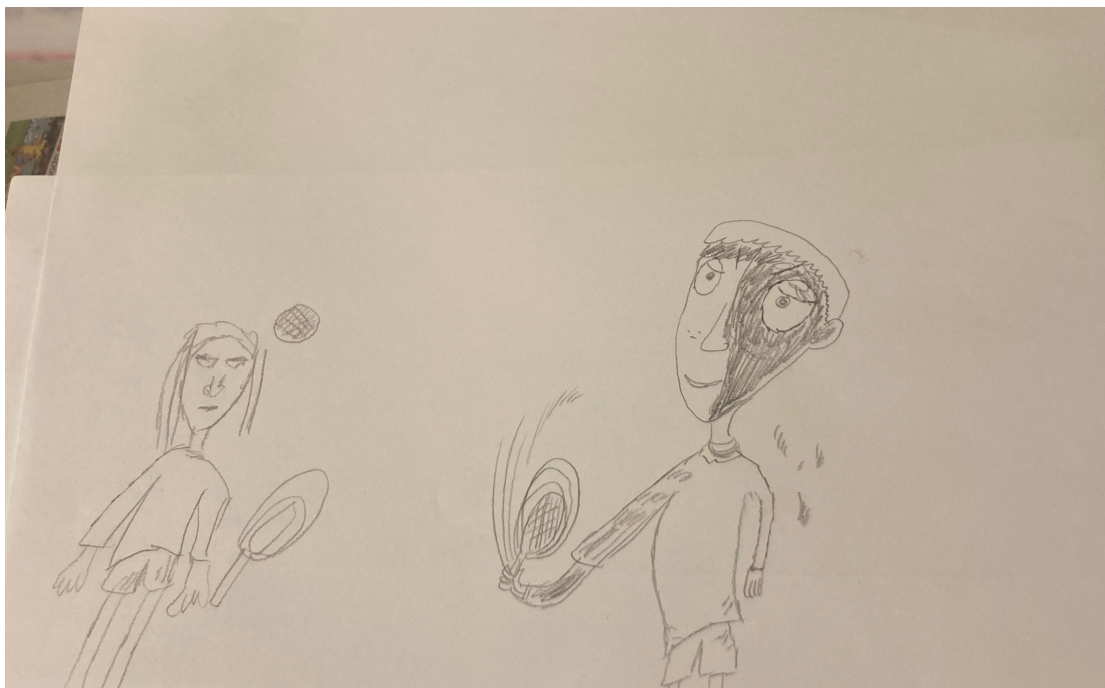


Table des matières

Introduction	p.5
Partie 1 : L'adolescence : spécificité de sa clinique en psychiatrie	p.7
1. <u>Période des remaniements</u>	p.8
1.1 Les transformations physiologiques	p.9
1.1.1 Puberté	p.9
1.1.2 Modifications cérébrales	p.10
1.2 Les remaniements psychiques et identitaires	p.12
1.2.1 Recherche d'identité et du rapport au corps.....	p.12
1.2.2 Développement de l'autonomie et affluence accrue du groupe des pairs	p.13
2. <u>Les troubles psychiatriques à l'adolescence</u>	p.14
2.1 Un temps où la limite entre le normal et le pathologique est floue	p.14
2.2 Risques de la crise adolescente	p.16
2.3 Prépondérance de l'usage du corps dans l'expression du mal être chez les adolescents	p.17
2.4 Illustration à travers certaines pathologies	p.18
2.4.1 Les troubles schizophréniques	p.18
2.4.2 La dépression	p.19
2.4.3 Trouble de la personnalité limite (borderline)	p.19
3. <u>Unité d'hospitalisation psychiatrique temps plein pour adolescents</u>	p.20
3.1 Présentation	p.20
3.2 Spécificité de la durée d'hospitalisation	p.22
3.3 L'équipe pluridisciplinaire	p.23
3.4 Le rôle du psychomotricien	p.23
 Partie 2 : L'alliance thérapeutique	 p.25
1. <u>Théorie</u>	p.26
1.1 Définitions	p.26
1.2 Les prémices de l'alliance thérapeutique	p.27
1.2.1 S. Freud et la notion de transfert	p.27

1.2.2 Elizabeth Zetzel	p.28
1.2.3 Ralph Greenson	p.28
1.3 Fonction de l'alliance thérapeutique	p.29
1.4 Comment mettre en place une alliance thérapeutique?	p.30
1.5 Piliers relationnels de l'alliance	p.31
1.5.1 L'accordage	p.31
1.5.2 La relation de confiance	p.32
1.5.3 L'empathie	p.33
2. <u>En psychomotricité</u>	p.34
2.1 Le cadre thérapeutique	p.34
2.2 Le choix de la médiation	p.37
2.3 Partage d'expériences corporelles	p.37
2.3.1 Engagement corporel du psychomotricien	p.38
2.3.2 Ajustement corporel du psychomotricien	p.39
2.4 De la sensation à la représentation	p.41
2.5 L'importance de l'entretien	p.44
3. <u>En unité psychiatrique pour adolescents</u>	p.49
3.1 Spécificités adolescentes	p.49
3.1.1 L'opposition	p.49
3.1.2 L'importance des limites	p.49
3.1.3 L'alliance avec les parents	p.50
3.2 Spécificité d'une unité psychiatrique fermée	p.51
3.2.1 Le lieu	p.51
3.2.2 La vie en groupe	p.52
3.2.3 Soins sans consentement	p.53
3.2.4 La réunion soignants-soignés	p.53
3.3 Alliance et pathologies psychiatriques	p.54
Partie 3 : Étude de cas	p.56
1. <u>Anamnèse</u>	p.57
2. <u>Projet thérapeutique de Théo</u>	p.60
3. <u>Premières impressions</u>	p.60
3.1 Observations dans le groupe	p.60
3.2 Entretien initial	p.61

4. <u>Mise en place de l'alliance thérapeutique</u>	p.62
4.1 Les rituels	p.62
4.2 Choix des activités	p.63
• Observations psychomotrices faites grâce au dessin	p.63
• Observations psychomotrices faites grâce aux jeux de balle	p.64
4.3 Évolution de l'alliance thérapeutique	p.65
4.3.1 Le contact	p.65
4.3.2 L'implication dans les séances	p.66
4.3.3 Mon ajustement à Théo	p.66
4.4 Évolution de Théo dans l'unité	p.67
5. <u>Fin de prise en charge dans l'unité</u>	p.68
6. <u>L'hôpital De Jour</u>	p.69
 <u>Conclusion</u>	p.71
<u>Bibliographie</u>	p.73
<u>Annexe</u>	p.78
<u>Table des matières</u>	p.80