

PSYCHOMOTRICITE ET ADOLESCENCE

**- Inventaire des connaissances
actuelles & exemples de prises en
charge avec des adolescents -**



Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

de LARMINAT Bianca

Juin 2013

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE	p1
------------------------------------	----

PARTIE THEORIQUE	p4
-------------------------------	----

A/ L'ADOLESCENCE	p5
-------------------------------	----

I. Généralités	p5
-----------------------------	----

1) <u>Définition</u>	p5
----------------------------	----

2) <u>Les modifications qui apparaissent à l'adolescence</u>	p6
--	----

a. <i>Les modifications hormonales, anatomiques, corporelles</i>	p6
--	----

b. <i>La relation avec les parents, les pairs, socialisation</i>	p8
--	----

II. Développement psychomoteur à l'adolescence	p8
---	----

1) <u>Différences sexuelles</u>	p9
---------------------------------------	----

2) <u>Développement psychomoteur</u>	p10
--	-----

III. Développement cérébral et cognitif	p11
--	-----

B/ PSYCHOPATHOLOGIES A L'ADOLESCENCE	p13
I. Schizophrénie	p13
II. Troubles des conduites alimentaires (TCA)	p14
III. Troubles anxieux	p15
IV. Dépression	p16
V. Tentatives de suicide, conduites à risque	p16
VI. Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)	p17

C/ PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE DES ADOLESCENTS SANS RETARD MENTAL	p18
I. La relation adulte – adolescent	p18
II. La relation thérapeute – adolescent	19
III. L'alliance thérapeutique	p19
1) <u>Au niveau historique</u>	p19
2) <u>Caractéristiques de l'alliance thérapeutique</u>	p20
3) <u>1^{er} contact – 1^{er} entretien</u>	p21
4) <u>Construction de l'alliance thérapeutique</u>	p22
5) <u>Facteurs influant</u>	p23

IV. Spécificités de prise en charge en psychomotricité avec les adolescents et axes de travail	p24
1) <u>Les fonctions exécutives</u>	p24
a. <i>La mémoire de travail</i>	p24
b. <i>L'attention</i>	p25
c. <i>La planification</i>	p25
d. <i>La flexibilité mentale</i>	p26
e. <i>L'impulsivité et le défaut d'inhibition</i>	p27
2) <u>Les habiletés sociales</u>	p28
a. <i>Définition</i>	p28
b. <i>Comment repérer des difficultés dans les habiletés sociales</i>	p29
c. <i>Comment travailler ces habiletés avec les adolescents</i>	p30
V. Les médiations corporelles	p31
VI. Bilan psychomoteur à l'adolescence	p33

PARTIE PRATIQUE	p35
------------------------------	-----

A/ <u>KEVIN</u>	p37
I. Anamnèse & présentation	p37
II. Conclusions du bilan psychomoteur	p37
III. Prise en charge en psychomotricité des communications non verbales	p38

B/ <u>ALEXANDRE</u>	p42
I. Anamnèse & présentation	p42
II. Conclusions du bilan psychomoteur	p43
III. Prise en charge en psychomotricité de la dysgraphie	p43
1) <u>Analyse fonctionnelle du trouble</u>	p43
2) <u>Prise en charge</u>	p44
C/ <u>NICOLAS</u>	p46
I. Anamnèse & présentation	p46
II. Conclusions du bilan psychomoteur	p47
III. Prise en charge en psychomotricité de l'impulsivité	p48
1) <u>Analyse fonctionnelle</u>	p48
2) <u>Prise en charge</u>	p48

DISCUSSION	p50
-------------------------	-----

CONCLUSION GENERALE	p54
----------------------------------	-----

BIBLIOGRAPHIE	p56
----------------------------	-----

ANNEXES

RESUME



INTRODUCTION GENERALE

« On dit souvent que l'adolescent est à la fois un enfant et un adulte ; en réalité il n'est plus un enfant, et n'est pas encore un adulte ».

E. Kestemberg

L'adolescence, dans nos pays occidentaux, est une période charnière, à laquelle plusieurs professions s'intéressent de plus en plus. J'ai choisi de consacrer mon mémoire à cette population car il me semble que beaucoup de lacunes, tant théoriques que pratiques, sont encore présentes dans la psychomotricité adressée aux adolescents. Je me suis donc interrogée sur l'influence de l'adolescence sur la thérapie psychomotrice et les spécificités de prise en charge qui en découlent.

Pour développer ce lien entre psychomotricité et adolescence, je me suis orientée vers un travail de recensement des connaissances actuelles concernant les caractéristiques de l'adolescence qu'il serait bon de prendre en compte en psychomotricité, telles que les modifications anatomiques, cognitives et affectives, le développement psychomoteur,... Ce mémoire ne s'appuiera donc pas sur un protocole scientifique permettant de valider une méthode d'action de plus auprès des adolescents, mais il remplit la lourde tâche de faire l'état des lieux des recherches et pratiques actuelles avec les adolescents en psychomotricité. J'ai initialement pris cette voie pour clarifier mes prises en charge avec les adolescents. En effet, les différentes intrications, notamment, de l'adolescence et de la pathologie, ne me permettaient pas de justifier clairement mes projets thérapeutiques et mes hypothèses étiologiques des difficultés psychomotrices observées. Ainsi, j'ai pu inventorier les différentes caractéristiques de l'adolescence et faire la part des choses entre ces caractéristiques et celles des pathologies. Cet écrit a donc pour but de faire un constat de nos connaissances sur l'adolescence : ce que nous devons prendre en compte en tant que psychomotricien, les spécificités de prise en charge qui en découlent, comme l'ajustement de la relation thérapeutique et de notre attitude, les supports de jeux adaptés au niveau psychomoteur et cognitif des adolescents, ...

Mon stage de 3^{ème} année a été partagé entre le service de pédopsychiatrie et le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (C.A.T.T.P) accueillant des adolescents. Les enfants et les adolescents avaient la caractéristique commune de présenter des pathologies psychiatriques et, même si chaque prise en charge est individualisée et adaptée au patient, je me suis rapidement demandé quel était l'impact de l'adolescence sur la prise en charge psychomotrice. Mon intérêt s'est ensuite orienté vers les adolescents en général, malheureusement la littérature est gorgée d'études et de cas cliniques concernant la psychologie et la psychiatrie mais très peu de recherches ont été faites en psychomotricité. En

effet, la plupart des ouvrages concernant les troubles psychomoteurs, les tests, la prise en charge, etc. concernent essentiellement les enfants, de plus en plus les personnes âgées, mais très peu les adolescents. Plusieurs sujets m'ont paru intéressants à aborder pour construire ce mémoire (le développement psychomoteur à l'adolescence, les adaptations de la prise en charge avec cette population par rapport aux enfant,...) mais aucun ne m'a paru assez exploité par les auteurs pour en faire un sujet unique de mémoire. C'est pourquoi j'ai décidé d'élargir le champs de mes investigations afin d'avoir une vision globale de cette période charnière et de notre rôle auprès de cette population.

Je m'intéresserai donc à tous les aspects de l'adolescence qui influencent la thérapie psychomotrice et comment les intégrer à notre prise en charge, notamment les modifications qui surviennent avec la puberté, la relation spécifique entre l'adolescent et l'adulte, les psychopathologies de l'adolescence et le développement psychomoteur et cognitif. Dans un premier temps, j'aborderai ces thèmes sur le plan théorique et ils seront ensuite illustrés à travers trois cas cliniques d'adolescents que j'ai suivi en psychomotricité au C.A.T.T.P.



PARTIE THEORIQUE

« L'adolescence est le seul temps où l'on ait appris quelque chose. »

Marcel Proust

A/ L'ADOLESCENCE

I. Généralité

1) Définition

L'adolescence, du latin *adolescere* ,"grandir" est une période du développement humain qui suit l'enfance et conduit à l'entrée dans l'âge adulte. Elle a généralement lieu au moment de la puberté (étape du développement lors de laquelle les organes de reproduction sont fonctionnels) mais il n'y a pas un événement spécifique marquant le début de l'adolescence. La fin de l'adolescence est généralement marquée par l'acceptation du nouveau statut d'adulte et l'adaptation du jeune à ce statut.

L'adolescence n'est pas une phase de développement qui existe dans toutes les cultures ; dans certaines civilisation le passage de l'enfance à l'âge adulte se fait au moment de la puberté par de rites qui projettent immédiatement l'enfant dans son nouveau rôle d'adulte de sa société.

En occident, l'adolescence tend à devenir de plus en plus longue, ainsi pour certains auteurs elle commence dès l'âge de 10 ans alors que pour d'autre elle ne commence qu'avec l'entrée au collège.

L'adolescence débute donc par une modification du corps ; par la puberté. Elle impose au jeune un nouveau corps qu'il va devoir apprivoiser, avec lequel il va apprendre à vivre, à agir, à communiquer, à bouger, ... L'image de soi va devoir être actualisée pour intégrer tous ces changements corporels. C'est un processus difficile qui peut être source d'anxiété pour l'adolescent. C'est essentiellement en cela, dans le rapport au corps, au mouvement, et à l'adaptation à l'environnement que la psychomotricité est pertinente dans le cadre des pathologies de l'adolescence.

L'adolescence correspond également à l'acquisition d'un nouveau statut social, d'un nouveau rôle pour le jeune dans la société. Le jeune est en période d'autonomisation, et évolue vers son futur statut d'adulte.

Nous verrons toutes les modifications, et difficultés possibles de l'adolescence avant de voir quel peut être le rôle du (de la) psychomotricien(ne) auprès de cette population si particulière.

2) Les modifications qui apparaissent à l'adolescence

A l'adolescence le jeune est soumis à de multiples modifications : anatomiques, physiologiques, psychologiques, affectives et sociales.

Spear, en 2007, recense quelques caractéristiques de l'adolescence, partagées avec d'autres espèces mammifères : (Spear 2007)

- Une augmentation des relations sociales avec les pairs, parfois augmentation des conflits avec les parents. (augmentation des relations avec les pairs, conservé par l'évolution car permet la recherche d'un modèle, d'un support social, pour arriver à l'indépendance)
- L'utilisation d'un « nouveau langage » (ex : langage sms) (conservé par l'évolution parce que gratifiant à l'adolescence)
- Une impulsivité

a. Les modifications hormonales, anatomiques

A l'adolescence le corps subit des transformations anatomiques liées à la puberté. Ces modifications physiques touchent à la fois la taille, le poids, la musculature, la morphologie et les proportions corporelles.

Lors de la puberté, a lieu la maturation du système hypothalamo-hypophysogonadique, entraînant l'augmentation de la production des hormones sexuelles par l'hypothalamus, l'hypophyse et les glandes concernées (ovaires et testicules principalement). Ces modifications physiologiques sont à l'origine des caractères sexuels secondaires : chez les filles la croissance, le développement mammaire, les hanches qui s'élargissent et le développement de la pilosité ; chez les garçons la croissance, le développement de la musculature et de la pilosité, ... C'est à ce moment là que l'appareil génital devient mature et fonctionnel ; l'adolescent acquiert la sexualité génitale.

Le corps est au cœur de cette période adolescente, de part ses transformations et les questionnements, les angoisses qui les accompagnent. Tout au long de cette période le jeune doit subir un remaniement important de l'image du corps et du schéma corporel.

-> Un mot sur l'image du corps et le schéma corporel

L'image du corps

L'image du corps renvoie à des comportements où le sujet se trouve confronté à son propre corps comme à une forme présente dans le milieu extérieur.

C'est surtout le canal visuel qui est sollicité, notamment par l'utilisation de moyens artificiels tels que le miroir, la photo, la vidéo.

Un problème d'identification revient à se demander quelle est la capacité du sujet à identifier cette forme comme étant la sienne. Le sujet se trouve dans une situation inhabituelle (ce n'est pas naturel de voir sa propre image en face de soi). Cela nécessite qu'il intègre deux formes qui sont dissociées : l'image objective que renvoie le miroir, c'est à dire moi comme les autres me voient et ce que je crois être. (Albaret, 2012)

C'est un problème récurrent à l'adolescence : l'actualisation de l'image du corps (ce que je crois être) devient difficile en raison des modifications brutales à la fois physiques et psychiques qu'ils subissent. Lorsque le sujet est confronté à son image il y a une dissociation importante entre l'image objective et l'image subjective.

Le schéma corporel

« Le fait de dire que la structuration du schémas corporel est terminé vers 12 ans signifie qu'à cet âge l'enfant possède normalement une connaissance suffisante de son corps pour lui permettre de s'adapter aux différentes circonstances de la vie. » (Bolduc, 2007). A l'adolescence, le schéma corporel n'est pas en développement mais il doit être adapté en fonction de l'actualisation de l'image du corps.

En plus de ces multiples modifications physiques, l'adolescence apporte son lot de modifications psychologiques, notamment avec l'accès à la sexualité génitale.

b. La relation avec les parents, les pairs

Le développement de l'adolescent passe nécessairement par des évolutions des relations sociales. Notamment, les relations parentales diminuent au profit d'une augmentation des relations avec les pairs. Ceci va dans le sens du désir de l'adolescent de se différencier des figures parentales et d'aller vers une autonomie adulte.

A l'adolescence, on peut également observer une augmentation des conflits familiaux, notamment à propos de tâches du quotidien (*Steinberg, 1988 ; Hill, 1988, cités par DALL '»*). L'environnement en général, la société, ne va pas avoir les mêmes attentes envers un adolescent ; on attend de l'adolescent qu'il prenne ses responsabilités, se comporte comme l'adulte qu'il sera bientôt. Ceci peut être à l'origine de conflits et augmente l'ambivalence de l'adolescent qui souhaite être autonome tout en ayant besoin d'être soutenu.

Le cercle d'amis occupe une place importante à l'adolescence ; c'est ce qui va permettre à l'adolescent de découvrir son environnement à l'extérieur de chez lui, de faire ses premières expériences amicales et amoureuses, ... ce groupe de pair est un support important pour l'adolescent qui essaie de se séparer de ses parents tout en étant encore en attente d'aide. De plus, il est très courant que les individus présentant une vulnérabilité à une pathologie donnée exprime celle-ci, à l'adolescence, à la suite de rupture amicale ou amoureuse, illustrant bien le caractère essentiel du groupe de pairs. On observe aussi, chez les jeunes « mal dans leur peau » une difficulté à appartenir à un groupe d'amis, ce qui entrave l'estime de soi et le développement socio psychologique.

II. Développement psychomoteur à l'adolescence / les aptitudes psychomotrices

Le développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant est riche, rapide et suscite de nombreuses recherches depuis plusieurs années. L'adolescence est une période de la vie qui suscite également les intérêts de diverses professions ; mais peut-on encore parler de développement psychomoteur à l'adolescence ? Quels sont les domaines concernés ? Existe-il des différences entre les filles et les garçons ? Quels rôles joue la puberté dans ce développement ? C'est à ces questions, encore peu explorées, que j'essaierai de répondre dans cette partie.

Le développement psychomoteur à l'adolescence peut s'aborder selon deux points de vues ; soit nous considérons l'adolescence comme une période de réorganisation profonde, soit comme la continuité d'un processus débutant avant la naissance (manuel d'enseignement de psychomotricité).

La puberté entraîne des changements physiologiques différents entre filles et garçons, entraînant nécessairement des performances psychomotrices différenciées selon le genre.

1) Différences sexuelles dans le développement psychomoteur

De manière générale, plusieurs différences ont été relevées au cours des études :

- les garçons sont plus performants dans les activités motrices nécessitant la force musculaire. Leur force musculaire augmente 2 à 4 fois plus que chez les filles à partir de 13ans.
- les coordinations psychomotrices révèlent moins de différences entre les filles et les garçons.
- les aptitudes d'équilibre ne montrent pas de réelles différences entre les filles et les garçons et ni ne semble suivre une progression pendant l'adolescence.
- Les modifications de stratégies de contrôle de l'équilibre et de la posture ; vers l'âge de 7 ans, l'enfant abandonne le fonctionnement en bloc tête-tronc pour stabiliser sa tête dans l'espace et bénéficier d'une meilleure stratégie de contrôle de l'équilibre. A l'adolescence on observe de nouveau des changements à ce niveau : la tête fonctionne en bloc avec le tronc dans des situations d'équilibre précaire, sans provoquer de chute. (*Assaiante & Amblard, 1995 ; Viel et al., 2009*).

Ceci traduit un développement non linéaire du contrôle de l'équilibre et de la posture : avec des modifications liées à la puberté lors de l'adolescence.

Beaucoup d'auteurs ont essayé de mettre en évidence des perturbations des capacités psychomotrices à l'adolescence, notamment au niveau des coordinations. Une étude a permis de faire une corrélation entre la vitesse de croissance et les performances de coordinations : *Visseur, Geuze et Kalverboer (1998)* grâce à une étude longitudinale chez des garçons à partir

de 11 ans et 6 mois. Les résultats montrent que plus la vitesse de croissance est importante, plus les scores de coordinations sont bas.

Une étude de *Davies & Rose* en 2000, relève une différence sexuelle notamment sur des tâches spécifiques impliquant la force et la vitesse : les garçons sont alors plus performants que les filles. Cette étude ne montre pas de meilleure performance des filles dans les tâches de motrices manuelle, contrairement aux attentes, mais les tâches proposées n'étaient probablement pas assez précises pour que les résultats soient concluants.

2) Développement psychomoteur

La croyance populaire associe une poussée de croissance rapide à un adolescent maladroit et en déséquilibre. Or plusieurs études montrent que c'est faux. (*Cloutier*, 1998). En effet, la dimension du corps, la force physique et la coordination motrice sont 3 éléments qui augmentent à des rythmes différents pendant l'adolescence. La croissance corporelle ne se fait pas au même rythme pour toutes les parties du corps ; les pieds et les jambes grandissent plus vite.

Vincent, en 1968 étudie certaines capacités motrices chez les filles pour déterminer si la qualité des performances varie pendant l'adolescence. Les résultats montrent que :

- saut et course sont au maximum des potentialités à 14-15 ans
- la précision du lancer de balle et maîtrise des rebonds sont au maximum des potentialités à 15-16 ans
- les pas chassés et le saut à la corde sont au maximum des potentialités à 18 ans

On observe donc une progression dans le développement psychomoteur, mais il est important de noter qu'elle est culturellement dépendante. C'est une évolution qualitative et non quantitative, par rapport au développement de l'enfant qui acquiert sans cesse de nouvelles compétences.

Au niveau moteur, l'étude réalisée par *Davies & Rose* en 2000 auprès d'adolescents utilise les stades de développement déterminés non pas en fonction de l'âge, comme chez les enfants, mais en fonction du stade de puberté : stade pré pubertaire, stade pubertaire et stade

post pubertaire. Chaque stade se définit en fonction du nombre de caractères sexuels secondaires présentés par le jeune (à partir de l'échelle PMOS, cf annexe), et surtout, en fonction du pic de croissance. Si l'adolescent est en période de croissance importante il se situe dans le stade pubertaire. Cette étude montre une amélioration qualitative des performances motrices au cours de l'adolescence chez les filles et chez les garçons. Contrairement aux idées reçues, cette étude ne retrouve pas de maladresse ou d'incoordination motrice ni chez les filles ni chez les garçons.

III. Développement cérébral et cognitif

Les tests psychométriques ne révèlent pas d'acquisitions de nouvelles fonctions intellectuelles à l'adolescence mais soulignent d'importants progrès intellectuels. Ces progrès portent sur : la mémorisation de contenus, l'aptitude à rechercher de l'information pertinente en cas de problème, poser des hypothèses, l'habileté à élaborer des concepts, la capacité à se représenter mentalement l'espace et d'opérer des transformations sur ces représentations et la capacité générale de résoudre des problèmes complexes. Ces caractéristiques se rapprochent de la pensée hypothético-déductive que Piaget décrit dans les stades de développement. Pour *Piaget*, entre 11 et 15 ans le jeune entre dans le stade des opérations formelles ; l'accès à la pensée hypothético-déductive se fait grâce à la maîtrise de l'analyse combinatoire et l'accès à une forme plus complète de réversibilité du raisonnement. La pensée hypothéticodéductive permet le raisonnement sans manipulation d'objet concret mais grâce à des hypothèses formulées verbalement ; l'adolescent est alors indépendant du contexte.

Il existe des modifications cérébrales importantes pendant la période pré-natale et la petite enfance, mais l'ontogénèse se poursuit également à l'adolescence et à l'âge adulte. Des neurones sont produits tout au long de la vie, permettant notamment la plasticité cérébrale.

A l'adolescence on observe une perte importante de connexions synaptiques, pour une meilleure performance énergétique et des communications plus rapides du cerveau adulte. Cette perte est nécessaire pour un fonctionnement cérébral optimal. Certaines modifications sont liées à la production excessive d'hormones hypothalamiques lors de la puberté. Cette libération d'hormones est à la fois liée aux modifications cérébrales et est

génératrice de transformations cérébrales. Certaines de ces transformations pourraient s'avérer nécessaires pour le passage de la dépendance à l'indépendance lors de l'adolescence.

Davies & Rose ont réalisé une étude, en 1999, à partir de tests standardisés utilisés en neuropsychologie. Des adolescents sont répartis en fonction de leur stade de développement pubertaire (pré pubertaire, pubertaire, post pubertaire). Des tâches leur sont proposées, certaines sont corrélées au fonctionnement du lobe frontal, et les autres au fonctionnement du lobe pariétal ou à d'autres régions corticales.

Les chercheurs observent une amélioration des performances au cours du développement pubertaire sur les tâches faisant intervenir le lobe frontal. Peu de différences sexuelles sont observées et celles-ci disparaissent dans le dernier stade (post pubertaire).

Ces tests neuropsychologiques sont donc sensibles au dépistage d'anomalies dans le fonctionnement cérébral, mais ils sont également sensibles au développement cognitif ordinaire.

Tout comme le développement psychomoteur, le développement cognitif à l'adolescence n'est plus corrélé à l'âge mais au développement pubertaire.

B/ PSYCHOPATHOLOGIES DE L'ADOLESCENCE

La majorité des troubles que l'on observe à l'adolescence sont des troubles déjà présents pendant l'enfance mais qui prennent une autre dimension. L'expression même du trouble change avec l'adolescence du fait des caractéristiques de cette période. Les comorbidités peuvent évoluer, l'approche thérapeutique s'adapte en conséquences.

On peut voir les psychopathologies de l'adolescence comme une exagération ou une dévaluation des phénomènes normaux rencontrés pendant cette période.

Un comportement pathologique est caractérisé par :

- Une insuffisance ou un excès
- Un retard ou un décalage développemental
- Une entrave au fonctionnement adaptatif

Nous allons ici décrire les pathologies dont le pic d'incidence se trouve entre 12 et 18 ans. Nous ne traiterons pas des troubles présents depuis l'enfance tels que les troubles des apprentissages. En effet, la prise en charge de ces troubles n'est pas spécifique à l'adolescence mais plutôt aux nouveaux apprentissages liés à la scolarité. Certes, les supports de jeux et l'attitude du thérapeute sera différente mais le principe de rééducation ne sera pas dépendant de cette période adolescente.

Il est important de noter que les troubles psychopathologiques sont fortement comorbides entre eux.

I. La schizophrénie

L'âge du premier diagnostic des schizophrènes se situe en moyenne entre 15 et 25 ans. Il s'agit donc d'un trouble mental caractéristique des jeunes adultes, mais pouvant frapper les adolescents, voire les enfants. Les formes de schizophrénies infantiles sont plus rares.

La schizophrénie est une maladie chronique caractérisée principalement par des idées délirantes, des hallucinations, une désorganisation (de la pensée, du discours, du

comportement) et une discordance entre les affects et leur expression, notamment entre le discours et les communications non verbales qui l'accompagnent.

Le sex-ratio est de 1 et l'incidence en France est de 2/10 000 selon l'INSERM.

Au niveau psychomoteur on peut recenser différents troubles liés à la schizophrénie tels que :

- un trouble des **habiletés sociales** : reconnaissance des émotions chez soi et sur autrui, difficulté d'expression des émotions, ...
- un trouble de **l'image du corps** : un syndrome de morcellement
- des troubles des **fonctions exécutives**, notamment des difficultés de résolution de problème. Notamment lors des idées délirantes basées sur des interprétations : les patients ne peuvent pas générer plusieurs interprétations possibles (il faut alors mettre en place une modification des croyances).
- Un trouble du **tonus** : notamment dans la forme catatonique, mais aussi une hypertonicité posturale et les dysrégulations toniques dues aux effets secondaires des traitements.

II. Les troubles des conduites alimentaires (TCA)

Ces sont des troubles psychiatriques qui touchent plus les filles, avec deux pics de prévalence au début et à la fin de l'adolescence. Le sex-ratio est de 9 filles pour 1 garçon et l'incidence est de 1 à 2 % chez les adolescentes. Les troubles des conduites alimentaires sont fortement comorbides avec la dépression, les troubles anxieux, la toxicomanie, les troubles bipolaires.

L'anorexie mentale :

Ce trouble se définit par des conduites restrictives et non une perte d'appétit, une aménorrhée et un amaigrissement. Il se manifeste par le refus de maintenir un poids corporel normal, une peur intense de prendre du poids, une altération de la perception de son poids ou de la forme de son propre corps.

Il y a plusieurs manifestations psychomotrices liées à l'anorexie :

- un trouble de **l'image du corps** : la dysmorphophobie ; perception déformée de l'image du corps

- **l'hyperactivité** cognitive ou motrice

- un trouble du **tonus** : souvent une hypertonie. Cette hypertonie peut être consciente (le sujet adopte un état de contraction musculaire pour perdre du poids, c'est à mettre en lien avec l'hyperactivité), elle peut également être inconsciente et liée aux émotions.

- un trouble de **la conscience émotionnelle**, ou alexithymie : les sujets ont des difficultés à identifier et verbaliser leurs émotions. Et l'expression des émotions est essentiellement somatiques.

Boulimie :

Ce trouble se caractérise par des crises de boulimie récurrentes, des comportements compensatoires inappropriés, une estime de soi influencée par le poids.

Dans le cadre de ce trouble on observe également un trouble de **l'image du corps** ; la dysmorphophobie

III. Les troubles anxieux

Ils peuvent être de plusieurs ordres : angoisse, phobies, manifestations obsessionnelles, manifestations somatiques, inhibition.

La phobie sociale et la phobie scolaire sont les manifestations les plus fréquentes à l'adolescence. Il est important de noter que certaines peurs sont « normales » à l'adolescence : peur de l'évaluation négative des autres / peur de l'échec (VS enfants : peur animaux, maladies,... selon l'âge).

Au niveau psychomoteur on peut observer :

- des troubles des fonctions exécutives, notamment des difficultés de **résolution de problème**

- un **comportement d'évitement** face aux situations anxieuses ou phobogènes

La psychomotricité peut intervenir notamment grâce à la relaxation, et dans le cadre des phobies avec la désensibilisation systématique.

IV. La dépression de l'adolescent (Etat Dépressif Majeur)

C'est une pathologie recensée dans le DSM IV. Les facteurs de vulnérabilité sont notamment l'âge (12-18 ans), le sexe féminin, le deuil, la perte ou la séparation, ...

Au niveau psychomoteur on peut observer :

- un **désinvestissement corporel** : hypoactivité motrice
- des troubles des **fonctions exécutives** : un trouble du raisonnement, difficulté de résolution de problèmes, difficulté attentionnelle
- une **agressivité** (chez les garçons pour décharger la tension par le comportement)
- un souci de **l'image du corps** (chez les filles)
- une phobie scolaire ou des troubles du comportement

V. Tentatives de suicide et conduites à risque

Tentatives de suicide :

Dans 90% des cas, les adolescents ayant fait une tentative de suicide présentent des critères de trouble psychiatrique non diagnostiqué. Une tentative de suicide peut s'inclure dans une dépression, une schizophrénie, ...

Elle correspond à la remise en question du rapport que l'adolescent entretient avec son corps, par l'attaque directe de celui-ci.

Conduites à risque :

Elles regroupent la prise de toxique, la sexualité non protégée, les troubles alimentaires, ... et sont très fréquentes à l'adolescence. Les conduites à risques correspondent à des situations dangereuses, avec risque d'y trouver la mort mais sans que l'adolescent ait conscience, ni volonté de mourir.

Elles ne sont pas à elles seules un critère de personnalité déviante ou pathologique, mais elles peuvent parfois faire partie d'un cadre nosologique plus général.

L. Spear en 2007 relève des caractéristiques spécifiques à la majorité des adolescents, et ce chez plusieurs mammifères, dont la prise de risque : la prise de risque (Wilson et Daly 1985, cités par L. Spear), permet l'exploration du comportement adulte (Silbereisen & Reitzle 1992 cités par L.Spear) et de faire face à des défis, challenge (Csikszentmihalyi & Larson, cités par L.Spear).

- Plus de 50% des ados ont déjà conduit en état d'ivresse, ont déjà eu des relations sexuelles sans moyen de contraception, ont déjà consommé des drogues illégales, se sont déjà battus, ou autre conduites à risque (Irwin, 1989 cités par L. Spear)
- Taux de mortalité important à l'adolescence : accidents, homicides, suicides (Irwin et al, 2002 cités par L.Spear)

Les facteurs de risques sur lequel le psychomotricien peut agir sont surtout **l'impulsivité** et la perte de **l'estime de soi**. Mais également, au moment de la crise suicidaire, une aide doit être apportée au jeune de type **résolution de problème** afin de briser le processus suicidaire.

VI. TDA/H

La triade symptomatique du TDA/H reste la même à tout âge :

- Hyperactivité
- Troubles de l'attention
- Impulsivité

Les critères diagnostiques du TDA/H dans le DSM IV (cf annexes) concernent essentiellement les enfants, il n'en est pas de spécifiques pour les adolescents ou les adultes. Cependant, Marcelli et Braconnier (2008) relèvent des spécificités de la symptomatologie du TDA/H à l'adolescence, notamment la prédominance du déficit attentionnel sur l'hyperactivité. On peut également retrouver :

- Un fort sentiment d'agitation interne plutôt que des comportements d'agitation
- Une procrastination, la présentation d'un travail scolaire mal organisé et sans suite
- Une grande difficulté à travailler de manière autonome
- Une mauvaise estime de soi

- Des difficultés dans les relations aux pairs
- Une intolérance à la frustration
- Des troubles spécifiques d'apprentissage
- Un comportement peu modifié par les récompenses ou les punitions
- Des conduites à risque
- Une apparente indifférence à prendre soin de soi
- Des difficultés avec l'autorité
- Une consommation de cannabis

C/ PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE DES ADOLESCENTS SANS RETARD MENTAL
--

Le retard mental nécessite à lui seul une prise en charge particulière, adaptée, qui ne correspond pas uniquement aux besoins d'un adolescent, c'est pourquoi nous n'aborderons pas ce cas particulier.

La prise en charge d'un adolescent est adaptée à chaque patient. Nous développerons néanmoins dans ce chapitre les lignes fortes qui constituent la spécificité des prises en charge de ce public.

I. La relation adolescent – adulte

L'ambivalence est certainement la caractéristique la plus prégnante dans la relation adulte- adolescent. En effet l'adolescent refuse le contact avec l'adulte, tout en étant en attente de considération et de compréhension. Cette ambivalence se caractérise par des va et viens de l'adolescent entre dévoilement et repli, entre confiance et méfiance tout au long de la relation.

Cependant, cette relation peut être perçue par l'adolescent comme intrusive, menaçante. Il est important d'en être conscient pour doser subtilement nos sollicitations et nos attentes. Les communications non verbales jouent ici un rôle prégnant ; notamment la distance

interpersonnelle et la capacité d'écoute, d'encadrement sans pour autant étouffer le jeune. L'adolescent peut réagir de différentes manières à une relation qu'il juge trop menaçante : rupture de la relation, opposition, agressivité, repli, fugue, ...

II. La relation adolescent – thérapeute

Il faut toujours avoir à l'esprit l'ambivalence de l'adolescent dans ses relations avec l'adulte pour adapter la prise en charge.

Il faut tout d'abord établir en commun l'objectif à atteindre. Ceci est d'autant plus important, que la plupart du temps l'adolescent lui-même ne sait pas réellement pourquoi il est là (c'est souvent le cas des prises en charge dans le cadre d'une institution), il n'a pas réellement conscience de ses difficultés, ou cette prise de conscience est encore trop difficile. La demande thérapeutique ne vient donc pas explicitement de l'adolescent, c'est au thérapeute de créer cette demande, ce désir de travail thérapeutique à travers des jeux, des activités qui permettent à l'adolescent d'apercevoir les bénéfices de son travail (*Trollet, 2010*).

Lors d'un travail avec un adolescent il est également important, tout comme avec un enfant, d'inclure la famille, l'environnement scolaire et l'environnement de soin du jeune dans le protocole. Cependant, il est également important que l'adolescent puisse conserver l'espace privilégié que constitue la prise en charge thérapeutique sans intrusion de son environnement).

III. L'alliance thérapeutique

1) Au niveau historique :

Le terme d'alliance thérapeutique, est employé pour la première fois par *Bidring* en 1937, dans le cadre de la psychanalyse. Il désigne « la relation entre l'analyste et la partie saine du moi de son patient ».

Bordin, en 1994, décrit l'alliance thérapeutique comme « une compréhension et un accord mutuel au sujet des buts de changement (*goals*) et des tâches (*tasks*) nécessaires pour

avancer vers ces buts s'accompagnant de la création de liens (*bonds*) afin de maintenir le travail des partenaires. »

Il décrit les 3 axes de cette alliance :

- l'accord entre le thérapeute et le patient sur les objectifs de la thérapie (*goals*)
- l'accord entre le patient et le thérapeute sur les activités spécifiques que le patient devra mettre en place pour provoquer un changement (*task*)
- le lien entre le patient et son thérapeute (*bonds*)

Il est important de noter que l'adolescent est capable de comprendre les tâches et les buts. La difficulté de construire une alliance thérapeutique réside dans la création du lien.

Luborsky (1976) développe la notion « d'alliance aidante » en 2 axes :

- le patient vit son thérapeute comme lui apportant aide et soutien
- le patient a le sentiment d'un travail commun, d'une coopération

A partir de ces descriptions, *Gaston* (1990) organise cette alliance thérapeutique en 4 dimensions :

- l'alliance thérapeutique qui représente la relation affective du patient avec le thérapeute
- l'alliance de travail, qui correspond à la capacité du patient à fournir un travail thérapeutique
- la compréhension empathique du thérapeute et son implication
- l'accord entre le patient et le thérapeute sur les objectifs et les tâches liées à la prise en charge

2) Caractéristiques de l'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est un lien de confiance réciproque primordial avant tout travail thérapeutique ; il est nécessaire de le construire et de l'entretenir en permanence. L'établissement et le maintien d'une alliance thérapeutique n'est possible que dans le cadre d'une relation équilibrée investie par les parties.

La qualité de l'alliance thérapeutique est le meilleur facteur prédictif de l'évolution du patient au cours de la thérapie. Cela quels que soient le type de thérapie et le type de critère utilisé pour mesurer l'efficacité de la prise en charge (*Villamaux, 2000 ; J.-N. Despland, Y. de Roten, E. Martinez, A.-C. Plancherel et S. Solai, 2000*). Elle n'est pas non plus influencée par le type de trouble. D'où l'importance à accorder à cette alliance dès le début d'une psychothérapie.

Des résultats très intéressants sont issus de l'étude multicentrique menée dans le cadre du National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research. Les traitements évalués sont les suivants : psychothérapie cognitive et comportementale, psychothérapie interpersonnelle, et traitements chimiques seuls. Ils sont tous standardisés. Les chercheurs ont recours à une version modifiée de l'échelle développée à Vanderbilt ; ils constatent que la contribution de l'alliance aux différents résultats thérapeutiques est supérieure à celle des traitements seuls, sans aucune exception. Les niveaux d'alliance sont par ailleurs comparables quels que soient les types de traitement. » (*J.-N. Despland, Y. de Roten, E. Martinez, A.-C. Plancherel et S. Solai, 2000*).

3) Le 1^{er} contact, le 1^{er} entretien

Le premier contact est primordial, comme dans la plupart de nos relations. Il est souvent empreint de préjugés et la première impression dépend essentiellement des ressentis de chacun. Même si cette première impression évolue au fur et à mesure d'une relation, c'est le premier contact qui permet ou non la poursuite et la bonne évolution de cette relation.

Au moment de l'entretien initial, le thérapeute est doté d'un statut social particulier, celui de thérapeute. Le patient, lui, doit accepter un nouveau statut impliquant un besoin d'aide du thérapeute, une souffrance ou un trouble particulier.

C'est lors du premier entretien que va se préciser la demande du patient, ses attentes, et le type d'aide qu'il recherche. Le thérapeute est à l'écoute mais il est également sensible à l'ensemble des communications non verbales du patient (posture, prosodie, mimiques,...), provoquant une réaction émotionnelle chez le thérapeute.

La première évaluation, le bilan initial, est réalisé au cours de cette première rencontre pour situer le patient dans son développement, établir un profil global de la personne et analyser ses difficultés et ses capacités, les domaines dans lesquels le thérapeute devra intervenir.

4) Construction de l'alliance thérapeutique

La construction de l'alliance thérapeutique dépend des caractéristiques du patient et du thérapeute. Du côté du patient, la construction de cette alliance dépend de son engagement dans le processus thérapeutique et de sa capacité à nouer des relations interpersonnelles saines. Plus ces deux facteurs seront développés, meilleure sera l'alliance. Quand au clinicien, la construction de l'alliance dépend de ses attributs personnels mais également de sa capacité à intégrer le patient dans cette relation.

La 1^{ère} rencontre est déterminante dans la construction de l'alliance thérapeutique, il est donc nécessaire que le thérapeute prenne conscience de ses communications non verbales, de son rôle prégnant dans cette relation.

Une étude a été faite sur l'évolution de l'alliance thérapeutique (*Perono & Grabot 2006*). Elle se base sur les 3 parties de l'alliance thérapeutique selon *Bordin* (le lien, les objectifs et la tâche). Au début de la relation, dès le premier entretien, c'est le lien qui prime dans la construction initiale de l'alliance. Puis l'alliance se fortifie, toujours grâce au lien mais entrent en jeu les objectifs et la tâche.

Des auteurs (*J.-N. Despland, Y. de Roten, E. Martinez, A.-C. Plancherel et S. Solai, 2000*) décrivent la construction de l'alliance thérapeutique en 2 temps (cf *Luborsky*) :

1- Une première phase, la plus critique, de construction de l'alliance.. Elle se développe en fonction du climat affectif, des attitudes, du comportement du thérapeute et des caractéristiques individuelles du patient.

2- Une seconde phase plus fluctuante se rapportant au 2^{ème} axe de *Luborsky* : le patient intègre le principe d'un travail commun pour lutter contre ses difficultés.

5) Facteurs influençant cette alliance

Certains auteurs (*J.-N. Despland, Y. de Roten, E. Martinez, A.-C. Plancherel et S. Solai, 2000*) ont déterminés des facteurs influant dans l'alliance thérapeutique :

- Les caractéristiques du patient
- Les caractéristiques du thérapeute :
 - o Degré de similarité entre patient et thérapeute (âge et sexe notamment).
 - o La régularité des entretiens, l'engagement du thérapeute dans la clarification des règles, la structure du traitement, sont autant de facteurs qui facilitent la construction d'une bonne alliance

IV. Spécificités de la prise en charge et axes de travail

Plusieurs éléments de la prise en charge diffèrent d'une population à une autre, que ce soit dans la relation comme nous l'avons vu ci dessus, dans les jeux, les activités que nous allons proposer, l'attitude que nous allons avoir avec le patient.

Concernant supports de jeux, les activités doivent toujours être ludiques et attrayantes mais il faut faire attention à ne pas proposer des activités trop infantilisantes pour ne pas blesser l'adolescent, ni trop difficile pour ménager l'estime de soi. La plupart du temps on utilise les règles proposées par le jeu car l'adolescent les connaît ou souhaite pouvoir y rejouer en dehors de la séance, il est cependant tout à fait possible et accepté par les jeunes de modifier les règles ensemble dès le départ.

La compétitivité avec le thérapeute dans le jeu est souvent un bon facteur de motivation.

L'attitude du thérapeute va également être différente avec les adolescents. L'alliance thérapeutique nécessite une réelle transparence de la part du thérapeute. De plus, pour faciliter la généralisation il est important de toujours expliquer concrètement ce qui est travaillé, de renvoyer des feedback directs et différés (en fin de jeux ou de séance par exemple), ainsi que de faire constamment des liens entre ce qui est fait en séance et la scolarité et la vie quotidienne.

Les difficultés que l'on peut rencontrer face aux adolescents sont souvent liées à l'ambivalence de cette période, entraînant un comportement, une humeur fluctuante d'une séance à l'autre. Ainsi il est difficile de s'ajuster en permanence à un adolescent. Là aussi on peut parler de discontinuité du soin car la prise en charge sera fortement guidée par les besoins du jeune au moment de la séance. Amener l'adolescent à faire des activités que l'on juge bénéfiques pour lui est un challenge permanent car il faut susciter la motivation et l'intérêt de l'adolescent. Pour cela il faut allier point de repère et nouveauté ; c'est à dire partir d'un jeu connu ou d'une activité que l'on a déjà faite et que l'adolescent a réussi pour évoluer vers autre chose ou vers une complexification de ce jeu. La répétition est une clé de l'apprentissage et de l'amélioration, cela peut prendre plus de temps que chez les enfants, mais attention cependant à ne pas tomber dans la routine car les adolescents peuvent vite se lasser et associer l'ennui du jeu à une prise en charge inefficace. Interviennent alors la qualité de l'alliance thérapeutique, la capacité à faire preuve d'imagination, d'inventivité et les aptitudes d'adaptation spontanée à chaque nouvelle situation.

Les principaux axes de travail avec les adolescents se situent au niveau des fonctions exécutives et des habiletés sociales.

1) Les fonctions exécutives

Les fonctions exécutives sont souvent le centre de la consultation en psychomotricité à l'adolescence car elles sont fortement sollicitées dans le domaine scolaire.

a. La mémoire de travail

➤ *Définition*

La mémoire de travail permet de stocker et manipuler des informations pendant une courte période pendant la réalisation d'une activité. Elle intervient dans le raisonnement, pour comparer plusieurs idées et dans la compréhension lors de la lecture.

➤ *Evaluation*

Un déficit en mémoire de travail apparaît dans des tests tels que les cubes de Corsi

➤ *Prise en charge*

C'est un domaine que l'on peut travailler notamment avec des jeux comme le *Memory*, ce jeu est d'autant plus intéressant qu'il peut être adapté aux intérêts de chaque jeune. Le *jeu de Kim* est également apprécié par les adolescents.

b. L'attention

➤ *Définition*

L'attention « permet l'application, le rendement, l'actualisation de l'esprit et la présence effective et efficace. Sa carence conduit à l'irréflexion et l'indifférence » (Bolduc R., 2007)

➤ *Evaluation*

On peut repérer des troubles attentionnels grâce à des tests adaptés à l'âge et au type d'attention qui est évalué tels que le D2 (attention sélective soutenue), le Stroop (attention divisée), le T2B (attention soutenue),

➤ *Prise en charge*

L'attention soutenue est stimulée lorsque le jeune est concentré sur une tâche pendant plus de 15 minutes. On peut s'appuyer sur des jeux que le jeune maîtrise afin de ne pas lui imposer une double difficulté.

Les jeux qui peuvent plaire aux adolescents : *où est Charlie ?*, *jeux de cartes* (où l'on peut faire plusieurs parties afin de permettre à l'adolescent des « poses cognitives », notamment lorsque l'attention est très coûteuse), certains jeux sur tablette numérique sont particulièrement attrayants à cet âge,...

c. La planification

➤ *Définition*

La planification délibérée est définie comme une habileté cognitive qui consiste à élaborer et coordonner une séquence d'actions visant l'atteinte d'un but.

➤ *Evaluation*

Elle peut être évaluée grâce à la Tour de Londres notamment.

➤ *Prise en charge*

Des résolutions de problèmes permettent de mettre en avant des stratégies de planification (exemple *Rush Hour*,...). On peut également utiliser des jeux de stratégie où l'adolescent doit anticiper plusieurs coups à l'avance (*Echecs, Corridor, Abalone*,...). Ces jeux sollicitent également l'attention soutenue, il faut être attentif à ne pas mettre l'adolescent devant une double difficulté, mais à l'inverse si l'attention soutenue ou la planification sont des points forts ce sont des jeux pertinents, qui permettent de s'appuyer sur les capacités de l'adolescent, favorisant ainsi l'estime de soi et la motivation.

De même, on peut s'appuyer sur des compétences motrices de l'adolescent pour travailler autour de la planification du déplacement, du geste,... L'*Architecto* est un jeu sollicitant à la fois les capacités visuoconstructives et la planification, il peut être utilisé pour travailler l'une ou l'autre de ces habiletés en fonction de ce que maîtrise le patient.

d. La flexibilité mentale

➤ *Définition*

Cette fonction définit la capacité à changer de tâche ou de stratégie mentale et à passer d'une opération cognitive à une autre. Elle requiert le désengagement d'une tâche pour se réengager dans une autre.

➤ *Evaluation*

Test de classement de carte du Wisconsin (WCST), le Trail Making Test (TMT),

➤ *Prise en charge :*

Elle se travaille en appui sur la mémoire de travail. En effet, il faut s'assurer que le jeune soit en mesure de manipuler les informations qui lui sont données. On peut faire des jeux au cours des quels les règles peuvent changer pendant la partie, par exemple le *Uno*. Le *Dooble* est aussi un jeu très apprécié par les jeunes. On peut aussi faire des jeux de déduction, comme les *Black Stories* : l'adolescent doit sans cesse remettre en question son raisonnement en fonction des réponses que lui donne le thérapeute.

e. L'impulsivité et le défaut d'inhibition

➤ *Définition*

L'impulsivité s'exprime par un comportement direct adopté par un individu sans que celui-ci ne pense aux conséquences de ses actes. Elle est peut être liée à un déficit de mémoire de travail, une inattention, un défaut d'inhibition ou des difficultés de planification. L'impulsivité fait partie des facteurs de risque des tentatives de suicides et des conduites à risques.

L'inhibition est un comportement naturel qui devient pathologique lorsqu'il est excessif. Il nécessite la capacité à :

- Retenir intentionnellement une réponse prépondérante et automatique,
- Arrêter une réponse en cours,
- Contrôler les stimulations non pertinentes appelées interférences.

Ajuriaguerra propose deux typologies de l'inhibition : une inhibition par hyper contrôle et l'inhibition par suspension de l'initiation motrice. Dans la première on observe un état d'alerte musculaire et postural alors que dans la deuxième c'est plutôt l'hypotonie qui domine.

A cela sont souvent associés une attitude rigide, peu de mouvements, un repli et un déficit attentionnel.

➤ *Evaluation*

Lors du bilan psychomoteur l'impulsivité peut apparaître de différentes façons ; au niveau des résultats de tests elle peut être révélée par le laby 5-12, l'appariement d'images, ... Le défaut d'inhibition peut être détecté par les tests jour/nuit, le cogner/frapper de la nepsy, ... Le trouble de planification apparaît lors de tests tels que la tour de Londres Un déficit en flexibilité mentale peut être mis en évidence par le test Wisconsin

Au niveau clinique, on peut également la repérer au niveau moteur, ou lors d'autres tests, notamment par la rapidité des réponses, un temps de réflexion court, ...

L'impulsivité apparaît souvent dans le comportement de l'individu avec le thérapeute, avec ses pairs (bagarres,...), avec ses parents, ...

Echelles de mesure de l'impulsivité :

- Echelle d'impulsivité fonctionnelle et dysfonctionnelle. Scott Dickman (1990) (cf annexe)
- Echelle d'impulsivité de Barratt (BIS-10) (cf annexe)
- ...

➤ *Prise en charge*

L'impulsivité peut se travailler avec des jeux tels que le *Jungle Speed*, très apprécié des adolescents. Ces jeux font intervenir la rapidité de réponse et l'inhibition. Attention cependant à ce que l'impulsivité ne soit pas favorisée par la nécessité de réponse rapide.

Pour le défaut d'inhibition la prise en charge sera essentiellement motrice, pour redonner du sens au mouvement, des références posturales et toniques appropriées. On peut alors utiliser des jeux tels que les *fléchettes* où l'inhibition est nécessaire pour maintenir une posture mais il faut également savoir lever cette inhibition pour que le geste soit franc, précis et vif. Des jeux de ballons peuvent également être mis en place tels que le *football*, le *basket*,... l'adolescent doit alors générer une importante quantité de mouvements orientés vers un but.

2) Les habiletés sociales

a. Définition

Les habiletés sociales sont des comportements verbaux et non verbaux résultants de processus cognitifs, affectifs et moteur, permettant de s'adapter à l'environnement. Il s'agit donc d'un ensemble de capacités qui nous permettent de percevoir et comprendre les messages communiqués par les autres, de choisir une réponse appropriée à ce messages et d'émettre cette réponse par des moyens verbaux et non verbaux. Ces habiletés sont intégrées par l'individu dès la petite enfance par le processus de socialisation.

b. Comment repérer des difficultés dans les habiletés sociales ?

Il existe deux versants dans les habiletés sociales : la perception des émotions de l'autre, la lecture de ses communications non verbales et l'expression de ses propres émotions et des communications non verbales.

Un adolescent ayant des difficultés dans ce domaine n'est pas nécessairement isolé de ses pairs, c'est pourquoi il faut observer attentivement les attitudes du jeune avec ses pairs, avec l'adulte,...

Les habiletés sociales sont une aptitude primordiale à l'adolescence, notamment de par l'importance du cercle de pairs. Un adolescent qui ne maîtrise pas bien ces capacités a plus de risques d'être isolé, de ne pas réussir à intégrer un groupe, cela dépend de l'intensité du trouble.

Un trouble des habiletés sociales peut être d'intensité variable : l'adolescent peut être isolé car il ne comprend pas du tout les autres ou n'est pas capable d'exprimer clairement ses intentions. Cela peut également être plus nuancé, par exemple l'adolescent perçoit les émotions franchement exprimées mais ne comprend pas les émotions subtiles.

Au niveau de la perception :

Lors des conversations le jeune peut ne pas respecter les distances interpersonnelles, le niveau de dévoilement de soi approprié à son interlocuteur, ne pas percevoir les signes de lassitude de l'autre, ... c'est autant de signes qu'il faudra relever. Des mises en situations, des jeux de rôles peuvent aider le thérapeute à cerner le problème. Le test d'Ekman et le test d'intelligence sociale sont des supports d'évaluation à disponibilité du psychomotricien. Il est cependant important de noter que le test d'Ekman est porté uniquement sur la reconnaissance des émotions faciales et que le test d'intelligence sociale est quelque peu désuet (1978) et on peut penser que les compétences sociales ont évolué avec la société. Certains supports peuvent également être révélateurs : notamment des cartes sur lesquelles figurent des personnages de tout âge et d'origines différentes exprimant une émotion qu'il faut reconnaître.

Au niveau de l'expression :

L'amimie peut être un signe de trouble de l'expression des habiletés sociales, mais l'observation du jeune doit se faire dans plusieurs contextes. L'adolescent peut également exprimer une émotion qui n'est pas nécessairement en accord avec son discours. Il peut également avoir du mal à verbaliser l'émotion qui correspond à son état interne, mais ceci ne relève pas des habiletés sociales.

c. Prise en charge des habiletés sociales

Il est possible de mener des groupes d'habiletés sociales, en collaboration avec un autre thérapeute. Cela nécessite de bien connaître chaque participant. Le groupe doit être homogène et chacun doit faire preuve de motivation.

Il existe plusieurs programmes de rééducation des habiletés sociales pour les adultes qui peuvent être réalisés avec les adolescents, en groupe ou en individuel. Cela peut être un programme d'affirmation de soi pour aider les personnes à faire face à une situation interpersonnelle de conflit, un programme de résolution de problème, ou un programme d'entraînement aux habiletés sociales qui se fait en groupe et permet de travailler, sur le plan perceptif et expressif, successivement plusieurs habiletés sociales telles que faire une demande, se présenter à un groupe, présenter des excuses,...

Dans le cadre de ces groupes, de ces programmes, la perception et l'expression des émotions et les communications non verbales peuvent être travaillées, par exemple, grâce aux mimes et jeux de rôle. Les adolescents adhèrent généralement bien au *Times Is Up*, qui est un bon support de jeu pour ce travail. C'est un jeu très complet car il permet de mettre l'accent à la fois sur l'expression du visage et la posture. Il peut également être aménagé comme le souhaite le jeune : ajout de règles, de contraintes, d'accessoires,... Le jeu de rôle permet de jouer des scènes de la vie quotidienne telles que l'arrivée au collège où l'adolescent doit dire bonjour ; s'intégrer dans une discussion ; raconter correctement une blague au bon moment, à la bonne personne.

L'amélioration du système émotionnel est un programme destiné à une prise en charge individuelle afin d'améliorer la perception et l'expression des émotions chez soi et sur autrui. Il a été présenté aux entretiens de Bichat 2012 par *Treillet, Anneheim, Mechler et Rieg*. Mais

ce programme fait intervenir la vidéo et le miroir, il faut être vigilant car ce sont des supports que l'adolescent peut repousser. Un travail préalable est alors nécessaire.

V. Les médiations corporelles

➤ *Les médiations corporelles*

A l'adolescence, le corps occupe une place importante dans la vie du jeune. Le travail corporel est à la fois un élément clé de la prise en charge et une approche délicate. En effet, il faut être attentif à ne pas être trop direct, stimulant ainsi l'excitation sous-jacente liée à la maturation génitale constamment présente à l'adolescence, et à ne pas infantiliser le jeune. Catherine Potel est une praticienne qui a beaucoup écrit sur l'adolescence et l'utilisation des médiations corporelles ; sur l'approche délicate que représentent les médiations corporelles et la nécessité d'un travail sur le corps. Un consensus s'installe entre les professionnels en ce sens. Evidemment, l'adolescent doit être motivé pour ce projet et la médiation choisie doit être adaptée à ses capacités.

Les médiations corporelles « sportives » telles que la danse, le basket,... sont généralement appréciées des adolescents car ces derniers sont souvent à la recherche de sensations et cela permet une approche différente du corps. De plus, ce sont des pratiques vers lesquelles les adolescents se tournent naturellement pendant leurs loisirs. Le sport est un moyen qu'ont les jeunes de se défouler, mais aussi d'élargir le cercle de pairs, de se retrouver entre adolescents. C'est pourquoi beaucoup de professionnels mettent en place des groupes lorsqu'ils proposent des médiations corporelles aux adolescents. Malgré la peur du jugement, du regard de l'autre, les groupes permettent une identification à un modèle, favorise l'imitation et l'implication dans la prise en charge.

Généralement, lors de la séance avec un adolescent il faudra veiller à poser un cadre mais rester souple pour ne pas toucher à la liberté tout en contenant l'adolescent, lui donner un sentiment de confiance. Cela est d'autant plus vrai lors des médiations corporelles car l'adolescent est totalement « happé » par son corps, ses mouvements, cela suscite chez lui des sensations nouvelles et des questionnements. Il est important que l'adolescent se sente en

sécurité afin d'explorer pleinement son corps en mouvement. Le thérapeute intervient pour donner à l'adolescent des feedback positifs, l'aider à s'appropriier ou se réappropriier son corps. Un travail parallèle se fait alors sur l'actualisation de l'image corporelle. Cela va généralement de paire avec l'estime de soi. Comme il a été vu précédemment, l'image de soi est malmenée à l'adolescence ; entre les attentes de la société, les modifications corporelles, l'image subjective et objective de soi, l'adolescent a de quoi être perturbé. Les médiations corporelles permettent de canaliser le mouvement, d'appréhender les modifications corporelles, ... Dans cet espace d'expression corporelle le jeune pourra oser, inventer, reproduire, toutes sortes de mouvements, de postures.

➤ *Exemple de la relaxation*

La relaxation avec les adolescents est un atout supplémentaire dans une prise en charge globale, mais ce ne doit pas être un moyen thérapeutique unique.

La relaxation procure au jeune une période suspendue dans le temps où ses questionnements, ses conflits peuvent disparaître. Elle aide à l'autocontrôle, à se réappropriier l'image corporelle, à prendre conscience de son corps. Le jeune est alors attentif à son état de tension, de détente ; il est à l'écoute de son corps. C'est très important de laisser un temps de verbalisation après même s'il n'est pas toujours utilisé.

Attention cependant aux effets délétères de la relaxation ; en effet ce voyage intérieur peut être source d'angoisse pour l'adolescent. Des angoisses de morcèlements, des délires, etc. peuvent aussi apparaître pendant la relaxation.

La relaxation est donc un outil à manier avec précaution, uniquement avec le plein accord et la motivation du patient. C'est d'ailleurs une médiation qui n'est pas toujours acceptée par les jeunes.

Le training autogène de Shultz est la méthode de relaxation la plus souvent utilisée avec des adolescents. En effet, c'est une technique peu investie par les enfants de part sa forte composante cognitive et verbale. Sa facilité d'aménagement pour chaque patient permet une bonne adaptation de la technique en fonction de l'adolescent, de sa problématique,... La

technique de Wintrebert est plus souvent utilisée avec les enfants, la manipulation passive n'est par contre que peu recommandée avec les adolescents car cela implique un contact corporel prolongé qui peut être difficile à accepter pas les adolescents.

La relaxation peut être recommandée en complément de la prise en charge psychomotrice en cours dans le cadre de différentes problématiques : rigidité ou hypertonie, dysmorphophobie, hyperactivité, psychose (notamment lorsque l'adolescent à une mauvaise connaissance corporelle, n'arrive pas à organiser sa pensée ou son geste,...).

Dans le cadre des médiations corporelles, un feedback verbal sera toujours nécessaire afin de mettre en lien les sensations et les affects. Cela permettra à l'adolescent de s'exprimer et de comprendre certaines sensations. Dans le cadre de la relaxation, le temps de parole et postérieur à la détente est important pour que l'adolescent puisse exprimer ce qu'il a ressenti, alors que dans le cadre de la danse, du basket, des mimes,... l'adolescent peut exprimer directement ce qu'il ressent, ses questionnements, ses difficultés. Un temps d'échange sera toujours aménagé en fin de séance, comme d'ordinaire.

VI. Le bilan psychomoteur à l'adolescence

Les informations recueillies par l'étude de *Davies & Roses* permettent de mieux connaître cette période là. Au niveau psychomoteur, il sera important de prendre en compte le stade de développement pubertaire du jeune, son âge (par rapport à l'expérience), et son sexe pour évaluer ses capacités motrices.

Il existe peu de tests standardisés adressés aux adolescents jusqu'à 18 ans au niveau de la motricité générale. Mais de nombreux de tests évaluent les fonctions exécutives (attention, résolution de problèmes,...). Aucun test, cependant, n'est spécifique à l'adolescent alors qu'il en existe plusieurs spécifique au développement moteur du jeune enfant.

Il est d'autant plus important de faire un bilan complet pour chaque adolescent que leurs stratégies d'évitement ou d'adaptation sont bien plus en place que chez les enfants.

Ainsi les tests et les observations cliniques pourront révéler certaines difficultés non observables en situation classique

Il est important de souligner le caractère primordial de la pluridisciplinarité avec les adolescents dont l'expression du trouble peut être variable d'un milieu à l'autre, ou avec les adolescents susceptible d'interrompre les soins alors que ceux-ci sont nécessaires pour leur bon fonctionnement sociale, scolaire, etc. Cela n'implique pas nécessairement des prises en charges multiples et envahissantes pour le jeune mais les professionnels doivent travailler en équipe et le jeune doit sentir qu'il est soutenu.



PARTIE PRATIQUE

« L'adolescence n'est-elle pas une merveilleuse crise de folie qu'il ne faut pas laisser passer sans trancher dans le vif de ses sensations ? »

Dominique Blondeau

Dans cette partie j'ai choisi de décrire le parcours de trois adolescents suivi en psychomotricité au C.A.T.T.P. Cela permet d'avoir une vision globale de notre intervention auprès des adolescents dans ce type de structures. Ils ont entre 12 et 16 ans au moment de notre rencontre. Ce choix de présenter trois adolescents provient également de la difficulté de continuité du soin auprès des adolescents, ce fil sur lequel on oscille, entraînant une nouvelle situation à chaque prise en charge et la menace permanente d'abandon, volontaire ou non, par l'adolescent.

Kevin, est un adolescent pour lequel la psychiatre a posé un diagnostic de psychose. Cela signifie que c'est un adolescent qui peut présenter des moments de perte de contact avec la réalité, des délires. Pour Kevin le décodage et l'expression des émotions, la compréhension de l'autre, sont difficiles.

Alexandre est également un adolescent psychotique. Il est suivi en psychomotricité dans le cadre de troubles de l'écriture. C'est suite à une demande de sa part que la prise en charge s'oriente vers l'écriture.

Un diagnostic de TDA/H a été posé pour Nicolas à l'âge de 6 ans. Dans cette partie j'aborderai l'évolution de sa symptomatologie et de sa prise en charge.

Il est évident que ces prises en charge se basent sur des évaluations et ré-évaluations (à partir de tests standardisés ou de mises en situations cliniques) pour affirmer que les activités proposées ne sont pas seulement adaptées à l'adolescent mais également efficaces.

I. Anamnèse & présentation

[REDACTED]

[REDACTED]

II. Conclusions du bilan psychomoteur

Lors du bilan, Kévin est anxieux, parle beaucoup entre les items et a besoin de discuter entre les différentes épreuves. Cependant ses propos sont souvent décalés ou très éloignés du thème initialement abordé. Assis ou debout il adopte une posture rigide et repliée sur lui-même. Son regard est fuyant et tout son corps semble suivre. Kévin peut difficilement mettre son corps en action, il a besoin de temps pour préparer et organiser ses mouvements (rien n'est spontané). Sur un plan clinique il présente des difficultés dans la mise en relation avec l'autre, les habiletés sociales sont en question.

Le bilan psychomoteur (disponible en annexe) révèle essentiellement des difficultés motrices : au niveau de l'équilibre, de la motricité manuelle et de la motricité globale. Kévin manque d'unité corporelle ; il n'investi pas son corps, ses mouvements sont pauvres et peu harmonieux. Le bilan complet est disponible en annexe.

De fait, la prise en charge s'articulera autour de deux axes : d'une part, l'investissement de la motricité avec la production de gestes et de postures différents,... afin d'atténuer l'attitude rigide de Kévin ; et d'autre part, le décodage et l'expression des

émotions, des communications non verbales. D'autres professionnels (éducateurs, psychologue) ont également remarqué les difficultés que peut avoir Kévin à se faire comprendre, et à comprendre les autres, ce qui renforce l'idée d'un travail en psychomotricité autour de ces habiletés.

III. Prise en charge en psychomotricité des communications non verbales

Quand je commence les séances de psychomotricité avec Kévin il est important de travailler la motricité spontanée, de redonner du mouvement à son corps figé. Pour cela, être deux psychomotriciennes nous semble intéressant, cela permettra de varier les modèles, les postures, les attitudes, etc. On remarque également que Kévin présente de réelles difficultés dans les communications non verbales : à la fois dans l'expression et dans le décodage. Avec l'arrivée de la puberté, à l'adolescence, ses troubles se sont accentués et modifient profondément ses relations aux autres. Il est alors urgent d'aborder le problème des communications non verbales avec Kévin, sur le plan expressif et perceptif, mais avant il faut qu'il prenne conscience de ses difficultés sans se sentir persécuté. En effet, nous avons vu que le cercle de pair occupe une place importante à l'adolescence, il est donc primordial que Kévin puisse s'intégrer, comprendre les autres et se faire comprendre.

Nous conserverons notre triade toute l'année, ce qui nous permettra de faire des jeux de rôles, des mimes intégrant des interactions entre deux personnages alors que l'un de nous trois sera observateur et pourra renvoyer des feedback directs, soit en essayant de deviner la scène dans le cadre du mime soit en exprimant ce qu'il voit, ce qu'il comprend, ce qu'il faudrait améliorer dans le jeu d'acteur.

Nous commençons la prise en charge par des mimes car cela semble plaire à Kévin et permettra de faire une bonne introduction à l'importance de la posture et l'expression des émotions de manière non verbale. Nous utiliserons le jeu du *Times Is Up*, pour familiariser Kévin à cette activité, le mettre à l'aise avec « l'expression corporelle ». L'objectif est d'habituer Kévin à de nouvelles postures, à une nouvelle forme de communication. L'intérêt de ce jeu, réside en partie, dans la mise en suspens de la sphère verbale, évitant ainsi la logorrhée et les poussées délirantes qui y sont liées.

Au début on observe des difficultés à mobiliser à la fois le haut et le bas du corps mais Kévin est sensible au renforcement et observe beaucoup ce que l'on fait. Lorsque les situations lui paraissent trop complexes Kévin a besoin de verbaliser ses difficultés, sa frustration, de nous donner des indices verbaux pour que l'on devine ce qu'il mime. Petit à petit il « se prend au jeu » et est capable de s'exprimer réellement avec son corps.

Nous décidons alors, ensemble de complexifier le jeu en mimant à la fois des personnages et des actions, puis des lieux dans le but de varier les gestes, d'introduire de nouvelles postures, afin de continuer à améliorer la fluidité et l'investissement corporel de Kévin. Petit à petit des codes apparaissent pour mimer certaines actions ou certains personnages que nous connaissons par cœur et les mimes se simplifient. Au fur et à mesure il est capable de se poser, de recommencer de zéro ou de faire autrement si on le lui demande ou s'il voit que nous ne comprenons pas ce qu'il fait. Kévin est donc capable de réfléchir ses gestes, de les modifier ; il bénéficie donc d'un « répertoire » gestuel assez complet pour pouvoir faire autrement. On remarque également, à travers cette nouvelle capacité, une amélioration de sa flexibilité mentale.

Kévin est toujours très attiré par ce jeu, ce qui permet une continuité dans le travail et donne une dynamique aux séances. Nous décidons de complexifier de nouveau le jeu en séparant tous les personnages, actions, lieux et en ajoutant des émotions (6 émotions différentes, que le joueur associe au personnage en fonction d'un jet de dé) afin de voir si Kévin est capable de mimer une émotion (expression faciale, posture) et s'il est capable de les reconnaître. Chaque joueur doit alors en piocher un de chaque au hasard et obtient une association cocasse. Le but est d'essayer de mimer directement le personnage dans l'action, et quand cela est impossible de faire l'un puis l'autre. Cela implique de nouveaux mouvements auxquels Kévin fait face beaucoup plus rapidement et avec plus d'aisance. Les mimes deviennent de plus en plus « efficaces ». Il faut alors intégrer cette nouvelle aisance corporelle dans la communication.

J'oriente donc la prise en charge vers un jeu sur le décodage des émotions sur le plan non verbal afin que Kévin puisse généraliser ce que nous avons vu précédemment grâce au *Times Is Up* sur la lecture des postures et des expressions faciales. En effet, la généralisation sera possible de part la « réalité » du support que nous allons utiliser : à partir du jeu *Emotions*, on présente des photos de personnages exprimant une certaine émotion. Les photos

représentent de personnage exprimant des émotions simples : joie, colère, tristesse,... puis complexes (mépris, soucieux,...). Ensuite, les photos mettent en scène plusieurs personnages.

Chacun doit écrire rapidement une situation dans laquelle le personnage pourrait se trouver ou la situation qui a provoqué cette émotion, puis chacun mime et les autres doivent deviner la situation et à quelle photo elle correspond. Au fur et à mesure on sent que la phase d'écriture n'est plus nécessaire pour se préparer au mime : dès que chacun est prêt on commence à mimer à tour de rôle.

Kévin se montre de plus en plus à l'aise avec ce genre de situation et son analyse des situations est à la fois plus « réaliste » et plus fine, même si on sent toujours une réelle difficulté. En effet, peut avoir des difficultés pour la reconnaissance des générations, voir même des sexes selon certaines photos. Il est sensible à nos commentaires et nos remarques, ainsi qu'à la répétition de ces activités.

Je pensais alors adapter notre jeu sur les émotions pour passer à des situations de la vie réelle ou l'on ferait des scénettes à 2 personnages, voir de l'improvisation sur des thèmes pré-déterminer (comme lors de récréations au collège, ...). J'avais également pensé travailler sur les expressions du visage avec des jeux comme un *téléphone arabe des émotions*,...

Kévin est demandeur pour changer d'activité et propose alors un *Cluedo*, et je sens qu'il se sent en réelle difficulté et n'est pas prêt à continuer le travail sur les émotions. Nous décidons d'utiliser le principe du *Cluedo* mais en « grandeur nature ». Nous mettons alors en place ce nouveau jeu : un de nous jouera le détective et les deux autres joueront chacun deux personnages. Au début de la séance on se met d'accord sur les grands traits de personnalité de chacun, et, comme dans le *Cluedo*, où était chaque personnage, avec quelle arme. Nous avons alors 4 personnages, 4 armes et 4 lieux.

Nous tablons sur 3 séances : pendant 2 séances Kévin jouera les personnages et à la 3^{ème} il fera le détective.

Les histoires entre les personnages, et avec le criminel sont prédéterminées et le détective interroge les personnages à tour de rôle. Pour faciliter le jeu de rôle nous partageons la salle en plusieurs espaces qui représenteront les lieux. Chaque personnage a un accessoire afin de pouvoir entrer rapidement dans le rôle. Le but est de jouer des personnalités très

caricaturales pour pouvoir jouer à la fois sur les communications non verbales et verbales. Le détective doit alors « percer à jour » chaque personnage et à la fin de la séance faire une hypothèse sur le criminel, le lieu, l'arme mais il doit également donner le mobile et faire le point sur les histoires qu'il a décelé entre chacun, les personnalités,...

Chaque fin de séance est réservée aux commentaires sur les traits de personnalité qu'il aurait fallu accentuer, les questions que le détective aurait du poser, les difficultés à jouer certains rôles,...

Le but serait, soit de continuer sur la base du *Cluedo* et de faire interagir les personnages, soit changer de support et passer sur des scénettes de la vie quotidienne avec ses pairs, notamment. Kévin a conscience qu'il ne se fait pas toujours bien comprendre mais il n'est pas directement demandeur pour un travail spécifique sur les relations.

En travaillant avec un adolescent comme Kévin, je me suis rendue compte à quel point il est important de pouvoir adapter toute sorte de jeu afin de conserver leur motivation tout en gardant en vue nos objectifs de prise en charge. C'est un adolescent volontaire et engagé dans la prise en charge. Il accepte d'inventer de nouveaux jeux, de se confronter à la difficulté, mais il est encore dans un processus « d'évitement » des situations motrices ou de jeux autour des émotions. C'est pourquoi il est important de prendre en compte ses envies (comme lorsqu'il voulait jouer au *Cluedo*) et de nous adapter pour travailler les situations de communications, de décodage des émotions,.... C'est un travail systématique en psychomotricité mais qui peut s'avérer plus complexe avec les adolescents de par leur inhibition motrice, leur peur d'être jugé, de trop se dévoiler,.... En effet, il est courant que les adolescents n'acceptent pas les jeux d'expression corporelle, devoir être seul face à quelqu'un qui regarde ce qu'ils font est très dur pour eux. On retrouve également la peur de se montrer « sans artifice » malgré la possibilité de se « cacher » derrière un personnage. Une fois que l'adolescent se sent assez en sécurité dans la salle pour pouvoir évoluer comme l'a fait Kévin les évolutions sont spectaculaires et les apprentissages sont rapides. Une augmentation de l'estime de soi est souvent observée chez les adolescents qui parviennent à investir pleinement l'expression corporelle.

[REDACTED]

II. Conclusions du bilan psychomoteur

Alexandre est enthousiaste et volontaire, il souhaite à la fois être dans la norme et à la fois différent. En effet, il est toujours en demande pour connaître ses performances par rapport à la moyenne. Et parallèlement, il n'a de cesse de montrer qu'il est ambidextre, pensant que c'est mieux. L'échec est difficile, Alexandre a vite besoin d'être revaloriser.

Alexandre est suivi en psychomotricité pour des difficultés d'écriture. On observe une lenteur d'écriture importante et une mauvaise formation des lettres, ainsi qu'une suspicion de dysorthographe. Les facteurs « vitesse d'exécution » et « contrôle et précision » du Lincoln Oserestky sont déficitaires, ceci est à mettre en lien avec ses difficultés d'écriture. (le bilan psychomoteur complet est disponible en annexe).

III. Prise en charge en psychomotricité de la dysgraphie

1) Analyse fonctionnelle du trouble

Comme le montre les résultats des tests, les difficultés d'écriture d'Alexandre ne sont pas liées à un trouble de lecture, ou de l'attention. Spontanément, suite aux résultats du Lincoln Oserestky, je m'oriente vers des activités de motricité manuelle positivement corrélées à l'écriture. Alexandre est à l'aise avec ses mouvements et les maîtrise rapidement. Je lui fais alors passer la figure de Rey, dont le résultat indique un trouble visuoconstructif, mais ce test a été passé trop tard pour que la réorientation de la prise en charge en conséquence puisse être détaillée ici.

2) Prise en charge

La prise en charge s'oriente spontanément vers des activités de motricité manuelle corrélées positivement avec l'amélioration de l'écriture car Alexandre refuse d'écrire. On utilise la *corde*, le *ruban*, le *téléphone arabe tactile des lettres*, ... afin de commencer cette prise en charge de l'écriture sans écriture papier-crayon.

C'est une prise en charge « ordinaire » qu'il a fallu adaptée pour obtenir la motivation d'Alexandre. Chaque activité doit être scénarisée pour qu'Alexandre accepte de s'y engager. Il est compliqué de faire évoluer les activités car Alexandre n'accepte pas la difficulté et l'échec. C'est également difficile de passer d'une activité à l'autre lorsqu'il maîtrise bien l'activité première, cela est à mettre en lien avec son angoisse de l'échec. On retrouve ici la peur d'être jugée, la peur de l'échec, si courantes à l'a l'adolescence.

Rapidement, la motricité manuelle ne semble plus être difficile pour Alexandre : il maîtrise bien les mouvements circulaires, les mouvements de « 8 », il arrive à maintenir un mouvement et à faire varier son rythme.

On commence alors à approcher l'écriture en écrivant en l'air avec le ruban. Alexandre est enthousiaste pour cet exercice. Je postule pour une réticence ciblée à l'écriture manuscrite sur papier ; sa dysorthographe impliquant une peur du jugement ainsi que le refus de « laisser trace ».

On travaille ensuite sur le tableau à travers un *téléphone arabe tactile* : nous sommes les uns derrières les autres, chacun son tour fait passer une lettre dans le dos de la personne de devant et le dernier l'écrit au tableau. Toutes les lettres à la suite doivent former un mot et celui qui ne peut plus ajouter de lettres a perdu.

Alexandre est toujours enthousiaste et arrive même à produire les lettres cursives.

Je propose alors le jeu du *Petit bac*. Alexandre se montre un peu réticent jusqu'à ce que je lui propose de choisir lui même le thème de toutes les colonnes. Le système de temps est également modifié : c'est seulement quand 2 personnes sur 3 ont finit que l'on arrête le

tour. Alexandre accepte alors d'écrire mais sa vitesse d'écriture lui pose quand même problème.

Les séances suivantes je présente un nouveau jeu : *Le cadavre exquis*. C'est un jeu où chacun écrit une phrase à tour de rôle mais ne laisse apparaître que le dernier mot de sa phrase : le suivant doit continuer à partir de ce mot et de la même manière il cache sa phrase et ne laisse apparaître que son dernier mot. Alexandre accepte et adhère complètement, il pense même à jouer avec ses copains au collège. Pour varier un petit peu d'une séance à l'autre je propose d'ajouter un thème de son choix, comme on joue à 3 on introduit également 2 cadavres exquis en parallèle pour qu'il n'y ait pas trop d'attente tandis que les autres écrivent. Alexandre est tout à fait capable de passer d'un thème à l'autre. Lorsque le thème lui plaît il est capable d'écrire plus que nécessaire, il faudra presque l'interrompre.

Toutes ses phrases correspondent à histoires fantastiques, des vampires ou des extra-terrestres ; je propose alors un thème du quotidien « la vie d'un serveur » car c'est le métier que souhaite faire Alexandre à ce moment là. Même avec ce thème il n'arrive pas à se projeter dans la réalité et parle de Dracula. Je demande alors à Alexandre si nous pouvons faire une histoire réaliste à partir de ce *cadavre exquis* sur la vie d'un serveur, sans ajouter d'éléments juste en déplaçant certaines phrases,... il accepte mais ne veut pas que ce soit lui le secrétaire. Laisser une trace est donc uniquement possible pour lui lorsque le sujet d'écriture fait partie de ses thèmes de prédilection.

Avec Alexandre les supports d'activités n'étaient pas si différents de ce que l'on peut proposer à un enfant, c'est toute la scénarisation et le contexte de jeux qui sera fortement influencé par le quotidien de l'adolescent (le collège, les sorties,...). Pour Alexandre, c'est le challenge qui a été un facteur important de motivation, en tant qu'adulte en devenir : il se sentait capable et avait envie de faire mieux qu'un adulte.

Il est important de noter que les thèmes délirants liés à la psychose d'Alexandre ont également beaucoup imprégné les jeux proposés, et parfois, a été un frein au bon déroulement de la prise en charge. La relation thérapeutique a, elle, été une relation intégrant pleinement l'adolescence ; avec des échanges et une compétitivité dans les jeux, différents de ce que l'on peut observer avec un enfant.

Pour Kévin et Alexandre, la puberté a déjà été traversée avec une expression forte de la pathologie psychiatrique, entraînant des poussées délirantes intenses et nombreuses. Actuellement, le traitement médicamenteux, les prises en charges et l'apaisement crise pubertaire ont permis à ces jeunes d'évoluer, de minimiser l'impact de leurs troubles. Cependant, il est important de souligner l'enjeu scolaire et professionnel de ces deux jeunes, actuellement en 3^{ème} SEGPA, qui nécessite une projection dans le futur. Il est donc important pour eux de s'envisager en tant que futur adulte responsable, c'est à dire dépasser leur statut d'adolescent.

C/ NICOLAS

I. Anamnèse & présentation

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



II. Conclusions du bilan psychomoteur

Nicolas est un adolescent avec un bon contact relationnel. Il aura besoin, tout au long de l'examen, de vérifier ses capacités motrices soient aux normes voire hors normes. En effet, il n'aura de cesse d'essayer d'être aussi fort et rapide à droite qu'à gauche, pensant ainsi augmenter ses performances en étant ambidextre. Souriant et enthousiaste, Nicolas sera toujours en mouvement, mais pouvant se contenir lors des items assis. Il n'est pas forcément anxieux, il aura toujours un objet en main, les pieds remuants, et de nombreux tics apparaîtront sur son visage.

Il exprime ses difficultés, notamment d'attention mais aussi il dit avoir « des troubles du comportement ».

Nicolas est un adolescent agréable et très tonique. Il est à l'aise corporellement et présente un développement psychomoteur classique. Le bilan met en évidence des difficultés de concentration et une impulsivité importante.

Nicolas est un adolescent qui a besoin de tout contrôler, que ce soit dans sa famille ou dans ses activités. En effet, on observe bien ce rôle tout puissant auprès de ses parents : Nicolas arrive toujours à obtenir ce qu'il veut (récemment ne pas aller au C.A.T.T.P, à l'ITEP, ou au collège).

Il est en pleine période de rejet de l'autorité, du modèle parental et de recherche d'indépendance. Paradoxalement il a toujours besoin de se sentir « aimé », soutenu. On retrouve chez lui l'ambivalence caractéristique de l'adolescence.

III. Prise en charge en psychomotricité de l'impulsivité

1) Analyse fonctionnelle

J'ai complété le bilan par différents tests (appariement d'images, Laby 5-12, tour de Londres, Blocs de Corsi) afin de faire l'analyse fonctionnelle de son impulsivité.

Au vu des différents résultats et des observations cliniques nous pouvons postuler sur une impulsivité due à ses difficultés d'attention soutenue et au traitement d'informations multiples, et non pas à des difficultés de mémoire de travail ou de résolution de problèmes.

2) Prise en charge

Nicolas ne supporte pas l'échec et a une faible estime de lui même. Il fait preuve d'une impulsivité importante. La difficulté de la prise en charge avec Nicolas est de travailler sur ses difficultés de concentration qu'il s'efforce de cacher (notamment à ses pairs, au collège) sans le mettre face à ses difficultés. Nous profiterons d'être 2 psychomotriciennes pour faire des jeux de tour de rôle où il faut attendre son tour.

Les 1ères séances seront axées autour de l'impulsivité de Nicolas, notamment avec un jeu de carte : *Bonjour Mr, Bonjour Mme*. (Règles du jeu : un jeu de carte est distribué entre tous les joueurs, les jeux sont face cachés et à tour de rôle on retourne la 1^{ère} carte de son jeu. Quand une dame apparaît tout le monde doit dire « Bonjour madame », quand un roi apparaît « Bonjour monsieur », quand c'est un as il faut taper sur le tas sans rien dire et quand c'est un valet il faut saluer d'un geste de la main sans rien dire. Celui qui perd prend toutes les cartes retournées dans son jeu, le but est de ne plus avoir de cartes). Nicolas intègre vite les consignes et s'améliore très vite de parties en parties mais d'une séance à l'autre ces progrès ne perdurent pas.

On propose ensuite un *Taboo XXL* : c'est un jeu intégrant dessin, mime à l'aide d'une marionnette et mots. On observe les mêmes difficultés : au sein d'une séance Nicolas arrive à se concentrer, à être rapide et efficace en fin de séance mais il refait les mêmes erreurs en début de chaque séance. On observe cependant une amélioration : d'une séance à l'autre le

temps d'adaptation est de plus en plus court. Mais cela est fortement dépendant de son état émotionnel.

Je pensais alors mettre en place un parcours moteur (la « médiation » motrice associée à l'effort mnésique permet de s'impliquer plus intensivement et de mettre de côté les « soucis » du quotidien). La prise en charge ayant été arrêtée je n'ai pas pu proposer ce jeu à Nicolas mais il me semble pertinent pour cet adolescent. Le fait de ne pas avoir pu tester ce jeu, ne me permet pas de savoir si le système de point est adapté.

Les consignes sont basées sur un rythme : un rythme régulier est battu et lorsqu'il accélère ou qu'il s'arrête un geste particulier devra être fait (s'arrêter lorsque le rythme accélère et s'accroupir lorsque le rythme s'arrête). Le parcours finit par un lancer de ballon afin de travailler l'ajustement pour la visée (prendre le temps et se concentrer).

On utilise un système de point : 1 point si la moitié du parcours est réussie sans erreur, 3 points si tout le parcours est réussi sans erreur et 1 point pour le lancer. Si plus d'une erreur est faite sur le parcours (pied à terre, mauvais enchaînement,...) on enlève 0,5 pour chaque erreur.

Le fait d'être 3 permet une compétition entre 2 joueurs et 1 arbitre impartial.

Cette prise en charge s'est déroulée sur une courte période du fait de l'arrêt des soins au C.A.T.T.P et à l'ITEP. Malgré tout, j'ai pu observer certaines particularités dans les séances, par rapport à des enfants présentant également un TDA/H. Par exemple, les supports de jeux ont globalement été les mêmes avec Nicolas et avec un enfant mais les exigences ne sont pas les mêmes et le contexte est également différent ; avec un adolescent l'esprit de compétition est beaucoup plus présent, il y a un véritable enjeu car ses capacités sont beaucoup plus proches de celle d'un adulte. Avec Nicolas, le passage à l'adolescence a amené une relation thérapeutique spécifique alors que les supports sont restés les mêmes. Nous pouvons mettre cela en relation avec le fait qu'il est en phase pubertaire. On remarque que Nicolas est le moins avancé des trois adolescents dans la puberté. C'est également celui qui est en rupture et pour qui la pathologie (TDA/H) est en pleine « explosion ». On peut alors se demander si la prise en charge n'a pas été plus influencée par ses troubles attentionnels et impulsifs, majorés par la puberté naissante.



DISCUSSION

« Psychomotricité et adolescence » est une thématique très large pour un mémoire, c'est un avantage car cela permet d'avoir un aperçu global de notre action avec les adolescents, mais c'est également un travail qui ne permet pas d'approfondir réellement tous les détails.

Les réflexions autour du développement moteur sont peu nombreuses mais très intéressantes et méritent d'être approfondies. En effet, la motricité est un domaine important de notre profession et une meilleure évaluation permettrait de savoir si elle est un point fort sur lequel nous pourrions nous appuyer (par des médiations corporelles telles que le sport par exemple) ou si nous devons la prendre en charge. A l'adolescence, comme à d'autres âges, l'investissement de la motricité est important dans la socialisation et nous avons vu à quel point l'intégration dans un cercle de pairs est primordiale à cet âge. Un travail moteur permet également d'agir sur l'image du corps et l'estime de soi, deux éléments qui prennent toute leur importance à l'adolescence. Il ressort des différentes études une amélioration qualitative, notamment une augmentation de la vitesse et de la précision, de la motricité en fonction de la puberté. Se pose alors la question de l'étalonnage : quelles activités motrices évaluées ? Quelle échelle utiliser pour évaluer le niveau de puberté ? Que faire des jeunes « entre deux stades » ? ...

Les axes de prise en charge sont peu détaillés car il est vrai que chaque patient suscite notre créativité, des situations nouvelles et des approches particulières mais beaucoup de supports (de jeux notamment) sont à notre disposition alors que nous n'en avons pas connaissance ; un recensement des différents jeux et leurs utilisations possibles en psychomotricité serait intéressant pour renouveler notre approche, stimuler la curiosité et la motivation des jeunes avec des jeux qu'ils ne connaissent pas.

Le choix que j'ai fait de présenter trois adolescents différents permet d'illustrer les spécificités de notre prise en charge, de décrire certains troubles que l'on peut retrouver à cette période et leurs impacts sur le jeune. Ce choix a également été renforcé, voir imposé, par la difficulté d'assurer une continuité dans le soin avec les adolescents. En effet, un arrêt de prise en charge a été décidé pour Nicolas au mois de mars, après une période prolongée sans soin. Nicolas s'est désengagé de la prise en charge suite à la séparation de ses parents ; ses comportements violents ont augmentés et ses difficultés attentionnelles se sont accrues au collège. C'est effectivement une difficulté récurrente que rencontrent les professionnels avec

les adolescents : l'instabilité du soin. On peut dire que celle-ci dépend de l'alliance thérapeutique, de la conscience du trouble qu'a le jeune, et des bénéfices immédiats qu'il tire de la prise en charge. Mais cela dépend aussi de son environnement, du soutien familial. La prise en charge s'avère également peu efficace lorsque les adolescents se sentent obligés par leur entourage de venir mais n'y voit aucun intérêt.

Ces trois études de cas permettent de donner une vue d'ensemble de mon travail au C.A.T.T.P. Elles reflètent trois prises en charge différentes, à la fois sur le plan des problématiques des adolescents et des supports de jeux choisis. La relation adulte – adolescent est la variable constante entre ces trois cas ; en effet la transition entre l'enfance et l'âge adulte imprègne la relation et induit une dynamique spécifique. On voit alors nettement des échanges et des comportements de l'adulte en devenir, que représente l'adolescent : la dimension ludique est toujours primordiale mais apparaît également une dimension sociale, c'est à dire que l'adolescent intègre l'adulte dans sa réflexion, dans sa sphère sociale (alors qu'un enfant n'intègre pas l'adulte en soin, il intègre un autre joueur).

Chez Nicolas on peut postuler du rôle important de l'état d'avancement de sa puberté cette année dans l'expression de son trouble et sur notre prise en charge. Comme nous avons pu le voir, le développement moteur et cognitif y est fortement corrélé. On peut alors se demander si la prise en charge n'a pas été surtout influencée par ses troubles attentionnels et impulsifs, majorés par la puberté naissante.

Au vu de ces trois cas, on peut se poser la question de la combinaison de la phase pubertaire avec la pathologie de l'adolescent qui influence notre mode de travail. C'est à dire, concernant les cas de Kévin et Alexandre qui ont dépassé cette crise, on observe un apaisement, ils peuvent alors s'inscrire dans la prise en charge et se projeter dans l'avenir. Tandis que Nicolas, étant en pleine éclosion pubertaire, il ne peut à la fois gérer toutes les manifestations qui y sont liées et sa pathologie. Le psychomotricien doit alors tenir le cadre des prises en charge mais veiller à rester souple pour ne pas briser l'alliance thérapeutique.

Mon stage m'a permis de découvrir la population adolescente, mais ma pratique s'est essentiellement articulée autour de pathologies psychiatriques. Ainsi ce mémoire est imprégné de ce que j'ai pu voir ou expérimenter, ce qui induit certaines « lacunes pratiques », notamment à propos des troubles des apprentissages ou des troubles praxiques présents depuis

l'enfance et qui fluctuent par leur intensité au cours de l'adolescence. Cette année passée auprès d'adolescents avec un diagnostic de psychose pour la plupart, m'a réellement permis de voir l'importance et la diversité de notre profession. C'est ainsi que j'ai pu constater, chez Kevin une logorrhée souvent délirante et déconstruite mais intense et vigoureuse, résultant d'un désordre psychique important, alors que le corps était peu investi, rigide et passif accompagné d'une mimique très pauvre. Il a été primordial de travailler sur l'investissement corporel, la posture et les mimiques, autant dans leur lecture chez autrui que dans l'expression. Chez Nicolas, le trouble déficitaire de l'attention est majeur et nécessite un travail cognitif attentionnel. Pour cela, il est nécessaire de passer par un apaisement corporel, une diminution de l'instabilité et de l'hyperactivité motrice pour que cet adolescent soit pleinement concentré sur la tâche à accomplir et que l'effort cognitif soit minime, efficace et optimum. Pour Alexandre, la dysgraphie était une réelle difficulté mais son étiologie a été très difficile à établir de part le « blocage » qu'il avait de laisser une trace écrite qui pouvait disparaître pendant de courtes périodes lorsqu'Alexandre était « lancé » dans son imaginaire.



CONCLUSION GENERALE

« L'éducation ne se borne pas à l'enfance et à l'adolescence. L'enseignement ne se limite pas à l'école. Toute la vie, notre milieu est notre éducation et un éducateur à la fois sévère et dangereux. »

Paul Valéry

Les adolescents représentent une population hétéroclite, malgré leur apparence souvent conformiste. Il est difficile de généraliser nos propos concernant leur prise en charge, leurs difficultés,... mais les informations reliant la psychomotricité aux adolescents imposent de commencer par ces questions d'ordre général. Il est vrai que les adolescents présentent des caractéristiques bien précises, que ce soit au niveau anatomique ou au niveau de leur développement moteur, cognitif, psychique et affectif qu'il est important de prendre en compte dans notre approche. Ainsi nous pourrions adapter au mieux notre attitude de thérapeute dans la relation et notre prise en charge, en choisissant les supports et les médiations les plus adaptés, susceptibles de motiver le jeune. Mon stage avec les adolescents m'a fait découvrir cette créativité permanente dont le thérapeute doit faire preuve pour impliquer l'adolescent dans la prise en charge, ainsi que l'ajustement permanent aux situations nouvelles qu'apporte chaque prise en charge. Ce sont des savoir-faire que j'ai pu observer aussi auprès des enfants en pédopsychiatrie mais ils me semblaient moins réfléchis parce que la plupart du temps c'est l'enfant qui initie notre adaptation, qui apporte la créativité de la prise en charge. Avec les adolescents, en revanche, c'est au thérapeute que revient la difficile tâche de susciter l'implication du jeune ; cela est à mettre en lien avec la nécessité de la prise de conscience de ses troubles par l'adolescent pour un meilleur investissement et une meilleure efficacité de la prise en charge.

Je conclurai de ma pratique et de mes recherches que l'adolescence est une période charnière, qui pose autant de questions aux adolescents qu'aux adultes qui les entourent. Petit à petit notre connaissance de cette transition et des modifications qu'elle impose aux jeunes permet une meilleure adaptation thérapeutique. Il est évident que la prise en charge dépendra de chaque adolescent et du type de trouble qu'il présente mais généralement les clés d'une psychothérapie efficace résident dans la bonne qualité de l'alliance thérapeutique, un investissement bilatéral de la relation et de la prise en charge, ainsi qu'une transparence et un ajustement permanent du thérapeute.

Un travail de recherche théorique et pratique pourrait, dans l'avenir, apporter de nouveaux outils, plus sensibles, plus complets et plus adaptés aux adolescents et à leur développement pubertaire. Le psychomotricien gagnera en efficacité tant au niveau de son évaluation que de sa prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

ALABARET J-M., GIROMINI F., & SCIALOM P. (2012) *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Paris : de Boeck-Solal

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé*.

BALLOUARD C. (2003), *Le travail du psychomotricien*. Paris : Dunod.

BALLOUARD C. (2011), *l'aide mémoire de psychomotricité*. Paris : Dunod 2^{ème} édition.

BARIAUD F & RODRIGUEZ-TOME, H. (1994) Introduction numéro spécial : l'adolescence. L'orientation scolaire et professionnelle. *In Orientations n°7*

BOLDUC R. (2007), *Psychomotricité et pédagogie*. Montréal : Editions Logiques

BRANGER, N. (2011), *Rééducation de la visuoconstruction : travail conjoint des déplacements simulés et de la représentation spatiale par le jeu "ballade au village"*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricité, Institut de formation en psychomotricité, Toulouse, France.

CLAES M. *L'expérience adolescente*, MARDAGA 4^{ème} édition,

CLOUTIER, R. (1998) *Psychologie de l'adolescence*. Paris : Gaëtan Morin 2^{ème} édition.

DAVIES, P.L., & ROSE, J.D (2000) Motor Skills of Typically Developing Adolescents Awkwardness or Improvement? *Physical and occupational therapy in pediatrics*.

DAVIES, P.L., & ROSE, J.D (1999) Assessment of cognitive development in adolescents by means of neuropsychological tasks. *Developmental neuropsychology* 15(2), 227-248

DESPLAND J.-N., DE ROTEN Y., MARTINEZ E., PLANCHEREL A.-C. et SOLAI S. (2000), *L'alliance thérapeutique : un concept empirique*, in *Revue Médicale Suisse* N° -685.

DUCUING C., cours de psychomotricité de 3^{ème} année sur les habiletés sociales.

DUMAS J.E. (2007), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : De Boeck
3e édition revue et augmentée.

MARCELLI D., BRACONNIER A. (2008), *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Masson.

MUTEL D., cours de psychomotricité de 3^{ème} année sur la rééducation psychomotrice en psychiatrie adulte.

PERONO M. & GRABOT D. (2006), La fragile naissance de l'alliance thérapeutique, in *Evolutions psychomotrices, vol.18 n°72*.

POTEL C., (2006), *Corps brûlant, corps adolescent – Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents ?* Toulouse : Erès.

POTEL C. & All, (2010), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*. Paris : In Press, 3^{ème} édition.

RAYNAUD J-P., cours de psychiatrie de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année de psychomotricité.

SPEAR L., (2008), Le développement du cerveau et les patterns de conduites typiques pendant l'adolescence (1^{ère} partie), *Psychiatric sciences humaine neurosciences*. Springer

STEIBERG (1988), Hill (1988) cités par DALL'AVA M-C., (1997), Réflexions sur les aspects développementaux, psychopathologiques et différentiels des conduites agressives à l'adolescence, in *Evolutions psychomotrices*, n° 37 vol 9.

TROLLET M-A., (2010), *Les ajustements relationnels avec les adolescents en ITEP : des prémices indispensables à une prise en charge psychomotrice investie ?* Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricité, Institut de formation en psychomotricité, Toulouse, France.

VILLAMAUX M., (2000), L'alliance thérapeutique, in *Pour la recherche n°25, Evolution des psychothérapies*.

RESUME

L'adolescence et la puberté entraînent de nombreuses modifications anatomiques, psychiques, cognitives et affectives, bouleversant ainsi le développement du jeune.

Lorsque l'adolescent présente une pathologie on observe une majoration des symptômes au moment de la puberté.

Lors de la prise en charge, la relation thérapeutique, les supports d'activités et le maniement du cadre vont être remis en cause. Le psychomotricien va donc devoir adapter sa pratique professionnelle en conséquence.

Après un rappel des connaissances actuelles concernant l'adolescence et ses enjeux, l'étude de trois adolescents suivis au Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (C.A.T.T.P) illustre les spécificités rencontrées avec cette population.

Mots clés : adolescence, puberté, prise en charge psychomotrice, psychopathologies, outils diagnostiques, supports de jeux.

SUMMARY

Adolescence and puberty involve a great number of anatomical, psychic, cognitive and affective modifications which unsettle the development of the adolescent.

When the youth is affected by a pathology, the symptoms increase at the time of puberty.

In the course of the therapy, the relationship, the activities will have to be reconsidered. So the psychomotrician will have to adapt his action.

After a recall of the present knowledge of adolescence and its stakes, the study of three adolescents in charge of the CATTP throw light on the specificity of that population.

Key Words : adolescence, puberty, psychomotor care, psychopathologies, diagnostics tools, game supports.