

**LES AJUSTEMENTS RELATIONNELS AVEC LES ADOLESCENTS EN ITEP :
DES PREMICES INDISPENSABLES A UNE PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE
INVESTIE ?**

Remerciements.

La première personne vers laquelle vont mes pensées est mon maître de stage mais aussi maître de mémoire, Cyril Vigan. Evoluer à ses côtés au cours de cette dernière année de formation a avant tout été m'épanouir. Merci pour sa justesse professionnelle et humaine, pour sa patience, ses encouragements et son accompagnement ! Sans sa confiance et le partage de la conviction commune de la pertinence de ma démarche, je n'aurais sans doute pas osé m'investir aussi personnellement dans l'élaboration de ce mémoire.

C'est grâce à toutes les personnes rencontrées lors de mes stages, professionnels et patients, que je n'ai cessé de toujours croire d'avantage en ce métier. Merci à ces jeunes croisés cette année pour m'avoir forcé à me remettre en question, à rebondir, à écouter et à être. Et bien sûr, merci à l'ensemble de l'équipe de m'avoir accueillie tout au long de l'année et de s'être montrée si ouverte et disponible.

Je repense à vous tous, professionnels, étudiants et amis auprès de qui je me suis sentie « grandir » au cours de ces trois dernières années.

Merci aux Keupines sans qui ces trois années auraient été bien fades ! Elles sont autant de belles rencontres que d'amitiés sincères, ont coloré ma vie toulousaine de rires, de larmes, de coups de cœur et de coups de gueule... A plumes, à poils, à paillettes, entre chic et choc, à la campagne, à la maison ou au bord de la Garonne, la ville rose aura été témoin de bien des soirées ! Comme ces années ont été riches...

Une pensée bien particulière à Elle, compagne de projets, collègue de bibliothèque, partenaire de galères, de jeux, de débats. Merci pour sa présence entière et juste. Sans elle non plus ce mémoire n'aurait peut-être jamais vu le jour.

Enfin, merci à Toi. Merci de m'avoir soutenue, secouée, écoutée et épaulée. Toi qui m'a permis de m'épanouir, Toi sans qui je ne serai pas celle que je suis aujourd'hui, Toi... et ta guitare ! Le simple fait d'avoir croisé ta route est sans doute ma plus belle chance...

Après avoir écrit 80 pages, épuisé les stocks de café et fait le point sur trois années de vie, j'ai le sentiment qu'une vraie belle page va se tourner...pour mieux en écrire une autre...

Merci à vous...

~ SOMMAIRE ~

INTRODUCTION GENERALE.....	7
~ PARTIE PRATIQUE ~	9
A / L'ITEP	10
A-1. Le fonctionnement	10
A-2. La population accueillie	10
A-3. L'équipe	11
A-4. Le rôle thérapeutique de l'institution	11
A-5. Les projets personnalisés.....	11
B / SPECIFICITE DE LA POPULATION ACCUEILLIE EN ITEP.....	12
B-1. Une adolescence troublée	12
B-2. Les principales psychopathologies rencontrées : approche sémiologique	13
B-2-1. Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP).....	14
B-2-2. Le trouble des conduites (TC)	14
B-2-3. Cas de l'impulsivité comme facteur aggravant des troubles des conduites....	16
B-2-4. La personnalité antisociale	17
B-3. Manifestations corporelles et neurocognitives des psychopathologies.....	17
B-3-1. La place du corps dans la manifestation des troubles.....	17
B-3-2. Atteinte des neurocognitions	17
B-4. Les facteurs de risque	18
B-4-1. Facteurs individuels.....	19
B-4-2. Facteurs familiaux	19
B-4-3. Facteurs environnementaux.....	20
C/ IMPACT DES TROUBLES DANS LA RELATION.....	22
C-1. Mode de communication et d'interaction.....	22
C-2. Eléments sur la déficience dans la sélection d'informations.....	23
C-3. Effet du groupe de pairs dans l'ITEP	23
C-4. Rapport à l'adulte & relation duelle	24
C-5. Passages à l'acte	25

D/ LA PSYCHOMOTRICITE : INTERVENTION RELATIVE A LA PROBLEMATIQUE DES JEUNES.....	27
D-1. PRINCIPES DE LA PSYCHOMOTRICITE.....	27
D-1-1. La psychomotricité : une approche spécifique de la personne.....	27
D-1-2. Principe d'apprentissage	28
D-2. AXES D'INTERVENTION.....	28
D-2-1. Rôle du psychomotricien en I.T.E.P.	28
D-2-2. La relation thérapeutique.....	28
D-2-3. Particularités de la relation adolescent-thérapeute	30
D-2-4. Quelques mots sur l'alliance thérapeutique.....	31
D-3. BIAIS D'INTERVENTION.....	32
D-3-1. Le cadre : une modalité à part entière de la prise en charge	32
D-3-2. Les habiletés sociales	33
D-3-3. Les renforcements.....	35
D-3-4. Les médiations thérapeutiques.....	36
D-4. Conclusion.....	39

~ PARTIE PRATIQUE ~	41
A/ INTRODUCTION.....	42
B / PRESENTATION METHODOLOGIQUE.....	45
B-1. Organisation de l'observation	45
B-2. Critères d'observation	46
B-3. La comparaison	47
C / PRESENTATION DES PRISES EN CHARGE.....	48
C-1. Le groupe des OK !	48
C-2. Le groupe des Warning	48
C-3. Le groupe des Stop.....	48
D/ ANALYSE DES OBSERVATIONS CLINIQUES DES PRISES EN CHARGE.....	49
D-1. Le groupe des OK : Gaston et Nelson.....	49
a) <i>Analyse rétrospective de la qualité des suivis</i>	50
b) <i>Aménagements et ajustements relationnels</i>	52
c) <i>Conclusion</i>	55
D-2. Le groupe des Warning : Amandine et Antoine.....	56
a) Amandine.....	56
b) Antoine	59
D-3. Le groupe des Stop : Joachim et Adrien.	64
b) <i>Aménagements et ajustements relationnels</i>	66
c) <i>Conclusion</i>	67
E/ QUAND LA CONFIANCE RENCONTRE LA NOUVEAUTE : ANALYSE DE LA RELATION DANS LE TRIO PSYCHOMOTRICIEN, ADOLESCENT, STAGIAIRE.	68
E-1. Valérie, danseuse étoile	68
E-2. Joël, Macho man.....	70
E-3. Conclusion	71
F/ DISCUSSION.	72
G/ CONCLUSION GENERALE.	76

~ BIBIOGRAPHIE ~	77
~ ANNEXES ~	81
ANNEXE 1 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DU TROUBLE DES CONDUITES (DSM-IV).	82
ANNEXE 2 : CRITERES DIAGNOSTIQUES OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION (DSM- IV).	83
ANNEXE 3 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE (DSM- IV).	84
ANNEXE 4 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TDA/H (DSM-IV).	85
ANNEXE 5 : COMPTE RENDU DE BILAN DE GASTON	87
ANNEXE 6 : COMPTE RENDU DE BILAN DE NELSON.....	91
ANNEXE 7 : COMPTE RENDU DE BILAN D'AMANDINE.....	95
ANNEXE 8 : COMPTE RENDU DE BILAN D'ANTOINE.....	97
RESUME :.....	101

INTRODUCTION GENERALE

Adolescents en difficulté sociale, scolaire et relationnelle, provocateurs et agressifs, rejetants et rejetés : me voilà en Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (I.T.E.P.). Une appréhension va inévitablement guider mes premiers pas dans cet établissement. Comment une prise en charge en psychomotricité est-elle possible dans ce cadre très particulier, et à quoi peut-elle bien ressembler ?

Tout ce qui découle des psychopathologies dont souffrent ces adolescents se présente comme autant d'éléments apparemment incompatibles avec les modalités et les attentes d'une prise en charge thérapeutique. Pourtant, au fil des rencontres et des séances, aussi diverses que le sont ces jeunes, un travail se met en place. Le regard que je porte alors sur eux est bien loin de mes aprioris. Seules les réunions d'équipes et les échanges qui y ont lieu viennent relativiser mes impressions. Leur contact et leur travail avec certaines de mes prises en charge sont presque antinomiques de ce qu'il se passe en psychomotricité, au point d'avoir la sensation que nous ne parlons pas des mêmes personnes ! Je me suis ainsi interrogée sur les possibles raisons de telles différences, en me demandant s'il y avait dans la psychomotricité et dans notre démarche relationnelle, des éléments spécifiques qui rendaient notre offre thérapeutique acceptable pour ces jeunes.

Bien sûr, toutes les prises en charge ne sont pas de la même qualité : certains jeunes adhèrent totalement, sont d'une régularité et d'une ponctualité remarquables et coopèrent facilement, quand d'autres ne sont qu'oppositions et font des apparitions ponctuelles en salle. Tous les degrés de variation sont évidemment possibles. Ainsi, après m'être interrogée sur les particularités de la psychomotricité en général, je me suis demandée ce qui pouvait donner lieu à de telles variations, puisque les supports et les modalités de prise en charge sont sensiblement les mêmes pour tous. Le point qui les différencie le plus, c'est le type de relation qui s'installe avec chacun, et les ajustements que je fais en fonction de leurs difficultés. Ma réflexion s'est alors axée sur la question suivante : y a-t-il, dans la réussite ou l'échec d'une prise en charge psychomotrice, une part au moins partiellement imputable au type de relation établie avec le jeune ?

Mon hypothèse de travail naît donc de ces réflexions successives : les ajustements relationnels sont-ils un préalable indispensable à une prise en charge psychomotrice auprès d'adolescents en I.T.E.P. ? Le but de ce mémoire n'est bien sûr pas d'apporter une réponse basée sur une méthode clé qui permettrait de mener à bien une prise en charge psychomotrice, mais d'émettre des hypothèses de réponse à partir d'analyses d'observations de mes suivis.

Une première partie viendra ainsi présenter les principales psychopathologies rencontrées chez ces adolescents accueillis en I.T.E.P. Les manifestations de ces troubles et leurs impacts dans la communication viendront ensuite mettre en évidence les particularités de fonctionnement auxquelles il faut faire face quand on travaille avec cette population. Enfin, le rôle du psychomotricien au sein d'une telle institution sera globalement défini, ainsi que les biais d'intervention qui lui sont propres.

Mon travail pratique reposera sur l'observation de mes prises en charge, sur la présentation des ajustements effectués en fonction des difficultés ciblées chez chaque jeune, et sur les retombées de ce travail relationnel au niveau de la qualité du travail psychomoteur mis en place.

Une discussion sur les hypothèses de réponse quant à l'importance du travail relationnel avec ces adolescents, en tant que préalable permettant un travail thérapeutique de qualité, viendra clôturer ce travail.

~ PARTIE PRATIQUE ~

L'ITEP est un établissement spécifique à l'accueil de jeunes en difficulté. J'ai tenu à entamer cette partie par une brève présentation de cette structure qui a servi de décor à l'ensemble de mon travail.

A-1. Le fonctionnement

En tant qu'Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique, l'ITEP intervient, en conformité avec la circulaire N°2007-194 du 14 mai 2007, selon les dimensions :

- Thérapeutique, en mettant en œuvre des soins adaptés à chaque problématique,
- Educative, en soutenant les sphères scolaire, sociale et relationnelle,
- Pédagogique, en favorisant le maintien ou en préparant le retour des adolescents dans des établissements scolaires, suivant un but préprofessionnel

L'établissement mène donc une action à but médico-social. Dans ce sens, il s'engage à respecter les principes éthiques et déontologiques du code de l'action sociale des familles et des chartres nationales et internationales de référence. Il tend vers l'autonomie de la personne et la cohésion sociale, luttant contre les effets de l'exclusion et de la maltraitance. Chaque jeune est reçu et considéré comme une personnalité singulière, mais devant vivre dans un collectif. Si le projet personnalisé est la réponse apparente à cette volonté d'approche personnelle, la formation de groupes va répondre aux exigences de la vie en communauté : chaque jeune a ainsi l'opportunité de vivre l'expérience d'être entendu et écouté tout en appliquant et en respectant les règles de vie. C'est à l'équipe de veiller à maintenir l'équilibre entre l'individuel et le collectif, le respect des normes et la possibilité pour le jeune de faire ses expériences.

A-2. La population accueillie

La population accueillie en ITEP correspond aux adolescents et jeunes adultes (en moyenne de 12 à 20 ans), filles et garçons, souffrant de troubles psychopathologiques se répercutant au niveau de l'adaptation sociale, des apprentissages et du développement personnel. Ces troubles se caractérisent par leur intensité et leur durabilité, en lien avec des difficultés psychologiques qui durent.

A-3. L'équipe

Elle se doit d'être pluridisciplinaire. Concernant le pôle médico-psychologique, on retrouve des médecins psychiatre et généraliste, un infirmier, un orthophoniste, un psychomotricien et des psychologues. D'autres professionnels interviennent dans les pôles socio-éducatif, pédagogique, services généraux et administratifs. La spécificité de chaque pôle devient une force quand tous s'articulent, ce qui permet d'appréhender au mieux la diversité des situations rencontrées. Le pôle thérapeutique revêt une double fonction : celle de soins directs auprès des jeunes, et celle de dimension soignante relative à l'élaboration de dispositifs personnalisés, prenant en compte le parcours et les spécificités de chacun.

A-4. Le rôle thérapeutique de l'institution

De part la population qu'elle accueille et les objectifs visés, l'institution revêt plusieurs fonctions :

Fonction de substitution : pallier aux faiblesses du cadre familial du jeune qui n'est plus contenant.

Fonction de médiation : s'interposer entre le jeune et son environnement

Fonction de tolérance : diminuer le niveau réactionnel de l'adolescent

Fonction contenante : protéger l'adolescent en lui offrant un cadre stable et sécurisant, lui permettant de trouver ses limites.

L'ensemble des moyens mis en place vise à restaurer les compétences et potentiels de chacun, à optimiser le développement de leur personnalité tout en rétablissant le lien avec l'environnement.

A-5. Les projets personnalisés

Afin de répondre au mieux aux besoins individuels, l'équipe se réunit et élabore ensemble un projet personnalisé pour chaque adolescent. Le but de ce projet est d'identifier les besoins et les attentes du jeune afin de définir les modalités d'action et les priorités, et d'évaluer l'efficacité de ce qui est mis en place pour y répondre. Ils vont venir préciser comment être un soutien relationnel et technique pour le jeune et sa famille.

L'équipe pluridisciplinaire doit être suffisamment flexible pour répondre pertinemment aux besoins individuels.

B / SPECIFICITE DE LA POPULATION ACCUEILLIE EN ITEP

La partie qui suit vise à présenter les grands traits qui définissent cette population. Il me semble en effet indispensable d'en dresser le tableau afin de comprendre à quelles difficultés et à quelles particularités l'équipe pluridisciplinaire de l'ITEP doit faire face.

B-1. Une adolescence troublée

Qu'est-ce que la normalité ? Qu'est-ce qui fait que, dans le comportement d'un adolescent, on en vienne à poser des mots tels que déviance, pathologie, anormalité, inadaptation ? Il n'est bien évidemment pas question ici de tenter d'apporter une réponse simple et universelle à cette question, mais d'aborder les grands traits qui se retrouvent chez ces jeunes accueillis en I.T.E.P.

L'adolescence est une période de remaniements majeurs biologiques, psychologiques et sociaux. On comprend aisément comment ces modifications, qui s'imposent aux adolescents, peuvent être source d'une insécurité interne. En plus de devoir accepter ces changements, il leur faut acquérir l'autonomie, défi majeur de cette période, ce qui passe par l'accès aux règles sociales et leur adoption. Etre adapté, c'est pouvoir faire preuve de pertinence dans l'analyse des situations et sélectionner la meilleure réponse possible. Au niveau social, on part de l'idée que tout groupe possède des règles qui régissent explicitement ou implicitement le comportement de ses membres. Il faut donc, en plus de les acquérir, apprendre à s'y conformer. Chez les enfants dits « anormaux », ces règles sont méconnues, méprisées ou enfreintes, troublant de ce fait leurs relations familiales et sociales. Le risque encouru est une évolution vers un échec scolaire et un frein à l'autonomie. Ces implications entraînent une souffrance chez le jeune et son entourage, et ont surtout un impact négatif sur son fonctionnement adaptatif.

Les remaniements spécifiques de cette période amènent de nouvelles façons de réagir : recherche d'un espace personnel avec mise à distance de l'adulte, provocations ou repli, bagarres, drogues, comportements impulsifs... Ces comportements sont autant des moyens pour trouver de nouvelles limites que pour exprimer leur sentiment d'insécurité. Ces nouvelles réactions sont classiques à l'adolescence. L'important est que ces remaniements ne soient pas source d'une souffrance trop vive, et que ces nouvelles conduites ne se figent pas dans des schémas inadaptés.

Si l'on se fie aux classifications de la CIM 10, reconnues par l'OMS, on peut dire que les jeunes accueillis en ITEP présentent des troubles du caractère et du comportement, des troubles de la personnalité, des troubles symptomatiques – langage, parole, addictions – et une instabilité

psychomotrice. On peut également repérer une constante dans la présence de traits abandonniques et d'immaturation. Aggression, brutalité, destruction de biens, vols, fraudes, violation et transgression des règles sociales, voilà donc comment se résument bien souvent les troubles auxquels on doit faire face quand on travaille avec ces adolescents.

Evoquer un trouble stipule la présence de conditions morbides spécifiant la psychopathie comme s'élaborant autour d'un dysfonctionnement. Ce dysfonctionnement se construit dans un contexte environnemental autour de trois dimensions : comportementale, relationnelle et psychologique. Si dans l'enfance, ces conduites peuvent être contextuelles, à l'adolescence, elles tendent à se généraliser, entraînant d'éventuelles prises de risques dans la recherche de sensations, les comportements sexuels, des comportements de consommations de substances voire une dérive vers la criminalité. Ces conduites dites externalisées, bafouant les droits fondamentaux et les règles sociales, doivent donc se répéter et perdurer pour être pathologiques.

Les grands traits amenant à parler d'anormalité chez ces adolescents pourraient se résumer par des comportements d'excès/insuffisance, d'enfreinte aux normes, retardant/décalant le développement et entravant le fonctionnement adaptatif. Ces difficultés peuvent donner lieu à des soucis d'insertion et d'intégration, pouvant mener au rejet social de la part de l'environnement ou du jeune. Ils se trouvent donc souvent dans un état de fragilité psychologique, affective et sociale, dans un milieu ordinaire où le conformisme est de rigueur, d'autant que l'expression des troubles, passant par les sphères sociale, cognitive et comportementale, la rupture et la vulnérabilité face à un environnement ordinaire, ne fait qu'augmenter avec l'âge. L'établissement vise donc à « accompagner des adolescents et jeunes adultes présentant des troubles psychologiques, dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbent gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. » (Art.D.312-59-1 du décret n°2005-11 du 6 janvier 2005).

B-2. Les principales psychopathologies rencontrées : approche sémiologique

Il existe des entités distinctes sur le plan sémiologique, avec des degrés de gravité individuelle très variables : le trouble des conduites, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) et le trouble oppositionnel avec provocation. Concernant les manifestations, ce sont dans tous les cas leur fréquence et leur durée qui servent à poser le diagnostic.

B-2-1. Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP)

Il se distingue par des comportements d'opposition, de provocation, d'hostilité et de transgression, mettant les jeunes en conflits réguliers avec l'entourage. Mais l'opposition et la provocation étant des acquisitions normales dans le développement des compétences sociales et de l'autonomie, on pourrait envisager le TOP comme une exacerbation qualitative et prolongée de manifestations initialement normatives. On doit ainsi pouvoir observer une récurrence sur 6 mois minimum avec une répercussion négative sur les plans social et adaptatif, avant d'évoquer un trouble.

Il se révèle précocement, souvent avant l'âge de huit ans et s'exprime initialement dans le cadre restreint de la famille puis tend à se généraliser. Son évolution est progressive et il est envisagé comme précurseur du trouble des conduites (90% des jeunes présentant un trouble des conduites ont présenté un trouble oppositionnel avec provocation - Hinshaw, 1993).

Si les tableaux peuvent varier sur le plan individuel, on retrouve des constantes qui sont : des implications immédiates sur le fonctionnement social et adaptatif, un impact à long terme avec le risque d'apparition de dysfonctionnements social, affectif et instrumental, et l'évolution vers un trouble des conduites. Il faut de plus tenir compte d'une part largement contextuelle dans l'émergence des manifestations : certains environnements sociaux, de part leurs normes et leur tolérance, seront plus à même de faire émerger ces difficultés.

B-2-2. Le trouble des conduites (TC)

Une conduite, c'est une façon d'être et d'agir selon une certaine morale. C'est pourquoi, lorsqu'on parle de trouble, on se retrouve face à une transgression des règles sociales. Le DSM-IV répertorie les symptômes sous quatre types de manifestations qui sont les agressions, la destruction, les fraudes ou vols, et les violations graves de règles établies ; la CIM 10, elle, différencie un type socialisé et un type mal socialisé, selon la présence ou non de relations amicales, et un type limité au contexte familial. Il peut être spécifié en fonction de l'âge de début (pendant l'enfance, à l'adolescence et non spécifié ou inconnu) et de sa sévérité (légère, moyenne ou grave). De plus, on le distingue de la délinquance par sa chronicité et surtout par son impact sur le développement (Hinshaw et Lee, 2003 ; Moffit et Caspi, 2001).

Classiquement, les jeunes souffrant d'un TC présentent une intolérance à la frustration, une personnalité imprévisible et parfois explosive, un manque de considération et d'empathie vis-à-vis d'autrui, et se déchargent de leur responsabilité en accusant les autres. On retrouve ici l'apparition contextuelle des manifestations.

Le TC est classiquement envisagé comme une forme plus sévère du TOP de par la violation répétée des droits fondamentaux d'autrui et des normes sociales. L'aggravation de cette pathologie par rapport au TOP se situe sur plusieurs niveaux, mais ce sont surtout l'agressivité et la violence qui sont préoccupantes.

Agressivité : ensemble d'actions visant à faire du mal à autrui.

Violence : agressivité extrême.

Rappel sur la fonction adaptative de l'agressivité

Si l'agressivité est la caractéristique la plus identifiable des manifestations comportementales chez ces jeunes, il ne faut pas oublier que c'est avant tout une réaction adaptative. De Darwin à Corraze, de nombreux auteurs ont écrit sur ce sujet, le consensus étant que l'agressivité permet à l'origine :

- L'organisation hiérarchique d'un groupe et la place de chaque membre
- La défense du territoire personnel et collectif
- L'exercice d'une autorité parentale et l'utilisation de renforcements négatifs dans l'éducation.

Chez l'enfant, elle accompagne l'opposition qui témoigne des premières expériences de socialisation où l'enfant cherche à exercer un contrôle sur son entourage. Ces comportements doivent s'atténuer progressivement pour laisser place à des comportements pro-sociaux.

En ce qui concerne les comorbidités, un déficit de l'attention/hyperactivité et/ou un trouble oppositionnel avec provocation vont être fréquemment associés au trouble des conduites. Les études révèlent de plus que leur présence tend à entretenir le trouble et à l'accentuer. Il peut également se retrouver associé à d'autres troubles mentaux tels que des troubles anxieux ou de l'humeur, des troubles des apprentissages et alimentaires, des consommations de psychotropes. Les difficultés inhérentes au trouble entraînent enfin des difficultés notables : échec scolaire, rejet social, déficit neurocognitif (habiletés verbales).

B-2-3. Cas de l'impulsivité comme facteur aggravant des troubles des conduites

Toute personne travaillant dans un institut de rééducation est à même de constater des comportements relevant de l'impulsivité : agressions physiques ou verbales, agitation, comportements perturbateurs ou encore distractibilité, sont autant de manifestations qui se retrouvent sur les différents pôles de l'établissement, perturbant gravement les apprentissages et les relations. Pour certains auteurs, l'impulsivité est même le symptôme le plus problématique et le plus durable à l'adolescence (Copeland & Love, 1991).

Le TDA/H, au regard de la littérature, est la pathologie la plus fréquemment associée au trouble des conduites. Certaines études montrent même qu'il existerait une continuité dans l'apparition successive de ces deux troubles, et que le TDA/H serait d'autant plus prédictif s'il est associé au trouble oppositionnel avec provocation. Concernant l'évolution, les liens étroits entre TC et TOP présents dans l'enfance sont un risque d'autant plus grave d'évolution vers conduites antisociales s'ils sont associés à un TDA/H. Dans ce cas de pathologies associées, on se retrouve fréquemment face à une trajectoire développementale négative avec des difficultés chroniques.

La nature perturbatrice des manifestations hyperactives et impulsives fait que le TDA/H est souvent associé à des comportements d'opposition et d'agressivité. 50 à 67% des enfants pris en charge pour ce trouble souffrent également d'un trouble oppositionnel avec provocation, et 20 à 50%, d'un trouble des conduites (Barkley, Fisher, Edelbrock et Smallish, 1990 ; Biederman, Faraone et Lapey, 1992 ; Gillberg et al, 2004).

Sur le plan relationnel, ils présentent d'importantes difficultés d'adaptation, en plus des troubles associés. On parle de déficits spécifiques dans la résolution de problèmes sociaux (Matthy, Cuperus & Van Engeland, 1999). Ces comportements inadaptés les mettent en conflits réguliers avec l'entourage qui les rejette souvent, et d'autant plus en présence d'impulsivité et d'agressivité (Gresham et al, 1998). En réaction à ce rejet, on trouvera de l'agressivité ou de repli.

L'instabilité psychomotrice est fréquemment rencontrée dans les psychopathologies. Sa répercussion s'observe tant au niveau des capacités d'apprentissages qu'au niveau des habiletés sociales (intégration dans un groupe de pairs et établissement de liens avec les proches). On va en effet retrouver cette instabilité au niveau des sphères motrice – agitation, maladresse, parle beaucoup - et psychique – troubles de l'attention et de la concentration, impatience. Concernant l'impulsivité, on va retrouver de

l'impatience et un contrôle émotionnel difficile expliquant des crises de colère ou de l'opposition face à l'autorité. Les risques de cette impulsivité sont donc de l'ordre du cognitif, de l'affectif et du social.

B-2-4. La personnalité antisociale

Il semble enfin utile de préciser cette notion : c'est une entité à part entière dans la classification des troubles mentaux, distincte du trouble des conduites. C'est un « mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui, qui s'observe dans la tendance chronique et prononcée à bafouer les normes sociales, à tromper par profit ou plaisir, et à agir de manière agressive, impulsive, inconsidérée et irresponsable »(APA,2000). Les troubles doivent apparaître à partir de l'âge de 15 ans, mais le diagnostic ne se pose qu'à partir de 18 ans. Elle peut être une forme d'évolution du trouble des conduites, ce qui a amené des auteurs à développer l'hypothèse complexe d'un continuum entre certains troubles à l'adolescence, comportementaux ou psychiques, et un trouble de la personnalité, marquée notamment par des conduites antisociales (Christian & al, 1997). Cette continuité sera à examiner en tenant compte des comorbidités, et notamment celle du TDA/H, TC & TOP.

B-3. Manifestations corporelles et neurocognitives des psychopathologies

B-3-1. La place du corps dans la manifestation des troubles

Le corps est souvent au centre des problématiques de l'adolescent, qui, suite aux transformations pubertaires, peut ressentir le besoin de le contrôler. On évoque ici deux notions : le schéma corporel, qui regroupe les notions neurophysiologiques et neuropsychologique, et la carte cognitive intégrant les diverses sensations corporelles. Toutes deux doivent se remodeler à l'adolescence pour intégrer les nouvelles informations. Le corps va alors être le siège de diverses conduites pathologiques. Les problèmes externalisés, par exemple, se traduisent par de l'impulsivité et de l'agressivité, une instabilité et une ambivalence dans les relations humaines, et rendent compte de conflits internes que le jeune ne peut résoudre.

B-3-2. Atteinte des neurocognitions

On suspecte un déficit neurocognitif d'être impliqué dans les troubles évoqués, touchant aux habiletés verbales et aux fonctions exécutives.

L'intensité du déficit des habiletés verbales est reconnue comme corrélée à la gravité du trouble des conduites, et la concomitance de difficultés langagières et de comportements violents se retrace de l'enfance à l'âge adulte. L'impact de ce déficit langagier s'exprime à plusieurs niveaux :

- Difficultés à réguler les processus de contrôle des comportements et à comprendre les situations sociales dans le but de s'y adapter : faiblesse ou absence des comportements prosociaux.
- Faible capacité d'expression et de décodage des émotions : défaut d'empathie entravant la qualité des communications et favorisant des réactions défensives et agressives.
- Faible niveau scolaire : retard ou échec des apprentissages.

L'atteinte des fonctions exécutives cible les processus cognitifs mis en jeu dans la réalisation de tâches dirigées vers un but : contrôle attentionnel, sélection et élaboration d'un schéma d'action, inhibition des comportements inadaptés, application du plan et vérification de l'efficacité de la réponse.

B-4. Les facteurs de risque

Si je me suis vite rendue compte de l'hétérogénéité de l'expression des psychopathologies au niveau individuel, je me suis également vite aperçue d'un élément commun qui ressort quand on apprend à connaître ces jeunes : ils ont tous une histoire de vie complexe et chaotique. C'est pourquoi j'ai été amenée à m'interroger sur ces événements de vie comme possibles facteurs de risque d'émergence de troubles.

Très souvent, les troubles psychiques se développent sur des parcours de vie où se mêlent des perturbations affectives, sociales et familiales (événements traumatiques, complexité des liens familiaux, ruptures,...). Leurs premières expériences sociales et cognitives, constituant souvent une succession d'échecs, s'ajoutent aux difficultés psychologiques inhérentes aux troubles, et viennent fragiliser les liens et l'estime de soi, déjà précaires.

Si l'étiopathogénie des troubles est encore imprécise, on reconnaît la présence de divers facteurs contextuels, notamment relatifs aux environnements familial et psychosocial, comme facteurs de risques d'émergence d'un trouble des conduites qui s'intriquent à des facteurs personnels et génétiques. Les modèles étiologiques prennent en considération les contraintes sociales, l'attachement et les déficits neuropsychologiques : l'environnement est d'autant plus impliqué que les conditions y sont défavorables, chroniques, et associées à d'autres facteurs de risque ; quant à la famille, c'est tout particulièrement à la notion d'attachement que l'on va s'intéresser.

B-4-1. Facteurs individuels

On retrouve ici la vulnérabilité génétique dont l'implication varie selon les troubles :

- *facteurs neurologiques* : traumatismes périnataux, épilepsie, dysfonctionnement des régions préfrontales et des systèmes dopaminergiques et noradrénergiques, déficit des fonctions exécutives, déficit de sérotonine (impact sur agressivité et impulsivité).
- *Facteurs psychiatriques* : impulsivité, réactivité émotionnelle, négativisme, tendance anxieuse, manies en réaction à la dépression

B-4-2. Facteurs familiaux

Le cadre familial peut aussi bien favoriser qu'entraver les processus mis en jeu dans l'enfance et dans l'adolescence. Nous allons voir dans quelles conditions il peut avoir un impact négatif dans les acquisitions de l'enfant, et quelles sont les conséquences sur les plans comportementaux et relationnels.

La construction des liens affectifs, leur distorsion et leur rupture ont des conséquences à long terme dans le développement de la personnalité. On se base dans ce qui suit sur la théorie de l'attachement développée par Bowlby et sur l'expérience d'Ainsworth, qui ont mis en évidence que l'enfant, pour son bon développement, requiert une base de sécurité. Ce sont sous ses formes insécures ou désorganisées que l'attachement est incriminé. Avoir un attachement insécure augmente significativement le risque de développer un trouble, et un attachement désorganisé s'accompagne souvent de violence et abus sexuels, amenant à des comportements agressifs. Ainsi, si la forme sécuritaire soutiendrait la résilience, l'insécurité favoriserait la survenue du trouble.

La structure familiale, et particulièrement les conflits parentaux, serait impliquée dans l'émergence de comportements agressifs, de délinquance et de troubles des conduites. Ce lien s'explique par la perturbation de la régulation émotionnelle, ce qui entrave l'apprentissage du contrôle de l'agressivité. Toujours en lien avec les influences familiales, la présence de troubles de la personnalité antisociale, d'addictions, de violences conjugales, d'isolement et d'instabilité est un facteur de risque supplémentaire, de même que des déficits éducatifs et de soins (Yoshikawa, 1994). Les études mettent ainsi en évidence certaines caractéristiques de contextes relationnels perturbés comme prédictives du développement d'un TOP ou TC. Ces facteurs de risque sont :

- Un attachement anxieux précoce,
- Des attitudes éducatives punitives et peu affectueuses,
- Des incohérences parentales, éducatives et affectives, et un climat de stress,

- De la maltraitance isolée ou répétée, parfois en ultime tentative d'autorité,
- Peu d'occasions et d'encouragements au développement des compétences sociales, instrumentales et affectives.

Bien sûr, ces facteurs de risque sont impliqués dans l'émergence de troubles, mais de par leur intrication et la signification qu'ils prennent dans le développement de l'enfant.

B-4-3. Facteurs environnementaux

On ne peut prétendre à qualifier un comportement d'antisocial sans prendre en compte le contexte social dans lequel l'enfant s'est construit, évolue, et dans lequel le trouble s'exprime. On s'intéresse ici à l'exposition à un environnement social agressif ou violent comme facteur de risque d'adoption de comportements inadaptés. S'appuyant sur la théorie du champ de Lewin et sur celle du conditionnement social de Bandura, on constate sans surprise que la fréquentation de pairs délinquants double le risque d'une installation durable de délinquance et d'agressivité chez les adolescents, ceux-ci entretenant mutuellement un renforcement de leurs comportements socialement déviants. (Kupersmidt, Griesler, DeRosier, Patterson et Davis, 1995).

Conclusion

C'est l'accumulation d'expériences adverses qui mène au risque d'une réorganisation de la personnalité autour de conduites agressives ou violentes, devenant un mode de réponse privilégié. Elle pourrait de plus intervenir dans l'apparition, la persistance et le degré de gravité du trouble des conduites. L'hétérogénéité des troubles, quant à elle, rend compte de l'intrication des facteurs personnels et environnementaux : d'une part, il existe un certain nombre de facteurs de vulnérabilité transmis par les gènes, ce qui fait que face à un même environnement, le risque n'est pas le même pour tous les individus ; d'autre part, soustraire l'enfant au milieu défavorable ne suffit pas à résoudre le problème (Huisinga & al, 1994 ; Lipsey, 1992). On peut ainsi résumer les facteurs positifs/négatifs face à l'émergence d'un trouble :

- Moyens psychologiques acquis ou non au cours du développement dans le cadre familial
- Fréquence et durée des symptômes
- Capacité à faire face aux conflits internes et à résoudre les contradictions
- Evolution ou fixation de certaines conduites
- Comportements d'extériorisation pour répondre aux tensions internes
- Tolérance/intransigeance/démission du milieu

Il faut également savoir que s'il existe des facteurs de risque, on ne peut parler de déterminisme. En effet, ce n'est pas en soi la présence de ces comportements, mais leur répercussion sur leur mode de fonctionnement relationnel, qui mènerait à des conduites antisociales (Russo, 1991). Notons enfin qu'il existe également des facteurs de protection tel que avoir un adulte référent, avoir de bons résultats scolaires,.... Ce dernier point a été particulièrement traité dans les travaux sur la résilience (Cyrulnik, 2001 ; Sameroff, Gutman et Peck, 2003). Dollar & Berkovitz, eux, ont mis en évidence que l'anxiété et la culpabilité sont également des facteurs de protection car seraient liées à la capacité d'inhibition de l'agressivité.

Souvent chargés d'un lourd passé institutionnel, il convient d'apporter à ces adolescents un soutien sécurisant et permanent. C'est ainsi que certains jeunes peuvent être accueillis dans l'établissement en « fin de parcours », suite à plusieurs échecs ou ruptures avec des services médico-psychologiques. Enfin, malgré la multiplicité des pôles médicaux, psychologiques et éducatifs présents dans l'établissement, il convient de prendre en compte les antécédents médicaux pouvant constituer des problématiques collatérales aux troubles du comportement et nécessitant un travail de collaboration avec d'autres structures.

L'adolescent se situe au carrefour de trois types d'influences qui vont façonner et influencer son comportement social : sa famille, les instances éducatives et ses pairs. A cette période, il commence à aborder différemment sa relation à l'autre qui, bien souvent, devient un miroir pour ces jeunes en pleine quête identitaire. Nous avons vu comment les psychopathologies dont souffrent ces adolescents peuvent se répercuter au niveau de leur adaptation sociale. Les schémas de réponse inadaptés dans lesquels ils peuvent se figer vont inévitablement avoir un impact sur leur mode de communication et donc sur leurs interactions. Dans cette partie, je vais m'attacher à appréhender ces répercussions, puisque comme nous le verrons dans ma partie pratique, il faudra en tenir compte et s'y ajuster dans une démarche de relation thérapeutique. Nous donc allons voir comment l'adolescent agit dans la relation, au travers de ses communications et de ses interactions, face à l'adulte et en tant que membre d'un groupe de pairs, qui au sein de l'institution, prennent le relais de la fonction socialisatrice.

C-1. Mode de communication et d'interaction

Le corps et les comportements servent souvent de biais pour la communication. On note fréquemment des difficultés de contrôle des émotions, avec en parallèle des affects envahissants qui vont avoir tendance à s'exprimer et à se réguler par le passage à l'acte, notamment par de la violence dirigée contre soi ou autrui. Cette particularité vient faire écho à une peur massive de l'échec pouvant se traduire par des attitudes de défiance/provocation ou au contraire de repli/isolement. Ceci explique une autre caractéristique de l'interaction chez ces adolescents : la présence conjointe d'une mésestime de soi et d'une forte quête affective. Dans le cas où cette association donne lieu à un sentiment de dépendance dans une relation, il peut en découler des comportements de fuite, de rejet voire de rupture immédiate, l'autre pouvant vite être perçu comme intrusif et oppressant. L'impulsivité va se retrouver ici dans la gestion des interactions puisque les décisions vont se prendre dans l'instant, sans prise de distance ni de réflexion, pouvant alterner entre des rapports de force et des évitements. Ces adolescents vont ainsi vivre dans l'instant, leur vécu se trouvant de fait morcelé, sans chronologie. Toutes ces particularités se retrouvent dans les difficultés d'adaptation et la capacité à créer des liens.

De plus, des comportements agressifs, provocateurs, une absence d'empathie et une déresponsabilisation, s'ils sont chroniques et ajoutés à d'autres troubles, entraînent sans surprise un rejet social de la part du groupe qui les subit. Le rejet social revêt une double signification : il se présente en tant que comorbidité des TC et en est facteur de maintien et d'aggravation.

L'un des modes d'interaction inadaptés fréquemment retrouvé est la manipulation. Ce mécanisme est souvent utilisé, de façon plus ou moins efficace, par les adolescents en général, et plus particulièrement par les adolescents souffrant de troubles du comportement. On va retrouver préférentiellement certaines « techniques » :

- ressasser une demande jusqu'à obtenir satisfaction
- crier, insulter, s'énerver
- mutisme, repli
- jouer avec les sentiments, séduire
- faire usage de la violence
- menace physique ou verbale (chantage)

Tenter d'obtenir ce que l'on veut semble logique, et s'ils s'appuient sur ces méthodes, c'est qu'elles ont été renforcées par des expériences antérieures. A nous de ne pas consolider ce renforcement et de fournir des méthodes plus adaptées socialement.

C-2. Eléments sur la déficience dans la sélection d'informations

Face à une situation sociale, la prise d'information se révèle souvent sélective. Dans le cas où les informations sont d'une manière générale mal décodées et mal interprétées, les réactions qui en découlent sont de nature agressive, ce qui est un élément renforçateur de leur inadaptation sociale (Dodge et al, 1993). Cette sélection privilégie de plus les indices négatifs, et même dans le cas d'une situation neutre ou ambiguë, ils auront tendance à attribuer à l'autre des intentions hostiles voire de la provocation. Ce processus cognitif, ou biais d'attribution hostile, justifient là encore l'adoption de réponses agressives (Kindelberg, 2004). Les enfants rejetés ont également tendance à percevoir les autres comme hostiles, et possèdent peu de patterns cognitifs pour résoudre les conflits.

C-3. Effet du groupe de pairs dans l'ITEP

L'influence des pairs, dans le processus de socialisation, existe dès la maternelle, et va en s'accroissant pour devenir prédominante voire exclusive à l'adolescence. Appartenir à un groupe, c'est avoir l'occasion d'expérimenter un nouveau pan de la socialisation, de nouvelles relations amicales, conflictuelles, passionnelles et amoureuses. Tout adolescent, qu'il ait un comportement social adapté ou non, se construit donc un réseau de pairs. En rejet de la famille et des institutions sociales (scolaire, professionnelle et institutionnelle), l'adolescent trouve son rôle social dans sa bande (identité, statut, rôle voire protection), mais les relations y sont fréquemment contraignantes et fragiles. C'est au sein d'un groupe que l'adolescent va pouvoir satisfaire son besoin d'être socialement reconnu, mais parallèlement,

il vit menacé par le risque d'exclusion. Comme dans tout groupe, on retrouve les notions de popularité ou d'isolement, de leader ou de suiveurs, et, dans le cas très particulier d'un groupes de pairs délinquants, le statut social va être fonction des comportements affiliatifs ou agressifs.

Dans le cadre d'un ITEP, le regroupement d'adolescents déviants, délinquants et agressifs a pu poser question. En effet, il s'avèrerait être d'avantage une opportunité de maintien et d'élargissement du répertoire comportemental agressif qu'une voie de réduction de ces comportements (Zoccolillo & al, 1992). Pourtant, dans ce cadre institutionnel, certains auteurs amènent l'idée que ces comportements soient adaptés, et ce pour deux raisons : d'une part, l'adoption ou le maintien de ces conduites permettent l'appartenance à un groupe de pairs ayant rôle de soutien social ; d'autre part, c'est un moyen de protection face à un sentiment de danger, réel ou supposé (Loeber et Hay, 1997 ; Richters et Cicchetti, 1993). Certains choisissent de plus, face à des violences physiques ou verbales, de devenir agresseurs plutôt que de rester victimes. Quand on établit une relation avec un adolescent, il ne faut pas négliger l'importance du groupe. D'une part, parce que le groupe peut avoir pour effet une opposition à l'adulte soignant, ce qui peut rendre les accompagnements fragiles et instables, d'autre part parce que le statut social du jeune peut parfois expliquer ses attentes de la relation thérapeutique, notamment quand il s'agit d'un jeune rejeté.

C-4. Rapport à l'adulte & relation duelle

L'ambivalence est certainement la caractéristique la plus prégnante dans la relation adulte-adolescent. Elle s'exprime par le refus du contact à l'adulte dont le jeune espère tout de même de la considération et de la compréhension, mêlant dévoilement et retrait, méfiance et confiance. Rétablir ou établir un lien de confiance entre le jeune et l'adulte est un préalable indispensable à tout travail. C'est à travers des sollicitations de l'équipe que le lien va s'établir et se maintenir. Ces sollicitations doivent être subtilement dosées afin que le jeune puisse y trouver une source d'aide permanente mais aussi, et parfois surtout, la possibilité d'être entendu et écouté, conseillé et encadré, sans toutefois être ressenties comme intrusives ou persécutrices.

Il faut accepter que la relation que l'on cherche à établir puisse être vécue comme une menace, surtout si elle est perçue comme intrusive, et d'autant plus que l'adolescent est rarement en demande d'une relation thérapeutique, soit parce qu'il n'a pas conscience de ses difficultés, soit parce que l'enjeu est encore trop important. A nous de devancer cette demande sans pour autant l'imposer, et de veiller à ce que notre offre se maintienne malgré les échecs voire les réactions agressives du jeune : être avec, accompagner, partager un espace où on met du sens et du lien, aborder le jeune de façon simple et authentique, seront toujours des bases pour étayer la relation.

Tout comme les particularités de ces jeunes ont des effets sur les interactions entre pairs, elles peuvent avoir des conséquences sur les interactions avec l'adulte :

- La passivité : le jeune suit sans réelle implication (investissement seulement si source de plaisir immédiat). De même que dans son rapport au groupe, l'adolescent peut développer une dépendance à l'adulte. Si cette dépendance est repérée et ressentie comme envahissante, elle peut amener à une rupture.

- Les conduites de retrait : ce sont des symptômes ou des manifestations de défense qui traduisent le désarroi, la fragilité, la souffrance.

- Notons que pour certains jeunes, une difficulté supplémentaire va être la capacité à gérer la contradiction entre être en relation avec l'adulte et être membre d'un groupe en opposition à l'adulte.

- Il est certain qu'une grande aptitude de ces jeunes est la capacité à détecter les failles et les limites des personnes, et que toute ébauche de relation devra passer par cette évaluation.

La relation se construit dans l'imprévisibilité des comportements ambivalents du jeune, alternant entre rejet et proximité, destruction et marques d'affection. Il faut avoir à l'esprit quelques pré-requis pour ne pas se laisser entraîner par leur complexité :

- Ne pas se sentir agressé ou rejeté face à l'adolescent qui cherche à fuir la relation
- Les conflits peuvent être une forme de relation qui doit cependant évoluer
- Déceler les points forts, signes d'évolutions possibles, et les points faibles, définissant les limites
- Trouver la bonne distance et maintenir la barrière générationnelle
- Expliciter les règles en montrant les avantages et les inconvénients

C-5. Passages à l'acte

Pour intervenir, il faut déjà comprendre. Pour cela, il faut restituer l'actualisation de l'acte dans le contexte social, historique et familial qui l'a modelé. Les difficultés, conscientes ou non, et leur vécu souvent jalonné d'échecs, sont source d'affects douloureux et de profonde insécurité. Les troubles et leurs manifestations interfèrent dans la relation mais sont à observer comme signes de souffrance. Ils posent question et nécessitent une réponse quant au sens qu'ils véhiculent. La violence et l'agressivité seront d'autant plus à décrypter, car si elles témoignent d'une part d'un dysfonctionnement du sujet face à une situation, elles sont en même temps devenues un mode d'expression constitutif voire nécessaire au fonctionnement du jeune.

Nombre de ces passages à l'acte servent souvent inconsciemment à demander de l'aide à l'entourage. Les ignorer ou ne pas y répondre sont certainement la réaction la plus néfaste pour eux. La permanence du lien avec l'équipe, en dépit des diverses attaques, est donc primordiale car d'autant plus

rassurante. Les passages à l'acte surviennent quand le jeune n'a pas la garantie et la fiabilité que sa parole sera entendue, ou quand il n'arrive pas à verbaliser sa souffrance. La difficulté majeure pour comprendre ces actes est donc l'absence de paroles. Il nous faudra alors les aider à mettre des mots sur leurs actes.

Concernant l'intervention du psychomotricien, Cyril, sur mon lieu de stage, il a pu être amené, dans le cadre de ces passages à l'acte, à faire des contentions.

D-1. PRINCIPES DE LA PSYCHOMOTRICITE

D-1-1. La psychomotricité : une approche spécifique de la personne

La psychomotricité se distingue de bien d'autres modalités thérapeutiques de par sa conception globale de l'individu, et de par les concepts qui lui servent de base d'intervention. En effet, elle envisage l'individu à travers les sphères biologique, psychologique et sociale, et se fonde sur des données scientifiques pour légitimer son intervention thérapeutique. Le trouble psychomoteur peut donc se définir par l'action ou le mode d'interaction inadaptés du sujet. L'aspect scientifique de cette discipline se retrouve dans une démarche structurée qui suit les étapes suivantes : l'évaluation du patient permettant de cibler ses déficits et ses points forts ; l'hypothèse diagnostique qui ressort du bilan psychomoteur administré ; la mise en place d'un projet thérapeutique répondant à cette hypothèse ; enfin, l'évaluation de l'efficacité du travail par une réévaluation du sujet.

Avoir conscience de son corps, en lien avec ses affects et ses perceptions, est une nécessité pour être adapté dans sa communication et dans ses interactions avec l'environnement. Toute difficulté d'adaptation du sujet, du fait d'une intégration perceptivo-motrice déficitaire, est une cible d'intervention psychomotrice. La thérapie psychomotrice vise ainsi à rétablir l'adaptation de l'individu à son environnement. Grâce à l'apport de stratégies d'apprentissage ou de compensation psycho-perceptivo-moteurs, spécifiques aux déficits de son patient, le psychomotricien vise à réduire ce trouble voire à le faire disparaître.

En parallèle de la nature instrumentale et scientifique de la thérapie psychomotrice, le psychomotricien s'attache aux mécanismes cognitifs et affectifs, reconnaissant l'importance de leur impact dans la nature du trouble et donc dans son amélioration. Afin de prévenir toute confusion sur l'objectif de ma démarche, je tiens à préciser qu'il n'est pas question ici d'appréhender la relation comme finalité de travail thérapeutique, mais bien comme l'une des conditions essentielles à une prise en charge thérapeutique de qualité.

D-1-2. Principe d'apprentissage

Le projet mis en place à la suite du bilan psychomoteur va répondre aux déficits ciblés par celui-ci, mais aussi aux capacités du sujet sur lesquelles il va reposer, et se décline autour d'offres stratégiques modulables visant à réduire la manifestation des troubles. L'approche du psychomotricien est là aussi caractéristique. En effet, toujours en lien avec la conception globale de l'individu, il part du principe que l'apprentissage doit intégrer une part émotionnelle susceptible de générer de l'auto-renforcement. Il s'attache ainsi à débiter son action thérapeutique par des situations accessibles à son patient au niveau de leur difficulté et s'appuyant sur des supports ludiques. Si le patient réussit l'exercice, il s'en trouve revalorisé et motivé, ce qui le renforce dans son adhésion et dans la relation.

D-2. AXES D'INTERVENTION

D-2-1. Rôle du psychomotricien en I.T.E.P.

Membre de l'équipe médico-psychologique, le psychomotricien exerce sous la responsabilité médicale du médecin psychiatre. Cette modalité thérapeutique s'inscrit dans la logique du cadre institutionnel et du travail pluridisciplinaire. L'intervention peut prendre la forme de prises en charges individuelles et/ou collectives, et peut s'articuler avec d'autres professionnels de l'établissement. Nous allons voir comment évaluation et thérapeutique sont étroitement liées dans des institutions telles que l'ITEP, et comment l'alliance thérapeutique s'avère être un préalable indispensable à toute prise en charge.

D-2-2. La relation thérapeutique

a) Enjeux de la première rencontre

Le premier contact entre deux personnes est souvent fondamental car c'est le lieu où les préjugés vont se confronter aux ressentis, aux observations et aux interprétations. (Berry, 1998). Le lien va donc se construire initialement autour de ces premières impressions : chacun va voir naître une première réaction émotionnelle, positive ou non, basée sur ce qui se dit aux niveaux verbal et non verbal, sur les impressions physiques, comportementales et sur la personnalité de chacun. Selon comment toutes ces données seront interprétées, elles seront propices, ou non, à l'établissement d'un lien. Dans le cadre de l'ITEP, le premier entretien résulte plus souvent de décisions de soins prises par l'équipe que d'une

démarche personnelle du jeune. Cet élément va avoir une influence sur cette rencontre initiale car d'une part, il ne va pas se présenter avec des demandes ou des questionnements, et d'autre part, rares sont les jeunes qui acceptent de parler spontanément de leur histoire et de leur ressenti, que cette démarche soit consciente ou non. De ce fait, il va être primordial de personnaliser ces situations afin que le jeune puisse y amener une demande, même implicitement, et qu'il ait ainsi l'impression d'être actif dans cette démarche. Il faut pour cela être capable de l'écouter, de prendre en considération son point de vue, et de créer un climat autorisant sécurité, dialogue et compréhension.

L'objectif premier est d'établir une relation de confiance, afin qu'à aucun moment il ne se sente ignoré, méprisé ou jugé dans ce qu'il produit. Ce sera donc à nous de conduire l'entretien en posant des questions, en expliquant notre rôle, en cherchant à faire connaissance. La demande émanant de l'institution et non du jeune, il faut trouver les mots et poser un cadre qui lui donnent envie de revenir et donc de s'approprier la démarche.

b) La relation dans les premières séances

Le cadre d'une prise en charge individuelle, c'est la relation duelle formelle entre d'une part un adulte portant le statut social de thérapeute, membre de l'équipe institutionnelle, et d'autre part, le jeune, étiqueté par ses difficultés, devant endosser le rôle de patient. Chacun doit être en mesure d'accepter son rôle avec ce que cela engage, et accepter l'autre dans sa différence. Le statut de thérapeute va avoir son importance : on peut se retrouver face à un jeune qui va rejeter simplement l'adulte, ou à l'opposé qui va l'investir massivement, l'éventail de possibilités étant multiple entre ces deux extrêmes. Les premiers entretiens permettent ainsi d'appréhender le jeune et la relation qui se noue, tant au niveau qualitatif que dynamique. En effet, avant de parler d'alliance, il faut qu'un lien s'établisse : la présence de ce lien et sa qualité sont les prémices fondatrices d'une bonne alliance et d'une implication du sujet (Howgego et al, 2001).

c) Attentes et objectifs du bilan psychomoteur

Les symptômes psychomoteurs sont nombreux chez ces adolescents, du fait de leur vécu et de leur pathologie. Ces symptômes rencontrés sont aussi divers que les psychopathologies dont ils souffrent. On va se retrouver face à des troubles de l'attention, de l'agitation, de l'instabilité, de l'inhibition, de l'impulsivité, des troubles spatiaux et temporels, des troubles de l'image du

corps...autant de domaines psychomoteurs où les manifestations de troubles seront à appréhender souvent en tant que symptômes, plutôt que syndromes. La passation d'un bilan psychomoteur permet de cerner les difficultés du jeune et de formuler des indications. Le projet mis en place aura pour objectif thérapeutique de pallier à ces difficultés repérées sur le plan psychomoteur. Ce travail nécessitera de comprendre comment ces difficultés s'intriquent dans le fonctionnement global du sujet. Il s'agit donc de dégager l'impact des troubles sur un plan diachronique, c'est-à-dire savoir si la conduite est en lien ou en rupture par rapport à l'histoire personnelle du sujet, et synchronique, c'est-à-dire comment le trouble entrave le fonctionnement du jeune dans le plan psychomoteur et notamment dans les habiletés sociales (niveau d'adaptation, domaines préservés, part pathologique de la personnalité).

Sur le plan relationnel, l'épidémiologie auprès des adolescents révèle la fréquence des manifestations symptomatiques de type somatique, comportemental ou affectif se répercutant sur le versant social. Les premiers entretiens avec le jeune peuvent permettre de mettre en évidence les manifestations qui lui sont propres. Il n'est pas question ici de déceler uniquement les failles sur lesquelles il faudra travailler, mais bien aussi d'identifier ce qui nous permettra d'adapter notre comportement et notre approche, et de prévenir spécifiquement des comportements débordants. De plus, apprendre à connaître le jeune permettra de faire la distinction entre incapacité et mauvaise volonté.

D-2-3. Particularités de la relation adolescent-thérapeute

Les rencontres formelles et informelles avec le jeune vont toujours être source de créer, maintenir ou consolider l'alliance thérapeutique. Il est nécessaire, pour qu'une alliance de bonne qualité se mette en place, que le jeune ressente le besoin d'une aide, et d'agir de sorte qu'il voit en nous une source d'aide potentielle et fiable, présente sur la durée.

L'enjeu dans la relation thérapeutique avec un adolescent est de trouver la bonne distance relationnelle. La frontière est fine entre une attitude réservée ou trop froide qui peut être interprétée comme un rejet, et une approche trop protectrice ou séductrice, vécue comme intrusive ou menaçante, et donc rapidement rejetée. Plus la dépendance à l'adulte sera ressentie, puis il tentera d'y échapper. L'alliance est donc fragile compte tenu des difficultés du patient (opposition, interprétation des situations, estime de soi,...). Elle doit s'entretenir et se fortifier au cours de la prise en charge. Il est inutile, voire délétère, de chercher à feindre ou à masquer des réactions ou des comportements : seules l'authenticité et l'empathie seront garantes de la construction d'une relation solide et fiable.

D-2-4. Quelques mots sur l'alliance thérapeutique

Une alliance, c'est un accord de confiance entre deux parties. Dans le cadre d'une relation thérapeute-patient, cette confiance doit pouvoir s'installer de façon bilatérale pour que le travail puisse être efficace.

Suivant le modèle de Bordin (1979), l'alliance thérapeutique peut être scindée en trois parties : l'existence d'un lien entre les deux parties, un accord mutuel sur les axes de travail (contrat), et un accord sur les moyens spécifiques à appliquer pour permettre l'évolution.

Luborsky (1976) ajoute que le patient doit se sentir actif dans le travail mis en place : la responsabilité de l'efficacité du travail est partagée dans la coopération et le thérapeute est un soutien de progression (alliance d'aide).

Dans une approche trans-théorique, enfin, Gaston (1990) identifie quatre pôles dans cette alliance : une dimension affective entre les deux parties, le potentiel du sujet à produire un travail thérapeutique, l'empathie et l'implication du thérapeute, l'accord entre les deux parties sur les modalités de la prise en charge (tâches et moyens mis en place pour atteindre l'objectif défini).

Si les éléments constitutifs de l'alliance thérapeutique sont connus, on sait aussi que de nombreux paramètres vont venir l'influencer. Les études qui se sont intéressées à ce sujet se sont posées les questions suivantes : l'alliance est-elle liée aux caractéristiques du patient ? S'agit-il plutôt d'un phénomène interpersonnel ? Quelle est la part de l'influence du thérapeute dans sa construction ? Ces questions sont par ailleurs nées du constat que ce n'est pas un élément qui s'acquiert, mais bien un élément qui se construit et évolue au cours du temps. Il y aurait ainsi deux phases dans le développement de l'alliance :

1. La phase critique : construction au cours des premiers entretiens. Cette construction se trouve être liée à l'attitude du thérapeute et à la façon dont il mène ce premier entretien, ce qui crée ou non un climat de confiance.

2. Au cours de la prise en charge, l'alliance est fluctuante, ce qui indique que ce n'est pas un phénomène passif, mais qu'elle est régie par une dynamique : l'alliance se trouve attaquée, puis restaurée grâce au travail thérapeutique et à la relation de travail.

Les facteurs susceptibles d'influencer l'alliance seraient donc :

- Caractéristiques du patient : une méta-analyse a mis en évidence que les caractéristiques psychologiques du patient et ses caractéristiques interpersonnelles ont autant de répercussions sur l'alliance.

- Caractéristiques du thérapeute : d'un point de vue personnel, seul le degré de similitude entre patient et thérapeute semble avoir un impact sur l'alliance. Dans sa pratique professionnelle par contre, la régularité des entretiens, l'engagement dont il fait preuve, l'empathie et la transparence à l'égard du patient sont certainement des indices facilitateurs.

- D'un point de vue interpersonnel enfin, plusieurs auteurs signalent la nécessité de la part active prise par les deux partenaires, que ce soit en termes d'ajustement mutuel ou de collaboration par exemple.

$1+1 = 2$. L'équation de l'alliance thérapeutique implique donc que chacun des partenaires a un rôle à jouer et que leurs qualités mais aussi leurs défauts auront une incidence : l'alliance dépend de la faculté du thérapeute à motiver le patient et à s'engager suffisamment pour tisser des liens solides avec lui, elle dépend aussi du sujet par son implication et sa capacité à nouer des relations.

Cette notion est de plus en plus fréquemment évoquée dans la littérature psychiatrique. On lui attribue des qualités telles qu'être déterminante dans l'adhésion du patient aux soins, et pouvoir présager de leur efficacité. Elle est garante d'une bonne relation et facilite la régularité et l'adhésion du patient. Nombre de thérapeutes partagent cette notion d'alliance thérapeutique dans leur pratique, nous allons nous centrer sur celle du psychomotricien.

D-3. BIAIS D'INTERVENTION

D-3-1. Le cadre : une modalité à part entière de la prise en charge

L'évolution de chaque jeune est corrélée à des mouvements affectifs déterminant des phases d'évolution, de stagnation ou de régression. Ces mouvements sont relatifs à leur vécu antérieur mais aussi à la relation établie avec le psychomotricien. Une fois un lien de confiance solide établi, les sollicitations et le dialogue vont soit aider à amener le jeune à verbaliser ses difficultés et à travailler sur ses problèmes, soit, quand il n'y arrive pas, à ce qu'on essaie de mettre des mots pour lui, ce qui en fait des outils de travail intéressants au quotidien. On va pouvoir cerner ses capacités, s'appuyer dessus pour travailler des savoirs faire et des savoirs être, revalorisant ainsi leur image. Le cadre comme modalité à

part entière de la prise en charge psychomotrice correspond ici à un ensemble d'éléments qui vont permettre un travail optimal.

Chaque jeune est singulier, tant dans son histoire que dans ses forces et ses faiblesses. Pour la plupart, ils sont capables de faire preuve de réflexion et ont réussi à mettre en place des stratégies de compensation qui leur permet de se présenter de façon adaptée dans un contexte particulier, c'est-à-dire ne favorisant pas l'émergence de leur problématique. Notre objectif doit donc toujours suivre l'idée d'un accompagnement de l'intérieur vers l'extérieur de l'établissement, et c'est dans cette démarche que nous chercherons à déceler leurs qualités et leur réel potentiel. Construire la relation va nécessiter de s'adapter aux difficultés du sujet, et non chercher à s'en prémunir, et de tolérer certaines manifestations dans un but d'évolution et de soulagement. Pour autant, offrir un cadre souple, sécurisant et tolérant n'exclue pas de veiller à écarter certains débordements pathologiques : ce cadre doit être défini par des règles explicites et soutenues au fil des séances. Le jeune va chercher à tester la solidité et la fiabilité de cadre. Il est important de rester cohérent car le but de ce cadre est de contenir le jeune et de le rassurer. Il faut être capable de recevoir les symptômes du jeune mais aussi de les traiter et les reprendre en différé pour qu'il appréhende le sens qu'il y a derrière ses actes. Ce travail de discussion, s'inspirant de la technique de résolution de problème, est une façon de l'amener à envisager, et par la suite, à construire d'autres types de réponses comportementales.

Quand on s'attachera à déterminer nos axes de prises en charge, il conviendra au préalable de chercher une distanciation et un recul indispensables à une lecture et un déchiffrement objectifs des troubles. Ce travail est à renouveler au cours de la prise en charge afin d'actualiser notre regard sur le jeune, et d'ajuster notre projet thérapeutique.

L'intervention doit toujours se faire en posant la notion de cadre (lieu défini, rencontre en face à face, d'une durée suffisamment longue mais tolérable par le jeune) afin que le jeune se sente en sécurité. La relation doit se construire dans l'honnêteté, la clarté et l'explication pour permettre au jeune de s'y impliquer. Apparaît ici la notion de bonne distance : celle qui permet d'établir la confiance, mais qui prévient des risques de séduction, d'attirance ou de projection.

D-3-2. Les habiletés sociales

Les habiletés sociales sont un domaine d'intervention de la psychomotricité, même si il ne lui est pas spécifique. Nous verrons dans la partie pratique comment cet axe d'intervention peut s'avérer

primordial pour maintenir le cadre imposé et faire respecter les paramètres de l'interaction thérapeute-adolescent, ces deux notions rentrant inévitablement en jeu dans la nature de la relation qui s'installe.

Une habileté, c'est un savoir-faire. Le caractère social, quant à lui, renvoie au cadre des communications inter individuelles, et plus généralement, à toute interaction du sujet avec son environnement. Les habiletés sociales correspondent ainsi à un ensemble de conduites et d'actions socialement adaptées et compétentes. Notons que la donnée implicite à cette définition est que l'individu, pour être socialement compétent, doit avoir accès aux codes sociaux qui régissent les interactions dans son milieu. On comprend comment le développement et l'histoire personnelle du sujet vont déterminer l'installation de ces habiletés, l'état dans lequel elles sont actuellement, et l'usage qui en est fait. Nous verrons ainsi comment des jeunes du même âge, vivant dans la même communauté et donc devant répondre aux mêmes codes et usages sociaux, font un usage très différent de ces habiletés et sont ainsi socialement adaptés ou non.

Elles mettent en jeu des paramètres verbaux et non verbaux, et sont le résultat de processus cognitifs, affectifs et moteurs. On distingue en effet trois versants d'habiletés :

- Les habiletés réceptives, qui sont la capacité à identifier et à comprendre les informations sociales d'une situation
- Les habiletés décisionnelles, qui correspondent à la capacité à choisir une réponse adaptée à cette situation (il faut de ce fait être capable d'envisager les différentes réponses possibles)
- Les habiletés comportementales, qui sont les éléments verbaux et non verbaux de la réponse (par exemple la posture, les mimiques, l'intonation, le contenu du discours...).

Le psychomotricien intervient essentiellement sur le domaine non verbal et sur les processus cognitifs mis en jeu dans les habiletés sociales, telles que l'attention, la planification ou la catégorisation, autrement appelées fonctions exécutives. Le but de cette intervention est de permettre ou d'optimiser l'ajustement social de ces jeunes, qui est un axe fondamental en ITEP. Si des programmes d'entraînement aux habiletés sociales ont été mis au point par certains auteurs, citons par exemple Liberman, DeRisi et Mueser, ils ne seront pas développés ici car l'entraînement aux habiletés sociales n'a pas fait l'objet d'un axe thérapeutique principal auprès de ces adolescents. Le travail effectué du point de vue de ces habiletés s'est en effet restreint au respect du cadre et d'un mode d'interaction adapté.

D-3-3. Les renforcements

Dans une prise en charge en psychomotricité, l'une des difficultés la plus prégnante de ces adolescents est leur échec dans les apprentissages. Nos modalités d'intervention dans ce domaine reposent en partie sur le conditionnement opérant de Skinner. Ce principe stipule que l'apprentissage d'un acte est directement lié au fait d'éviter une punition ou d'obtenir une récompense. Le sujet va ainsi modifier son comportement en fonction des conséquences de ses actes : si elles sont positives, la fréquence d'apparition de ce comportement tendra à augmenter et, à l'inverse, des conséquences négatives viendraient l'éteindre progressivement. Cette idée a donné naissance à la notion de renforcements, qui recouvrent l'ensemble des facteurs pouvant augmenter ou réduire la fréquence d'apparition et le maintien d'un comportement. M'intéressant à la population particulière de l'ITEP, il me semble important de rappeler que les conséquences positives évoquées ne sont pas forcément agréables. En effet, un jeune va pouvoir chercher à nous provoquer dans le simple but d'attirer notre attention. Se faire gronder n'est alors pas considéré comme une conséquence négative, mais est plutôt vécu comme un renforcement de son action puisque le sujet obtient ce qu'il veut. Le but recherché en s'appuyant sur ce type d'apprentissage est que grâce aux renforcements, et en l'absence de toute contrainte extérieure, le sujet puisse s'engager dans des actions dans lesquelles il ne s'engagerait pas spontanément.

Les renforcements, positifs et négatifs, peuvent se scinder en trois types :

- les renforcements primaires, qui correspondent aux comportements de survie de l'individu tel qu'avoir de la nourriture ou éviter la douleur,
- les renforcements secondaires, qui sont de nature sociale et se retrouvent dans des sourires, des marques d'attention, ou de l'approbation par exemple. Ces renforcements sont très dépendants du sujet.
- Les renforcements symboliques, tels que de l'argent, des jetons ou encore une amende.

Ces renforcements sont donc multiples et variés, et c'est la connaissance du sujet qui nous permettra de trouver ceux qui lui correspondent le plus. Voici deux exemples de renforcements pertinents auprès des adolescents concernés :

- Le principe de Premack : on peut favoriser l'apparition d'un comportement de basse probabilité en le renforçant par un comportement à haute probabilité. Par exemple : nous jouerons à ce jeu là après avoir fait cet exercice.
- Le shapping, ou façonnement progressif : il faut renforcer toutes les étapes qui se rapprochent du comportement attendu. Par exemple, même s'il n'attend pas notre autorisation avant d'ouvrir la porte de la salle, il frappe et n'entre pas à tout moment.

L'utilisation des renforcements dans les techniques d'apprentissage ne vise pas à imposer des changements de comportements, mais bien à présenter les avantages et les inconvénients des comportements actuels et des comportements attendus afin de motiver la personne à changer.

D-3-4. Les médiations thérapeutiques

Qu'est-ce qu'une médiation ? Qu'est-ce qu'une médiation thérapeutique ? Comment la psychomotricité rend spécifique une médiation que tout autre thérapeute pourrait utiliser ? Et enfin et surtout, comment les médiations choisies et déclinées par le psychomotricien facilitent l'alliance thérapeutique ? Voilà les questions qui ont guidé ma réflexion.

« Médiation » : intervention destinée à mener à un accord ; intermédiaire, en particulier dans la communication (dictionnaire Larousse).

Plusieurs notions interviennent dans l'implication du jeune dans une prise en charge : la curiosité de ce qui lui est proposé, la reconnaissance des difficultés et l'envie d'y travailler, l'envie de changement. Ces aspects sont rarement présents d'emblée, et c'est par des stratégies de clarification et d'intériorisation que nous chercherons à les faire émerger.

Toute médiation vise à proposer un espace intermédiaire, un support d'action et de partage, permettant la relation entre deux parties. Médiatiser les prises en charge va être un moyen d'impliquer le jeune dans le travail proposé. Les médiations possibles sont multiples : les jeux (moteurs, de réflexion, de compétition, de stratégie), la relaxation, des activités de détente, ou tout autre support réalisable qui peut être amené par le jeune. Il conviendra de déterminer laquelle est la plus susceptible d'aider le jeune à s'exprimer et à accepter ce temps de soin, car selon la médiation retenue, on mettra en avant certains aspects et particularités du jeune de façon cadrée. Ce sont les qualités et les difficultés du jeune, ses attentes et ses besoins, leurs particularités de fonctionnement, qui vont nous orienter dans nos décisions.

a) Le jeu

Dans bien des pratiques, le jeu se retrouve comme moyen d'expression et d'interaction. C'est certainement la médiation la plus utilisée en psychomotricité, car elle permet l'investissement total du sujet. Derrière cette activité, nous recherchons l'organisation de mouvements et de séquences motrices, mentales et comportementales répondant à des règles définies. La modulation des règles vient stimuler

les processus d'adaptation, et l'interaction, dans le respect de ces règles, est du ressort des habiletés sociales.

b) Les supports

Dans une salle de psychomotricité, tout objet peut être médiateur de relation et de travail, mais il est parfois utile de sortir du cadre posé dans ce lieu pour proposer d'autres médiations spécifiques, offrant un cadre spatio-temporel différent, mais aussi de nouvelles règles : salle de sport, atelier danse, atelier cirque, etc. Ces cadres impliquent des comportements médiatisés autour d'une activité définie. L'intérêt de ces médiations sur le plan thérapeutique est manifeste, d'autant qu'elles biaisent les difficultés langagières des jeunes : les propositions sont avant tout des offres d'expériences sensorielles et des possibilités de revalorisation de l'estime de soi. Sur le plan relationnel, toute médiation pourra devenir support de création, de maintien ou de renforcement de l'alliance thérapeutique, tant qu'elle prend en compte les forces du jeune et ses centres d'intérêt. Mais n'oublions pas que derrière ces propositions d'activités de compétition, de performance, de spectacle ou de maîtrise auxquelles les jeunes adhèrent en grande majorité, le psychomotricien a toujours des objectifs de travail bien précis.

Voici quelques exemples de médiations qui fonctionnent bien auprès des adolescents :

- les activités sportives : s'appuyer sur des activités sportives, notamment quand il y a compétition, c'est s'appuyer sur un support auquel de nombreux adolescents ont spontanément recours. Elles amènent naturellement à une relation et à un échange, et sont une façon de valoriser le jeune dans ses aptitudes. Elles offrent donc le double avantage de travailler sur des comportements moteurs mais aussi sur des comportements sociaux
- Les ateliers : permettre des activités ludiques et créatives est riche sur le plan thérapeutique. Le cirque, par exemple est source de nombreuses opportunités : sur le plan thérapeutique, on ira vers des expériences motrices dynamiques et statiques, un travail de l'équilibre, des coordinations, une quête de maîtrise de son corps ; sur le plan sociale, on s'intéresse aux échanges, partages, apprentissages et acquisitions de compétences nouvelles valorisantes, et à l'occasion d'être à la fois dans la position de celui qui apprend et de celui qui transmet ses connaissances.
- Expression artistique : danse, peinture, dessin, musique,...Il s'agit de proposer une activité où les productions motrices ne sont plus régies par la performance et la maîtrise corporelle.

La confiance doit être significativement accordée pour que la peur d'être jugé ne soit pas prégnante, car chacun livre des choses d'autant plus personnelles qu'il n'y a pas de contraintes ou de consignes.

c) Le groupe

Quand on prend en charge un adolescent, on s'interroge toujours sur quel type de médiation va être le plus judicieux. Selon sa problématique, l'acceptation de son placement institutionnel ou ses capacités actuelles d'interaction par exemple, les propositions de prises en charge ne seront pas les mêmes. Pour certains, seule la prise en charge individuelle sera proposée, pour d'autres, seule celle de groupe, et parfois, on associera les deux. Selon les cas, la prise en charge de groupe va être un biais pour initier ou renforcer la relation thérapeutique, facilitée par la présence de pairs, et pour amener à une relation individuelle.

Fonctionnement du groupe

Tout groupe qui se réunit volontairement se construit autour d'une activité ou d'un intérêt commun défini et règlementé dans le cadre d'un groupe thérapeutique. C'est ici l'activité mise en place qui jouera le rôle de médiateur entre les individus. Chaque membre du groupe a une place bien définie. Le thérapeute, d'une part, est garant du bon fonctionnement : il propose une activité autour de laquelle les jeunes vont se réunir et interagir, définit et expose les règles, s'assure qu'elles soient respectées, est le médiateur relationnel qui protège les membres des excès. Les jeunes qui participent doivent être motivés par l'activité et être prêts à respecter le cadre imposé.

Point fort : l'aspect relationnel.

Le groupe est un levier thérapeutique intéressant dans la prise en charge d'adolescents. En effet, l'importance de l'appartenance à un groupe prend toute son ampleur à cette période : il rassure et sécurise. Or comme nous l'avons vu, tisser des liens est problématique chez ces jeunes. La prise en charge de groupe se présente donc comme un outil intéressant de socialisation, à condition que ce ne soit pas une source de difficultés supplémentaires. La vie en collectivité n'étant pas leur point fort, une activité collective devra être choisie de sorte qu'elle serve de support à l'interaction : le jeune travaille sur sa place en tant qu'individu mais aussi en tant que membre d'un groupe. Au travers des explorations relationnelles, des liens et des interactions vont se définir : amitié, soutien, conflit, rivalité, séduction, et tout autre sentiment susceptible de naître dans une relation.

Constituer un groupe d'adolescents, c'est leur permettre d'avoir accès à une pluralité de supports d'identification. C'est souvent dans ce cadre là, et en conformité au conditionnement social, qu'on voit des comportements apparaître, se renforcer ou disparaître, selon leur pertinence et comment ils sont reçus dans le groupe. La diversification des supports d'identification est également intéressante dans le cas où un jeune pris en charge individuellement a tendance à trop adhérer au thérapeute, ou à érotiser la relation par exemple. Lorsque c'est nécessaire, le groupe sera alors un moyen de rétablir la bonne distance relationnelle.

Le groupe est également un support évident de travail des habiletés sociales. Zigler & al (1992), ont montré que ce travail, en plus du fait d'expérimenter des situations sociales positives, peut tendre à une réduction des symptômes.

D-4. Conclusion

Le psychomotricien a à sa disposition nombre d'outils susceptibles de favoriser le travail et l'alliance thérapeutique. Mais comme nous l'avons dit, il est indispensable de penser en fonction du jeune qu'on a en face de nous. Ainsi, si les techniques adaptées passent entre autre par la mise en jeu du corps et les situations de groupe, elles seront dans tous les cas à appliquer avec suffisamment de souplesse pour pouvoir aborder l'adolescent.

Outre l'ensemble de ces outils, il est important de ménager des temps de dialogue : ces jeunes vivent dans l'instant, dans la préoccupation souvent immédiate de leur vécu quotidien. La relation établie avec eux doit donc nécessairement permettre l'expression de ces difficultés relatives à la réalité extérieure aux séances. Revenant à leur tendance à se déresponsabiliser, il convient dans ces moments de les écouter, mais aussi de chercher à les ramener à leur position personnelle dans la situation, afin qu'ils puissent s'imaginer acteur et non victime de cette situation. Le lien établi dans le cadre d'une prise en charge doit pouvoir persister en dehors des séances : des temps de discussion informels sont parfois sollicités, de même que des demandes d'accompagnements physiques au sein de l'établissement. Il faut pouvoir y répondre car ils permettent de dédramatiser la confrontation à des situations nouvelles et angoissantes, facilitent la continuité des soins et renforcent la notion de confiance.

Diversifier les médiations et les propositions permet de faire ressurgir les qualités et les domaines de compétences de l'adolescent, de cibler ses centres d'intérêt et d'offrir la possibilité

d'expérimenter de nouvelles activités. S'il est nécessaire de travailler sur les déficits et l'identification des limites, il est tout aussi fondamental de s'appuyer sur leur facultés pour les aider à prendre conscience de leur potentiel et à retrouver confiance en eux, mais aussi en l'adulte, au travers d'une relation fiable.

~ PARTIE PRATIQUE ~

A/ INTRODUCTION

Je me suis efforcée, dans une première partie théorique, à présenter les difficultés de fonctionnement social et relationnel auxquelles tout professionnel travaillant avec des adolescents en ITEP est confronté et avec lesquelles il doit composer. M'intéressant au rôle de la relation thérapeutique et du travail relationnel comme l'un des préalables indispensables à une prise en charge psychomotrice, j'ai tenu à rendre compte des modes de communication et d'interaction inadaptés de ces adolescents, et des spécificités de cette pratique qui constitue, de par ses principes et ses techniques d'intervention, l'une des seules offres thérapeutiques capables de répondre au complexe problématique de ces jeunes, à savoir notamment les émotions (part psychologique), les neurocognitions et la motricité.

Nous avons également vu que le thérapeute, autant que le patient, est actif dans le travail relationnel, notamment de par ses propres ajustements comportementaux. Avant d'analyser les observations sur lesquelles je me suis basée pour répondre à ma problématique, je tiens donc à évoquer quelques précautions prises systématiquement dans les prises en charge. Ces précautions ont pour objectif de poser un cadre sécurisant et explicite afin de prévenir d'éventuels obstacles relationnels. Ainsi, à chaque étape de la prise en charge, elles viseront à favoriser la confiance et l'adhésion du jeune. Nous allons donc voir brièvement quels sont ces éléments dans les différentes étapes.

- Précautions dans la première rencontre.

Si par hasard la rencontre avec le jeune a lieu fortuitement, à une récréation par exemple, elle se limite à répondre aux règles et usages sociaux de présentation. En effet, la première rencontre formelle a volontairement lieu dans la salle de psychomotricité. Rencontrer le jeune dans le contexte de la salle présente l'avantage de pouvoir poser un cadre précis dès le départ. Le cadre de la salle peut par exemple comprendre les paramètres suivants :

- frapper à la porte et ne pas entrer dans la salle de façon inopinée
- dire bonjour et au revoir
- rester poli, ne pas insulter, avoir un mode de communication adapté
- ne pas détruire le matériel mais lui laisser la possibilité de s'énerver (il peut quitter la salle)

Il est important de rendre très explicites ces paramètres, puisque les habiletés sociales sont souvent un point faible de ces jeunes. Le cadre est présenté de façon globale, c'est-à-dire élargi au cadre de la salle de psychomotricité, en expliquant les règles qui définissent toute interaction entre un thérapeute et un adolescent. Le but est de dépersonnaliser les exigences, et dans le même sens, on peut laisser entendre au jeune que le respect de ce cadre est contraignant pour lui comme pour nous, mais que cela touche au respect de règles sociales communes.

Nous verrons comme le simple fait de venir dans une salle et de se retrouver face à un professionnel peut être un cap difficile à franchir pour certains jeunes, et quels ajustements seront alors nécessaires. La première rencontre, c'est l'occasion de faire connaissance avec le jeune, mais aussi d'expliquer ce qu'il sera éventuellement amené à faire et dans quel but. Faire sa connaissance, c'est se renseigner sur ses loisirs, sur ce qu'il aime et ce qu'il ne supporte pas, ce qui nous permet de sélectionner des informations qui nous permettront de nous ajuster dans nos propositions (notamment dans le choix de nos supports). Lui expliquer notre fonctionnement et les objectifs de notre travail permet de le préparer et de le faire adhérer. Comme nous l'avons vu d'un point de vue théorique et comme nous allons le voir d'un point de vue pratique, les enjeux de la première rencontre sont nombreux et auront un impact certain sur les séances ultérieures.

- Précautions dans la présentation du bilan psychomoteur et dans les premières séances.

Comment la passation du bilan psychomoteur peut-elle être présentée de façon à ce qu'elle ne soit pas trop vécue comme une mise en échec ? Ces jeunes étant en effet pour la plupart en situation de retard ou d'échec dans les apprentissages, toute situation d'évaluation est en soit désagréable voire anxiogène, et donc facilement rejetée. De ce fait, la modalité de présentation du bilan a une importance majeure : il s'agit de leur expliquer que chacun, eux comme nous, a des points forts et des domaines où on est moins performant, et que les exercices qu'on va leur proposer auront pour but d'identifier ces forces et ces « faiblesses », afin de chercher par la suite à faire un travail permettant de mettre toutes leurs capacités au même niveau, le plus haut donc. Cette approche favorise en général leur implication dans le bilan. Lors des tests, des démonstrations (pas toujours couronnées de succès !) et des renforcements finement dosés aident à ce qu'ils ne se sentent pas trop mis en échec et jugés dans leurs productions. C'est également dans ce sens qu'il peut être utile de leur préciser que ces exercices ne sont pas notés au sens scolaire du terme, et que toutes ces informations resteront strictement confidentielles. La notion de confidentialité est bien souvent un élément favorable à l'installation d'un climat de confiance. Dans les cas où le bilan psychomoteur a pu être administré, il est consultable dans les annexes.

Concernant l'organisation des séances, elles suivent une trame générale commune : l'arrivée du jeune est accueillie par un temps de discussion plus ou moins long selon son humeur, il s'en suit un temps de bilan, puis une dernière partie de séance où il peut choisir un jeu ou une activité.

- Précaution dans les séances de travail, l'après bilan.

En ITEP, une séance de psychomotricité, et plus généralement une prise en charge, se distingue souvent des prises en charge plus classiques telles qu'on peut se les représenter dans d'autres établissements. J'entends par classique la possibilité de mettre en place un travail dans lequel le patient coopère relativement facilement, et où bien souvent s'appuyer sur des supports ludiques permet de contourner la difficulté et le manque d'implication. Pour les séances de travail mettant les adolescents directement face à leurs difficultés, l'approche doit être subtile. Il faut impérativement créer l'adhésion et mettre en place une relation thérapeutique rassurante pour que cette confrontation ne vienne pas rompre le lien et l'implication des premières séances de bilan. En effet, quand l'adhésion n'est pas présente, on va facilement se retrouver à devoir négocier, à gérer les oppositions et les débordements et à justifier nos propositions. Si cela peut bien évidemment se retrouver dans d'autres prises en charge plus classiques, dans le cadre de l'ITEP, c'est exacerbé.

De plus, s'il est évident que le projet à mettre en place doit répondre aux difficultés psychomotrices révélées lors du bilan et mises en évidence au cours des séances, dans le cadre d'un établissement tel qu'un ITEP, il est tout aussi évident que le projet puisse s'inscrire dans une problématique actuelle et donc dans le projet global du jeune et de l'équipe pluridisciplinaire. Il est nécessaire d'avoir en tête ce paramètre pour comprendre parfois certains choix thérapeutiques.

B / PRESENTATION METHODOLOGIQUE

La présentation méthodologique de cette partie pratique a pour but d'introduire la démarche qui a guidé l'élaboration de ce travail d'analyse. Il s'agit de présenter et d'expliquer le choix des critères d'observation qui visent à objectiver mes observations cliniques, et de voir quelle méthode d'analyse a été retenue afin de rendre compte des différences observées dans les prises en charge.

B-1. Organisation de l'observation

Rappelons que ma problématique naît d'une interrogation suite à une réflexion de synthèse sur mes prises en charge dans l'I.T.E.P, à savoir pourquoi certaines prises en charge sont de meilleure qualité que d'autres, alors que les supports et les modalités du suivi des premières séances sont sensiblement les mêmes. Mon questionnement a alors été de chercher si la réussite ou l'échec d'une prise en charge pouvait être au moins partiellement imputable aux ajustements relationnels et au climat qui s'installent entre l'adolescent et le thérapeute. Mais déterminer la qualité d'une relation et à la fois très subjectif et bien vague. Il a alors fallu déterminer une hiérarchie de réflexion et d'analyse, puis sélectionner des critères d'observation mesurables dans tous les types de suivis, quelque en soit la qualité. L'observation rétrospective du suivi au moyen de ces critères constituera le premier palier de l'analyse. Rendant compte de la qualité du suivi, ils viendront aussi cibler les points de vigilance ayant pu nécessiter des aménagements. Suite à cela, nous verrons donc la nature et l'objectif de ces aménagements pour chaque jeune. Enfin, dans une dernière étape, nous verrons comment ils ont pu influencer sur l'évolution de la prise en charge. En fonction de ces résultats et des différences observées, nous discuterons du postulat sur lequel je me suis basée, à savoir que la relation et la qualité du suivi puissent être corrélées, et que donc agir sur l'un (la relation) permettrait d'obtenir des modifications de l'autre (qualité du suivi). Il s'agit donc bien d'identifier comment le travail relationnel peut avoir un impact dans la prise en charge psychomotrice de ces adolescents en I.T.E.P.

Il a bien sûr fallu dans un premier temps choisir quels éléments reflètent à mon sens une qualité de suivi. Le choix de ces éléments est ici dicté par les difficultés sociales et relationnelles rencontrées chez ces jeunes. En effet, souffrant de psychopathologies ayant pour conséquence un fonctionnement social et relationnel inadapté, régi par de l'impulsivité et teinté d'ambivalence, on considèrera ici qu'une relation avec ces adolescents est de qualité quand :

- Le jeune est présent, physiquement mais aussi au travers de son implication, ce qui assure une durabilité au suivi,
- la relation est stable et investie sans ambiguïté (pas de dérives relationnelles telles qu'une érotisation, une recherche de proximité ou de camaraderie,...),

- le jeune adhère suffisamment à sa prise en charge pour que le climat en séance soit propice au travail thérapeutique,
- les paramètres de la relation adolescent – thérapeute sont respectés (codes sociaux, mode de communication, coopération dans les propositions de travail,...),
- il est possible de reprendre les débordements sans que cela n'altère la relation.

B-2. Critères d'observation

Supposer que travailler la relation est un préalable indispensable à une prise en charge de qualité avec des adolescents en I.T.E.P. suppose également que sans ce travail relationnel, on va observer des différences qualitatives dans les suivis. Ma partie pratique va donc reposer sur l'observation de plusieurs critères définis et sélectionnés dans le but de rendre compte de cette différence. Le choix de ces critères repose sur leur caractère facilement mesurable et donc quantifiable, et sur leur capacité à rendre objectivable l'observation des prises en charge :

- **La venue du jeune à ses rendez-vous** : on considère que venir seul à ses rendez-vous, en dehors de toute difficulté de type défaut de repérage temporel, est un indicateur pertinent de son implication dans le suivi.
- **La ponctualité** : on considère de même que respecter la durée de la séance, c'est-à-dire arriver à l'heure et ne pas chercher à l'écourter, est un bon indicateur de l'adhésion.
- **Le respect cadre imposé dans la salle de psychomotricité** : Cet élément renvoie au respect des règles établies avec eux, tel qu'avoir une attitude et un langage respectueux, frapper à la porte et attendre une autorisation avant d'entrer, dire bonjour / au revoir. De même, on s'intéresse au respect de la structure de séance, à savoir que la majeure partie de la séance est un temps de travail dirigé par le psychomotricien, et qu'un temps de jeu libre et au choix du jeune est aménagé en fin de séance.
- **La fréquence et l'intensité des oppositions** : les oppositions permettent de rendre compte de la réussite du travail proposé. On n'entend pas ici la réussite comme performance à l'épreuve, mais comme le fait de s'impliquer dans l'exercice.

La mesure de ces critères permettra donc de qualifier le suivi et de cibler les difficultés sociales et relationnelles rencontrées en séance, et sur lesquelles il a fallu travailler. Travailler ne signifie pas ici

prendre en charge ces difficultés et tenter de les résoudre, mais déterminer et mettre en place des aménagements visant à les contourner. C'est ainsi que nous verrons quel travail relationnel a été possible et nécessaire, et quelles répercussions cela a eu. Ce travail reposant sur la dimension relationnelle du suivi, nous verrons dans quelle mesure il a eu un impact sur le plan thérapeutique. Les critères d'observation vont en effet permettre de rendre compte de l'adhésion et de l'investissement de la prise en charge par le jeune, et donc de la qualité du suivi (tel qu'il vient d'être défini) mis en place pour répondre au projet thérapeutique.

B-3. La comparaison

La comparaison d'observations m'a semblé être le moyen le plus efficace pour mettre en évidence les différences constatées dans les suivis. Nous procéderons donc par une analyse successive de la qualité des prises en charge des adolescents (dans le sens investissement et régularité) au moyen des critères précédemment définis. Trois types de suivis sont ainsi retenus : ceux où la relation est bien établie, ceux où la prise en charge délicate, ceux où la relation n'a pas permis d'entamer ou de poursuivre la prise en charge.

C-1. Le groupe des OK !

Ce groupe est constitué de deux jeunes adolescents : Gaston, 14 ans, placé en institution dès l'âge de 4 ans pour versant pseudo-névrotique avec trouble du comportement et difficultés majeures dans les apprentissages ; Nelson, 13 ans, présentant une impulsivité majeure altérant son fonctionnement social et scolaire. Il va venir illustrer les cas de prises en charge où la relation est bien établie et où il est possible de mettre en place un réel travail psychomoteur. Dans ces cas là, on retrouvera une relation suffisamment bien installée pour que des ajustements relationnels et comportementaux soient possibles par les deux parties, thérapeute et adolescent, que d'éventuels débordements puissent être recadrés voire faire l'objet d'une mise au point sans que cela n'altère le lien, et que cela permette un travail thérapeutique.

C-2. Le groupe des Warning

Les deux jeunes qui vont venir illustrer ce groupe ont été retenus car ils rendent compte des cas de prise en charge où l'installation d'une relation, sans forcément y inclure la notion de qualité, est plus délicate et fait appel à une plus grande finesse relationnelle. Amandine, 14 ans, a subi des placements successifs en ITEP depuis ses 7 ans pour ses problèmes de comportement, et souffre de problèmes d'identité sexuelle. Elle illustrera le cas où le patient n'investit pas l'offre thérapeutique qui lui est faite et n'est pas enclin à établir un lien. Antoine, 14 ans également, a souffert de violences parentales dès son plus jeune âge et a une longue histoire institutionnelle. Il présente des difficultés dans les apprentissages et au niveau de son comportement. Il rendra compte de la difficulté d'ajustements relationnels quand le jeune ne renvoie pas d'informations et que le doute dans lequel évolue le psychomotricien peut l'amener à des ajustements qui vont compliquer la qualité du travail psychomoteur mis en place.

C-3. Le groupe des Stop.

On va ici s'intéresser aux cas de deux adolescents. Joachim, 18 ans, diagnostiqué psychotique, qualifié d'immature et se mettant fréquemment en danger, et Adrien, 14 ans, placé en IME à l'âge de 9ans et présentant quelques traits psychotiques. Ils illustreront le cas où la prise en charge d'un jeune n'a pu être entamée ou poursuivie suite à des difficultés relationnelles massives.

D/ ANALYSE DES OBSERVATIONS CLINIQUES DES PRISES EN CHARGE

J'ai choisi de mener ce travail en suivant la progression suivante :

- Faire une analyse rétrospective du suivi au moyens des critères précédemment définis (venue, ponctualité, respect du cadre et oppositions). Cette analyse rendra compte de la qualité du suivi, et viendra cibler les critères qui, au cours de ces huit mois, ont pu poser soucis.
- Nous verrons, dans un deuxième temps, comment des ajustements ont été effectués dans le but de pallier aux difficultés rencontrées. Précisons que pour être en adéquation avec mon postulat de départ, ces ajustements concernent la sphère relationnelle du suivi (habiletés sociales et utilisation de renforcements).
- Une conclusion viendra enfin clore cette observation, en s'axant autour de l'impact de ces ajustements relationnels dans l'évolution de la qualité du suivi.

D-1. Le groupe des OK : Gaston et Nelson

J'ai choisi de mener l'analyse des observations de ces deux suivis en parallèle, car comme nous allons le voir, les difficultés rencontrées ont concerné sensiblement les mêmes éléments de la qualité du suivi (critères).

Gaston fait partie des nouveaux venus à l'I.T.E.P. Lors de l'entretien initial, il se présente comme un jeune homme aux traits encore enfantins, de contact facile, et semble disposé à établir la relation. Il répond sans difficulté et avec précision aux questions qui lui sont posées concernant sa structure familiale, et son parcours scolaire et institutionnel. En termes de projet professionnel, il évoque le métier de cuisinier. Les activités qui lui plaisent sont la couture, le jardinage, les jeux de cartes et le cirque. Il sait et aime faire du vélo et du roller. Ce qui l'énerve, ce sont les coups et les menaces physiques. Cette première rencontre se termine par un jeu.

Nelson, lui, se présente comme un garçon vif intellectuellement et physiquement. Lors de l'entretien initial, il évoque sa famille et dit ne plus voir son père car il était violent. Son projet professionnel est de devenir informaticien. Il aime le sport, la nature, les jeux de sociétés et les jeux vidéos, la télévision et l'ordinateur. Quand nous en arrivons à présenter ce que nous faisons, il nous indique qu'il a déjà eu un suivi de deux ans avec une psychomotricienne et nous explique ce qu'il y faisait. Il nous montre déjà son agitation physique et cognitives ; sa présentation générale (tenue vestimentaire, sourires appuyant son discours, facilités d'expression et de communication répondant

aux codes sociaux basiques tels que la politesse ou dire bonjour / au revoir), nous indique qu'il connaît et maîtrise les habiletés sociales, et notamment les règles de l'interaction thérapeute-adolescent.

a) Analyse rétrospective de la qualité des suivis.

- Venue aux rendez-vous :

Depuis le début de leur prise en charge, Gaston et Nelson viennent seuls à leurs rendez-vous. Ils n'ont jamais volontairement raté ou oublié un rendez-vous, il n'a jamais été nécessaire de leur rappeler une séance ou d'avoir à appeler leur groupe pour qu'ils se présentent. Gaston peut chercher à confirmer le maintien de sa séance quand on se croise, s'assurant que je serai présente. Quand il sait qu'il ne pourra pas venir à son rendez-vous du fait d'une activité mise en place par l'établissement, il me l'indique.

- Ponctualité :

Pour les deux jeunes, la régularité et la ponctualité sont remarquables. Tous deux sont ainsi systématiquement à l'heure voire en avance et tiennent à avoir leurs 45 minutes pleines minimum de séance (ils ne sont pas contre une prolongation de la séance, au contraire). Tous deux ont de plus du mal à supporter d'avoir à attendre que je finisse la séance précédente.

Concernant Gaston, au fur et à mesure des séances, sa ponctualité va prendre un caractère excessif, ce qui l'amène à avoir des exigences à notre rencontre. Il nous reproche systématiquement d'être en retard, ce qui chez lui correspond à la première minute d'attente ! Récemment, il a pu se montrer intransigeant et partir sur un autre atelier.

L'intolérance à la frustration de Nelson se manifeste dès ce moment d'attente : il frappe à la porte toutes les deux minutes pour me signifier son impatience qu'il verbalise énormément.

- Respect du cadre imposé :

Gaston et Nelson connaissent et respectent dans l'ensemble les règles et usages sociaux, mais peuvent être amenés à quelques écarts dans le respect du cadre imposé, pour des raisons différentes. Au sein de l'ITEP, ils sont de ceux qui le respectent le plus.

Gaston peut parfois faire preuve d'une légère nonchalance et d'une certaine impatience. Il peut aussi chercher à s'extraire du contrat de séance qui spécifie que l'essentiel de la séance est réservé au travail et aux exercices qui lui sont proposés. Il rentre ainsi dans un schéma de négociation de plus en plus insistant et omniprésent.

- ➔ les exigences dont il fait preuve dans la relation, et tout particulièrement la nécessité de répondre à ses attentes, évoluent vers une intransigeance inadaptée. C'est dans ce cadre là que les paramètres de la relation thérapeute-adolescent peuvent ne plus être respectés.

Pour Nelson, ce sont son impulsivité envahissante et son intolérance à la frustration qui peuvent venir mettre à mal le cadre. Il n'a par contre jamais cherché à aller à l'encontre du contrat de séance en imposant ses envies. Le mode de communication, lui, est régulièrement inadapté quand il est en situation de jeu, et plus précisément en situation de compétition. Ses réactions spontanées donnent alors lieu à des dérapages verbaux du type grossièretés, remarques provocantes ou teintées d'une familiarité déplacée.

- ➔ Le respect du cadre, et plus spécifiquement le respect des règles sociales de l'interaction, peut occasionnellement être négligé ou mis à mal par son impulsivité.

- **Fréquence et intensité des oppositions :**

Concernant la réussite du travail, c'est-à-dire la capacité à se soumettre aux exercices, c'est elle qui va attirer notre attention dans ces deux suivis.

Gaston me renvoie clairement les difficultés qu'il éprouve en situation de travail. En effet, il ne cesse de se dévaloriser à la fin d'une épreuve, s'inquiète du jugement et de l'utilisation de ses résultats, et tente de faire face au sérieux de cette situation en donnant une dimension ludique à cette ambiance de travail. Dans le cadre du bilan, et au fil des séances, il manifeste de la lassitude : il l'exprime ouvertement en demandant quand ce sera terminé, s'applique moins dans ses réalisations et cherche à écourter ce temps de travail. D'une manière générale, Gaston sait donc se montrer coopératif, mais sa capacité à s'impliquer dans les différentes propositions peut être freinée par son inquiétude vis-à-vis de la performance et de l'évaluation, et par sa réticence à l'effort, notamment parce qu'il est conscient de ses difficultés et qu'il refuse de les appréhender. Il préfère donc éviter de se mettre en échec quitte à ne pas montrer toute l'étendue de ses capacités, ce qui l'amène à témoigner de plus en plus d'une opposition verbale et physique franche face à certaines activités.

- ➔ De par ces oppositions, il galvaude la structuration de la séance et s'installe dans un schéma de négociation.

Avec Nelson, l'échec dans la proposition d'exercice est apparu relativement tardivement. De telles oppositions sont apparues suite aux séances de bilan, c'est-à-dire à partir du moment où on a quitté la situation d'évaluation, dans laquelle il pouvait satisfaire son désir de performances, pour entrer dans des situations de travail qui le mettent en difficulté. Il n'a en effet jamais refusé un exercice sans essayer de s'y soumettre, mais, toujours en lien avec son intolérance à la frustration, dès qu'il tarde à résoudre un problème ou qu'il se sent en difficulté, il le rejette et manifeste des oppositions verbales ou physiques (retrait, passivité) qui peuvent être massives. Il est toutefois rare que je passe plus de temps à le solliciter qu'à travailler.

→ La fréquence et l'intensité des oppositions sont donc inhérentes à son intolérance à la frustration, à son impulsivité et à sa volonté de réussir.

b) Aménagements et ajustements relationnels

Ces deux adolescents sont des jeunes agréables, dynamiques et qui aiment plaisanter. La relation s'est installée spontanément dans les deux cas, de façon bidirectionnelle, installant un climat propice au travail. De plus, très à l'aise socialement, chacun à leur façon, ils n'ont eu aucun mal à entrer dans l'interaction. Mais une installation rapide de la relation implique si nécessaire de pouvoir intervenir de façon rapide et efficace. En effet, derrière leur approche apparemment socialement adaptée, des difficultés ont émergé. L'observation longitudinale de leur suivi met en avant ces points de vigilance ayant nécessité de procéder à quelques aménagements pour y pallier. Avec Gaston, seuls les oppositions et le respect du cadre vont nécessiter d'être vigilant. Concernant Nelson, son impulsivité et son intolérance à la frustration peuvent mettre à mal le respect du cadre et favoriser l'apparition des oppositions. La relation qui s'est installée avec ces deux jeunes était donc de bonne qualité, et c'est plutôt la qualité de leur investissement dans le travail qui tend à être négative.

Les habiletés sociales : ajustements relatifs au respect du cadre

Les écarts de Gaston dans le respect des règles sociales sont minimes et il convient juste de les lui notifier pour que cela ne s'installe pas. L'essentiel du travail touchant aux habiletés sociales vise à lui faire comprendre que la relation ne peut pas être dirigée que dans son sens, c'est-à-dire que s'il a des attentes et des envies, il doit aussi prendre conscience du caractère thérapeutique de nos séances. Il doit apprendre à respecter les paramètres qui définissent une relation thérapeute-adolescent. Ce n'est qu'en passant par là qu'il pourra devenir moins exigeant et négociateur, et respecter la structuration de la séance. Gaston est encore dans des attitudes enfantines. Il lui arrive ainsi d'être capricieux et de ne pas prendre au sérieux les remarques qui lui sont faites, mais il est capable de recevoir des mises au point.

Les aménagements relationnels effectués avec Nelson, afin d'optimiser la qualité de sa prise en charge, renvoient essentiellement à son impulsivité qui peut être une problématique très handicapante socialement. Il nous a prouvé qu'il connaissait et maîtrisait les règles sociales, puisque quand il se canalise ou quand il est posé, il sait respecter les codes et usages adaptés à une interaction adolescent-thérapeute, sait soutenir son discours par une communication non verbale riche et adaptée et sait décoder et s'ajuster aux communications verbales et non verbales d'autrui. Le travail visant à améliorer indirectement ses habiletés sociales repose donc sur un travail de gestion de son impulsivité et de son intolérance à la frustration. En pratique, il s'agit de lui renvoyer ses attitudes inadaptées socialement quand elles se présentent et l'amener à se corriger d'une part, et d'autre part lui permettre de se confronter à des situations de frustration et des exercices où il doit gérer son impulsivité. L'ajustement nécessaire d'un point de vue personnel renvoie au fait que son comportement est facilement influençable par son état physique et émotionnel. Il est rare qu'il arrive à sa séance en toute quiétude : la plupart du temps, il se montre agité, bavard, ou au contraire fatigué, voire énervé. Le premier temps de discussion est alors largement et bien exploité. Il lui permet de se poser, de se mettre dans la séance. S'ajuster, c'est aussi apprendre à le connaître afin de réussir à faire la différence entre incapacité et mauvaise volonté.

Les Renforcements : ajustements relatifs aux oppositions.

Les renforcements ont été les outils de travail relationnel permettant de répondre à la difficulté majeure de Gaston, à savoir son opposition massive aux apprentissages et son refus de l'échec, qui initient régulièrement ses rejets. L'ajustement à cette difficulté s'est notamment retrouvé dans les modalités de présentation et passation des tests. Sans présenter d'opposition face à ces premières séances, il a manifesté de la lassitude et un manque d'implication auxquels il a fallu s'adapter. Les ajustements qui se sont révélés être efficaces ont été d'ordre comportemental : par exemple, faire des démonstrations, et donc me confronter moi-même aux situations, être dans une dynamique de jeu et rythmer suffisamment la séance pour qu'il n'ait pas l'impression que le temps soit long.

Le facteur déterminant que les premières séances m'ont permis d'identifier, c'est que Gaston est un jeune qui vit dans le plaisir. Deux sortes de plaisirs sont susceptibles d'intervenir pour le renforcer : le plaisir de situations ludiques, qu'il recherche constamment, et le plaisir de la réussite. Concernant le côté ludique que peut revêtir une situation, les consignes vont avoir leur importance. La compétition est une modalité qui fonctionne, notamment quand il a la possibilité d'être l'arbitre d'une compétition entre Cyril et moi.

Le plaisir de la réussite est un élément qui n'est pas nécessairement présent chez lui. En effet, il a une tendance évidente à se dévaloriser et à manquer de confiance en ses capacités. L'évitement de

situations problématiques a ici un effet auto renforçateur puisqu'il n'est jamais amené à dévoiler l'ensemble de ses facultés. C'est ainsi qu'hors du bilan, les oppositions et les négociations se succèdent. Tenter de le faire adhérer au projet en expliquant nos choix et nos propositions n'est pas efficace, puisqu'il ne se projette ni d'un point de vue scolaire, ni d'un point de vue professionnel. Il ne s'inquiète donc pas de ses difficultés et de l'impact qu'elles pourront avoir dans son avenir. Il ne trouve de ce fait aucun intérêt à se confronter à ses difficultés, et c'est pourquoi il faut parvenir à susciter des situations dans lesquelles il puisse trouver du plaisir. Il a également fallu partir de situations les moins complexes possibles pour optimiser ses chances de réussites et lui manifester toute réussite et toute progression d'une séance à l'autre. Il faut par la suite parvenir à augmenter subtilement la difficulté de l'exercice de sorte que le niveau de risque d'échec soit acceptable.

Chez Nelson, tout exercice est susceptible de mettre en avant sa volonté absolue de réussir, et ainsi de venir réveiller son intolérance à la frustration. Il faut alors lui renvoyer ses capacités tant au niveau de ses performances, ce qui l'encourage à continuer, qu'au niveau de sa capacité à rester concentré et attentif. Son désir de performance est également un outil de renforcement : il a toujours envie de se dépasser et de réussir au mieux les activités qui lui sont proposées. Il faut de plus se servir des renforcements négatifs dans le cas où ses oppositions apparaissent. L'utilisation de ces renforcements sont souvent intégrés à une mise au point qu'il est tout à fait capable de recevoir sans que cela n'altère la relation. Quand l'opposition est massive, lui expliquer l'intérêt des exercices s'avère être un outil intéressant, car s'il s'aperçoit de l'utilité de ce qu'on lui propose, il adhère plus facilement. Avoir la sensation qu'il progresse sur un domaine déficitaire, quand il reconnaît l'importance d'une amélioration, est un outil en soi renforçateur (auto renforcement).

Les premières rencontres, et notamment les phases de jeux, ont enfin permis de mettre en avant l'une des modalités relationnelles qu'il recherche avec nous : la compétition. En effet, tous les jeux qu'il choisit et dans lesquels il trouve du plaisir sont des jeux dans lesquels il peut se mettre en compétition avec Cyril. Il va d'ailleurs en quelque sorte ritualiser progressivement la fin des séances avec le choix systématique d'un jeu de cartes. Ce jeu lui permet de répondre à une attente mêlant compétition et proximité, puisqu'il peut se permettre dans ce cadre là quelques débordements, inhérents à l'essence même d'un jeu de compétition, qui ne seraient pas tolérés autrement. Sans le conforter dans cette recherche de compétition, il faut reconnaître la place de ce jeu comme auto renforçateur de son adhésion.

c) Conclusion

L'investissement de Nelson et de Gaston se retrouve au travers de leur régularité et de leur implication. Tous deux sont aussi stables et cohérents dans leur investissement. Cette adhésion optimale permet un travail de qualité sur le plan purement psychomoteur, et ce dans un climat de confiance. La qualité du lien établi permet de plus que les débordements soient discutés, expliqués et permettent de poursuivre la séance. Ils ont pu faire l'objet d'une réelle mise au point, comprise et acceptée, sans que cela n'altère la qualité de la relation. Cette possibilité m'a permis de réagir de façon efficace quand elle risquait de prendre une mauvaise direction.

Les ajustements relationnels relevant des habiletés sociales permettent de réagir aux exigences et aux réactions excessives inadaptées de Gaston. Ils ont permis que la relation avec Nelson prenne une forme stable et acceptable pour chacun. On considère ici le mode de communication inadapté, qui renvoie aux couleurs que prennent spontanément l'interaction, à savoir humour, provocation et camaraderie. Il peut également chercher à la détourner vers une relation de complicité et de familiarité, pas toujours appropriée. Les ajustements ont donc visé à éviter une installation de ces jeunes dans des schémas comportementaux et relationnels inadaptés. La relation peut ainsi se consolider et prendre forme dans la durée, ce qui permet de renforcer une alliance thérapeutique de bonne qualité.

Cibler leur fonctionnement et les modalités de travail facilitatrices de leur coopération a permis d'ajuster mes propositions pour les renforcer dans leur implication. S'adapter à leur fonctionnement a permis de les amener à me suivre dans mes propositions, mais aussi de prévenir le risque d'une dérive vers une alliance thérapeutique basée uniquement sur la négociation ou de l'opposition. Nelson a besoin de comprendre l'intérêt de mes propositions et est capable de me signifier quand une modalité le met en trop grande difficulté. L'adhésion au projet est donc clairement présente chez lui, contrairement à Gaston. Les renforcements ont alors été des outils d'autant plus précieux maintenir son investissement. A l'heure actuelle, passer par des médiations ludiques, acceptées et recherchées, permet un réel investissement dans les situations de travail

L'investissement, la régularité et les liens stables qui se sont noués ont un impact sur la qualité de cette prise en charge : le travail effectué sur la dimension relationnelle a en effet permis d'établir un climat de confiance et de travail agréable, dans le respect de la limite de leurs disponibilités et capacités actuelles. M'ajuster à leurs difficultés sociales et relationnelles a été et est toujours un élément indispensable pour que le travail se poursuive dans une bonne ambiance et un climat serein. L'alliance thérapeutique s'installe, de par l'empathie et l'engagement des deux parties, et permet un travail de qualité.

D-2. Le groupe des Warning : Amandine et Antoine

Dans ce groupe là, les éléments communs sont le sentiment d'une relation fragile, et la difficulté rencontrée pour cibler ajustements. J'ai pourtant choisi de traiter l'analyse de leur suivi de façon successive et non simultanée, car les causes de ces difficultés sont bien différentes.

a) Amandine.

Rencontrer Amandine, c'est se retrouver face à une jeune fille dont la présentation et les attitudes ne peuvent laisser indifférent. En effet, rien physiquement ne laisse penser que c'est une jeune fille : ni son code vestimentaire ni son mode d'expression ne correspondent à ceux des filles, pas plus que son physique avec ses cheveux rasés et l'absence totale de formes féminines. Elle cultive et joue de cette masculinité, demandant même à se faire appeler par un prénom masculin. La problématique complexe d'Amandine et les impressions qu'elle peut renvoyer font qu'un climat très particulier s'installe en sa présence. Au cours de l'interaction, sa nonchalance et l'absence d'expressions émotionnelles vont venir renforcer ce malaise. En effet, elle ne sourit pas ou très peu, est peu réactive dans les échanges et ne répond aux questions que succinctement, d'un ton monocorde.

a) *Analyse rétrospective de la qualité du suivi.*

- Venue à ses rendez-vous

En huit mois de suivi, Amandine ne s'est presque jamais présentée d'elle-même à ses séances. Un simple rappel verbal lorsqu'on la croise ne suffit pas. Depuis le début de sa prise en charge, il est nécessaire d'aller la chercher et de l'accompagner physiquement, sans quoi elle ne vient pas. Elle n'a jamais refusé de venir quand nous allions la solliciter, et ces sollicitations n'ont jamais pris la forme d'une injonction. Il a par contre été ponctuellement nécessaire de négocier sa venue. Il est arrivé que nous n'allions pas la chercher dans la cour. Elle ne s'est pas présentée pour autant, mais a pu par la suite se plaindre de ne pas avoir eu droit à sa séance !

➔ Son manque d'investissement interdit un suivi régulier et diffère la possibilité d'aborder un travail thérapeutique dans un climat de confiance.

- **Respect du cadre imposé**

Amandine s'est toujours montrée respectueuse des codes sociaux de l'interaction et du cadre imposé dans les séances. Ne venant jamais seule, elle n'est évidemment pas confronté au fait de ne pas entrer inopinément dans la salle. En séance, elle n'a jamais fait preuve d'impolitesse ou d'agressivité à notre rencontre, et nous n'avons jamais eu affaire à un débordement ou une opposition.

- **Les oppositions**

Son manque d'implication se confirme par le peu de motivation dont elle fait preuve en séance. Effectivement, si elle ne s'est jamais clairement opposée à faire un exercice, elle s'exécute en râlant énormément et multiplie des manifestations d'énervement exagérées. Ces réactions excessives, théâtralisées, se retrouvent indépendamment de la situation proposée, que ce soit en situation de travail lors du bilan psychomoteur, ou sur les périodes de jeux.

→ Ces oppositions, qui n'en sont pas vraiment, installent un climat de travail d'incertitude et d'inconfort et brident nos possibilités de discernement et d'ajustement.

b) Aménagements et ajustements relationnels

Ce qui est sûr, c'est qu'à travers ce qu'Amandine renvoie, elle ne semble pas disposée à établir un quelconque lien avec nous. Les bases de la relation s'érigent ainsi dans un climat de tensions et de prudence de mon côté, de défiance et de méfiance du sien. On est donc loin, lors de ces premières rencontres, des conditions propices à l'établissement d'une relation sécurisante. Ce constat est à mettre en lien avec ses limites sociales, mais aussi avec la finesse qu'a nécessité le travail sur ses difficultés sociales et relationnelles. Il s'est en effet trouvé compliqué par ses réactions théâtralisées qui interfèrent sur son authenticité. Parvenir à un suivi régulier impose de l'aider à se sentir en confiance pour pouvoir investir cette offre thérapeutique, et se permettre d'être moins dans des attitudes d'oppositions surjouées, afin que nous puissions nous ajuster à ses attentes et ses besoins en ciblant les capacités sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour la renforcer.

Les habiletés sociales : ajustements relatifs à ses attitudes de provocation

Amandine sait adapter son attitude à la situation d'une prise en charge thérapeutique et au cadre que cela implique dans le sens où elle tient compte des usages sociaux tels qu'être respectueuse et polie, dire bonjour/au revoir, ou faire une demande adaptée par exemple. Elle sait de plus parfaitement jongler

entre des attitudes de défiance, de provocation et de séduction selon ce qu'elle cherche à obtenir. Amandine m'a donc prouvé de bien des façons qu'elle connaissait et maîtrisait les habiletés sociales, et était même particulièrement habile. Le paramètre majeur qui peut venir parasiter sa communication, c'est son ambivalence entre un manque d'expressivité émotionnelle et des accès d'attitudes de provocation et de rejet. Elle ne renvoie en effet rien d'autre que des attitudes indifférenciées d'énervement. Ce manque apparent d'intérêt et de plaisir ne laisse ainsi pas plus espérer un investissement de sa part qu'une possibilité d'interaction. Le travail sur ses difficultés sociales et relationnelles, reposant sur un manque de communication verbale et non verbale, prend alors tout son sens. Le seul paramètre sur lequel il est possible d'intervenir, à l'heure actuelle, est de l'amener à s'appuyer d'avantage sur l'aspect verbal de sa communication. Il faut l'amener à exprimer d'avantage et de façon adaptée ce qu'elle ressent, ce qui ne peut passer que par des interrogations sur ces manifestations de colère, et lui renvoyer qu'elles ne sont pas toujours justifiées. On ne peut qu'espérer qu'une fois qu'elle se sentira en confiance, elle sera plus authentique dans ses manifestations.

Renforcements : ajustements relatifs à sa venue, reflet de son manque d'investissement

Lui faire ressentir notre intérêt réel et sincère, de façon significative mais non intrusive, est un outil central pour faire émerger ou renforcer tout sentiment de confiance en nous, et qu'elle puisse donc s'impliquer dans sa prise en charge. Il s'agit de lui renvoyer qu'elle est attendue chaque semaine à son rendez-vous, et qu'on espère la voir (par exemple lui rappeler son rendez-vous à l'avance, lui témoigner que ses absences sont remarquées et déplorées,...).

Renforcer ses performances va être le second axe d'utilisation des renforcements. Lui renvoyer ses capacités et les reconnaître en tant que telles, va lui permettre d'en retirer de la satisfaction d'une part, de se sentir valorisée dans l'interaction, mais aussi de s'autoriser à expérimenter d'avantage. Cet outil a été largement exploité dans les situations de passation des tests, et lui a permis de s'impliquer sans trop de difficulté.

S'appuyer sur des supports et des modalités ludiques a pu permettre de favoriser les interactions dans un climat détendu. Des jeux dynamiques et à table, ont ainsi été proposés et lui ont permis d'exprimer des sentiments variés. La situation de compétition est intéressante car a entraîné facilement des réactions spontanées. C'est dans ces moments là qu'elle a pu commencer à témoigner du plaisir, sentiment renforçateur de son implication.

Enfin, multiplier les médiations et les propositions permettra d'identifier quels supports seront de bons biais d'intervention. Ce travail n'a pu être réellement mené du fait de la suspension de son suivi. Mais une première tentative de projet avait pu être discutée et acceptée : cela consistait en un travail autour de la peinture dans la nouvelle salle de psychomotricité. L'idée était de lui proposer une activité ludique, au travers de laquelle elle pourrait s'exprimer, avec l'espoir sous-jacent que cela l'aiderait à s'ancrer dans sa prise en charge, à laisser une trace valorisante. Elle semblait intéressée par ce projet et une première séance s'est déroulée dans ce sens. Malheureusement, son père est décédé peu de temps après, ce qui l'a logiquement amené à ne pas venir, et a donc différé ce projet.

b) Antoine

Quand Antoine vient pour la première fois au mois d'octobre, il se montre très réservé, voire inhibé. Il se tient très droit, presque rigide. Aux questions qui lui sont posées, il répond par des phrases très courtes, d'une voix faible et monocorde. Il évoque sans trop de difficultés son parcours scolaire et institutionnel mais ne semble pas à l'aise quand il est question de parler de sa vie privée, et particulièrement de sa famille. Il n'a pas encore de projet professionnel. Il aime la patinoire et le cinéma ; il n'aime pas les provocations et les insultes, qu'on parle de sa mère et qu'on touche à ses affaires. Ce premier rendez-vous prend fin avec un jeu de cartes.

a) Analyse rétrospective de la qualité du suivi.

- Venue à ses rendez-vous

Derrière ses allures froides et distantes, Antoine fait partie des jeunes les plus réguliers. Il ne rate jamais un rendez-vous et il n'a jamais été utile de lui rappeler l'heure de son rendez-vous, sauf dans le cadre tout à fait particulier et non systématique des retours de vacances scolaires. Cet investissement est confirmé par ses éducatrices : il leur demande de le prévenir quand c'est l'heure de sa séance, dans le cas où il oublierait, et dans les premiers temps de son institutionnalisation, elles rapportent que c'est son principal point d'ancrage dans l'établissement.

- Ponctualité

Il est également des plus ponctuels. Il vient de lui-même, à l'heure voire en avance, et est l'un de ceux qui ont les plus longues séances (environ une heure).

- **Respect du cadre imposé**

Le respect du cadre des séances et du contrat de travail n'a jamais été remis en question. Il n'est jamais rentré inopinément dans la salle, et je le surprend même parfois à rappeler à d'autres jeunes qui essaieraient de rentrer dans la salle en cours de séance qu'il faut frapper avant d'entrer, s'est toujours montré poli et n'a jamais essayé d'éviter ou de raccourcir la phase de travail.

- **Oppositions**

A aucun moment Antoine n'a fait preuve d'opposition, de retrait ou de réactions agressives, et ce malgré les situations d'échec auxquelles il est fréquemment confronté dans les exercices proposés. Il s'engage dans toutes les activités qui lui sont proposées, sans qu'aucune sollicitation particulière ne soit nécessaire. Son investissement est donc réel mais passif, comme s'il acceptait de recevoir, mais pas encore de donner ou de partager. Il est effectivement très rare qu'il fasse des propositions d'activités dans la dernière partie de séance, et ne fait jamais spontanément de retour sur les exercices proposés. Il lui arrive bien sûr d'afficher un certain fatalisme ou une lassitude, mais il montre ainsi qu'il sait réguler sa frustration.

Rigide, inexpressif et pourtant coopératif et appliqué dans les différentes activités qui lui sont proposées, voilà comment Antoine se présente dans nos premières interactions. Est-il méfiant, mal à l'aise ou simplement ennuyé ? Est-ce une attitude constante ? Il était difficile dans ce cas là de s'ajuster et de cibler un support ou une modalité qui lui plaisent. Il est présent, actif et la relation semble s'être naturellement installée durant les premières séances, mais son manque d'expressivité la rend difficilement qualifiable. Aucun des critères sélectionnés pour rendre compte de la qualité du suivi ne semble poser problème. Pourtant, il était difficile de mesurer son adhésion au projet, ce qui explique qu'on ait pu évoluer au début dans un climat d'incertitude, peu propice à un projet thérapeutique de qualité. Tel à été le mystère des premières séances avec Antoine, et ces questionnements ont été présents un certain moment.

b) Aménagements et ajustements relationnels

Ceux sont les limites sociales et relationnelles d'Antoine, sur le versant expressif, qui ont guidé ma réflexion et mes choix d'ajustement, avec pour objectif de parvenir à des propositions pertinentes susceptibles de conserver son adhésion.

Les habiletés sociales.

D'un point de vue comportemental, Antoine est toujours poli, adopte une juste distance relationnelle, et n'a jamais eu de mal à respecter les codes et usages sociaux régissant le cadre. Les aménagements effectués du point de vue des habiletés sociales sont donc uniquement ceux visant à enrichir l'interaction par des échanges verbaux et des réactions émotionnelles. C'est en s'appuyant sur des supports et des modalités ludiques qu'il a été possible de favoriser un climat sécurisant dans lequel il a pu se détendre et s'exprimer d'avantage. Diverses tentatives et modalités m'ont permis de voir que la compétition et l'humour sont des paramètres contextuels facilitateurs.

Au fur et à mesure, il a donc réussi à entrer dans l'échange et se mettre à plaisanter. On remarque même à ce moment là que les taquineries font lien entre les séances (gages quand il perd un jeu par exemple). Il sait doser son humour et ses petites provocations dans ce cadre là, ce qui prouve qu'en plus de maîtriser et de respecter parfaitement les habiletés, il sait même en jouer. Après plusieurs mois de prise en charge, il reste peu expressif, ce qui semble finalement être une attitude constante. Mais à force de sollicitations et d'interrogations, il se livre plus facilement, et c'est notamment flagrant sur le premier temps de discussion qui accueille son arrivée en séance. Il arrive également progressivement à verbaliser les difficultés qu'il éprouve sur les exercices.

Les renforcements.

Le travail thérapeutique mis en place avec Antoine cible son déficit mnésique. On ne peut pas dire qu'il témoigne d'une franche adhésion à ce projet, mais il s'implique dans les propositions, ce qui favorise la qualité de notre travail. Cibler le mécanisme déficitaire s'avère ardu, ce qui a pu multiplier les modalités et les biais d'exploration d'une part, et nous amener à lui proposer diverses stratégies, pour l'instant peu probantes, d'autre part. Sans réussite notable, il lui est d'autant plus difficile d'adhérer ! Il faut donc redoubler de finesse et d'ajustements pour ne pas être source de dévalorisation. Les renforcements positifs sur ses performances sont fondamentaux pour qu'il ne se décourage pas. Le moyen le plus juste pour le renforcer est pour le moment de lui renvoyer sa progression, et sa capacité à se servir de stratégies cognitives.

Les premières prises en charge m'ont de plus montré que passer par le jeu et la compétition est un bon support d'intervention, tant au niveau relationnel qu'au niveau de son engagement dans le travail. Passer par la compétition, duelle ou trielle, est donc pour le moment une modalité privilégiée.

L'avantage d'être trois dans ce cas là, et ceci est vrai pour tous les jeunes, c'est qu'il n'y a pas seulement un gagnant et un perdant dans les activités, ce qui permet de relativiser la défaite. Se basant sur son point fort qu'est l'humour, ce type d'interaction s'est révélé être un vrai levier thérapeutique avec ce jeune, et est sans conteste la pierre angulaire de notre relation, tant dans son installation que dans son renforcement, et de la qualité de l'ambiance de travail. Entre boutades de provocation et rires francs, il témoigne enfin du plaisir dans son engagement, et il est possible de le confronter à un travail sur ses difficultés sans que cela soit mal vécu.

Notons enfin qu'il a spontanément généralisé la relation en dehors de la salle, de façon sommaire dans un premier temps, puis de plus en plus proche de celle qui existe dans le cadre de sa prise en charge. Si en effet au début tout contact se résumait à une poignée de main et à un bonjour murmuré, aujourd'hui il nous arrive d'échanger quelques phrases. Depuis le début, je le laisse initier ce contact, en présumant que c'est ce qu'il préfère, mon initiative se résumant à un sourire ou un hochement de tête comme invitation à l'interaction. Cet arrangement semble lui convenir, même s'il est encore parfois difficile de s'extraire d'un groupe pour venir me saluer. Son investissement dans la relation semble donc constituer un auto renforcement dans son adhésion à la prise en charge.

c) Conclusion

Dans les deux cas, cerner leur fonctionnement et surtout les modalités favorisant leur expression m'ont permis de m'ajuster dans mes propositions. On peut présumer que ce travail relationnel effectué a eu un impact dans la qualité du suivi : la relation établie avec Antoine est stable, cohérente, et a pu évoluer progressivement, et son implication est dépourvue d'ambiguïté et constante, malgré la difficulté du travail entrepris ; il a permis avec Amandine un début d'interaction plus authentique, l'expérimentation de situations ludiques, et même l'adhésion à un projet.

Les primats de la relation avec Amandine pouvaient donc laisser espérer une mise en place lente et progressive d'alliance thérapeutique. Mais si le suivi était déjà quelque peu irrégulier, à la mort de son père, en Mars 2010, il s'est arrêté. Ceci est venu endiguer toute possibilité de stabilisation et de généralisation de la relation, et toute possibilité d'alliance thérapeutique, puisqu'il y a eu un impact inévitable sur la qualité du suivi. On est donc encore loin de pouvoir vraiment aborder un travail strictement psychomoteur, puisque Amandine n'est revenue que deux fois depuis. La problématique complexe de cette jeune fille me laissait présager une relation délicate. Est-ce que cette attitude est une façon de contrer la difficulté ? Est-ce une façon de nous tester ou d'entrer en relation ? La réponse ne pourrait être qu'une supposition.

Pourquoi avoir choisi Antoine pour illustrer le cas de prises en charge délicates, puisque tout ce qui touche à l'implication et à l'évolution d'Antoine est positif ? L'explication réside dans deux éléments : d'une part, elle met en évidence la difficulté de s'ajuster au jeune quand celui-ci ne nous renvoie rien (or on stipule que s'ajuster d'un point de vue relationnel serait une façon d'optimiser la qualité du suivi) ; de plus, elle s'explique par une analyse rétrospective de mon propre investissement dans cette relation. En effet, c'est Cyril qui a pris en main les nombreuses premières séances d'Antoine. Ayant du mal à le cerner, je lui ai fait passer son bilan psychomoteur, mais j'ai préféré dans un premier temps observer comment Cyril s'y prenait pour présenter des exercices qui le confrontaient directement à sa problématique, et comment, grâce au lien qu'il avait créé avec Antoine, il arrivait à ce que cette confrontation ne soit pas trop brutale. Je me rends compte que pendant un certain temps, je me suis laissée prendre par une relation simple et agréable de complicité dans les jeux. Ce que je pensai être une façon d'installer la relation s'est en effet révélé être un piège puisque j'ai eu quelques difficultés à m'en sortir et à passer le cap de proposer mes propres exercices.

D-3. Le groupe des Stop : Joachim et Adrien.

Pour les mêmes raisons que dans le groupe des OK, l'analyse de la qualité des prises en charge suivantes va être traitée en parallèle.

La venue de Joachim en séance et en ma présence a été préparée à l'avance par Cyril. Tous deux se connaissent déjà pour avoir travaillé ensemble sur des questions de vie quotidienne. Lorsqu'il arrive dans la salle, on constate aisément qu'il a fumé avant de venir, ce qu'il ne tarde pas à nous confirmer et à nous répéter à plusieurs reprises. Après un temps relativement court de présentation, la première séance de travail commence, et compte tenu des difficultés relationnelles de ce jeune, je n'y serai cette fois qu'observatrice. Cyril lui présente l'axe de travail, à savoir l'orientation spatiale, et lui propose deux exercices : un travail de cartographie et un travail d'orientation du corps avec une boussole. Joachim est loin d'être enthousiaste, mais il accepte de coopérer. Il lui est précisé en fin de séance que c'est moi qui prendrai la suite de sa prise en charge, ce qu'il accepte.

Adrien est reçu pour la première fois vers la fin du mois d'octobre. Lors de cet entretien initial, il montre quelques attitudes de retrait physique et quelques signes qui peuvent donner une impression d'immaturation. Après la prise de renseignements à laquelle il répond sans difficultés, nous lui présentons le métier. La séance se termine sur un jeu dynamique, assimilable à un jeu de l'oie grandeur nature. On constate des problèmes d'équilibre, mais pas de comportements manifestes d'opposition ou d'intolérance à la frustration. Au contraire, même s'il finit dernier du fait de ses problèmes d'équilibre, il semble s'amuser.

a) Analyse rétrospective de la qualité des suivis.

- Venue aux rendez-vous

La prise en charge de Joachim se résume à trois séances. A chacune de ces séances, Joachim s'est spontanément présenté. Mais quand il ne venait pas de lui-même, il n'était pas possible de le faire venir, ignorant souvent où il se trouvait. C'est ainsi que chaque rencontre s'est faite avec au minimum deux semaines s'intervalle. Adrien n'est pas non plus venu souvent en séance, et entre les vacances scolaires et ses absences, les rares fois où je l'ai vu sont espacées d'environ un mois à chaque fois.

- Ponctualité

Joachim se présentait bien à l'heure, mais n'est jamais resté 45 minutes avec nous. Soit la séance était volontairement écourtée pour respecter ses possibilités actuelles, soit il nous y obligeait car n'était

pas du tout disposé à s'investir dans les propositions. Adrien, lui, était systématiquement en retard ou il est nécessaire d'appeler ses éducatrices, ce qui réduit le temps des séances.

→ Cette irrégularité et ce court temps de présence chez ces deux jeunes a inévitablement un impact négatif dans l'installation d'une relation stable et fiable, et plus encore dans la possibilité d'avoir un travail de qualité. Elle témoigne également de leur manque d'investissement.

- **Respect du cadre imposé**

Pour Joachim, venir en salle n'était pas synonyme d'une démarche thérapeutique. Il venait en effet sans la moindre intention de travailler, négligeant de fait le contrat de séance et le cadre des séances. Concernant les paramètres de la relation thérapeute-adolescent, ils sont loin d'être respectés. Les interactions et le mode de communication, comme par exemple le vocabulaire employé, n'étaient pas du tout adaptés au cadre d'une prise en charge, bafouant le contrat de travail et les principes de la relation thérapeutique par des attitudes de défiance et d'opposition massives.

→ Joachim n'est pas respectueux des codes et usages sociaux définis dans le cadre de sa prise en charge, ce qui installe un climat de tensions.

Adrien, loin de faire preuve d'une grande implication dans les temps de travail, respectait tout de même le cadre et l'organisation de la séance.

- **Oppositions**

Si Joachim a pu coopérer dans les activités proposées par Cyril, aucune de celles que j'ai proposées n'a été acceptée. Tout exercice que je lui propose est refusé d'emblée. Fatigue, pas envie, inintéressant, tous ces arguments sont invoqués pour justifier son refus. La troisième séance a été à ce point peu concluante qu'il partira sans que rien n'ait été proposé. Son comportement ne fait que refléter une absence totale d'implication à ma proposition.

→ Joachim ne sait pas exprimer correctement et raisonnablement ses refus. Ses oppositions massives nous font de plus évoluer dans une ambiance tendue de confrontation et d'appréhension.

Adrien pouvait manifester très ouvertement son ennui et son manque de motivation, voire son mécontentement sur les temps de bilan, sans qu'on puisse considérer cela comme des oppositions puisqu'il se livrait aux activités proposées.

b) Aménagements et ajustements relationnels

Dans les deux cas, la relation s'est installée sur des bases complexes (en réalité, compte tenu du temps passé ensemble, on ne peut parler que de prémices relationnelles) : incertaines et fluctuantes, elles étaient annonciatrices d'une relaxation fragile, appelant un travail d'une grande finesse. L'ambivalence était également présente de façon extrême. Avec Joachim, cette ambivalence se manifestait à l'extérieur de la salle, ses réactions allant d'une ignorance totale à un temps d'échange personnel (il est venu me montrer ses graffs, discuter de musique), cette imprévisibilité était d'autant plus désarmante quand elle se présentait en séance. Adrien, lui, est dans des interactions superficielles et courtes dans les temps de dialogue, et alterne entre manifestations d'ennui et de frustration dans les phases de travail, et de plaisir et d'amusement dans les situations de jeux. Ces réactions sont tout aussi imprévisibles qu'elles se succèdent brutalement.

Un travail sur ces difficultés sociales et relationnelles aurait donc été indispensable pour qu'une intervention thérapeutique sur leurs difficultés psychomotrices soit possible. Amener Joachim à trouver un sens à notre offre thérapeutique, évoluer vers un climat de confiance, et tout du moins respectueuse, et enfin arriver à exprimer correctement ses refus auraient été les objectifs évidents de mes ajustements relationnels. Mais compte tenu de la tournure de la relation, cela n'a pas été possible. En effet, du fait de la relation de confiance bien établie avec Cyril, Joachim avait une attitude plus respectueuse. Dans le cas où des débordements ou des oppositions se présentaient, Cyril pouvait donc les reprendre. Mais si cette mise au point est recevable par Joachim, il rejetait toute forme d'intervention émanant de moi. Par exemple, lors de la dernière séance, il s'est allongé dans la salle et disait ne rien vouloir faire. Il est fatigué et veut rester allongé là. Lui rappeler qu'il est là pour travailler et non pour dormir n'est pas audible. Il s'en va et ne reviendra pas.

Du fait de la suspension de la prise en charge d'Adrien, aucun travail n'a pu réellement être mis en place pour pallier aux difficultés ciblées. Quelques aménagements ont cependant été tentés. Pour limiter l'ambivalence et la frustration d'Adrien, et pour prévenir d'éventuelles oppositions, la dernière séance avait été aménagée de sorte qu'il accepte d'être confronté à des situations de travail, même sur une courte période. Une période de travail limitée, rythmée et ponctuée de renforcements sur ses productions, avait ainsi fait place à une période de jeux. Il semblait apprécier le fait de découvrir un nouveau jeu, au point qu'il demande à refaire des parties pendant une bonne heure, affirmant qu'Amandine, prise en charge juste après, était absente. Mensonge, manipulation ou ignorance ? Le fait est qu'elle était présente ce jour là. La séance s'achève ainsi sur un long moment de partage apparemment apprécié. Pourtant, et sans aucune raison apparente, il ne reviendra pas en salle à partir de ce jour là. C'est donc à partir de ce jour que la relation a dépassé le cadre de la salle. En effet, sa présence fluctuante et surtout cet arrêt brutal et inexplicable nous ont amené à faire des tentatives

d'appivoisement. Il s'agissait de le solliciter, de discuter de la raison qui a pu l'amener à cet évitement, et de lui faire sentir que son rendez-vous est toujours prévu et que nous espérons le revoir. La nature de cette relation devait être certainement pesante, et ce contexte ne pouvait pas favoriser un climat détendu. Bien que ces approches n'aient jamais pris la forme d'une injonction ou d'une tentative d'imposer notre autorité, il a dû la ressentir comme intrusive car il ne réagissait que par des rejets massifs voire des fuites.

c) Conclusion

En trois ou quatre séances, on ne peut pas dire qu'un quelconque travail, qu'il soit relationnel ou psychomoteur, ait été possible avec Joachim et Adrien. A mon sens, leur adhésion à la prise en charge ne pouvait se passer d'une relation fiable permettant un climat sécurisant. En effet, les ébauches relationnelles sur lesquelles se sont déroulées ces séances étaient faites d'imprévisibilité, d'ambivalence et d'opposition (dans le cas de Joachim), incompatibles avec un climat propice à un travail de qualité. On peut émettre l'hypothèse qu'il en aurait été autrement avec une entente relationnelle de qualité.

Que s'est-il joué dans ces relations ?

Le seul constat qui peut être fait dans le cas de Joachim, sans chercher à l'interpréter, c'est que cet adolescent réussissait à travailler avec Cyril, un thérapeute qu'il connaissait et avec lequel il avait réussi à établir un climat de confiance, et qu'il lui était impossible de s'engager dans une proposition émanant de moi, qu'il ne connaissait absolument pas.

Concernant Adrien, aucun raisonnement ni aucune discussion n'ont donc été possibles quant à l'arrêt brutal de sa prise en charge. Curieusement, un jour, peu de temps après d'une de ces discussions, il est venu spontanément me parler au moment de la récréation, comme si rien ne s'était passé. Je ne l'ai plus recroisé depuis. Il reste difficile d'analyser et même de comprendre ce qui s'est joué dans cette relation. Comment expliquer son rejet brutal et massif suite à cette séance ? Pourquoi aucune forme de discussion ayant trait à cette question n'est possible ? Je ne peux pas m'empêcher de s'interroger sur ce qui m'a échappé. En effet, malgré une irrégularité totale, les bases d'une relation semblaient se dessiner puisqu'il paraissait s'être amusé et avait eu du mal à partir lors de la dernière séance. Il n'a jamais marqué d'oppositions agressives ou fait de débordements qui nécessitent une mise au point en séance justifiant un tel évitement.

E/ QUAND LA CONFIANCE RENCONTRE LA NOUVEAUTE : ANALYSE DE LA RELATION DANS LE TRIO PSYCHOMOTRICIEN, ADOLESCENT, STAGIAIRE.

J'ai essayé, dans une démarche d'analyse relationnelle, de rendre compte de l'importance que pouvait prendre le travail de la relation avec des jeunes adolescents souffrant de troubles du comportement et donc souvent de trouble de la communication et de la relation. Il me semble pertinent d'analyser dans un dernier point le cas de l'arrivée d'une stagiaire dans une prise en charge bien établie, et ce pour deux raisons : la première part de l'idée que si une relation de confiance est un préalable indispensable à tout travail de qualité, comment l'arrivée d'une tierce personne peut être vécue, et quel impact elle peut avoir dans la relation ; la seconde est inhérente à la condition même de stagiaire et correspond à l'observation d'une interaction entre le psychomotricien et le jeune, et ainsi d'observer comment le travail relationnel antérieur et actuel offre des situation de travail de qualité.

E-1. Valérie, danseuse étoile

Valérie est une jeune fille de 15 ans, suivie en psychomotricité depuis un moment, principalement pour l'aider à mettre en place des stratégies palliatives à ses difficultés massives dans les apprentissages et l'accès aux concepts. C'est ainsi que l'année dernière, elle a appris à lire l'heure. Cette année, nous travaillons sur l'argent et rendre la monnaie. Valérie veut en effet devenir danseuse et serveuse.

La première rencontre entre Valérie et moi s'est faite par hasard, à une récréation, alors que je discutais de la psychomotricité avec un autre jeune. Ayant de toute évidence prêté une oreille à notre discussion, elle vient me trouver peu après pour discuter. Son approche est directe, massive, presque envahissante. La distance relationnelle n'est pas respectée et elle appuie son discours par des contacts répétés. Elle me confie son histoire, sans aucune réserve : abandonnée par son père, de la même origine que moi, elle se questionne beaucoup et après de multiples compliments, elle me dit que je pourrai être sa sœur, qu'elle aimerait bien avoir une grande sœur comme moi. Cette conversation me met mal à l'aise, mais elle ne semble pas s'en rendre compte. Cette première rencontre m'alerte déjà quant aux dérives que pourraient prendre la relation

C'est Cyril qui va s'occuper des premières séances avec Valérie. Si le climat de confiance et de travail est d'une qualité évidente, il s'avère que cette jeune fille a quelque peu érotisé leur relation. La recadrer et lui signifier quand ses réflexions sont déplacées sont des moyens sûrs de limiter cette dérive. Etre trois est également un élément qui va supprimer le caractère érotique d'une relation duelle entre un

homme et une jeune fille. Tant que je ne suis qu'observatrice, elle va me comparer à plusieurs reprises à l'ancienne stagiaire, avec laquelle elle avait travaillé. Je la conforte dans les différences qu'elle peut soulever : effectivement, toutes les stagiaires ne se ressemblent pas, et elle ne doit pas s'attendre à retrouver avec moi ce qu'elle avait créé avec la précédente. Toujours dans ces premiers temps, elle ne manifeste pas de gêne évidente par rapport à ma présence, ses repères principaux étant conservés.

Ce n'est que lorsque je prendrai en charge ses séances que je serai à même de constater la force de l'alliance thérapeutique qui s'est installée entre elle et Cyril. Les premières fois, elle ne cesse de le chercher du regard, de chercher son soutien, son approbation, et c'est à lui que s'adressent ses questions quand elle ne comprend pas. C'est un peu désarmant au début, mais j'essaie de la canaliser, de répondre à ses questions même si elles ne me sont pas adressées. Il est certain qu'il a appris à connaître le fonctionnement de Valérie : il sait ce qui peut être un obstacle supplémentaire à sa compréhension, et ce qui peut être un élément facilitateur. Son intervention a donc pu être nécessaire. Après deux ou trois séances, elle demande à ce que ce soit lui qui reprenne en main les séances, expliquant qu'elle comprend mieux avec lui. Il me faut donc impérativement décrypter ce fonctionnement et m'y adapter pour qu'elle puisse comprendre les éléments que nous travaillons, avoir confiance en moi et s'impliquer dans mes propositions. Le fait qu'elle se dévalorise constamment et n'ait pas confiance en ses capacités est un élément qui complique encore d'avantage ses possibilités d'investissement. Il faut multiplier les explications, les supports et les stratégies pour cerner quelle modalité sera à même de provoquer un déclic. Il a fallu que ce déclic survienne, et qu'à plusieurs séances, elle parvienne à travailler de façon efficace et très largement renforcée pour qu'elle arrive enfin à m'accorder sa confiance. La relation s'établit doucement, à force de patience, de renforcements et de rires. Il est de plus important pour elle de sentir en moi une présence attentive et soutenante dans les temps de dialogue où elle livre ses difficultés quotidiennes.

J'ai tenu à respecter le déroulement de la séance convenu avec Cyril car c'est un point de repère important à respecter pour Valérie : son arrivée est accueillie par un temps de discussion plus ou moins long mais largement exploité, puisqu'elle y amène des problématiques quotidiennes qui peuvent facilement l'envahir, et, de même, elle a besoin de clore la séance par un temps libre où elle peut danser, être regardée et reconnue.

Aujourd'hui, Valérie se livre facilement et peut même être amenée à me solliciter en dehors de la salle pour discuter. Elle écoute et accepte mes remarques et mes conseils dans son apprentissage, ne me compare plus à toute autre personne, et a cessé de chercher constamment Cyril du regard.

E-2. Joël, Macho man

Je rencontre Joël pour la première fois en octobre. Cette rencontre a lieu loin de la salle de psychomotricité, au gymnase de l'établissement. Pourquoi un tel choix ? Le psychomotricien connaît ce jeune depuis quelques temps déjà, et l'année dernière, il avait été amené à travailler avec une autre stagiaire. Ce moment est donc un test pour savoir s'il acceptera ma présence ou non. Pour faciliter le contact, nous optons pour quelques parties de ping-pong entre lui et moi, sport qu'il affectionne particulièrement, en présence de Cyril. Les échanges de balles sont silencieux ou en tous cas ne sont pas source de dialogue (il peut y avoir des moments d'exaltation où s'exprime de la joie ou de l'énervement). Il compte les points, arbitre le match, le tout presque sans aucun contact visuel.

La relation de confiance entre Joël et Cyril étant déjà bien établie, les premières séances ont eu pour objectif premier de créer une relation à trois, dans le but de la faire évoluer en relations duelles. Bien que le rendez-vous soit fixé tous les lundis, sa venue a été ponctuelle. Dans le respect de ses limites relationnelles et afin de ne pas risquer de brusquer les choses, il n'était pas question de le contraindre à venir, mais nous tenions à lui signifier ses absences, à lui dire que nous l'avions attendu et que nous espérons le voir la semaine suivante. Le rythme a également été modifié du fait d'un changement de groupe et d'emploi du temps. Ponctuellement, donc, il a réussi à franchir le cap de séances en salle de psychomotricité, que nous aménageons sur des temps réduits. En règle générale, on prend le temps de discuter, de faire des jeux à trois. Nous n'en sommes pas à l'évocation d'un bilan psychomoteur, même si deux tests lui ont été présentés sous forme d'exercices : le test des commissions et l'appariement d'images. Il a accepté de s'y soumettre, même si on le sent réticent voire mal à l'aise.

D'un point de vue relationnel, les choses évoluent doucement, mais sûrement : au début, aucun contact visuel n'était présent, il s'adressait et n'entrait en relation qu'avec Cyril ; au fur et à mesure, il m'évoque, pose des questions qui me concernent, mais qui ne me sont toujours pas adressées ; si dans ces premiers temps je restai volontairement en retrait, aujourd'hui je peux chercher à le taquiner, à entrer en interaction, un jeu de provocations autour de blagues machistes s'est même naturellement mis en place. A aucun moment il n'y a eu de débordements de comportement.

E-3. Conclusion

L'intérêt de ce trio est, à mon avis, le reflet à long terme de l'importance de la relation dans l'investissement et la qualité d'une prise en charge, chose que je ne pouvais pas apporter du fait de mon expérience limitée dans le temps auprès de ces jeunes. En effet, ces observations mettent en évidence plusieurs éléments témoignant de la différence d'investissement avec un psychomotricien bien repéré et investi, et une tierce personne inconnue :

- Les interactions sont différentes, de par leur qualité, leur nature et leur fréquence
- Le degré de coopération dans les exercices comparés est bien supérieur avec Cyril
- La qualité du suivi est donc significativement différente.

Un dernier élément que ces observations viennent mettre en évidence, c'est la confiance et le degré d'adhésion que Cyril a obtenu avec eux. Le lien établi est en effet solide au point de survivre à l'intrusion d'une tierce personne et aux modifications que cela engendre dans l'interaction et les modalités de la prise en charge, et l'adhésion au projet, dans le cas de Valérie, est présente au point qu'elle accepte un changement de « thérapeute » sans que cela fragilise sa motivation.

F/ DISCUSSION.

Le choix de ce sujet de mémoire s'est fait tardivement. A un certain moment, tout stagiaire en dernière année de formation est amené à s'interroger sur ce qu'il a fait. Faire le point sur mes premières prises en charge en ITEP m'a ainsi amené à m'interroger sur ce qui fait que certaines prises en charge se déroulent mieux que d'autres. Pourquoi avec certains jeunes j'ai l'impression d'avoir « réussi » dans ma démarche quand avec d'autres j'ai pu échouer ? Les supports présentés sont semblables, les premières séances suivent une trame commune, seul l'aspect relationnel s'avère être un élément inévitablement spécifique à chaque prise en charge. Cette réflexion et donc ce choix de sujet s'est finalement naturellement imposée.

Suivant les travaux d'Howgego, qui montre qu'avant de parler d'alliance, il faut qu'un lien s'établisse, et que la présence de ce lien et sa qualité sont les prémices fondatrices d'une bonne alliance et d'une implication du sujet, et en m'appuyant sur l'approche trans-théorique de Gaston de l'alliance thérapeutique, j'ai construit ma réflexion en suivant la progression suivante : il faut identifier les problématiques des jeunes et leurs répercussions sur les sphères sociale et relationnelle afin d'identifier quels sont les spécificités de la psychomotricité qui permettent d'y répondre. Je me suis ainsi efforcée, dans une seconde partie, à rendre compte du travail relationnel effectué avec des adolescents, par le biais de ces spécificités, et avec pour objectif d'entamer ou de maintenir un travail thérapeutique.

Voyons quels ont été ces ajustements et quelle en a été l'efficacité :

- Dans le but de **faire respecter le cadre** :

Tout comportement n'y répondant pas est immédiatement repris. Chez ceux où la relation est bien installée, les mises au point ont été acceptées et on a pu observer une intégration progressive de ces règles.

- Pour **consolider la relation**, il faut que plusieurs éléments soient présents :

Donner envie au jeune de revenir permet un suivi régulier. On retrouve ici l'intérêt du premier entretien et des premières séances qui permettent de cibler leurs intérêts et le type d'interaction qui leur convient. C'est ainsi que récemment, j'ai pu me rendre compte qu'avec Nelson, un ajustement tardif sur les exercices proposés a pu mettre à mal la relation et le cadre par des oppositions successives. Par contre, passer par la compétition s'est révélé être une modalité de travail efficace avec Antoine, Gaston et Nicolas. S'appuyer sur des supports ludiques une façon globalement efficace pour contourner des difficultés.

Renforcer les comportements, que ce soit d'un point de vue social ou matériel, permet au jeune de se sentir revalorisé dans la relation thérapeutique.

- **Pour travailler la confiance** :

Il ne faut pas que le jeune se sente jugé. Avec Gaston par exemple, savoir qu'il ne sera pas noté à chaque exercice et que toutes les informations que je recueille sont confidentielles a permis de le rassurer. Faire des démonstrations et se mettre dans les situations auxquelles je les confronte dédramatise par ailleurs le climat de travail.

Les oppositions et les débordements doivent pouvoir être repris et compris. Dans le cas de Joachim, cela n'a pas été possible, mais dans le cas de Nelson, les mises au point sont bien reçues, et surtout, il est capable de justifier ses oppositions, ce qui m'a permis de m'ajuster dans une séance.

Les constats sont les suivants :

- **Dans le cas où les prémices relationnelles sont complexes :**

Face à des débordements trop importants ou à un suivi trop irrégulier, les prises en charge de Joachim et d'Adrien ont été suspendues. On peut se demander si, face à trop d'ambivalence ou d'opposition massive, le travail relationnel n'a pas le temps d'être effectué ou n'est pas d'une qualité et d'une pertinence suffisantes.

- **Dans le cas où la relation est plus délicate et met du temps à s'installer :**

Comme dans le cas d'Amandine, qui ne témoigne d'aucune motivation et d'investissement, la prise en charge se révèle moins régulière, cibler les supports d'intervention adéquats est difficile, ce qui diffère le début d'un réel projet de travail psychomoteur. Il faut peut-être dans ce cas accepter que le temps à accorder à ce travail relationnel puisse être beaucoup plus long que pour d'autres jeunes plus investis.

- **Dans le cas où la relation est solide et bien investie :**

Travailler sur le respect du cadre et le manque de coopération a été possible. Les mettre face à leurs difficultés sociales et cognitives n'a pas été source d'angoisse et d'opposition s'ils ne se sont pas sentis jugés ou qu'ils ont eu conscience de l'intérêt de ce qui leur a été proposé. On a alors pu travailler sur les domaines psychomoteurs déficitaires, et se rapprocher d'un suivi plus conventionnel. Les exemples de Gaston et d'Antoine nous montrent que même sans l'adhésion significative au projet thérapeutique, la relation peut être un auto renforcement de leur investissement. La bonne relation qui s'est établie avec ces deux jeunes peut laisser envisager qu'une relation de qualité permette de se rapprocher d'un suivi plus conventionnel.

- **Dans le cas d'une alliance durablement établie :**

Tous les critères sont satisfaits et les aménagements ne sont plus nécessaires que pour ajuster les propositions de travail. La solidité du lien et de l'adhésion pourraient ainsi être envisagées comme des éléments permettant de résister à des modifications importantes de la prise en charge, et d'assurer une permanence du suivi.

A partir de ces constats, analyser comment le travail relationnel effectué ou non a pu avoir des répercussions dans le suivi ne peut donner lieu qu'à des hypothèses d'interprétation. Mais avant cela, je tiens à émettre quelques autocritiques quant aux propositions et aux ajustements que j'ai pu effectuer, puisque l'on considère que les actes et attitudes des deux parties peuvent avoir un effet dans l'alliance thérapeutique.

Autocritiques :

- **Une approche méfiante :**

Dans le cas de Joachim et d'Amandine, je m'attendais à une interaction complexe car j'avais entendu parler de leurs difficultés à l'extérieur. Il est donc possible que mon approche ait été plus méfiante, ce qui a pu avoir un impact dans l'établissement de la relation.

- **Un ajustement maladroit :**

Mon approche avec Joachim a peut-être été trop brutale : consciente d'avoir perdu le contrôle de la situation lors de première séance, j'ai voulu compenser mon appréhension de la séance suivante par une attitude très tranchée, ce qu'il n'a manifestement pas accepté. Une approche aussi frontale a peut-être été délétère au point d'en arriver à une rupture totale de la prise en charge.

Hypothèses d'interprétation :

- **Un investissement oppressant :**

La relation qui avait commencé à s'établir avec Adrien a été brutalement rejetée. On peut supposer que l'investissement de la relation s'est fait d'une façon massive, lors d'une séance, ce qui a pu être ressenti comme une menace, au point de fuir quand j'essayai de discuter avec lui.

- **L'ambivalence :**

Est-ce que le fait qu'Amandine ne se présente pas d'elle-même à ses rendez-vous témoigne d'un réel manque d'investissement, ou est-ce une façon de tester la fiabilité de notre approche ? La question peut en effet se poser puisqu'elle a pu se plaindre quand nous n'allions pas la chercher.

- **L'intérêt des supports et des modalités de travail :**

Comment expliquer que des jeunes, tel qu'Antoine, investissent tellement la relation thérapeutique qu'ils en arrivent à coopérer dans la durée dans des exercices qui les mettent frontalement face à leurs difficultés ? Pourquoi Gaston, qui refuse de lire avec l'équipe pédagogique et avec l'orthophoniste redemande à faire un jeu où il doit lire et écrire ? On peut supposer que pour le premier, la compétition lui permet de relativiser la difficulté, et pour le deuxième, que la satisfaction ludique prime sur son rejet des apprentissages.

- **La quantité de travail relationnel nécessaire :**

Comment expliquer, enfin, la différence de temps nécessaire à ce travail relationnel ? Pourquoi a-t-il été impossible à réaliser avec certains quand il était presque superflus avec d'autres ? Si une partie de la réponse se situe dans l'ampleur des difficultés du jeune, elle n'explique pas tout. Il est probable que les supports et les modalités que nous utilisons soient plus adaptés à certains, et que la relation thérapeutique établie satisfasse des attentes personnelles, expliquant peut-être les différents degrés d'investissement.

- **L'intérêt d'une relation privilégiée :**

L'investissement d'Antoine dans sa prise en charge en psychomotricité était tel qu'il a été qualifié par ses éducatrices comme son seul point d'ancrage dans l'établissement. Nous étions de plus les seuls, pendant un long moment, à avoir des échanges et une ambiance de travail agréable et de qualité. Dans le cas de Valérie, ses échecs dans les apprentissages sont massifs et constatés par l'ensemble du pôle éducatif. Pourtant, une fois en séance, elle parvient à progresser. Dans ces deux cas-là, on peut supposer que les modalités relationnelles telles qu'elles sont en séances répondent à des attentes et pallient à certaines difficultés.

Telles sont les limites de mon travail. Je ne peux en effet en déduire une recette magique qui permettrait d'instaurer une relation solide et une adhésion à une prise en charge psychomotrice, mais je ne peux que rendre compte de mes expériences cette année qui ont en effet prouvé que selon les jeunes et selon leur investissement, l'importance de ce travail n'a pas été la même : à partir de ce constat, on peut supposer qu'il puisse exister une corrélation positive entre le degré d'investissement et la quantité de travail relationnel à fournir ; et de même, entre le degré de transparence et la facilité des ajustements qui sont plus ou moins évidents et permettent un réel travail de rééducation.

G/ CONCLUSION GENERALE.

L'ITEP accueille des adolescents souffrant de psychopathologies. Or tout, dans leur fonctionnement, et notamment leur inadaptation sociale, semble être antinomique aux attentes d'une prise en charge. Une grande partie de mes recherches s'est ainsi axée autour de ces principales psychopathologies, et de leurs répercussions sur leur mode de communication et d'interaction. Aborder ces adolescents, c'est avant tout composer avec leurs difficultés sociales et relationnelles. Travailler avec eux, c'est pouvoir répondre à ces difficultés de façon à entamer un travail thérapeutique. L'échec dans les apprentissages, une instabilité psychomotrice, le déficit d'attention ou l'atteinte des fonctions exécutives, ne sont que des exemples de domaines psychomoteurs sur lesquels il convient d'intervenir. Mais pour y parvenir, il faut déjà que le jeune investisse sa prise en charge : qu'il vienne, qu'il respecte le cadre posé, qu'il coopère. En effet, un des écueils auquel tout psychomotricien est confronté, c'est le manque d'investissement de ces jeunes, et donc leurs absences répétées à leurs prises en charge. Compte tenu de leur problématique, sans travail sur les habiletés sociales et sans renforcements, un travail psychomoteur n'est pas possible ou presque. La relation avec eux est fragile, et nécessite peut-être un travail corrélatif à leurs difficultés. C'est la seconde partie de mes recherches : quelle est l'importance de l'adhésion du patient, comment lui et le thérapeute doivent être actifs dans l'établissement de l'alliance thérapeutique, et quelles spécificités de l'intervention psychomotrice permettent de pallier aux difficultés évoquées.

Convaincue de la pertinence d'une telle prise en charge auprès de ces adolescents comme étant la seule capable de répondre à leurs difficultés psychologiques, neurocognitives et psychomotrices, j'ai tenté de rendre compte de la pertinence de ce travail relationnel. Observer la régularité du suivi, le respect du cadre et les oppositions m'a semblé être un moyen judicieux pour témoigner de leur investissement et de la solidité de la relation. Cette analyse m'a permis de justifier et de retracer le travail effectué sur les habiletés sociales et sur les ajustements pratiques et comportementaux. Une dernière étape, enfin, a été de montrer le résultat de ce travail dans l'évolution de la prise en charge.

Au regard de mon année de stage, rendre compte de l'importance du travail relationnel avec ces adolescents a été rendre compte de la spécificité de ma pratique psychomotrice en ITEP, où j'ai appris que la relation pouvait être un réel levier thérapeutique à ne pas négliger.

~ BIBIOPHIE ~

- ABEILHOU P., cours de 3^e année de psychomotricité sur les thérapies cognitivo-comportementales.
- ASSAILY J.P. (1989), *L'enfant placé, actualités de la recherche française et internationale, actes du colloque international*. Vanves : PUF.
- BALLOUARD C. (2003), *Le travail du psychomotricien*. Paris : Dunod.
- BERGER M. (2005), *L'enfant instable – approche clinique et thérapeutique*. Paris : Dunod.
- BLATIER C. (1997), *Les troubles du comportement à l'adolescence*. Saint-Martin-d'Hères : Presse universitaire de Grenoble.
- BLOSSIER P. (2002), *Groupes et psychomotricité – Le corps en jeu*. Marseille : Solal.
- BOLDUC R. (2007), *Psychomotricité et pédagogie*. Montréal : Editions Logiques.
- BYNAU C. (2004), *Accueillir les adolescents en grandes difficultés – L'avenir d'une désillusion*. Toulouse : Erès.
- CASANOVA R. et VULBEAU A. (2008), *Adolescences, entre défiance et confiance*. Nancy : Presses universitaires de Nancy.
- COMPERNOLLE T., LOOTENS H., MOGGRE R. & VAN EERDEN T. (2000), *Gérer les adolescents difficiles – comportements impulsifs, excessifs ou agités*. Bruxelles : De Boeck.
- CORRAZE J. (1997), De la sociobiologie à la pathologie ou de l'agression à la violence, *In Evolutions Psychomotrices*, 9, 37, 115-125.
- CROCQ (2003), *DSM-IV TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.
- DALL'AVA M.-C. (1997), Agressivité et violence : réflexion sur les aspects développementaux, psychopathologiques et différentiels des conduites agressives à l'adolescence. In *Evolutions psychomotrices* Vol. 9 - n° 37.
- 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.
- DUGROS S. (2007), *Psychomotricité dans le cadre du trouble des conduites : une réflexion sur les conduites impulsive et leur prise en charge chez l'adolescent*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricité.
- DUMAS J.E. (2007), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : De Boeck 3^e édition revue et augmentée.
- FERRAGUT E. (2008), *Médiations corporelles dans la pratique des soins*. Paris : Masson.

- FORGET J.M. (2008), *Les troubles du comportement : où est l'embrouille ?*. Toulouse : Erès.
- INSERM (2005), *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, rapport de l'INSERM.
- KERNGERG O.F. (1984), *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*. Paris : PUF.
- MARCELLI D., BRACONNIER A. (2008), *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Masson.
- MAZET Ph. (2004), *Difficultés et troubles à l'adolescence*. Paris : Masson.
- 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.
- Projet d'établissement de l'I.T.E.P. Château Sage, 2008.
- REBELLE S., LAPASSET J.A. (1995) : Psychomotricité et entraînement aux habiletés sociales, in *Evolutions psychomotrices*, n°29.
- RIVIERE J. (2010), L'évaluation des soins en psychomotricité : la thérapie psychomotrice basée sur les preuves, versus la psychomotricité relationnelle, in *Annales médico-psychologiques*, vol 168 n°2.
- SOPPELSA R. (2007), *Rôle des communications non verbales dans l'agressivité de l'enfant : gestion des comportements de mise en combat*. Entretiens de Psychomotricité.
- SOPPELSA R., ALBARET J.-M., CORRAZE J. (2009), *Les comorbidités : théorie et prise de décision thérapeutique*. Entretiens de Bichat
- TOURRILHES C. (2008), *Construction sociale d'une jeunesse en difficulté – innovations et ruptures*. PARIS : L'harmattan.
- VALLADE L. (2006), *La psychomotricité face au trouble oppositionnel avec provocation : mise en place d'une prise en charge de groupe en ITEP*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricité.
- VALLADE L., SOPPELSA R. (2007), *La psychomotricité en ITEP ou comment aborder des enfants agressifs et opposants ?*, 9^e journée de psychomotricité.
- VIGAN C., cours 3^e année de psychomotricité sur les habiletés sociales.
- VILLAMAUX M. (2000), L'alliance thérapeutique, in *Pour la recherche n°25, Evaluation des psychothérapies*.

VITARO F. & GAGNON C. (2003), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents ; tome II : Les problèmes externalisés*. Sainte-Foy : Presses de l'université du Québec.

~ ANNEXES ~

ANNEXE 1 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DU TROUBLE DES CONDUITES (DSM-IV).

- A.** Ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoigne la présence de trois des critères suivants (ou plus) au cours des 12 derniers mois, et d'au moins un de ces critères au cours des 6 derniers mois :

Agressions envers des personnes ou des animaux

- (1) brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes
- (2) commence souvent des bagarres
- (3) a utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (par exemple un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu)
- (4) a fait preuve de cruauté physique envers des personnes
- (5) a fait preuve de cruauté physique envers des animaux
- (6) a commis un vol en affrontant la victime (par exemple, agression, vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée)
- (7) a contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles

Destruction de biens matériels

- (8) a délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants
- (9) a délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu)

Fraude ou vol

- (10) a pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui
- (11) ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (par exemple « arnaque » les autres)
- (12) a volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (par exemple vol à l'étalage sans destruction ou effraction : contrefaçon)

Violation grave de règles établies

- (13) reste dehors tard dans la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans
- (14) a fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période)
- (15) fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans

- B.** La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

- C.** Si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, le trouble ne répond pas aux critères de la personnalité antisociale.

Spécifier le type selon l'âge de début : pendant l'enfance, l'adolescence ou à début non spécifié.

Spécifier le type selon la sévérité : léger, moyen ou sévère.

ANNEXE 2 : CRITERES DIAGNOSTIQUES OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION (DSM-IV).

- A.** Ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs, persistant pendant au moins 6 mois durant lesquels sont présentes quatre des manifestations suivantes (ou plus) :
- (1) Se met souvent en colère
 - (2) Conteste souvent ce que disent les adultes
 - (3) S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes
 - (4) Embête souvent les autres délibérément
 - (5) Fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite
 - (6) Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres
 - (7) Est souvent fâché et plein de ressentiment
 - (8) Se montre souvent méchant ou vindicatif

N.B. : on ne considère qu'un critère est rempli que si le comportement survient plus fréquemment qu'on ne l'observe habituellement chez des sujets d'âge et de niveau de développement comparables.

- B.** La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
- C.** Les comportements décrits en A ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble psychotique ou d'un trouble de l'humeur.
- D.** Le trouble ne répond pas aux critères du trouble des conduites ni, si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, à ceux de la personnalité antisociale.

ANNEXE 3 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE (DSM-IV).

- A. Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :
- (1) Incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation
 - (2) Tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries
 - (3) Impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance
 - (4) Irritabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions
 - (5) Mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui
 - (6) Irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières
 - (7) Absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui
- B. Âge au moins égal à 18 ans.
- C. Manifestation d'un trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans.
- D. Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un épisode maniaque.

ANNEXE 4 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TDA/H (DSM-IV).

A. Présence de (1) ou de (2) :

(1) Six des symptômes suivants d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

- a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
- b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement
- d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (non dû à un comportement d'opposition ni à une incapacité à comprendre les consignes)
- e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- f) Souvent évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)
- g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (jouets, cahiers, crayons, livres, outils)
- h) Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes
- i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne

(2) Six des symptômes suivants d'hyperactivité/impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Hyperactivité

- a) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège ;
- b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis ;
- c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié ;
- d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir ;
- e) Est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts" ;
- f) Parle trop souvent ;

Impulsivité

- g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée ;
- h) A souvent du mal à attendre son tour
- i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (par exemple fait irruption dans les conversations ou dans les jeux).

B. Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (par exemple école, travail, maison).

D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours du trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie, ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité).

Sous-types cliniques :

Déficit de type mixte ou combiné : les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.

Déficit de type inattention prédominante : le critère A1 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A2.

Déficit de type hyperactivité/impulsivité prédominante : le critère A2 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A1.

ANNEXE 5 : COMPTE RENDU DE BILAN DE GASTON

Anamnèse.

Gaston est né le 30 Novembre 1995. C'est le 3^e enfant d'une fratrie de quatre : deux frères aînés de 20 et 16 ans et une petite sœur de 10 ans. Le père décrit des relations conflictuelles au sein de la fratrie, renforcées par l'arrivée de la cadette qui semble avoir perturbé Gaston et remis en question la place qu'il occupait. Le couple parental est solide, même s'il avoue traverser quelques crises, et bénéficie d'une bonne insertion professionnelle. Il adhère totalement à la prise en charge de leur fils. Gaston a été scolarisé jusqu'en CE1 puis, en 1999, il intègre un Centre Médico-Psycho-Pédagogique car présente un versant névrotique avec trouble du comportement et difficultés majeures des apprentissages. Il a subi des attouchements sexuels de la part d'autres enfants à deux reprises : en centre de loisirs et dans sa famille, ce qui a déclenché un suivi social. En 2005, il intègre un ITEP en internat aménagé. Il y suit une rééducation orthophonique pour trouble articulaire et grandes difficultés de lecture et d'écriture, une prise en charge psychomotrice relative à une image du corps dévalorisée, et voit régulièrement la psychologue de l'établissement. L'équipe le décrit comme un garçon immature, en quête affective et présentant un trouble de l'identité sexuelle, son identification et ses représentations se basant sur le modèle féminin. Se confronter aux difficultés reste compliqué et il apparaît bien plus attiré par les activités manuelles qu'il investit bien. Ce constat se retrouve à l'ITEP C.S. qu'il intègre en Aout 2009 en internat aménagé

Éléments recueillis auprès de l'équipe.

Pôle éducatif :

Gaston présente des comportements immatures source d'exclusion de la part du groupe : intrusif, rapportant des discussion et dans des attitudes féminines, il exacerbe facilement les autres jeunes, surtout les garçons. Par rapport à l'adulte, il sollicite soutien et protection mais colle, cherche l'exclusivité. Toujours souriant et très créatif, son problème majeur est celui de l'hygiène et de la compulsivité par rapport à la nourriture. Il semble refuser de grandir, se figer dans cette période dont il ne retire que ce qui est source de plaisir, mais est conscient d'être exclu à cause de ses attitudes.

Pôle pédagogique :

L'évaluation de Gaston montre un niveau bas. Il a de grandes difficultés à l'écrit et n'a appris à lire que l'année dernière. Il est difficile de travailler avec lui car il est en opposition par rapport aux apprentissages : il se laisse vivre, est dans le plaisir et il faut passer par le jeu pour arriver à travailler. Il a obtenu son B2i (brevet informatique et internet), mais l'ordinateur n'est pas un support de travail. Au niveau de son comportement, il est décrit comme un « enfant pervers » qui cherche le conflit puis se positionne en victime. On le retrouve donc à une mauvaise place dans un groupe de jeunes avec lesquels il ne parvient pas à établir des liens.

Ateliers.

Gaston participe aux ateliers cuisine, couture, AMA (arts plastiques), informatique et sport. Il investit très bien ces différents ateliers. Concernant les ateliers créatifs, il prend beaucoup de plaisir à réaliser, mais reste dans la simplicité, ne cherche pas à progresser. Il aime montrer ses travaux et aime offrir ou créer dans le but d'offrir. Il s'implique également beaucoup en cuisine puisqu'il a comme projet de devenir cuisinier. Sa participation au sport ne vient par contre pas de lui mais fait suite à une prise de poids.

Bilan psychologique (Mars 2009)

Le WISC IV lui a été administré en deux temps. Il se montre curieux, agréable et concentré lors des séances.

Indice de compréhension verbale : 94

Indice de mémoire de travail : 94

Indice de raisonnement perceptif : 88

Indice de vitesse de traitement : 81

Gaston a un **Q.I. total à 80, soit un niveau intellectuel moyen faible** par rapport à la moyenne de son âge, mais est immature dans ses engagements et ses réalisations. On retrouve une grande dépendance à l'autre. Par contre, il peut montrer de bonnes capacités au niveau des apprentissages concrets, comme la couture ou la cuisine, quand la relation avec l'adulte formateur est bien investie.

Gaston est reçu une fois par semaine par la psychologue de l'I.T.E.P. et vient très régulièrement. Il se présente comme un garçon immature n'envisageant pas du tout l'avenir. Sur le plan relationnel, il peut se retrouver en position de mauvais objet et ne pas forcément chercher à s'en extraire, c'est pourquoi une tendance un peu masochiste a pu être évoquée. Il a une mauvaise image de son corps, mange énormément et a une mauvaise hygiène. Les questions qu'il se pose ne sont jamais abordées directement. Il fonctionne par transposition, par le biais d'histoires ou de films qu'il a vu : il est beaucoup dans l'expression et la représentation des choses, mais pas encore dans l'interprétation et l'élaboration. Plusieurs questionnements se dessinent néanmoins.

Il est très sensible aux visions cauchemardesques telle que la dislocation du corps, et semble encore pris dans des peurs enfantines et des angoisses dont il a du mal à parler. Il évoque par exemple des cauchemars d'enfance qui le réveillaient (monstres, personne qui vient le manger) et se pose la question de savoir s'il s'agissait de rêves ou de la réalité. La question de la mort est également présente. Au niveau familial, il lui arrive de parler d'épisodes anciens, mais ses parents sont peu évoqués. Par contre il fait le lien entre un père qui a pu être violent et le fait qu'il ne supporte pas la violence aujourd'hui. La question du père en tant que fonction est quant à elle fréquemment abordée. Au sein de sa famille, Gaston a une place particulière, celle de l'enfant qui n'est pas dans la norme, ne répondant pas au vœu paternel (être un homme). Enfin vient la question de la curiosité autour de la sexualité. Il s'interroge sur les différences sexuelles sans parler de la différence homme/femme. La question de sa propre identité sexuelle est encore floue.

Bilan psychomoteur

DOMINANCE LATÉRALE :

Gaston est latéralisé à droite pour l'œil, la main et le pied.

Il reconnaît bien la droite et la gauche sur lui, fait des confusions sur autrui et la question de la position relative entre les objets demande réflexion (difficulté à comprendre quel objet sert de référence).

ATTENTION SOUTENUE : D2.

GZ (rythme) : Note brute = 227, rang percentile = 5.5

SB : NB = 14, soit la médiane

F% (soin) : NB = 17.62 soit < Q4

F-vert : 2 ; 8 ; 3

GZ-F : NB = 187, RP = 2.9

Lors de la passation, Gaston a du mal à mémoriser les signes et vérifie souvent les modèles sur les premières lignes. Il soliloque et se plaint du temps trop court. A plusieurs reprises il montre difficultés à aller à la ligne sur demande et à en amorcer le traitement. Il montre de la lassitude vers la ligne 7, mais réagit positivement aux stimulations. Sa progression est variable et son biffage est constant d'en bas à gauche vers en haut à droite. Au total, Gaston fait 27 omissions et 13 confusions. 8 signes

sont biffés puis raturés, ce qui relève d'une impulsivité cognitive. **Les résultats au test indiquent un profil cognitif lent et inefficace, et les modalités de ce test révèlent un déficit d'attention soutenue.**

MESURE DE L'IMPULSIVITE : Appariement d'images.

Temps de 1^{ère} réponse : 56.6 soit +1.5 DS

Temps total : 566 soit +1.83 DS

Nombre de réponses exactes : 3 soit -2.1 DS

Nombre d'erreurs : 0 soit +0.6 DS

Index exactitude : 0.32 soit -1.7 DS

Index impulsivité : 0 soit -0.5 DS

Gaston procède par élimination systématique avec retour au modèle. Il éprouve la nécessité de cacher les éléments distracteurs avec ses mains et soliloque beaucoup pour soutenir son analyse visuelle. Il se focalise sur la comparaison de tous petits détails, malgré les explications, ce qui lui fait perdre du temps. Il montre quelques signes de fatigue mais pas d'agacement, malgré un temps total relativement long. En effet, sur 7 planches, la première réponse est donnée après les 60 secondes imparties. Des hypothèses de trouble perceptif, ou de refus de l'échec viennent se poser, mais on peut aussi supposer que face à cette tâche qui lui pose quelques difficultés, il soit moins bien disposé. **Ce test ne fait pas resurgir d'impulsivité cognitive.**

DOMAINE VISUO-SPATIAL : La figure de Rey.

Copie : type IV

Temps de copie : 3 minutes, soit centile 75.

Score total : 31 points, soit +0.2 DS

Mémoire : Score total : 16 points, soit

- 1 DS

Gaston se montre très appliqué dans sa réalisation. La prise du stylo est tripodique. La copie s'effectue par juxtaposition de détails suivant une progression de la droite vers la gauche. Tous les éléments sont présents sauf un, leur taille relative et leur positionnement sont respectés dans l'ensemble. Il perd quelques points en exactitude. Une légère impulsivité se retrouve sur trois détails qui sont placés, raturés, puis correctement repositionnés. Sur la reproduction de mémoire, il dessine élément géométrique par élément géométrique, de la droite vers la gauche. 5 éléments sont absents, et ceux restitués sont pour la plupart mal réalisés et mal positionnés (on ne les retrouve pas englobés dans l'armature centrale). Il dit avoir « une mémoire de poisson ». **Les résultats obtenus ne sont pas assez déficitaires pour évoquer un déficit mnésique visuo-spatial, mais indiquent de rester vigilant.**

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR : L.O.M.D.S.

F1 : contrôle-précision : 62.5%

F2 : motricité globale : 71.4%

F3 : coordination main-pied : 33% (échec)

F4 : vitesse poignet et doigts : 28.6% (échec)

F5 : équilibre statique : 25% (échec)

F8 : motricité manuelle : 100%

Score total : 91 points soit -4 DS

Le test révèle un important retard de développement psychomoteur. Le détail des résultats obtenus aux différents facteurs mettent en évidence de réelles difficultés d'équilibre, où, quelque soit la modalité présentée, Gaston n'est presque pas capable de le maintenir sans appui, d'autant plus quand on lui retire le référentiel visuel. Les épreuves de vitesse du poignet et des doigts sont pour la plupart échouées, car en terme de dextérité digitale, la saisie de petits objets par la pince est inefficace. Les items mettant en jeu la coordination entre les membres supérieurs et inférieurs lui posent également problème. Les épreuves de contrôle précision et de motricité globale sont globalement satisfaisantes et il réussit à toutes celles de motricité manuelle.

CONCLUSION.

Lors de la passation du bilan, Gaston a exécuté volontiers les diverses épreuves qui lui ont été proposées. De son comportement se dégage une nette volonté de réussir et des difficultés à se mettre en échec. Au fil des séances, il s'installe et s'affirme dans la relation. Il est parfois nécessaire de biaiser pour parvenir à travailler, en utilisant des supports et des modalités ludiques. Il se montre en effet très réticent à l'effort, notamment parce qu'il est conscient de ses difficultés, quitte à ne pas montrer toute l'étendue de ses capacités. On le retrouve ainsi souvent dans des attitudes de négociation. Il intègre progressivement le cadre qu'on lui impose et respecte les règles de l'interaction adolescent-adulte, même quand il présente des oppositions. Concernant le bilan, **le domaine mnésique ainsi que les praxies sont à approfondir en parallèle de l'attention, et le retard psychomoteur mis en évidence indique une prise en charge psychomotrice.**

ANNEXE 6 : COMPTE RENDU DE BILAN DE NELSON

Anamnèse.

Nelson est né le 15 Mai 1996. Il a une grande sœur de 15 ans et un demi-frère né en 2009. Son père travail au service technique de Colomiers et sa mère travaille à la mairie de Colomiers. Le couple parental est séparé depuis 2001 et une autorité parentale conjointe avait alors été décidée. L'histoire familiale est compliquée : depuis son enfance règne une ambiance de conflits et de menaces dans la famille. Nelson a par ailleurs été témoin de scènes où son père était menacé de mort. Dans son enfance, il a souffert de troubles du sommeil et a été assez longtemps énurétique. Concernant son parcours scolaire et institutionnel : en 2005, sa mère sollicite le Centre Médico-Psychologique pour des problèmes relationnels avec son fils. Il y suivra une prise en charge psychomotrice pendant deux ans (2006-2007), et elle verra la psychologue de l'établissement. Malgré de grandes difficultés signalées au cours de sa scolarité, tant au niveau de son comportement qu'au niveau de ses apprentissages, son père refuse qu'il sorte d'un enseignement général. Il est exclus du collège au cours de sa 5^e et finira par intégrer l'ITEP C.S. en Aout 2009 en internat aménagé, sous la condition qu'il poursuive sa scolarité à temps partiel en 4^e dans un collège général.

Eléments recueillis auprès de l'équipe.

Pôle éducatif :

Nelson se présente comme « Monsieur je sais tout », ce qui lui vaut d'être rejeté par ses pairs. Il est ainsi amené à rechercher une présence protectrice de l'adulte, allant jusqu'à une demande d'accompagnement physique lors de ses déplacements dans l'établissement. Il faut l'aider à trouver sa place d'adolescent, car il se place volontiers dans le statut d'adulte. Des temps individuels cadrés avec les éducatrices lui apportent beaucoup, et un soutien scolaire est nécessaire : il faut reconnaître son potentiel mais aussi lui renvoyer son incapacité actuelle à être dans une structure sociale telle que le collège. Il montre une instabilité motrice profonde qu'il sait compenser partiellement par sa vivacité intellectuelle.

Scolarité :

Nelson est scolarisé à temps partiel dans un collège en 4^e. Sa scolarité semble compliquée par la place qu'il occupe dans sa classe. En effet, c'est un élève qui est souvent rappelé à l'ordre pour des oublis d'affaires ou de devoirs et commet parfois des « dérapages verbaux », ce qui fait réagir les autres élèves. De plus, il s'est retrouvé impliqué à plusieurs reprises dans des affaires de racket et de bagarres, ce qui lui a déjà valu deux exclusions. Il semble pris dans une ambivalence de victime à l'ITEP / agresseur au collège. Le bilan de son premier trimestre montre une baisse importante de son niveau scolaire. Dans un premier temps, il a fait la demande de pouvoir prendre ses cours sur ordinateur pour l'aider à le canaliser. Récemment, il a pu exprimer son désir d'être scolarisé en interne, ce qui fait donc l'objet d'un nouvel objectif à travailler avec lui.

Bilan psychologique (03/2009).

WISC III : Quotient Intellectuel Verbal : 130, Quotient Intellectuel Performance : 113, Q.I. Total : 125

Nelson se présente comme un garçon très à l'aise dans la relation avec des facilités évidentes de conversation et de réflexion. Le bilan est effectué peu après son renvoi du collège. Il en parle de façon précise et objective, et est même capable d'y poser un regard critique. Lors de la passation, il se montre curieux de son environnement, intéressé et précis dans ses réponses. Il se sent valorisé par ses réussites. Ses capacités intellectuelles sont hétérogènes en faveur du verbal : il a un niveau nettement supérieur à la moyenne de son âge en verbal et se situe dans la moyenne haute en performance. Il a intégré les normes et les valeurs du groupe même s'il ne les applique pas au quotidien. Son désir de plaire et de ne pas être abandonné vient renforcer ses normes parentales et sociales. Le manque de disponibilité psychique qui entrave ses capacités d'apprentissage et ses troubles du comportement justifient une orientation en ITEP, ce qui lui fournira un cadre contenant et des référents stables.

Par la suite, Nelson a bénéficié d'un suivi psychiatrique et a été diagnostiqué hyperactif. Il a alors suivi un traitement (Ritaline) auquel il a souhaité mettre fin. La question se repose actuellement.

Nelson est reçu à raison d'une fois par semaine par la psychologue de l'I.T.E.P. Il se présente comme un garçon instable physiquement, mais sait aussi se contenir et fait preuve d'une grande capacité à se poser et à articuler ses problématiques. Il va de lui-même dans l'introspection. Ses questionnements s'articulent autour de ses angoisses d'enfants et de la place qu'il occupe dans sa famille. De son enfance, il évoque de nombreuses angoisses relatives au contexte familial, à ses troubles du sommeil et à son énurésie. Nelson s'inscrit dans une histoire familiale douloureuse où règnent encore des conflits et des menaces: d'un côté son père violent, qu'il ne renie pas mais sur lequel il pose un regard critique et dont il perçoit les failles ; de l'autre sa mère, excessivement présente et source de nombreuses angoisses (peur qu'elle disparaisse, qu'elle le rejette). Il s'interroge sur « qu'est-ce qu'être un homme ? », ce qu'il relie à la séparation de ses parents et les souvenirs de scènes de violence contre son père et dont il a été témoin. Derrière tout ça apparaît la question de la culpabilité. Il commence également à aborder la question de la sexualité. D'un point de vue relationnel, c'est un jeune qui se présente dans la toute puissance et la mise en danger. Ses relations avec les autres jeunes de l'établissement sont difficiles : il est la victime de certains et transpose cette violence sur d'autres qu'il agresse.

Bilan psychomoteur.

DOMINANCE LATÉRALE.

Nelson est latéralisé à droite pour la main, l'œil et le pied.

Il connaît bien la droite et la gauche sur lui, sur autrui et entre les objets.

ATTENTION SOUTENUE : D2.

GZ (rythme) : Note brute = 373, rang percentile = 42.1 SB : NB = 13, soit la médiane
F% (soin) : NB = 4 soit Q1 F-vert : 0 ; 1 ; 0
GZ-F : NB = 369, RP = 46

Nelson veut montrer qu'il va « réussir ». Il se montre très appliqué et n'a pas besoin de vérifier les modèles. Le biffage est régulier d'en haut à gauche vers en bas à droite. Au total, il fait 3 omissions et 1 confusion. 5 signes sont biffés puis raturés, il s'assure à plusieurs reprises que je ne les compterai pas faux.

Les résultats indiquent un profil lent et efficace (il perd du temps dans ses vérifications). Ce test permet de voir que Nelson est capable de maîtriser son impulsivité cognitive, du moins dans le cadre d'un bilan et sur une épreuve de type papier-crayon.

MESURE DE L'IMPULSIVITE : Appariement d'images.

Temps de 1^{ère} réponse : 25.1 soit -2 DS

Nombre d'erreurs : 7 soit +1.5 DS

Temps total : 351 soit -1.7 DS

Index exactitude : 0.85 soit 0 DS

Nombre de réponses exactes : 5 soit -1 DS

Index impulsivité : 1.2 soit +1.5 DS

Nelson procède par élimination systématique avec retour au modèle. Sa recherche est structurée, mais il ne prend pas le temps d'analyser systématiquement les 6 images. Il ne montre ni découragement ni exaspération au fait de se tromper, cela semble même le stimuler pour réussir. Il verbalise de temps en temps pour soutenir sa réflexion et ne montre pas de signes d'énervement. **Les résultats déterminent un profil rapide et imprécis et les modalités du test font resurgir une impulsivité cognitive.**

DOMAINE VISUO-SPATIAL : La figure de Rey.

Copie : type I,

Mémoire : type I,

Progression de la gauche vers la droite

progression de la droite vers la gauche

Temps: 4'25'', soit centile 25.

Score total : 19 points, soit -0.3 DS

Score total : 34 points, soit +1.3 DS

La production de Nelson est de type mature : il construit sur l'armature centrale. Il verbalise au fur et à mesure de sa progression. On retrouve de l'impulsivité sur 3 éléments qui sont tracés puis raturés et recommencés ; de la même façon, certains angles sont noircis quand il constate que les traits coïncident mal. L'épreuve de copie est rapidement et bien réalisée. Pour l'épreuve de mémoire, sa production suit toujours un type mature. Seuls 3 éléments sont absents, mais il perd des points en exactitude. Là encore, des éléments sont placés puis recommencés. **Les résultats montrent que Nelson n'a aucun déficit d'organisation perceptive et mnésique au niveau visuo-spatial**, et on retrouve sur cette épreuve son désir de bien faire, parasité par son impulsivité.

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR : L.O.M.D.S.

F1 : contrôle-précision : 62.5%

F2 : motricité globale : 71.4%

F3 : coordination main-pied : 33% (échec)

F4 : vitesse poignet et doigts : 42.9% (échec)

F5 : équilibre statique : 0% (échec)

F8 : motricité manuelle : 100%

Les mauvais résultats obtenus aux items d'équilibre s'expliquent par l'impulsivité de Nelson. En effet, il ne prend pas le temps d'assurer la posture et le tonus nécessaires, et se retrouve à faire de grands mouvements de bras inefficaces. C'est cette même impulsivité qui l'amène à échouer certaines épreuves impliquant la coordination entre les membres supérieurs et inférieurs, ainsi que celles mettant en jeu la vitesse du poignet et des doigts : le mouvement et/ou la prise d'objets sont trop rapides pour être précis. Les résultats obtenus aux épreuves de contrôle-précision et de motricité globale sont dans la moyenne et il maîtrise parfaitement celles de motricité manuelle. On retrouve cette capacité qu'à Nelson à inhiber son impulsivité sur des épreuves à table et de type manuel. Par contre, les épreuves mettant en jeu son corps mettent en évidence que cette capacité ne s'est pas généralisée. Cette difficulté d'inhibition est de plus majorée par cette envie de montrer qu'il va réussir, ce qui le conduit régulièrement à l'échec. **Le retard psychomoteur identifié par ce test est donc à tempérer.**

CONCLUSION.

Nelson sait se montrer respectueux du cadre qui lui est imposé même s'il est parfois nécessaire de lui rappeler les règles. Il connaît et maîtrise les règles sociales mais s'est mis récemment à chercher les limites, supportant parfois mal la frustration. Ceci est sûrement à mettre en lien avec la période délicate qu'il traverse au sein de l'établissement et dans son collège. Concernant le bilan, son impulsivité ressort de manière évidente, et particulièrement sur des tâches purement motrices. Il semble néanmoins capable de contrôler son impulsivité cognitive sur des tâches papier-crayon et dans un contexte spécifique, mais il convient de l'aider à généraliser ce contrôle. Il faudra également déterminer plus précisément son niveau de développement psychomoteur. **L'impulsivité manifeste, le déficit attentionnel ainsi que les résultats observés dans les différents domaines évalués lors du bilan justifient une prise en charge psychomotrice.**

ANNEXE 7 : COMPTE RENDU DE BILAN D'AMANDINE.

Anamnèse.

Amandine est née le 30 Mars 1995 à Toulouse. Sa problématique s'inscrit dans une histoire familiale délicate. Dernière enfant d'une fratrie de six, elle a un écart d'âge conséquent avec ses frères et sœur (la plus jeune a 30 ans). Sa mère est décédée d'une grave maladie alors qu'elle n'avait qu'un an et demi d'une grave maladie et sa sœur aînée décèdera quelques années plus tard pour les mêmes raisons ; elle a également perdu un frère. Son père, artiste peintre à la retraite, était le responsable légal (il vient de décéder en Mars 2010). Depuis la maternelle sont rapportées des problèmes de comportement. Elle a de ce fait été exclue à plusieurs reprises pour violences. Elle a donc été scolarisée normalement jusqu'en CE2 puis a subi des placements successifs en ITEP. Dans son dossier on retrouve des passages à l'acte qualifiés de violents et déroutants. L'accompagnement s'est centré sur ses impasses personnelles et relationnelles, et notamment sur des questions identificatoires. Amandine cultive en effet son apparence masculine, ce qui a fait grand bruit à son arrivée à C.S. en Aout 2009 : elle dit vouloir se faire greffer un pénis et demande à se faire appeler par un prénom masculin, ce qui a pu entraîner de la confusion parmi les autres jeunes.

Bilan psychomoteur.

DOMINANCE LATÉRALE.

Amandine est latéralisée à droite pour la main, l'œil et le pied
Elle connaît bien la droite et la gauche sur elle, sur autrui et entre les objets.

ATTENTION SOUTENUE : D2.

GZ (rythme) : Note brute = 262, rang percentile = 4.5

F% (soin) : NB = 7.63 soit Q3

GZ-F : NB = 242, RP = 3.5

SB : NB = 10, soit Q1

F-vert : 3 ; 1 ; 1

Amandine n'est pas motivée et se plaint exagérément le jour où le D2 a été passé. Elle se laisse facilement distraire par les bruits extérieurs (elle se lève, regarde par la fenêtre et commente). Il faut la solliciter en permanence et la renforcer pour qu'elle reste sur la tâche. Sa progression est donc irrégulière. Le biffage se fait par des traits verticaux, la prise est tripodique. Au total, elle fait 15 omissions et 5 confusions. 3 signes sont biffés puis raturés. Les résultats détermineraient un profil cognitif lent et inefficace, ce qui ne reflète pas vraiment les capacités d'Amaëlle. **Il faut donc parler avec prudence d'un déficit d'attention soutenue.**

MESURE DE L'IMPULSIVITE : Appariement d'images.

Temps de 1^{ère} réponse : 41.9 soit +0.2 DS

Temps total : 451 soit +0.3 DS

Nombre de réponses exactes : 4 soit -0.9 DS

Nombre d'erreurs : 5 soit +0.9 DS

Index exactitude : 0.53 soit -1.1 DS

Index impulsivité : 0.67 soit +0.5 DS

Amandine procède par élimination systématique avec retour au modèle, sauf pour les deux dessins restants qu'elle compare entre eux. Elle verbalise ses hésitations et soliloque de temps en temps pour soutenir sa réflexion. On ne constate aucun signe d'agacement visible ou verbalisé, mais elle rentre un peu dans un jeu de démonstration. **On retrouve ici un profil plutôt lent et imprécis pour son âge, et on peut écarter l'hypothèse d'une impulsivité.**

DOMAINE VISUO-SPATIAL : La figure de Rey.

Copie : type I (construction sur armature), progression de la gauche vers la droite
Temps de copie : 2 minutes, ce qui correspond au centile 100.
Score total : 33 points, soit +0.8 DS

Mémoire : type I, progression de la gauche vers la droite
Score total : 22 points, soit -0.3 DS

La production d'Amandine sur la copie est de type mature, rapide et bien réalisée. Pour la mémoire, elle a besoin d'encouragements pour ajouter des détails. **Les résultats permettent d'écarter un déficit au niveau visuo-spatial.**

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR : L.O.M.D.S.

F1 : contrôle-précision : 50%
F2 : motricité globale : 57.1%
F3 : coordination main-pied : 100%
F4 : vitesse poignet et doigts : 71.4%
F5 : équilibre statique : 0% (échec)
F8 : motricité manuelle : 100%

Score total : 105 points soit -2.5 DS

La passation du L.O.M.D.S. s'est déroulée sur plusieurs séances et les performances d'Amandine aux différents items fluctuent selon sa disponibilité. Elle est parfois dans la démonstration ce qui la rend moins appliquée, elle perd alors du temps ce qui la pénalise sur les épreuves chronométrées. L'équilibre statique les yeux fermés n'est pas maintenu. **Les scores indiquent donc un retard de développement psychomoteur par rapport à sa tranche d'âge, mais c'est à tempérer par les observations relatives à son comportement.**

CONCLUSION.

Amandine est une jeune fille au comportement très affirmé. Lors du bilan qui lui a été administré, elle a été beaucoup dans la démonstration, ce qui a peut amener la question de résultats inférieurs à ses possibilités. Il a été fréquemment utile de la motiver et de l'inciter à s'impliquer d'avantage dans la passation. Beaucoup de choses semblent donc se jouer dans la relation qu'elle accepte doucement de mettre en place avec nous. **Il conviendrait d'explorer d'avantage les domaines de l'attention et du développement psychomoteur.**

ANNEXE 8 : COMPTE RENDU DE BILAN D'ANTOINE.

Anamnèse.

Antoine est né le 10 Aout 1994. Son père est agent d'entretien à la mairie de Toulouse et sa mère est sans emploi. Il a un frère, plus jeune, placé en famille d'accueil. Il s'inscrit dans une histoire familiale complexe : dès son plus jeune âge, il subit des maltraitances de la part de sa mère - il a été battu et dit qu'elle l'ébouillantait quand il n'était pas sage – et suite au divorce des parents, jugés trop fragiles et incapables d'assurer un rôle permanent et sécurisant, les deux enfants sont confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance. Depuis, il gardé des rapports très ponctuels et compliqués avec sa mère et refuse de la voir depuis début 2009 ; il a des visites de son père, mais c'est avec ses grands paternels qu'il a des liens privilégiés. C'est chez eux qu'il dort en dehors de l'ITEP et il s'y montre prévenant et respectueux du cadre qu'ils lui imposent. Son parcours institutionnel commence par une prise en charge en SESSD et un placement en Centre Départemental Enfants et Famille. Il le quittera en Septembre 2001 car jugé trop perturbateur et présentant des problèmes de comportement – notamment accusation de vols et d'attouchements sexuels. En Septembre 2002 il est scolarisé en CE2. De cette période sont rapportées des difficultés scolaires dans les apprentissages et des problèmes de comportement. De 2003 à 2006, il est pris en charge en Institut de Rééducation. Il intègrera par la suite un ITEP. La rentrée de 2007 se fait en 5e SEGPA à temps partiel Il arrête en Janvier 2008 car présente trop de difficultés. A l'ITEP il se montre agressif et peu impliqué car il dit ne pas être à sa place. Antoine intègre l'ITEP C.S. en Aout 2009 en internat aménagé.

Eléments recueillis auprès de l'équipe.

Pôle éducatif :

Antoine est arrivé en opposition par rapport à son institutionnalisation. Volontairement très à l'écart des autres jeunes et méfiant vis-à-vis des adultes, il ne semblait pas capable de tisser des relations sincères. Il transgressait sournoisement les règles, feignant de les ignorer, et se montrait excessivement sensible et réactif aux remarques des éducatrices, se sentant « persécuté ». Aujourd'hui, il semble plus apaisé, souriant et ouvert aux interactions. On le retrouve dans le don, le jeu et le partage au sein de son groupe. Ses points faibles restent la provocation et son manque de confiance en l'adulte ; ses points forts sont son humour et sa capacité à laisser derrière lui les conflits.

Psychologue :

La psychologue de l'ITEP n'a rencontré Antoine que dans le cadre de son admission, en Juin 2009. Elle décrit un jeune homme réservé et peu bavard. Il est capable d'évoquer sa présence dans l'institution comme résultante de son comportement, mais sans savoir ce qui pose réellement problème. De sa famille il n'évoquera que sa grand-mère qu'il considère comme sa référence familiale. Son attitude contenue semble relever de la crainte d'une perte de maîtrise, ou peut-être d'un risque relationnel. Il lui est proposé de revenir en rendez-vous après son admission, mais il dit voir un psychologue à l'extérieur et préfère que cela ne change pas.

Pôle pédagogique :

Antoine a été évalué sur la base des attentes de l'éducation nationale pour un niveau de 6^e. Les résultats indiquent un niveau bas. Le travail en début d'année a été difficile mais il s'implique d'avantage depuis qu'une intégration scolaire en collège a été envisagée. Il a obtenu son B2i (brevet internet et informatique), et l'ordinateur est un bon support pour lui. Au niveau de son comportement, il reste difficile à cerner et est encore beaucoup dans la négociation, mais il vient régulièrement. Ses relations aux

pairs sont compliquées et on le retrouve dans l'ambivalence victime / agresseur. Un projet d'intégration en 3^e SEGPA est donc en cours, suite à sa demande, et il cherche à faire des stages pour préciser son projet professionnel.

Ateliers :

Antoine participe aux ateliers bois, cuisine, sport et AMA (arts plastiques). D'une manière générale, on retrouve une progression tant au niveau de son comportement que de son investissement. A son arrivée, il montrait des difficultés et une réticence au travail, se mettant régulièrement en danger ou dégradant le matériel. Sa peur de l'échec est manifeste. Progressivement, il parvient à respecter le cadre et à s'investir, particulièrement dans les activités qui lui plaisent.

Bilan psychomoteur.

DOMINANCE LATÉRALE.

Antoine est latéralisé à droite pour la main, l'œil et le pied.
Il connaît bien la droite et la gauche sur lui, sur autrui et entre les objets.

ATTENTION SOUTENUE : D2.

GZ (rythme) : Note brute = 213, rang percentile = 0.1

SB : NB = 17, soit Q3

F% (soin) : NB = 11.8 soit > Q4 (score de dégradation)

F-vert : 16 ; 7 ; 2

GZ-F : NB = 188, RP = 0.1

Lors de la passation, Antoine a eu des difficultés à mémoriser les signes, ce qui rend sa progression irrégulière. Le biffage alterne par groupe de lignes : soit d'en haut à gauche vers en bas à droite, soit d'en bas à gauche vers en haut à droite ; il est droitier et n'a pas la prise tripodique : il tient le stylo avec quatre doigts (prise en fleur). Au total, il fait 12 omissions et 13 confusions ; 10 signes sont biffés puis raturés après vérification, ce qui témoigne d'une impulsivité cognitive. De plus, il a montré une certaine fatigabilité au cours de l'épreuve. **Les résultats au test indiquent un profil cognitif lent et inefficace avec des difficultés d'attention.**

MESURE DE L'IMPULSIVITE : Appariement d'images.

Temps de 1^{ère} réponse : 44.9 soit + 0.5 DS

Nombre d'erreurs : 2 soit - 0.1 DS

Temps total : 514 soit + 1.1 DS

Index exactitude : 0.47 soit - 1.3 DS

Nombre de réponses exactes : 4 soit - 1 DS

Index impulsivité : 0.23 soit - 0.2 DS

Antoine exécute la tâche en procédant par élimination systématique, avec des retours au modèle. Il montre de bonnes capacités de concentration (bruits dans la cour) et verbalise pour soutenir son exploration visuelle. On ne note pas de signes d'énervement mais quelques signes de fatigue. Sur 4 planches, la première réponse est donnée après les 60 secondes, ce qui pourrait peut-être relever d'une

volonté absolue de réussir ou d'un problème d'exploration visuelle. **Les modalités du test présenté ne font pas resurgir d'impulsivité cognitive.**

DOMAINE VISUO-SPATIAL : La figure de Rey.

Copie : type I (construction sur armature)

Temps: 6 minutes, soit centile 10.

Score total : 33 points, soit +0.5 DS

Mémoire : type I

Score total : 17 points, soit – 1.3 DS

(7 éléments absents / 18)

La copie du dessin tient dans le quart inférieur gauche de la feuille. Antoine se montre particulièrement pointilleux dans sa réalisation : il reproduit par une succession de petits traits, comme s'il dessinait. Il faudra lui demander explicitement de ne pas « dessiner » en lui précisant que cela n'altèrera pas sa production. Il en découle un temps de copie est relativement long pour son âge. Concernant l'épreuve de reproduction de mémoire, il éprouve de grandes difficultés. Les formes géométriques simples et attenantes au rectangle sont présentes dans l'ensemble, mais peu de détails sont restitués, malgré les stimulations. **Les résultats mettent en évidence un déficit mnésique visuo-spatial.**

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR : L.O.M.D.S.

F1 : contrôle-précision : 62%

F2 : motricité globale : 42.9% (échec)

F3 : coordination main-pied : 33% (échec)

F4 : vitesse poignet et doigts : 71.4%

F5 : équilibre statique : 50%

F8 : motricité manuelle : 100%

Score total : 109 points soit -2.35 DS (L'étalonnage utilisé est celui des 14 ans.)

Les résultats du test révèlent un retard de développement psychomoteur. L'étude plus précise des différents facteurs révèle des difficultés importantes dans les épreuves nécessitant une coordination rythmée entre les membres supérieurs et inférieurs, ainsi que dans celles de motricité globale. Les résultats aux items d'équilibre sont tout juste satisfaisants. Il s'aide des bras de façon inefficace, et le fait d'avoir les yeux fermés vient majorer ses difficultés. Plusieurs items sont ainsi échoués. Il est à peine dans une bonne moyenne concernant les items de contrôle-précision et de vitesse du poignet et des doigts. Les activités de motricité manuelle sont quant à elles parfaitement maîtrisées.

CONCLUSION.

Lors de la passation du bilan, Antoine s'est montré coopératif et appliqué dans les différentes épreuves proposées. Très inexpressif au départ, il se détend peu à peu mais reste sensible aux conditions d'évaluation. Passer par le jeu et la compétition est pour le moment un bon support d'intervention. Concernant le bilan, la lenteur d'exécution qui se retrouve sur différentes épreuves va parfois jusqu'à une rigueur excessive sans pour autant augmenter son efficacité. Il présente un déficit mnésique évident, certainement majoré par des difficultés d'attention et de concentration. Les difficultés ainsi observées dans les domaines évalués, ainsi que l'inhibition et le retard de développement psychomoteurs observés justifient d'une prise en charge psychomotrice.

RESUME :

Etre psychomotricien en ITEP, c'est composer avec les difficultés sociales et relationnelles d'adolescents souffrant de psychopathologies souvent intriquées à de nombreux autres troubles.

Tout praticien commençant à exercer dans ce type d'établissement peut être amené à s'interroger sur la faisabilité de son travail, et sur la tournure que peuvent prendre ses prises en charge. Cette question, que je me suis posée en commençant mon stage a trouvé sa réponse et a amené une nouvelle interrogation : le travail relationnel, autour des habiletés sociales et par l'utilisation des renforcements notamment, est-il un préalable indispensable à une prise en charge psychomotrice de ces adolescents ?

C'est à cette question que je tente d'amener des éléments de réponse en apportant des éléments théoriques sur ces psychopathologies, sur leurs répercussions dans un suivi, et sur les fondements scientifiques de nos techniques d'une part, et d'autres part, en illustrant ce cheminement de pensée par l'analyse de jeunes suivis en psychomotricité cette année.

Mots-clés : prise en charge psychomotrice, ajustements relationnels, adolescents, ITEP, psychopathologies, habiletés sociales, renforcements

SUMMARY :

Be a psychomotricien in ITEP, it means to compose with the social and relational difficulties of teenagers suffering from psychopathologies, often merged with other disorders.

Every practitioner beginning to practice in this type of establishment can be brought to wonder about the feasibility of his work and about the form that his care can set. This question, that I arose by beginning my training course found its answer and brought a new interrogation: is the relational work, around the social skills and by the use of the intensifications in particular, a prerequisite indispensable to a psychomotor care of these teenagers?

It's to this question that I try to bring elements of answer by bringing theoretical elements on these psychopathologies, on their repercussions in a follow-up, and on the scientific foundations of our techniques on one hand, and the others part, by illustrating this progress of thought by the analysis of young people followed in psychomotricity this year.

Keywords: psychomotor care, relational adjustments, teenagers, ITEP, psychopathologies, social skills, intensifications