



UNIVERSITE DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Activités thérapeutiques à médiation en psychiatrie infanto-juvénile :  
aspects théoriques et cliniques.**

Présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 2018  
au Pôle Formation

**Par Françoise Villermaux**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur François MEDJKANE**

**Co-directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Thomas HENNIAUX**



**Avertissement : La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs**

## Abréviations

AEMO = Aide éducative en milieu ouvert

CAMPS = Centre d'action médico-sociale précoce

CATTP = Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CMP = Centre médico-psychologique

CMPP = Centre médico-psycho-pédagogique

CNED = Centre national d'éducation à distance

ETP = équivalent temps plein

HDJ = Hôpital de Jour

SAPAD = Service d'assistance pédagogique à domicile

## Table des matières

<b>Résumé.....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>2</b>
<b>I. Prises en charge médiatisées de groupe en psychiatrie infanto-juvénile.....</b>	<b>4</b>
I.1. Cadre-dispositif.....	5
I.1.1. Définition.....	5
I.1.2. Types de soins à médiation.....	6
I.1.3. Le médiateur dans le cadre-dispositif.....	9
I.1.3.a. Définition, types de médiateurs.....	9
I.1.3.b. Choix du médiateur.....	13
I.1.3.c. Utilisation du médiateur.....	15
I.1.4. Le groupe dans le cadre-dispositif.....	16
I.1.5. Place et rôles du soignant.....	18
I.1.6. Place de la supervision.....	20
I.2. Processus thérapeutiques :.....	21
I.2.1. Processus thérapeutiques du cadre.....	21
I.2.2. Processus thérapeutiques du groupe.....	23
I.2.2.a. Phénomènes de groupe.....	23
I.2.2.b. Types de thérapies de groupe.....	25
I.2.2.c. Déroulement des phénomènes de groupe.....	26
I.2.2.d. Valence thérapeutique.....	28
I.2.2.d.i. Contenance et fonction alpha.....	28
I.2.2.d.ii. Etayage narcissique et diffraction du transfert.....	30
I.2.2.d.iii. Espace médiateur.....	30
I.2.2.d.iv. Support identificatoire.....	31
I.2.2.d.v. Soutien des capacités de symbolisation.....	31
I.2.2.e. Différence entre les groupes d'adolescents et d'enfants.....	32
I.2.3. Processus thérapeutiques du médiateur.....	33
I.2.3.a. Médiateur et contenance.....	33
I.2.3.b. Médiateur et lien intersubjectif.....	35

I.2.3.c. Médiateur et activité de pensée.....	37
I.2.3.d. Médiateur et espace transitionnel.....	39
I.2.3.e. Médiateur et créativité.....	40
I.2.3.f. Médiateur et symbolisation.....	42
I.2.3.g. Évaluation et modélisation des processus thérapeutiques des soins à médiation.....	46
I.2.4. Déroulement des processus thérapeutiques.....	47
I.3. Indications.....	49
I.4. Synthèse.....	49
<b>II. Le jeu comme médiateur.....</b>	<b>52</b>
II.1. Jeu et développement.....	53
II.1.1. Développement cognitif.....	53
II.1.2. Développement psycho-affectif.....	54
II.2. Le jeu en pratique clinique.....	57
II.2.1. Apports de la psychanalyse.....	57
II.2.2. Quelle place pour les jeux structurés ?.....	59
II.2.3. Le jeu structuré comme médiateur en groupe.....	62
<b>III. Illustration clinique : l'activité « jeux de société » d'un CATTP pour adolescents.....</b>	<b>66</b>
III.1. Présentation de l'unité.....	66
III.1.1. Cadre théorique.....	66
III.1.2. Équipe.....	68
III.1.3. Axes de travail.....	68
III.1.3.a. Temps d'activité thérapeutique médiatisée en groupe.....	68
III.1.3.b. Temps de reprise et synthèse.....	71
III.1.4. Indications et profil des adolescents.....	71
III.1.5. Objectifs de la prise en charge.....	72
III.2. Présentation de l'activité « jeux de société » :.....	73
III.2.1. Cadre-dispositif.....	73
III.2.2. Déroulement d'une séance.....	74
III.2.3. Les adolescents du groupe.....	77

III.2.3.a. Gordon.....	77
III.2.3.b. Oscar.....	81
III.2.3.c. Vincent.....	86
III.2.3.d. Alexis.....	89
III.2.3.e. Thomas.....	92
III.2.3.f. Justine.....	94
III.2.3.g. . Jean-Charles.....	96
<b>III.3. L'observation.....</b>	<b>100</b>
III.3.1. Rencontre du groupe (04.10.2017).....	100
III.3.2. Première période (séances 3 à 13) : le travail silencieux de la continuité.....	105
III.3.2.a. Séance 13 (20.12.2017), ou la question de la continuité et de la distance.....	106
III.3.2.b. Bilan.....	111
III.3.3. Deuxième période (séances 14 à 23) : illusion groupale, espace transitionnel et créativité.....	112
III.3.3.a. Séance 16 (17.01.2018), ou l'émergence de l'illusion groupale.....	113
III.3.3.b. . Séance 19 (07/02/2018), ou l'apparition de la créativité.....	122
III.3.3.c. Séance 21 (21.02.2018), ou pourquoi les adolescents aiment jouer au Loup-garou .....	128
III.3.3.d. Séance 23 (14.03.2018), ou le début de la fin de l'illusion groupale.....	142
III.3.3.e. Bilan.....	147
III.3.4. Troisième période (séances 24 à 28) : le début de la fin.....	148
III.3.4.a. Séance 24 (21.03.2018), ou « trop d'absences ».....	149
III.3.4.b. Séance 27 (11.04.2018), ou comment se préparer à se séparer : position schizo-paranoïde.....	156
III.3.4.c. Séance 28 (18.04.2018), ou la position dépressive et la permanence de l'objet..	164
III.3.4.d. Bilan.....	172
<b>III.4. Evolution.....</b>	<b>173</b>
III.4.1. Evolution des adolescents sur le plan individuel.....	173
III.4.1.a. Gordon.....	173
III.4.1.b. . Oscar.....	177
III.4.1.c. . Vincent.....	179
III.4.1.d. . Alexis.....	182
III.4.1.e. Thomas.....	185

III.4.1.f. . Justine.....	187
III.4.1.g. . Jean-Charles.....	189
III.4.2. Evolution de la dynamique groupale.....	190
III.4.3. Bilan.....	191
<b>IV. Articulation théorico-clinique.....</b>	<b>192</b>
IV.1. Le choix du jeu structuré comme médiateur : propriétés et indications.....	192
IV.2. L'utilisation du médiateur : intérêt de la souplesse.....	195
IV.3. Le positionnement des soignants, entre éducatif et thérapeutique.....	197
IV.4. Le groupe : une dimension à prendre en compte.....	198
IV.5. L'unité de soins, un espace psychique élargi.....	199
<b>Conclusion.....</b>	<b>201</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>204</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>211</b>
Annexe 1 : Les Loups-garous de Thiercelieux ® : extrait de la règle du jeu.....	211
Annexe 2 : Saboteur ® : extrait de la règle du jeu.....	214
Annexe 3 : Bang ! ® : extrait de la règle du jeu.....	218



## Résumé

Les activités thérapeutiques à médiation en groupe constituent une modalité de soin actuellement très répandue en psychiatrie infanto-juvénile. Ce terme recouvre des pratiques hétérogènes en terme de référentiel théorique comme de cadre-dispositif, et l'utilisation d'un médiateur est insuffisante pour définir un soin à médiation à valence psychothérapeutique. Dans une activité bien menée avec un cadre-dispositif adapté, le médiateur peut remplir différentes fonctions, rattachables à des étapes du développement psycho-affectif de l'enfant.

Le jeu, activité principale de l'enfant, est un des tout premiers médiateurs à avoir été utilisé en pratique clinique en pédopsychiatrie, mais le jeu structuré en particulier a été relativement peu étudié. C'est avec un double objectif que nous présentons une expérience clinique d'activité « jeux de société » auprès d'un groupe d'adolescents : nous cherchons à dégager les conditions pour qu'une activité à médiation en groupe puisse être thérapeutique, ainsi que les propriétés de ce médiateur particulier qu'est le jeu structuré.

## Introduction

Les premiers groupes thérapeutiques à médiation pour enfants furent développés par Slavson en 1934. Dénommés *activity group therapy*, ils étaient proposés à des enfants en période de latence. Leur premier objectif était de faire vivre à ces enfants une expérience positive de relation avec leurs pairs dans un environnement permissif, et s'appuyait sur le postulat que l'activité physique a une propriété cathartique qui serait thérapeutique pour l'enfant (1). Rapidement, d'autres praticiens se sont saisis de cette première expérience, ont testé différents cadres, et élaboré des théories à partir de leurs expériences cliniques. Différentes écoles se sont constituées. Les soins à médiation se sont particulièrement développés depuis les années 80, jusqu'à être extrêmement répandus aujourd'hui.

Depuis le début des années 2000, certains auteurs font le constat que les soins à médiation de groupe constituent un ensemble éclectique, reposant sur des références théoriques hétérogènes et insuffisamment développées, que ce soit à propos de l'utilisation du groupe ou de la médiation. L'école lyonnaise, notamment, tente de constituer un corpus théorique du soin à médiation. Certains cherchent à déterminer les indications et caractéristiques précises de médiateurs en particulier, tandis que d'autres tentent de dégager les processus à l'œuvre dans le soin à médiation, quel que soit son objet.

Ce type de soin peut rencontrer une certaine défiance, chez le public comme chez les professionnels. Alors qu'il est désormais bien admis que la parole peut être le principal outil d'un soin psychothérapeutique, le caractère potentiellement thérapeutique d'un jeu partagé ou d'une médiation par l'animal est moins reconnu, la distinction entre thérapeutique et activité occupationnelle moins aisément perceptible.

J'ai eu l'occasion, au cours d'un stage d'un an en psychiatrie infanto-juvénile, de participer activement à plusieurs activités d'un CATTP pour adolescents. Après un temps d'adaptation, cette expérience m'a permis de découvrir d'autres façons d'occuper une posture soignante que celle dont j'avais l'habitude, c'est-à-dire de l'autre côté d'un bureau. Je n'oublie cependant pas mes questionnements initiaux : qu'est-ce qui se joue ici ? Qu'est-ce que je fais ? Est-ce vraiment du soin ? Après quelques mois, au vu de la richesse clinique des séances, j'ai été bien convaincue qu'il s'agissait d'un soin. Mais pourquoi, et comment ? J'ai commencé à m'intéresser aux processus psychiques de la médiation ainsi qu'à ceux du groupe, et élaboré non seulement l'idée de ce travail, mais aussi celle de m'orienter vers la psychiatrie infanto-juvénile.

Ce travail s'efforce de déterminer comment, avec quels leviers et à quelles conditions un soin à médiation peut produire un effet thérapeutique.

Dans une première partie théorique, nous étudierons les processus à l'œuvre dans les activités à médiation de groupe pour enfants ou adolescents décrites dans la littérature. Nous chercherons à définir ces types de soin, les bases théoriques sur lesquels ils reposent, puis à décrire les processus relevant du cadre, du groupe et de l'objet médiateur, dans le but de dégager ce qui détermine le caractère thérapeutique. Ensuite, nous nous intéresserons au jeu comme médiateur, et plus spécifiquement au jeu structuré. Enfin, nous présenterons l'observation menée pendant 8 mois d'un groupe d'adolescents autour de la médiation « jeux de société », cherchant d'une part à repérer les processus à l'œuvre à la lumière des éléments théoriques étudiés et, d'autre part, à dégager les propriétés et indications de ce médiateur encore peu étudié.

## **I. Prises en charge médiatisées de groupe en psychiatrie infanto-juvénile**

Les activités thérapeutiques à médiation constituent un ensemble éclectique en terme de référentiel théorique et de cadre. Ceci peut en partie s'expliquer par le fait que ces soins se situent au carrefour de deux types de pratiques. Les activités à médiation en groupe appartiennent aux soins médiatisés, historiquement dérivés de l'art-thérapie pratiquée en psychiatrie adulte, qui peuvent se pratiquer en groupe comme en séances individuelles (2). Elles s'inscrivent également dans les thérapies de groupe, centrées sur le groupe et sa dynamique, dans lesquelles l'utilisation d'un médiateur est possible mais non obligatoire (3). L'utilisation d'un médiateur avec un groupe de patients ne suffit donc pas à caractériser une activité : chaque courant de pensée a son référentiel théorique, ses objectifs, qui se traduisent par des pratiques différentes.

Les activités à médiation constituent également un ensemble hétérogène du fait qu'elles peuvent avoir différents objectifs.

Une activité *occupationnelle* pourrait être définie par l'absence d'attente d'effet thérapeutique intrinsèque par le patient ou les soignants. Elle est évaluée par la notion de satisfaction du patient (4). L'activité occupationnelle n'a donc pas d'effet psychothérapeutique prise isolément, mais peut être un support pour des projections qui sont reprises et travaillées ailleurs, participant au travail thérapeutique global qui se déroule à l'échelle de l'unité.

Une activité à visée *rééducative* a pour objectif un apprentissage, l'acquisition ou la consolidation de compétences : habiletés sociales par exemple. Elle cible des besoins perturbés, est évaluée en terme d'efficacité et peut s'intégrer dans un projet de soin. Son objectif et son évaluation ne sont pas d'ordre psychothérapeutique, même si le patient peut en bénéficier sur le plan relationnel (4).

Une activité *thérapeutique* a une valence psychothérapeutique, c'est à dire qu'elle vise une amélioration des symptômes, une diminution de la souffrance psychique. L'indication d'une activité

thérapeutique est posée sur un diagnostic, un symptôme ou une souffrance psychique, elle est réévaluée selon l'état clinique du patient, en terme d'efficacité et non pas seulement de satisfaction (4). Roussillon définit la psychothérapie comme « *un travail psychique qui vise à optimiser ou développer les capacités de symbolisation d'un sujet (ou groupe) par analyse des difficultés dans l'histoire de la symbolisation, ou en proposant de nouvelles expériences de symbolisation* » (5). La symbolisation peut être définie assez simplement comme la mise en lien d'une représentation de chose, puis de mot, avec les traces psychiques et affects bruts de l'expérience vécue. La symbolisation ouvre au processus de subjectivation, « *c'est-à-dire un processus par lequel le sujet humain s'approprie son expérience vécue* », transformation de la position du sujet vis à vis de lui-même et des autres (6).

Nous parlerons dans ce travail des activités médiatisées pratiquées en groupe, à objectif psychothérapeutique, en psychiatrie infanto-juvénile.

Dans cette première partie, nous étudierons les différents cadres-dispositifs des soins à médiation, avant de détailler les propriétés thérapeutiques qui relèvent respectivement du cadre, du groupe, et de l'objet médiateur.

## I.1. Cadre-dispositif

### I.1.1. Définition

Le terme de cadre thérapeutique désigne l'ensemble des facteurs qui interviennent dans le traitement : le référentiel théorique, la formation et la personnalité du thérapeute, les règles de fonctionnement, le ou les médiateurs, les caractéristiques matérielles et pratiques (3). Bledger décrit deux composantes dans le cadre : une variable, individuelle - c'est le processus qui se déroule - et

une invariable qui permet au processus de se dérouler (7). On peut distinguer le *cadre*, terme qui recouvre les aspects théoriques et conceptuels (le référentiel théorique, la formation du thérapeute, l'objectif thérapeutique) du *dispositif* qui, lui, désigne l'ensemble des éléments concrets et matériels qui permettent que le cadre théorique soit le plus opérant possible (la salle, le matériel à disposition) (8). Roussillon propose d'accoler les deux termes pour parler de « *cadre-dispositif* » (5).

Ni l'objet médiateur ni le groupe ne présentent de portée thérapeutique en eux-mêmes indépendamment du cadre-dispositif (9,10). Celui-ci détermine en partie l'ensemble des processus qui vont naître, et doit être mis en place en fonction du travail que le thérapeute veut accomplir (3).

Le cadre doit tenir compte du patient : de son accès à l'épreuve de réalité, de sa tolérance à la frustration, de sa capacité à moduler l'agressivité, à différer l'action, à accéder à la sublimation et à l'identification. Il doit ainsi être adapté pour que tous les éléments puissent être utilisables et acceptés par les patients (9).

Les éléments qui constituent le cadre doivent être pensés à l'avance, être cohérents entre eux et avec le projet thérapeutique. Certains éléments déterminent la fonction symbolisante du cadre (théorie de référence, formation du thérapeute), d'autres permettent que le dispositif soit utilisable par tout patient (3).

### I.1.2. Types de soins à médiation

L'utilisation d'un médiateur ne suffit par pour définir le soin dans lequel il s'intègre (11). On peut classer les soins à médiation selon plusieurs critères.

*Selon l'objectif :*

Brun (10) distingue deux types de dispositifs à médiation, selon leurs objectifs.

Le *dispositif de médiation à création* n'a pas de visée psychothérapeutique. Le but de ces activités est la création d'une œuvre artistique. Dans ces activités il n'y a pas d'analyse du transfert, du

processus de création, ni de la production. Elles seraient plutôt à classer du côté de l'occupationnel. Il s'agit le plus souvent de groupes ouverts en institution, animés par des artistes, pouvant donner lieu à l'exposition des œuvres.

Dans le *dispositif de médiation thérapeutique*, au contraire, l'objectif thérapeutique est au premier plan. Les dynamiques transférentielle et groupale sont analysées, ainsi que le processus de symbolisation. Il s'agit le plus souvent de groupes fermés ou semi-ouverts, animés par des psychothérapeutes.

En pédopsychiatrie, on pourrait distinguer aussi les groupes éducatifs ou de rééducation.

#### *Selon la place du médiateur.*

La place donnée au médiateur et au groupe dans le cadre dépend du type de travail qu'on veut effectuer, et de ce qui en constitue le levier principal : le médiateur ou le groupe (12).

Catheline et Marcelli (12) décrivent deux types de groupes thérapeutiques à médiation : les soins de groupe médiatisés et les soins médiatisés en groupe.

Dans la *thérapie de groupe médiatisée*, la thérapie groupale est au premier plan, le médiateur n'est que le support de l'expression. Le premier effet recherché est la mise en place d'une dynamique groupale. Le cadre est donc assez strict, inspiré du cadre psychanalytique : groupe fermé, régularité, association libre, abstinence et délimitation nette entre le dedans et le dehors pour permettre une régression dans le groupe qui ne contamine pas la réalité. Le médiateur joue le rôle de facilitateur pour aider à la constitution du groupe et à la mise en route des processus associatifs. Il soutient la parole, le va-et-vient du groupal à l'individuel. Les interventions du thérapeute portent sur les phénomènes groupaux. Dans un deuxième temps, le groupe peut se passer du médiateur et évoluer vers une thérapie de groupe plus classique.

Dans le cadre d'un *soin médiatisé en groupe*, l'utilisation du médiateur est au premier plan et c'est le groupe qui joue une fonction d'étayage étant donné qu'il peut être difficile pour un enfant ou adolescent d'être dans une relation duelle avec un soignant. Le cadre est plus malléable, le groupe est le plus souvent semi-ouvert et non formé d'emblée, il se constitue autour du partage de l'objet de médiation. L'utilisation du médiateur est au centre du cadre, mais n'est pas strictement définie et permet une certaine créativité. L'objectif thérapeutique est atteint via un autre processus que celui des groupes thérapeutiques fermés : Catheline et Marcelli mettent en avant dans ces types de soins le retour à une activité et un plaisir à penser, grâce à l'étayage du médiateur et du groupe (12).

Quélin-Soulinoux, dans une classification légèrement différente, distingue trois types de soins thérapeutiques de groupe utilisant une médiation en pédopsychiatrie (11,13,14).

Dans un *groupe à médiation*, l'objet médiateur est au centre du cadre-dispositif. L'objectif est le soutien de la capacité de symbolisation de chaque patient au contact du médiateur. Il est indiqué pour des pathologies dans lesquelles les patients n'ont que peu d'accès à la mentalisation et à la symbolisation. Aucune interprétation groupale n'y est faite. Les règles d'utilisation de la médiation sont définies à l'avance, données toutes faites et imposées aux patients (11).

Dans une *thérapie de groupe*, le groupe lui-même est l'objet d'analyse, et la médiation n'est qu'une composante du cadre mais ne le détermine pas (14). Les interventions du thérapeute se centrent sur la dynamique groupale. Le médiateur est utilisé librement, avec créativité, il joue le rôle de support de la communication et facilite les partages émotionnels. Il est disponible pour être recréé par les patients d'une façon qui est propre au groupe, et qui représente sa dynamique (11).

Intermédiaire entre les deux, se trouve le *groupe thérapeutique médiatisé*. Son objectif est la psychothérapie groupale, mais la médiation y joue un rôle plus important que dans la thérapie de groupe. Le médiateur contribue à construire le sentiment d'appartenance groupale autour de son partage par les membres. Une fois l'enveloppe groupale constituée, une aire de créativité peut se



déployer et les enfants peuvent utiliser le médiateur d'une façon originale « *dans le va-et-vient du groupal à l'individuel et de l'immuabilité de l'objet à son éventuelle transformation dans la création* » (13). Les interprétations se font sur les phénomènes groupaux, mais à travers le médiateur et pas directement au groupe. La médiation occupe donc une place plus importante dans ce dispositif que dans celui d'une thérapie de groupe, mais son utilisation est plus libre que dans le groupe à médiation (14).

A travers ces classifications et les différentes fonctions que peut occuper le médiateur, on perçoit aussi les différentes places qu'occupe la mise en relation dans le dispositif.

Plus le médiateur est au centre du dispositif, plus la relation intersubjective passe par son biais. Dans un groupe à médiation ou un soin médiatisé de groupe, le médiateur vient soutenir les capacités parfois faibles des patients à être durablement en relation. La participation à une thérapie de groupe, qui repose moins sur l'utilisation du médiateur, n'est que difficilement envisageable pour des patients ayant une faible capacité à supporter la relation, qu'ils la redoutent ou qu'elle soit au contraire trop excitante pour eux.

### I.1.3. Le médiateur dans le cadre-dispositif

Une fois définis l'objectif de l'activité à médiation et le type de cadre-dispositif, peut alors se poser la question du choix du médiateur et des modalités de son utilisation.

#### I.1.3.a. Définition, types de médiateurs

Selon Rey , le mot médiation remonterait au latin, *mediare* : être au milieu. Au 16<sup>e</sup> siècle, la médiation prend le sens de « *entremise destinée à concilier des personnes ou des partis, à amener à un accord* » (15). La médiation désigne ici à la fois le processus et l'intermédiaire.

Pour Debray, la médiation se définit comme « *ensemble dynamique des procédures et corps intermédiaires qui s'interposent entre une production de signes et une production d'événements* ». (16).

La médiation implique donc l'interposition d'un tiers, et engage dans une relation à trois.

Le premier médiateur, présent dans toutes les activités thérapeutiques - au moins du côté des soignants - est la parole (17). L'objet médiateur – ou *medium* - est un moyen d'expression, destiné à remplacer ou suppléer la parole.

Chaque médiateur a des propriétés particulières, des spécificités et des limites dans le travail psychique qu'il peut permettre d'amorcer, d'où l'intérêt de proposer aux patients une palette d'activités à médiation la plus large possible (17). Historiquement, les premiers médiateurs utilisés en ateliers thérapeutiques étaient de type artistique (2). Il existe actuellement une multitude de médiations, qu'il serait impossible de toutes détailler. Le psychodrame, médiation par le jeu théâtral, est une spécificité française. Les médiateurs conte et équithérapie sont particulièrement présents actuellement en pédopsychiatrie.

Il existe plusieurs classifications des médiateurs.

En 1934, Slavson décrivait des médiateurs « fixateurs » et « activateurs de libido » (1).

Roussillon définit les *mediums malléables* - reprenant le terme introduit par Milner dans les années 50 (18) - comme des objets matériels dont les propriétés perceptivo-motrices permettraient de représenter en forme le processus de symbolisation, en rendant perceptible et manipulable l'activité perceptivo-motrice (19). Roussillon décrit 5 propriétés du *medium* malléable : indestructibilité (il doit pouvoir résister à la destructivité du patient), extrême sensibilité, infinie transformation tout en restant lui-même, disponibilité, animation propre (inanimé mais doit pouvoir être considéré comme animé). Les exemples les plus communs de *mediums malléables* sont l'eau, la terre, la pâte à

modeler (19). Le médium malléable ne signifie rien en lui-même, mais dépend de son utilisation par le patient : il prend la forme de la psyché du patient, de ses problématiques internes, et induit un processus de symbolisation (20).

Cette définition du bon médiateur en exclut beaucoup, mais d'autres auteurs élargiront la conception des objets pouvant jouer ce rôle.

Chouvier classe les médiateurs en « *objets créés* » et « *objets trouvés* ». Les « objets créés » (peinture, pâte à modeler) sont créés ou modifiés par le patient, ils sont à rapprocher des médiums malléables de Roussillon. Les « objets trouvés » sont prêts à l'emploi, selon Chouvier ils peuvent jouer le rôle d'« embrayeurs d'imaginaire » pour les patients qui ne supportent pas le vide initial préexistant à la création. On peut inclure dans cette catégorie, par exemple, le conte et la photographie (21).

Privat et Quélin-Soullignoux distinguent 3 types d'objets médiateurs : les objets concrets (peinture, pâte à modeler), le jeu dramatique (psychodrame) et les objets culturels (musique, culture, jeu) (8).

Catheline et Marcelli proposent plusieurs classifications des médiations (22). En plus d'un classement selon la nature de l'objet médiateur, il est possible d'utiliser d'autres axes, par exemple celui de la dynamique que l'activité induit. Selon cet axe, on peut ainsi classer d'un côté les activités autorisant et favorisant la régression, sollicitant « l'idéal d'enfant », permettant une rencontre avec les pairs autour d'un plaisir d'enfance retrouvé (activités ludiques, de création) ; et d'un autre les activités qui soulignent la nécessité de grandir, font appel à des valeurs comme confiance en l'autre, responsabilité, prise d'initiatives, (escalade, fabrication manuelle), et renvoient au modèle adulte (22).

Une autre classification possible des médiateurs pourrait utiliser comme axe le degré de mise en relation que ceux-ci suscitent.

À une extrémité de cet axe, nous pourrions placer les médiations nécessitant une relation très soutenue aux autres. Le jeu théâtral, les sports collectifs ou les jeux de société pourraient faire partie de cette catégorie.

À l'autre extrémité de l'axe, on pourrait trouver des médiations qui requièrent une capacité d'être seul. On imaginerait difficilement, par exemple, une séance de relaxation remplie de bavardages anxieux ou excités.

Les médiations que l'on situerait au milieu de cet axe sont celles qui laissent chaque patient relativement libre de moduler sa relation aux autres, de se retirer momentanément dans une rêverie solitaire en présence des autres. Il est possible, par exemple, de marcher en parlant avec les autres ou perdu dans ses pensées, d'écouter de la musique en laissant venir les associations d'idées, de bricoler au milieu des autres en prenant plaisir à son propre état de concentration sereine. En laissant chaque patient libre d'aller et venir entre la relation intersubjective et l'exploration de son intériorité, dans une solitude sereine parce que choisie (le groupe et les soignants sont disponibles pour reprendre une relation active dès que le patient le souhaite), les activités à médiation offrent des expériences de solitude en présence de l'autre.

L'expérience d'être seul en présence de l'autre, selon Winnicott, est à la base de la capacité à être en relation, et à être seul. Il décrit cette expérience lorsque le nourrisson peut jouer seul en présence de sa mère, et prendre plaisir à cet état (23). Être seul et en relation ne sont pas des états opposés, mais au contraire tout à fait liés. On ne peut tolérer d'être seul qu'après avoir fait l'expérience de la solitude en présence de l'autre, en sentant que la relation reste bien vivante. Inversement, pour quelqu'un n'ayant jamais expérimenté la solitude dans la relation, la relation tend à être vécue de façon intrusive et persécutive puisqu'on ne peut pas y échapper en se retranchant dans la solitude.

La solitude n'est tolérable que parce que la relation reste vivante, et la relation n'est tolérable que parce que le sujet a la possibilité de se retirer à tout moment dans la solitude.

L'indication pour un patient d'un type de médiateur selon cet axe de classification est à considérer soigneusement. Un médiateur requérant une relation active permanente peut rassurer des patients ayant une faible capacité d'être seul, mais cette sollicitation relationnelle peut devenir trop excitante ou intrusive. De même, une médiation comportant des moments de solitude en présence des autres quasi obligatoires (relaxation par exemple) peut être très difficile à supporter pour des patients qui le vivraient comme un abandon.

### *1.1.3.b. Choix du médiateur*

On pourrait considérer que la nature concrète de l'objet médiateur n'a pas d'importance, que seul compte son rôle de support pour le développement des phénomènes thérapeutiques qui naissent de par son utilisation. Cependant, chaque médium a des propriétés particulières, des spécificités et des limites dans le travail psychique qu'il peut permettre d'amorcer (17).

Comment choisir un médiateur ?

#### *Adaptation à l'objectif*

Le médiateur est choisi en fonction de ses qualités, suivant qu'il sera utilisé comme but en soi (expression artistique) ou comme moyen (réduction des angoisses de mise en groupe, accès à la symbolisation) (9), comme principal levier du soin ou comme adjuvant.

La nature concrète du médiateur conditionne le type de matière première psychique qui sera projetée sur lui (17), et influence les liens qui se tisseront dans le groupe au cours de son utilisation. Si l'utilisation des phénomènes de groupe est au centre du dispositif, on aura tout intérêt à utiliser un médiateur rassemblant les patients autour de son utilisation (création d'un objet commun, par exemple) pour faciliter l'établissement d'une entité groupale (11).

### *Adaptation au patient*

Certains auteurs sont en faveur d'une indication rigoureuse d'un médiateur pour une pathologie déterminée (21). D'autres considèrent plutôt que seul compte son rôle de support pour la symbolisation. Au total, il n'y a pas de choix évident d'un médiateur pour tel patient ou groupe, mais un certain nombre de paramètres à prendre en compte (8).

Le choix du médiateur pour un patient particulier peut s'effectuer selon des critères qui varient au cours de sa prise en charge. En début de prise en charge, on peut rechercher surtout une adéquation avec les centres d'intérêts du patient afin de garantir le plaisir à l'utilisation et d'apaiser des réticences à fréquenter un lieu de soin. Une fois le lieu de soin investi par le patient, on peut plus facilement lui proposer des médiations ajustées à ses difficultés et besoins perçus (22,24).

Puisque le médiateur est un support au développement de processus de symbolisation, il doit être adapté à l'âge et au stade de développement de son utilisateur, ainsi qu'à sa capacité ou difficulté d'accès à la symbolisation. Lorsque l'accès au langage est très précaire, il peut être intéressant de choisir un médiateur passant par les voies sensorielles pour ouvrir à la symbolisation (11). Le choix du médium doit tenir compte des « systèmes perceptivo-sensori-moteurs » du patient, pour que celui-ci soit en mesure de le « créer » : le médium doit être « créable », c'est à dire que le dispositif doit permettre au patient de « trouver ce qu'il est capable de créer » (17). Cette idée s'appuie sur ce que dit Winnicott de la « présentation de l'objet » : la « mère suffisamment bonne » présente un objet à son enfant de façon à ce que l'enfant puisse avoir l'illusion de l'avoir créé (25). Le médiateur doit pouvoir être exploité par le patient, lui permettre de développer une certaine créativité dans son utilisation (9).

Certains médiateurs suscitent plus d'excitation et de régression que d'autres (14,22), il faut donc prendre en compte les capacités de pare-excitation du patient.

Nous pourrions ajouter que le choix devrait également tenir compte de la capacité du patient à être en relation, et à être seul en présence des autres.

#### *Adaptation au soignant (ou du soignant au médiateur)*

La pratique d'un soin médiatisé implique le soignant dans sa personne. Le choix du médiateur vient dire quelque chose du désir du soignant : de ce dont il voudrait que le patient se saisisse, et de ce qu'il pense avoir à lui donner. Il faut que le soignant investisse le médiateur, pour que son plaisir à l'utiliser puisse être partagé avec le patient. Idéalement, il devrait être formé à la pratique de ce médiateur (12).

Le choix du médiateur est donc à considérer soigneusement lors de l'élaboration du cadre-dispositif, pour tenir compte de ces différents paramètres.

Si le médiateur en lui-même n'a pas de fonction thérapeutique intrinsèque, en quoi son utilisation est-elle particulière dans un groupe à vocation psychothérapeutique ?

#### *1.1.3.c. Utilisation du médiateur*

L'utilisation du médiateur dépend de l'objectif de l'activité, et de la place laissée au médiateur dans le cadre-dispositif de celle-ci.

En groupe à médiation non psychothérapeutique (groupe rééducatif, d'habiletés sociales), l'utilisation de la médiation est codifiée, donnée d'emblée par les soignants (14). En revanche, si le groupe a une visée psychothérapeutique, l'objet médiateur est proposé, disponible, mais non imposé (11).

Différents auteurs s'accordent sur l'importance que les enfants puissent et soient même encouragés à utiliser la médiation de façon originale, laissant une place à la créativité et à l'imprévu (11,22,26).

L'objet médiateur ne s'inscrit dans un processus thérapeutique que s'il peut être recréé par les

patients d'une façon propre au groupe, et représentative de sa dynamique. Ainsi, par exemple, une craie pensée pour être un outil de dessin peut être réduite en poussière et rassembler le groupe dans un jeu dramatique spontané (11). La liberté dans l'application des consignes et dans les échanges autour de l'activité paraît indispensable pour le déploiement d'une aire de jeu partagée entre les protagonistes (26).

L'utilisation du médiateur en situation thérapeutique devrait comporter un minimum de décalage par rapport aux activités culturelles ou ludiques du monde associatif, l'objet étant détourné de son but initial. Ce décalage, suscitant la surprise, peut être fortement mobilisateur sur le plan de la pensée (22).

La médiation choisie spécifiquement pour chaque patient ne pourrait donc être thérapeutique que si le patient peut se l'approprier de manière inattendue, imprévisible, et en s'éloignant des projections initiales des soignants (26).

#### I.1.4. Le groupe dans le cadre-dispositif

Dans l'élaboration du cadre d'une activité thérapeutique groupale, certains éléments concernant le groupe sont à définir.

Un choix important est de déterminer le caractère *fermé* ou *ouvert* du groupe.

Un groupe fermé est constitué puis ne change pas, sans entrée ni départ, jusqu'à une date de fin indéterminée ou déterminée. Les groupes fermés sont difficiles à mettre en place, puisqu'il faut attendre un nombre suffisant de participants et que chaque départ menace le groupe de destruction. Ils permettent le développement de phénomènes de groupe facilement repérables, et sont à privilégier si l'on souhaite utiliser ces phénomènes dans le traitement (3), dans le cadre d'une thérapie de groupe médiatisée par exemple.



Un groupe ouvert peut, au contraire, accueillir de nouveaux membres à tout moment, selon les places disponibles, et les participants peuvent quitter le groupe librement. Ils sont les plus faciles à mettre en place. Le groupe ouvert évoque une famille : des membres y arrivent, le quittent, mais la famille survit. Il suscite l'émergence de thématiques de rivalité oedipienne. Les membres peuvent changer sans remettre en cause l'existence du groupe, en cela les groupes ouverts sont rassurants. La séparation se travaille de façon individuelle par rapport à un groupe qui continuera d'exister sans l'individu. Un groupe ouvert ne se constitue pas comme entité, et les phénomènes groupaux ne s'y expriment que très peu (3). Les groupes ouverts sont donc plutôt adaptés pour des activités dans lesquels l'utilisation de la médiation est au premier plan.

Intermédiaire entre ces deux types de groupes, le groupe semi-ouvert constitue un compromis entre le principe d'un groupe fermé et les contraintes institutionnelles qui rendent sa mise en place difficile. Il peut commencer avant d'être complet, accueillir de nouveaux membres en cours de fonctionnement jusqu'à être rempli, et accueillir de nouveaux membres en cas de départs – les départs ne sont pas souhaitables, mais ne mettent pas fin au groupe (3).

La *composition du groupe* est un autre élément du cadre à considérer. Pour que des mouvements d'identification et de différenciation puissent avoir lieu, il est souhaitable que les patients ne soient pas d'âges trop hétérogènes (9), qu'ils ne présentent pas tous la même pathologie, mais ne soient pas non plus trop différents (8). En effet, pour qu'un travail de subjectivation se développe grâce à une relation, les protagonistes doivent être suffisamment semblables pour qu'une identification soit possible entre eux, mais suffisamment différents pour que chacun puisse se sentir lui-même, différencié. Le processus de subjectivation est le passage de l'individu au sujet. Il aboutit à la conscience du fait d'être une personne séparée, distincte et un minimum différente des autres, mais cependant semblable à eux et en relation avec eux.

La *durée* du soin peut aussi être définie dans le cadre-dispositif. Les activités thérapeutiques de groupe peuvent être limitées dans le temps avec une date de fin annoncée d'emblée - suivant l'année scolaire le plus souvent en pédopsychiatrie - ou être à durée indéterminée. L'illusion que le soin durera pour toujours peut renforcer l'engagement des patients, et leur confiance dans le groupe. Les groupes fermés à durée indéterminée sont ceux qui suscitent le plus de phénomènes de groupe (3). Une date de fin de groupe peut cependant être intéressante, en signifiant formellement que les membres vont se séparer, évoluer, et ne resteront pas fusionnés pour toujours. Elle permet que le thème de la séparation soit abordé et élaboré au cours des séances.

#### I.1.5. Place et rôles du soignant

Le soignant remplit en groupe thérapeutique de multiples rôles.

Premièrement, il est le garant du cadre. Il doit s'assurer que le cadre résiste aux éventuelles attaques, et reste opérant. Il doit pouvoir supporter l'alternance de phases d'illusion et désillusion, d'organisation et désorganisation (13).

Il est amené à accueillir, contenir, métaboliser et restituer si possible en y donnant du sens tout ce que les enfants ou adolescents projettent, sans s'en défendre. En cela, il est aidé par le cadre et le médiateur, qui détournent vers eux une partie des projections (17).

Si le cadre prévoit d'utiliser les phénomènes groupaux, le soignant participe à la création de l'espace thérapeutique groupal, facilitant par ses interprétations le passage d'une situation collective à un sentiment d'appartenance groupale qui permet que se développe un espace commun de pensée (8).

Le soignant est aussi celui qui présente la médiation au patient, et l'accompagne dans son utilisation. Il devrait y prendre lui-même plaisir : dans son investissement du médiateur, le soignant montre sa part créatrice, à laquelle le patient peut s'identifier. Il doit investir l'objet de médiation pour pouvoir transmettre aux patients son envie de l'utiliser (12), mais pas trop. Il ne devrait pas en

effet se poser en spécialiste, en expert de cet objet, afin d'éviter que les enfants et adolescents, dans leur utilisation du médiateur, ne cherchent à être en conformité avec ce qu'ils pensent être l'attente du soignant. Une utilisation créative suppose un minimum de distance vis à vis d'un modèle idéalisé (11).

Une activité qui fonctionne bien surprend les soignants, se décale du déroulement qu'ils avaient projeté (26). Cet écart entre projection et déroulement réel doit être accepté, le soignant doit pouvoir résister à la tentation de modifier le cadre sous forme de passage à l'acte lorsque ses projections sont mises à mal (9).

Le soignant a donc la tâche paradoxale de concevoir un cadre cohérent, choisir une médiation, composer soigneusement un groupe, imaginer le déroulement de l'activité thérapeutique pour des patients précis, pour ensuite accepter qu'ils s'écartent de ses projections sans se sentir mis en échec ni éprouver de ressentiment à leur égard.

Catheline et Marcelli parlent pour le soignant d'une attitude de disponibilité et d'effacement, de « *mise entre parenthèses de sa propre subjectivité* » afin de laisser le patient utiliser la médiation avec créativité et d'éviter le potentiel conflit de la rencontre entre deux subjectivités. Ils comparent l'attitude du soignant dans une activité à médiation à celle d'une mère qui présente un objet à son enfant, prend plaisir à le voir s'y intéresser, le manipule avec lui dans une attention partagée puis se met légèrement en retrait pour laisser l'enfant à son jeu, sans jalousie ni ressentiment. De la même façon, le soignant cherche à donner envie au patient d'utiliser la médiation puis, quand cet intérêt vient, se met en retrait tout en restant disponible, dans le climat aconflictuel qui caractérise le domaine de l'aire transitionnelle (27).

Une autre tâche du soignant est celle de renvoyer au patient ou au groupe des interprétations susceptibles de mettre du sens (la fonction métaphorique de Roussillon (17)) sur la matière psychique projetée. Cet aspect de sa fonction dépend de sa formation et du type de cadre-dispositif. Dans un cadre de thérapie de groupe, les interprétations sont renvoyées au groupe, sur les phénomènes groupaux (13). Dans une thérapie de groupe médiatisée, les interprétations ont aussi pour objet le groupe mais sont faites à travers l'usage de la médiation (13). Enfin, dans un soin médiatisé de groupe, où le groupe n'est pas le levier thérapeutique principal, les interprétations visent les individus. Le soignant peut proposer au patient une préconception, ce qui lui vient dans l'interaction avec le patient au contact de la médiation, et laisser le patient l'accueillir comme il veut (27).

Une condition pour que les soignants puissent maintenir au long terme une telle attitude de disponibilité, d'effacement de leur propre subjectivité, de tolérance vis à vis du déroulement de l'activité tout en conservant une capacité à penser, est qu'ils disposent d'un temps de reprise, de supervision.

#### I.1.6. Place de la supervision

La supervision est un temps nécessaire pour la régulation du groupe. Elle constitue un espace transitionnel au sein de l'équipe soignante, au sein duquel les affects et fantasmes peuvent circuler librement (12). Elle permet que les affects contre-transférentiels soient déposés, analysés, afin que les thérapeutes puissent surmonter les difficultés que rencontre le groupe. Pratiquée par un intervenant extérieur à l'institution, ou par un membre de l'institution extérieur au groupe (28), la supervision joue le rôle « *d'appareil à penser les pensées* » (29) pour les soignants. Les affects contre-transférentiels bruts peuvent être accueillis, métabolisés et restitués de façon à permettre aux soignants d'y trouver du sens et que ces éléments ne restent pas en souffrance chez eux.

Ce temps de reprise aide à ne pas tomber dans la lassitude, le découragement, à survivre à l'excitation et aux attaques, à se ré-illusionner après un moment de crise, et à dégager des perspectives nouvelles (28). Il permet de garder une capacité de jouer et de penser (26).

Sans supervision, il existe un risque que le groupe tombe dans l'habitude, soit désinvesti par les thérapeutes et ne soit « *plus qu'une enveloppe vide au sein de laquelle il ne se passe plus que ce qui se passerait, de toute façon, en dehors de lui* » (28).

## I.2. Processus thérapeutiques :

Nous décrirons successivement les processus thérapeutiques relevant respectivement du cadre, du groupe, et du médiateur. Naturellement, il est quelque peu artificiel de présenter séparément des processus qui, en situation clinique, agissent ensemble et en synergie.

### I.2.1. Processus thérapeutiques du cadre

Le cadre peut remplir plusieurs fonctions.

D'abord, le cadre a une fonction contenante. Sa stabilité et sa résistance permettent de contenir, d'accueillir dans un temps et un espace donnés la régression et les processus psychiques qui se déroulent pendant la séance, afin qu'ils n'envahissent pas l'espace de la réalité. Pour Bleger, le cadre est « *récepteur de la symbiose* » : les éléments invariants du cadre (lieu, horaire) sont dépositaires d'éléments psychotiques de la personnalité, en lien avec l'organisation la plus indifférenciée et primitive de l'individu (30).

En distinguant le dedans et le dehors de la séance, que ce soit au niveau spatial ou temporel, le cadre a une fonction limitante. Il permet la construction d'une intériorité et d'une extériorité de la séance et du groupe, corporelles puis psychiques. Le cadre est garant de l'espace psychique

individuel ou groupal. En se situant à la frontière moi-non-moi, il permet au sujet de définir son identité (31).

Le cadre participe aussi à la création d'un espace transitionnel d'échange. Il est à la fois à la frontière moi / non-moi, et une zone d'échange où la question de l'appartenance reste floue, « *où règnent paradoxalité et indécidabilité* » (9).

Enfin, le cadre est symboligène car il contient une théorie de la symbolisation (5), des règles et contraintes obligeant à symboliser : consigne d'utiliser la parole, le jeu dramatique ou le médiateur au lieu du passage à l'acte. Et il est symbolisable lui-même, il symbolise la symbolisation. « *On pourrait dire que l'enjeu fondamental du dispositif-cadre est d'arriver à symboliser la symbolisation, c'est à dire de parvenir à être un espace-temps à la fois à symboliser et pour symboliser* » (5).

Les dispositifs de soin à médiation ne fonctionnent en général pas seuls. Les groupes sont le plus souvent animés par des co-thérapeutes et, même en cas de monothérapie, il ne s'agit en général pas du seul intervenant dans la prise en charge du patient. Celui-ci est adressé par un référent, et le groupe est contenu dans une institution.

Il se met en place autour du patient un réseau, un maillage de soin. La multiplicité des lieux et des intervenants (un ou plusieurs soignants dans l'activité, un référent en dehors) permet une diffraction du transfert et un portage du patient à plusieurs psychés (32).

Chacun reçoit des mouvements d'identification projective de la part du patient. Celui-ci utilise les différents soignants et le cadre comme « *circulation psychique extra-corporelle* » (33). Dans un second temps, l'équipe peut produire des « *représentations élaboratives des conflits* » (34) qui mobilisent les capacités « *d'empathie métaphorisante* » des soignants. À ce stade, on souligne l'importance des supervisions pour soutenir les soignants, leur permettre de se décentrer et de

travailler les contre-attitudes. Enfin, une restitution des élaborations peut être faite au patient, par la parole ou des « *actions parlantes* » (35) - c'est à dire des actions qui valent plus par le sens qu'elles apportent que par ce qu'elles réalisent concrètement (32).

### I.2.2. Processus thérapeutiques du groupe

Nous décrirons brièvement les phénomènes de groupe, les types de psychothérapie de groupe, le déroulement des phénomènes de groupe au cours d'une thérapie, avant de tenter de dégager les bénéfices thérapeutiques potentiels de la pratique en groupe.

#### I.2.2.a. Phénomènes de groupe

La mise en groupe (3 ou plus) d'individus donne lieu à divers phénomènes, qui ne sont pas thérapeutiques en eux-mêmes mais qui, utilisés dans un cadre-dispositif adapté, peuvent permettre une thérapie de groupe.

La pratique de thérapies de groupe est ancienne, initialement sous la forme de rites collectifs dans différentes cultures (3). Freud s'est intéressé au rapport de l'individu avec le groupe social. Il considère que groupe et individu ont des intérêts opposés. Dans « *Psychologie des masses et analyse du Moi* », il décrit deux types de fonctionnement des foules. Des « *foules passagères* » caractérisées par l'impulsivité, l'incapacité à supporter les interdits, dans lesquels l'individu se dégagerait du refoulement de ses motions pulsionnelles inconscientes, et des « *foules conventionnelles* » ou organisées, dans lesquelles les individus sont soudés autour d'un meneur dans l'illusion qu'il aime tous les sujets d'un amour égal (36). L'individu est indissociable du groupe social dans lequel il évolue, la psychologie de l'individu est fonction de ses relations avec l'autre.

Lewin, psychosociologue américain, a décrit comment un groupe se structure pour constituer un tout doté de propriétés particulières, indépendantes de la simple somme des qualités de ses

membres. L'homéostasie de ce système chercherait à se maintenir la plus stable possible. Il appréhende le groupe en tant qu'entité dynamique qui résulte des interactions entre ses membres. Il est le fondateur de la « dynamique des groupes » (3).

On décrit une régression importante des individus mis en groupe et une perte de leurs identités individuelles au profit de la constitution d'une identité groupale. Selon Bion, le groupe fonctionne alors comme une entité propre, les contributions des différents individus à la « mentalité de groupe » sont anonymes. Le groupe met en place spontanément des défenses que Bion nomme « hypothèses de base » pour se défendre contre un danger perçu. Il en décrit trois : attaque-fuite, dépendance, et couplage (37).

Anzieu décrit en 1971 le phénomène d'illusion groupale - que nous détaillerons plus loin. Il fait un parallèle entre groupe et rêve : le groupe créerait un espace imaginaire semblable à celui du rêve, dans lequel la réalité extérieure serait abolie : « *le groupe remplit une fonction d'accomplissement imaginaire du désir* ». Il décrit une tendance à l'isomorphie – indifférenciation - entre les membres, et entre les individus et le groupe. Enfin, il étend au groupe sa théorie du Moi-peau, avec le concept d'enveloppe groupale qui délimite dedans et dehors du groupe (38–40).

Kaës développe en 1976 les concepts de groupes internes et d'appareil psychique groupal (41). Il définit les groupes internes comme « *des formations intrapsychiques dotées d'une structure et de fonctions de liaison entre les pulsions, objets, représentations et instances de l'appareil psychique* ». Ils sont chez l'individu les organisateurs du lien intersubjectif, et sont à l'origine de la formation de l'appareil psychique groupal. L'appareil psychique groupal se formerait sur le modèle de l'appareil psychique individuel « *à partir du conflit entre les motions pulsionnelles antagonistes qui traversent chaque participant* » (41). Par identification projective, les « bonnes parties des objets internes » de chaque membre seraient projetées sur l'appareil psychique groupal, tandis que les mauvaises parties seraient projetées sur les mauvais objets : le bouc émissaire ou l'extérieur du



groupe. L'appareil psychique groupal jouerait le rôle de fonction alpha de Bion pour chacun des membres. Le rapport entre appareils psychiques individuels et groupal peut être de l'ordre de l'isomorphie - strictement identique - ou de l'homomorphie - similarités et différences.

Le caractère thérapeutique de la mise en situation groupale ne va pas de soi mais dépend du cadre-dispositif, de la place donnée au groupe et de sa constitution (11).

### *1.2.2.b. Types de thérapies de groupe*

Différents types de psychothérapies utilisent le groupe. Chapelier en décrit trois : la psychothérapie dans le groupe, dans et par le groupe et, enfin, la psychothérapie du et par le groupe (3).

#### *Psychothérapie dans le groupe.*

Ce type de psychothérapie a été développé par Slavson, Sugar et Wolff. Dans ce dispositif, le thérapeute s'intéresse à l'individu. Le groupe est un outil, conçu comme un contenant, une source d'étayage permettant une expérience émotionnelle correctrice de bonne expérience en groupe, un stimulant des processus associatifs et fantasmatiques et un régulateur du transfert. Les autres membres du groupe sont des co-thérapeutes. L'intervention du thérapeute s'adresse toujours à chaque individu, le groupe en tant qu'entité n'est pas étudié (3).

#### *Psychothérapie dans et par le groupe.*

Elle a été développée par Foulkes. Celui-ci combine, au sein d'analyses de groupe, l'analyse individuelle et la compréhension groupale. Il est influencé par la gestalt-théorie, qui postule qu'il y a une dépendance entre le groupe et chacun de ses membres. Le thérapeute est attentif à la fois au groupe, à l'individu, aux effets des changements de l'un sur l'autre (3).

### *Psychothérapie du et par le groupe*

Cette orientation a été développée par Bion, poursuivie par Anzieu et Kaes, entre autres.

Dans ce type de thérapie, le thérapeute se focalise essentiellement sur l'entité groupe et sa dynamique (3).

Des variations sont possibles à partir de ces différents cadres. Ainsi, on peut alterner avec un même groupe thérapie du groupe et dans le groupe (42).

#### *1.2.2.c. Déroulement des phénomènes de groupe*

Chapelier décrit différents stades dans le déroulement d'un groupe thérapeutique.

D'abord, la mise en groupe suscite une *régression* très importante, surtout en phase initiale. Les individus vivent alors des angoisses archaïques de morcellement, de vide, de menace de perte identitaire au profit de l'établissement d'une identité groupale (43). Ces angoisses sont d'autant plus importantes que le groupe est grand et qu'il repose sur l'association libre, l'utilisation de médiateurs tend au contraire à les atténuer (9). La régression initiale affaiblit les capacités de pare-excitation, dans un groupe d'enfants c'est donc l'excitation qui prédomine à cette phase, avec une agitation motrice (43). Si elle est excessive, cette excitation peut être attaquante pour la pensée. À ce stade, c'est le cadre et le soignant qui ont la tâche de contenir l'excitation pour qu'elle ne soit pas trop déstructurante (44), pour qu'elle puisse être transformée, rendue utilisable à travers la créativité et la symbolisation (45). Selon Kaes, « *Le dispositif de groupe ne peut ouvrir la voie à un travail élaboratif que si le thérapeute est lui-même en mesure d'exercer un ensemble de fonctions contenant et transformatrices* » (46).

Les moments d'excitation et régression peuvent réapparaître plus tard, lorsque le groupe est mis à mal par des interruptions, des absences (47).

Dans une deuxième phase, le groupe se défend de ces angoisses archaïques par la mise en place de défenses de type clivage et identification projective. L'ambiance est souvent lourde et pénible. Les affects négatifs sont projetés sur un bouc émissaire, dont l'exclusion contribue à définir une enveloppe groupale et une identité groupale. Le bouc-émissaire est donc à la fois exclu et nécessaire au groupe, puisqu'il en marque la limite et l'enveloppe. Le groupe peut prendre alors une fonction contenante, permettant un apaisement de l'angoisse et de l'excitation chez ses membres. Le soignant doit accepter d'être le bouc-émissaire du groupe - sinon un des patients le sera - et d'être le conteneur de ce qui est projeté (3).

La troisième phase est celle de l'illusion groupale, concept introduit par Anzieu en 1971, qu'il définit comme « *un état psychique collectif que les membres formulent ainsi « nous sommes bien ensemble, nous sommes un bon groupe, et nous avons un bon chef » »* (38). À ce stade, le bouc émissaire est réintégré au groupe et les mauvais objets projetés en dehors du groupe, sur les « *ténèbres extérieures* » (39). C'est une phase de fusion, d'indifférenciation, les différences de sexes et de générations sont niées. Le groupe se sent bien, l'ambiance est jubilatoire et exubérante (48). C'est une défense hypomaniaque collective. Le groupe est investi comme un objet libidinal, et constitue un lieu de restauration narcissique qui vient suppléer aux défaillances des narcissismes individuels et apaiser les angoisses archaïques. Il ne s'agit pas d'un processus thérapeutique en soi : c'est d'ailleurs la sortie de cette phase qui joue un rôle thérapeutique (3).

Dans les groupes d'enfants, l'illusion groupale ne dure pas très longtemps, car la différence des générations s'impose. Une phase de dépression et de désillusion peut alors ouvrir sur l'élaboration de la problématique œdipienne. Dans les groupes d'adolescents, au contraire, la différence des générations est déniée, les adolescents tendent à vouloir conserver cette phase le plus longtemps possible, ce qui est une défense contre le processus thérapeutique. On peut voir émerger des fantasmes d'auto-engendrement : le groupe se serait créé tout seul et n'aurait besoin de personne

pour continuer à fonctionner, il ne respecte plus que ses propres règles. Chez les adolescents, c'est par la sexualisation des liens entre membres que le groupe peut sortir de l'illusion groupale et accéder à la redifférenciation (48).

La 4<sup>e</sup> et dernière phase, une fois l'illusion groupale dépassée, est celle de la redifférenciation. Chaque membre accepte de s'individualiser, de se différencier, tout en gardant des points communs avec les autres et en conservant une part de l'identité collective. Les identifications sont remaniées à l'intérieur du groupe, à partir des identifications de chacun aux autres membres. Les individus passent de l'isomorphie à l'homomorphie (3).

#### *1.2.2.d. Valence thérapeutique*

Quelles fonctions thérapeutiques émergent de ces phénomènes ?

##### *1.2.2.d.i. Contenance et fonction alpha*

Théorisée par Bion, Anzieu, Houzel et Kaes, la contenance est un concept actif qui consiste à contenir, accueillir et transformer. Le concept de relation contenu / contenant développé par Bion (29) est décrit initialement dans le cadre de la relation mère-enfant. L'enfant projette dans le psychisme de sa mère les éléments bruts et impensables d'origine sensorielle, que Bion nomme les « éléments bêta », qui constituent le « contenu ». La mère, grâce à sa capacité de rêverie maternelle (49) ou fonction alpha, est en capacité d'accueillir puis de détoxifier ces éléments bêta, de les lier en quelque chose de compréhensible qu'elle restitue à l'enfant. Elle est le « contenant ». L'enfant, en réintrojectant les éléments détoxifiés et liés, l'ensemble contenu-contenant, peut petit à petit constituer son propre appareil psychique, sa propre fonction alpha. Le contenant a un rôle dynamique et organisateur pour le psychisme (29).

Ce processus joue un rôle dans les groupes thérapeutiques. L'identification projective, décrite initialement comme un processus pathologique (50), puis comme un phénomène normal au sein de

la relation mère-enfant (29), est un des mécanismes essentiels dans la relation de soin et dans le groupe. Les soignants, tout comme le fait la mère avec son enfant, peuvent repérer qu'ils sont le récepteur, le contenant d'une identification projective de la part des patients, puis métaboliser ces « pensées impensables », les transformer et les restituer sous une forme détoxifiée aux patients pour qu'ils puissent les réintrojecter et développer leurs propres appareils à penser. Si l'appareil psychique groupal est suffisamment solide pour jouer ce rôle, le groupe peut être également un « *appareil à penser les pensées* » (29), et l'appareil psychique groupal peut être réintrojecté pour développer la fonction alpha de chaque appareil psychique individuel (3).

En 1974, Anzieu développe le concept de Moi-peau et d'enveloppe psychique (40,51), qu'il étend ensuite aux groupes. « *Un groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus. Tant que cette enveloppe ne s'est pas constituée, il peut se trouver un agrégat humain, il n'y a pas de groupe* » (39). Il décrit l'enveloppe groupale comme ayant une trame, c'est-à-dire un système de règles de fonctionnement, et deux faces : une tournée vers l'intérieur du groupe, et une vers l'extérieur. L'enveloppe groupale se constitue par les projections des membres sur elle. Par sa face interne, l'enveloppe groupale établit un « état psychique transindividuel », un « Soi-groupal » imaginaire. Ce Soi de groupe est un espace psychique commun, le contenant à l'intérieur duquel s'active une circulation fantasmatique et identificatoire entre les personnes, c'est lui qui rend le groupe vivant. Anzieu fait de l'enveloppe groupale un des cinq organisateurs des groupes (39).

Une fois dépassé le stade initial de régression et de majoration des angoisses archaïques, pendant lequel la contenance repose sur le thérapeute et le cadre, la constitution de l'enveloppe groupale joue un rôle de contenance. Par sa fonction contenante, le groupe soutient les fonctions pare-excitation défaillantes chez chacun de ses membres. L'enveloppe psychique groupale, introjectée, peut restaurer les enveloppes psychiques des enfants (52). Le travail sur le groupe comme espace ayant un dedans et un dehors met en place une enveloppe limitante qui permet d'aménager un lieu

de pensée, une aire de symbolisation (53). Une fois la contenance assurée par le groupe, les phénomènes de liaison / déliaison sont plus utilisables, transformables, pour accéder à la créativité et la sublimation.

La contenance doit être ajustée entre deux extrêmes : une contenance insuffisante laisserait la place à une excitation trop désorganisante pour la pensée, mais une contenance excessive tenant plus de la contention empêcherait la créativité d'apparaître (54).

#### *1.2.2.d.ii. Étayage narcissique et diffraction du transfert.*

Le groupe a également une fonction d'*étayage narcissique*. Pendant la phase d'illusion groupale, le groupe idéalisé est investi libidinalement comme un objet idéal. L'idéal groupal vient soutenir l'idéal du moi défaillant de chacun de ses membres et constituer un moi auxiliaire, permettant aux patients d'être moins sur la défensive (8). La diffraction du transfert, qui n'est plus dirigé seulement sur le thérapeute comme en thérapie individuelle, mais diffracté sur chacun des membres, sur le cadre et sur le groupe (41), rend la situation transférentielle plus tolérable. Cette diffraction est particulièrement utile pour les patients qui recourent massivement à l'identification projective, ce qui peut être difficile à contenir pour un thérapeute en situation individuelle (55).

L'étayage narcissique et la diffraction du transfert permettent que se développent un plaisir à être ensemble et un espace partagé, dans une relation moins marquée par la conflictualité (12).

#### *1.2.2.d.iii. Espace médiateur*

Une fois la contenance assurée, l'angoisse et l'excitation maintenues à un niveau tolérable, peut se déployer une aire transitionnelle entre les membres du groupe. Winnicott décrit l'aire transitionnelle comme une « *aire intermédiaire d'expérience* », intermédiaire entre la réalité interne du sujet et la réalité extérieure, à laquelle chacune contribue. C'est une zone aconflictuelle, qui ne peut advenir

qu'en l'absence de conflit majeur, et dans laquelle la question de l'appartenance n'a pas à être formulée (56). L'illusion groupale permet que se développe une confiance dans le groupe : confiance dans la continuité entre dedans et dehors du groupe, entre soi et le groupe (3). Une fois l'enveloppe groupale constituée, les patients peuvent investir le groupe comme leur, sans se poser la question de l'appartenance des contributions.

#### *1.2.2.d.iv. Support identificatoire.*

Après la phase de perte identitaire angoissante initiale, puis la phase d'indifférenciation de l'illusion groupale, les identifications peuvent se réaménager au sein du groupe. Le groupe permet des mouvements d'identification et de différenciation, qui participent au processus de subjectivation (48). Chaque enfant ou adolescent peut découvrir quelque chose qu'il ignorait de lui-même, renvoyé en miroir par l'autre. Le jeu des identifications croisées entre les différents membres du groupe conduit chacun à s'interroger sur ses propres manifestations, et dans un second temps sur son fonctionnement psychique. L'enfant peut constater que d'autres ont les mêmes difficultés que lui, permettant une prise de conscience de celles-ci et l'émergence d'une demande d'aide (8).

#### *1.2.2.d.v. Soutien des capacités de symbolisation*

La symbolisation, processus qui lie matière psychique brute et représentations, est à la base de la psychothérapie. Elle passe par l'associativité (6). Kaes postule l'existence, en groupe, d'une chaîne associative groupale et d'une associativité groupale, qui viennent suppléer aux défaillances de l'associativité individuelle, et donc faciliter l'accès à la symbolisation pour les membres du groupe (41). Le groupe soutient les capacités de l'enfant à se représenter comme différent des autres, tout en étant en lien avec eux, et à se représenter son expérience en fonction des émotions ressenties.

Les capacités de symbolisation s'évaluent dans l'après-coup, à distance des expériences concrètes partagées.

*1.2.2.e. Différence entre les groupes d'adolescents et d'enfants.*

Il existe dans les groupes thérapeutiques pour enfants et adolescents une différence de génération avec le thérapeute adulte, qui a une importance dans la dynamique et les phénomènes qui se développent, et qui est traitée de façon différente par les adolescents et les enfants (48). En effet, adolescents et enfants ont des attentes et des demandes différentes vis à vis du groupe et des adultes. Les adolescents cherchent plutôt à établir un rapport horizontal avec leurs pairs ou les adultes, alors que les enfants tendent à projeter sur les thérapeutes leurs figures parentales, comme si le groupe était une famille.

Le groupe de pairs est un élément indispensable au travail de l'adolescence, la tendance à se mettre en groupe à cette période est observée de façon quasi universelle. Alors que l'adolescent doit faire un travail de distanciation avec les objets familiaux du fait de son accès à la génitalité, le groupe de pairs lui offre un espace identificatoire transversal, horizontal, et non plus transgénérationnel comme la famille. Il se substitue à celle-ci le temps nécessaire pour que l'adolescent réaménage son système identificatoire et d'appartenance (48).

Dans les groupes d'enfants, la différence des générations s'impose, la problématique œdipienne est organisatrice du groupe, alors qu'elle est refusée et déniée dans les groupes d'adolescents. Alors que les enfants tendent à se mettre sous la protection de l'adulte - sur lequel ils projettent leurs figures parentales - les adolescents s'organisent contre lui, le fantasmant comme persécuteur et tout-puissant. Les adolescents ont tendance à vouloir faire durer la phase d'illusion groupale le plus longtemps possible, excluant l'adulte, qui est le bouc-émissaire désigné sur lequel projeter les objets internes mauvais. À l'adolescence, les fantasmes sont exprimés de façon beaucoup plus crue et violente qu'à la latence, mais on observe en revanche moins de passages à l'acte (48).



L'utilisation des phénomènes de groupe de façon thérapeutique nécessite une bonne connaissance de ces derniers, et une formation des soignants à cette forme spécifique de psychothérapie (3).

### I.2.3. Processus thérapeutiques du médiateur

Tous les auteurs s'accordent pour dire que l'objet médiateur n'a aucune propriété thérapeutique intrinsèque qui agisse indépendamment du cadre et du dispositif (10). C'est dans un cadre-dispositif pensé puis coconstruit, appuyé sur un solide référentiel théorique, qu'il peut s'inscrire dans une stratégie thérapeutique.

Dans un cadre-dispositif adapté, l'utilisation du médiateur peut remplir diverses fonctions, rattachables à des étapes du développement psycho-affectif de l'enfant. Ces fonctions ne suivent pas une évolution linéaire, elles sont toujours disponibles en même temps. L'enfant ou adolescent se saisit préférentiellement d'une ou plusieurs, à un temps donné, suivant son évolution.

#### I.2.3.a. Médiateur et contenance

Le concept de contenance a déjà été abordé plus haut. Développé dans l'étude de la relation mère-enfant par Winnicott sous le terme de soutien (*holding*) (49), puis par Bion via la fonction alpha (29), par Anzieu à travers les concepts de Moi-peau et d'enveloppe psychique (40), la contenance est un processus actif qui consiste à accueillir, contenir et permettre la transformation des vécus bruts et incompréhensibles.

En quoi le médiateur joue-t-il un rôle de contenance?

Pour Roussillon, la souffrance psychique peut être conçue comme de la « *matière première psychique* » : un ensemble de traces mnésiques perceptives restant à l'état brut, faute d'avoir pu être symbolisées. La psyché aurait tendance à tenter d'externaliser, de diffracter cette matière première

psychique pour la traiter. Cette tendance est intéressante pour le soin, encore faut-il que la psyché trouve un endroit propice où projeter (17).

Les mediums malléables, tels que définis par Roussillon, peuvent accueillir les projections des patients. La sensorialité du médiateur a un effet attracteur pour des traces psychiques d'expériences vécues à une époque antérieure au langage, qui n'ont pas pu être verbalisées, élaborées et symbolisées, et restent donc en souffrance dans la psyché. Le medium malléable utilisant les voies sensorielles, il peut entrer en contact et réveiller cette mémoire archaïque infra langage mieux que la parole (57). En attirant et accueillant les projections de ces éléments très archaïques, puis en permettant leur transformation via la manipulation, le médiateur rejoint la définition d'une entité contenant. Les angoisses deviennent un peu moins dangereuses, car elles sont « maîtrisables » dans la manipulation concrète du médiateur (3).

Les médiateurs qui ne sont pas à proprement parler des mediums malléables selon la définition de Roussillon - ceux que Chouvier appelle les « objets trouvés » (conte, jeu théâtral, photographie) - aident également à canaliser les angoisses, en les encadrant dans un discours socialisé ou en conduisant les patients à avoir une activité de représentation (3).

Le médiateur peut avoir une fonction de contenance et pare-excitation, de régulation de la régression de la mise en situation groupale (13). Il peut matérialiser l'enveloppe psychique groupale (58), et ainsi jouer une fonction de tamponnage ou régulation des angoisses générées initialement par la mise en groupe (3). Une fois l'enveloppe groupale constituée, il existe une synergie entre les propriétés contenantantes du groupe et du médiateur (55).

Chapelier met en garde contre un risque de l'utilisation des médiateurs, qui serait une utilisation défensive par les thérapeutes pour contenir les excitations débordantes, une « contention » plutôt qu'une contenance, qui inhiberait trop l'apparition d'une possible créativité (9).

### *1.2.3.b. Médiateur et lien intersubjectif*

La médiation implique l'inclusion d'un tiers dans la relation. Ce tiers est un intermédiaire qui à la fois relie et sépare. Ainsi, dans la façon dont le médiateur régule la relation à l'autre, on peut voir deux qualités se dessiner : faciliter l'accès à la relation, mais aussi tempérer la relation en l'empêchant de devenir trop intense ou conflictuelle.

Le médiateur aide à accéder à la relation en tant qu'équivalent du langage quand le patient a des difficultés à utiliser celui-ci. Les thérapeutes d'enfants, à commencer par Klein, Anna Freud puis Winnicott, utilisent fréquemment le dessin ou les jeux comme médiateurs en entretien pour faciliter l'établissement de la relation avec leurs jeunes patients. Le médiateur permet l'accès à des représentations, l'expression du monde interne et l'échange entre individus autrement qu'en passant par les mots (59). En projetant son matériel psychique sur le médiateur, le patient l'adresse au soignant sans passer par la verbalisation.

La médiation peut aussi être ce qui rend la relation tolérable, moins intense. Elle est à la fois prétexte à la rencontre et ce qui sépare les protagonistes, fait pare-excitation (60). Le recours à un médiateur permet de modérer, tamponner l'excitation que suscite la mise en relation (61).

En effet, la relation duelle patient-thérapeute peut être vécue par le patient comme trop intense et menaçante, empreinte de séduction et de persécution (62). Rendre la relation tolérable est une préoccupation majeure dans le travail avec les adolescents qui sont pris dans le « paradoxe narcissico-objectal » décrit par Jeammet : ils ont infiniment besoin de relation, mais du fait de

fragilités narcissiques ce besoin est vécu comme un échec, un aveu de faiblesse qui menace encore plus le narcissisme. « *Plus il en a besoin, moins elle est supportable* » (63). Tout sentiment de dépendance est vécu comme intolérable, ce qui rend l'accès à une thérapie individuelle difficile.

En servant de prétexte à la rencontre et à la parole, le médiateur évite que l'adolescent ne se sente dépendant, en demande de cette relation.

En activité thérapeutique à médiation, patients et soignants sont côte à côte, actifs ensemble. Parler en étant occupé diminue la charge émotionnelle, puisque l'attention est partagée et fixée sur un « point de fuite » qui n'est pas le patient lui-même. Être occupés ensemble permet de laisser des silences sereins, qui ne sont pas vécus de façon angoissante ou pesante comme un échec de la parole. Être actif donne une liberté à l'adolescent dans sa gestion de la relation : il a le choix de faire ou de ne pas faire, de faire autre chose, et toujours on l'encourage à faire à sa manière. Ceci lui permet de récupérer ou conserver un sentiment de maîtrise, qui diminue la crainte de s'investir dans la relation de soin. Il n'a pas à demander : on lui propose quelque chose dont il se saisit ou non, sans que cela n'entraîne de réaction de la part du soignant. Il est libre de prendre et profiter de la médiation sans se sentir dépendant, et donc sans menacer son propre narcissisme. Les soins à médiation peuvent donc constituer une bonne manière de contourner l'antagonisme narcissico-objectal (61).

Reprenons la conception de Roussillon de la souffrance psychique comme matière première psychique brute que la psyché cherche à externaliser pour la traiter. En situation thérapeutique individuelle, c'est le thérapeute qui s'offre comme réceptacle de cette matière première psychique, ce qui peut être difficile avec les patients souffrant de problématiques narcissiques-identitaires recourant massivement à l'identification projective, « *transfert par retournement* » (17), appelé encore « *transfert par dépôt* » (55). Introduire un médiateur est un aménagement intéressant pour détourner en partie le processus évacuateur du thérapeute vers l'objet médiateur, qui est capable

d'accueillir la « matière première psychique » transférée sur lui et de permettre sa transformation en représentation symbolique. Le médiateur, en absorbant sur lui une partie de la matière psychique projetée, permet de diffracter et réguler le transfert (17).

### *1.2.3.c. Médiateur et activité de pensée*

Catheline (61) s'est intéressée aux troubles de la pensée à l'adolescence. Pour elle, un grand nombre d'adolescents en échec scolaire sans déficience intellectuelle souffriraient en fait de difficultés à accéder à la pensée abstraite – ou pensée formelle - décrite par Piaget, et à l'utiliser.

La pensée abstraite, formelle, ou encore hypothético-déductive, se développe à la fin de la période de latence (11-12 ans), peu avant le déclenchement de la puberté physique (64). Elle s'oppose à la pensée concrète de l'enfance, basée sur la croyance et les certitudes. La pensée réflexive est la capacité à penser sa pensée pour former des métapensées, penser sur soi, se penser. Elle joue un rôle dans le processus de subjectivation de l'adolescence (61). Pour Cahn, accéder à la pensée réflexive correspondrait même au but de l'adolescence, c'est à dire la subjectivation (65).

Le formidable développement des processus de pensée en fin de latence serait, selon Catheline, un facteur protecteur pour pouvoir affronter les modifications/pubertaires, les réaménagements identificatoires et les conflits psychiques de l'adolescence. La capacité de pensée formelle permettrait en effet d'acquérir de nouveaux modèles d'appréhension de soi et des autres, d'avoir une vision plus large du monde (61).

L'accès à la pensée formelle peut échouer, et se fait donc sous certaines conditions (61).

Accéder à la pensée abstraite est une source d'enrichissement, car celle-ci offre un élargissement des nuances possibles dans les émotions et les opinions. Cette pensée peut cependant aussi être inquiétante, car elle implique d'accepter de pouvoir se tromper et de renoncer à la pensée magique toute-puissante infantile, basée sur des certitudes : c'est l'« *écroulement du socle de l'évidence* »

(66). L'échec à accéder à la pensée abstraite peut donc être en lien avec des assises narcissiques trop fragiles, qui rendent intolérables la remise en question des modes de pensée infantiles et l'idée de pouvoir se tromper (61). Il existe un lien étroit entre narcissisme et processus cognitifs, comme le montre l'association trouvée entre estime de soi et accès à l'abstraction (67).

Le développement cognitif ne peut se faire qu'en l'absence de conflit psychique majeur (64), et d'invasion par une angoisse trop importante. L'existence d'une conflictualité envahissante (séparation - individuation, désengagement des objets œdipiens) pourrait entraver l'accès à la pensée abstraite, et pourrait être à l'origine d'un trouble assez spécifique de la prime adolescence, caractérisé notamment par le maintien d'un lien anxieux aux parents (61).

Les soins à médiation constituent, pour Catheline, un outil pour réconcilier les adolescents avec leur pensée, et leur permettre de faire l'expérience du plaisir à penser. En soin à médiation, la pensée est mobilisée autrement que dans le milieu scolaire, qui peut être associé à la notion de performance et à l'échec (61). Lorsqu'un adolescent invente les règles d'un jeu ou d'un sport, fabrique un objet ou s'organise pour suivre les étapes d'une recette de cuisine, il pense. C'est un temps et un lieu de parole : les adolescents parlent de la médiation, d'eux, de sujets banals de la vie quotidienne ou de l'actualité, ils sont encouragés à donner leur avis et les soignants stimulent les échanges (62). L'objet médiateur aide à réorganiser la pensée à partir de l'affect (11). Il se prête comme support pour la pensée, et son utilisation décalée par rapport aux activités qu'on peut trouver dans le milieu associatif peut être fortement mobilisatrice (22). Penser de façon décalée, faire un pas de côté par rapport aux raisonnements logiques habituels, est un moyen puissant de relancer les processus de pensée et d'ébranler des défenses trop rigides (68).

Ce type de soin agit également sur les éventuelles causes de la difficulté à penser. Le groupe de pairs constitue un étayage narcissique, qui peut suppléer à la défaillance du narcissisme individuel. La prise en charge est également l'occasion de médiatiser les remaniements familiaux, et de

soutenir le travail de séparation-individuation entravé qui peut désorganiser les processus cognitifs (61).

#### *1.2.3.d. Médiateur et espace transitionnel*

La médiation occupe une place dans l'espace transitionnel décrit par Winnicott (56).

Dans le développement de l'enfant, c'est de l'illusion que découlent les phénomènes transitionnels. Pour Winnicott, une des tâches de la « mère suffisamment bonne » est de progressivement désillusionner son enfant au sujet de son omnipotence. Pour désillusionner l'enfant, il faut lui avoir donné d'abord une expérience suffisante d'illusion. L'enfant vit une expérience d'illusion omnipotente lorsque sa mère lui présente un objet au moment où il était « prêt à le créer », lui donnant l'illusion que cet objet qu'il reçoit, c'est lui qui l'a créé. L'enfant crée imaginativement un objet apporté par l'environnement, prêt à être trouvé (56). Cette capacité d'adaptation de la mère découle de l'état de « préoccupation maternelle primaire » (49). Après une période initiale pendant laquelle la mère s'adapte presque parfaitement aux besoins de l'enfant, la « mère suffisamment bonne » diminue progressivement son adéquation aux demandes de l'enfant. Ce défaut progressif d'adaptation suit la capacité croissante de l'enfant à tolérer la frustration et à utiliser les phénomènes transitionnels. La frustration peut être pour l'enfant source de croissance psychique, en lui donnant l'occasion de recourir à l'objet et aux phénomènes transitionnels, et en lui permettant d'intégrer la distinction moi / non-moi (56). Il faut donc qu'un enfant ait eu une expérience d'illusion suffisante pour pouvoir ensuite être désillusionné, et accéder aux phénomènes transitionnels pour tolérer la frustration.

Certains enfants n'ont pas pu, au cours de leur histoire, expérimenter l'illusion omnipotente et la malléabilité de leur environnement. La plasticité de l'objet médiateur peut leur en donner une expérience, autrement que dans l'excitation (8). Cette expérience d'illusion n'est pas le contraire de

la réalité mais un état intermédiaire, un compromis entre refus de la réalité et capacité à l'accepter (56).

L'objet médiateur est intermédiaire à deux niveaux : intermédiaire entre la réalité psychique interne et externe car si sa concrétude reste inchangée, son sens change pour le patient (8) et, d'autre part, intermédiaire entre soi et l'autre, puisqu'il est partagé. Il participe à la création d'un espace transitionnel tel que défini par Winnicott : une aire de recouvrement entre deux aires de jeu, un espace aconflictuel, dans lequel la question de l'appartenance à la réalité externe ou interne ne doit même pas être formulée (56). Pour parler de soin à médiation, il n'est pas suffisant qu'une activité soit proposée, la dynamique de médiation dépend d'abord de la création d'un espace partagé (22).

#### *1.2.3.e. Médiateur et créativité*

Dans son œuvre, Winnicott s'est intéressé beaucoup plus à la question de la source de la créativité, qu'à la création artistique. Il propose une définition large de la créativité, non restreinte à la production artistique. Dans « Jeu et réalité », il la définit comme « *un mode créatif de perception qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue ; ce qui s'oppose à un tel mode de perception, c'est une relation de complaisance soumise envers la réalité extérieure : le monde et tous ses éléments sont alors reconnus mais seulement comme étant ce à quoi il faut s'ajuster et s'adapter* » (25).

Pour Winnicott, la source de la créativité peut se trouver dans l'espace transitionnel. Il définit le geste créateur comme le geste qui donne à son auteur le sentiment d'être réellement, complètement lui-même, d'être l'auteur de son geste, d'être sujet. Le vrai-self est la posture à partir de laquelle peut émerger un geste créateur. Il existe un rapport de consubstantialité, d'étayage mutuel entre les deux. Le geste créateur, en soutenant le sentiment d'être soi, renforce les assises narcissiques et donc le vrai self de son auteur : « *c'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le self* ».



(25), et le vrai self est la condition pour que puisse émerger un geste créateur (27,69). Un des buts d'une activité de soin pourrait être de retrouver la source de la créativité et du vrai self ainsi définis (27).

Le geste créateur, pour être reconnu par son auteur, nécessite un autre. Pour Winnicott, un enfant ne peut voir le monde de manière créatrice que s'il a lui-même fait l'expérience d'être vu. Il doit pouvoir se voir lui-même dans le visage et au travers du regard de sa mère, qui joue pour lui un rôle de miroir. Elle réfléchit à l'enfant son propre visage et ses propres états (70). Un nourrisson peut faire un geste spontané émergent d'un vrai self potentiel, mais celui-ci ne sera renforcé que si un autre, sa mère par exemple, lui fait remarquer qu'il a fait ce geste, lui réfléchit en miroir, et y répond. Le vrai-self est la position d'où peuvent émerger le geste spontané et l'idée personnelle, mais il faut un autre pour y accéder : la créativité doit être reconnue et réfléchi par un autre pour être intégrée et permettre l'émergence de ce vrai-self (27).

Les activités thérapeutiques à médiation proposent un environnement favorable à l'émergence d'un geste créateur et au renforcement du vrai self (27). Toute utilisation originale, personnelle du médiateur est encouragée, les règles d'utilisation du médiateur ne sont pas imposées de façon rigide et peuvent comporter un décalage avec les activités disponibles dans le monde scolaire ou associatif (12). Dans cet espace libre, en dehors d'attentes précises, peuvent émerger un geste, une parole ou une idée spontanés. L'acte spontané peut être ensuite souligné et réfléchi par les soignants, qui renvoient en miroir au patient le fait qu'il a fait quelque chose de personnel. Les soignants sont dans une attitude d'effacement, de « *mise entre parenthèse de leur propre subjectivité* » (27) comparable à celle de la « mère suffisamment bonne » de Winnicott (70). Dans ces conditions, l'enfant ou adolescent peut faire l'expérience de se voir réfléchir ses propres états, expérience qu'il n'a pas toujours pu faire dans son enfance.

Chouvier décrit plusieurs registres d'expression de la créativité en soin médiatisé de groupe : surprise, originalité, pensée décalée, épuisement du thème et jubilation (68). Nous aborderons les deux premiers.

L'activité à médiation a tout intérêt à surprendre les patients, et en retour il est capital que les soignants, tout en maintenant les invariants du cadre qui assurent une fonction contenante, soient prêts à se laisser surprendre par tout ce qui survient d'imprévu et y prêtent attention : un geste, une parole, une utilisation décalée du matériel. Un patient (ou un groupe) qui surprend et se décale de ce qu'avaient imaginé les soignants est un patient qui se saisit de la médiation pour exprimer quelque chose de personnel qui peut ouvrir à une innovation, à de nouvelles pistes significantes, pour peu qu'il y soit encouragé. Se laisser surprendre et même prêter attention à l'émergence de toute chose inattendue implique de ne pas être dans le contrôle, d'accepter de lâcher prise (68).

L'originalité peut avoir deux sens : ce qui est nouveau et non une copie, ou ce qui n'est pas banal. Une activité à médiation en groupe ne devrait pas être la réplique d'une autre, de celle de l'année précédente ou de celle du service voisin. C'est aux soignants qui la conçoivent de proposer un minimum d'écart avec ce qu'un patient a pu vivre ailleurs. L'originalité permet de se dégager de la tendance mortifère à la répétition, et d'ouvrir des perspectives de changement (68).

### *1.2.3.f. Médiateur et symbolisation*

Roussillon définit la souffrance psychique comme liée à des parts non-appropriées de l'histoire et de l'expérience subjective, qui n'ont pas été symbolisées - ou mal, et ne peuvent pas être intégrées et appropriées par le sujet. L'expérience subjective laisse une trace interne dans la psyché. Il y a deux temps : celui où « ça se passe » - l'enregistrement de l'expérience, et le temps où ça signifie – le temps de la symbolisation. La symbolisation primaire correspond au passage de la trace perceptive à la représentation de chose, la symbolisation secondaire étant le passage de la représentation de chose à la représentation de mot. La mise en représentation symbolique de

l'expérience nécessite un travail psychique, qui est particulièrement complexe pour les expériences infantiles, surtout si elles surviennent avant le langage verbal (17).

Roussillon propose une définition de la psychothérapie comme un travail visant à optimiser ou développer les capacités de symbolisation d'un sujet (ou groupe) par l'analyse des difficultés dans l'histoire de la symbolisation, ou par la proposition de nouvelles expériences de symbolisation (5).

En quoi la médiation peut-elle soutenir la symbolisation?

La psyché a tendance à mettre en scène de façon externalisée ses processus pour pouvoir les élaborer. Ce processus a pu être considéré comme pathologique, notamment quand Klein décrit l'identification projective (50), mais répondrait en fait à la nécessité de la psyché de s'appuyer sur une « *forme sensible donnée à l'expérience* » (71) pour « *se ressaisir de manière réflexive* » (72). Milner souligne le rôle de l'illusion dans la formation du symbole, et le besoin d'un intermédiaire entre réalité interne et externe (18).

Le retour des éléments en attente de symbolisation se fait selon les caractéristiques sensorielles du médiateur. Pour Roussillon, un bon médium malléable doit se laisser déformer pour servir de symbolisateur, c'est-à-dire d'interprète entre réalité psychique et forme (17). Les caractéristiques de la médiation doivent faire écho à la réalité psychique, c'est-à-dire qu'il doit y avoir une forme de résonance entre elles pour que se forment des « boucles de symbolisation » entre psyché et médiateur. Le processus psychique doit trouver un contenant suffisamment similaire à lui pour que puisse se former une symbolisation dans l'interaction entre eux (72) : « *On ne transfère pas n'importe quel contenu psychique sur n'importe quel objet* » (17).

Dans un groupe à médiation, la symbolisation apparaît selon deux modalités différentes en même temps : à partir du support matériel du médium, et dans le transfert avec les thérapeutes et le groupe

(57). L'associativité s'appuie à la fois sur le médiateur et sur le groupe. Kaës parle de « chaîne signifiante groupale » (41). Cette associativité ne repose pas tant sur les mots que sur la succession des utilisations du médiateur et des formes, à laquelle plusieurs psychismes participent.

### *Symbolisation au contact du médiateur*

En médiation, l'associativité du patient est externalisée et focalisée sur l'utilisation du médiateur (73–75). L'associativité en activité à médiation ne repose pas principalement sur la parole : au contraire, il s'agit d'une associativité essentiellement non verbale, à repérer dans les gestes et les actes. Brun parle de « chaîne associative formelle » (76). Le thérapeute peut observer la dynamique mimo-gestuo-posturale dans son ensemble, prendre en compte le langage sensori-moteur des patients (57).

La mise en contact avec le médiateur déclenche une réactivation d'éprouvés archaïques, impensables, proches des agonies primitives décrites par Winnicott (77) qui n'ont pas pu être traduites en langage verbal : la fameuse « matière première psychique en souffrance » de Roussillon.

Un enfant psychotique - en deçà de la distinction moi / non-moi - peut s'identifier à la matière, se vivre comme elle, ou la vivre comme un fragment de son corps propre. Le retournement passif-actif, où l'enfant inflige à la matière ses propres angoisses archaïques de chute, morcellement ou liquéfaction, est souvent la première forme de symbolisation pour l'enfant psychotique (57).

On peut suivre, au fil des utilisations de l'objet médiateur par l'enfant, l'éventuelle complexification du jeu et l'histoire racontée ainsi. Ce processus se fait par étapes, par fragments. Le patient projette quelque chose de lui-même dans la médiation par petits fragments, qui sont ensuite « repris à l'objet » (72).

A titre d'exemple, à partir de son expérience de médiation picturale avec des enfants psychotiques, Brun décrit un processus de constitution d'un fond dans l'enchaînement des « signifiants formels »

(expression d'Anzieu (51)) au cours des séances. Dans son observation, les enfants passent par trois positions : d'abord une « position adhésive » durant laquelle ils attaquent la feuille, aucune forme n'est représentable sur la feuille puisqu'elle ne constitue pas un fond, puis une « position de détachement du fond » dans laquelle des formes sont créées mais sans but représentatif, avant une « position de figuration » dans laquelle des formes représentatives peuvent apparaître. À chacune de ces positions correspond une évolution de l'enveloppe psychique de l'enfant (78).

En groupe à médiation, les premières productions tendent à matérialiser le cadre, puis le groupe, puis les processus psychiques (72).

Qu'en est-il des médiations qui ne reposent pas sur un médium malléable mais sur un objet culturel - comme le conte, le psychodrame, l'écriture - et dans lesquels la sensorialité n'est pas au premier plan ? Si l'on prend l'exemple d'un atelier conte, des symboles se prêtent comme supports et attirent les projections des éléments irreprésentables, les englobent dans un discours socialisé, dans des représentations et des mots. Le conte de fées amène « *le vécu inorganisé, difficilement représentable (...) vers l'univers merveilleux de la représentation. (...) La détresse fondamentale, celle de la non-représentation, est battue en brèche.* » (79). Il permet une « *remise en jeu de l'activité du préconscient et de la figurabilité* » (80). Dans le psychodrame, la mise en scène lie l'espace, le corps, la décharge motrice et la parole autour de thèmes choisis en groupe et traités en association libre. La symbolisation se fait par les actes simulés, spontanés, voie d'expression des fantasmes (3).

### *Symbolisation dans le transfert*

La symbolisation en soin à médiation ne provient pas que du contact avec le médiateur, mais aussi de la dynamique transférentielle. Le médium n'a de fonction médiatrice et symbolisatrice que considéré dans la dynamique transféro-contre-transférentielle (81). Le médium focalise les liens

transférentiels déposés de manière diffractée sur le cadre, le groupe, le thérapeute et sur lui-même, et les articule (82).

Le soin passe par la relance du processus d'intégration des premières formes non achevées de métabolisation de l'expérience psychique, en les transformant en « messages signifiants » à valeur narrative (72). Ces ébauches de messages, ou « messages non encore advenus » (83), doivent être « échoïsés », réfléchis par les soignants pour pouvoir prendre leur fonction de messages. En renvoyant au patient le fait que son ébauche de message a potentiellement du sens, elle peut en prendre un. Il se forme un langage, composé de messages potentiels qui doivent être réfléchis et auxquels on doit répondre pour qu'ils deviennent signifiants pour le sujet, la réponse leur donnant leur valeur a posteriori (72). Les expériences impensables et irreprésentables peuvent donc trouver un sens dans la relation transférentielle, et être appropriées (57), participant ainsi au processus de subjectivation.

L'associativité du patient utilise le médiateur comme inducteur, et celle du thérapeute se greffe sur l'associativité du patient pour laisser se déployer une co-associativité (17). On retrouve ici le concept winnicottien « *le travail se déroule là où deux aires de jeu se chevauchent* » (83).

#### 1.2.3.g. Évaluation et modélisation des processus thérapeutiques des soins à médiation.

Actuellement il existe encore peu d'évaluations dans le champ des psychothérapies psychanalytiques, ce qui peut leur être reproché (84).

Depuis quelques années, des auteurs tentent de développer des méthodologies cliniques d'évaluation des dispositifs de médiation thérapeutique adaptées à ces derniers, prenant en compte l'associativité et la dynamique transférentielle. Ces évaluations sont complexes, alliant qualitatif et quantitatif (57,85)

#### I.2.4. Déroulement des processus thérapeutiques

Catheline et Marcelli présentent deux chronologies du déroulement des phénomènes thérapeutiques, selon deux points de vue : théorique et phénoménologique (12).

Du point de vue théorique, en s'appuyant notamment sur les travaux de Chapelier et Privat, ils distinguent quatre temps :

- Le premier temps de la mise en situation groupale est marqué par l'apparition de fantasmes archaïques de morcellement, de vide et de perte identitaire, qui génèrent des attitudes défensives.
- Ce temps est suivi d'une appropriation individuelle de l'objet de médiation, qui aide à limiter le déploiement des fantasmes archaïques.
- Ensuite, vient un temps marqué par la difficulté de faire ensemble, faire avec et sous le regard des autres. Le soutien des soignants est indispensable à ce stade.
- Dans le dernier temps, le groupe est constitué, permettant le déploiement d'un espace de copensée. Le recours à l'objet médiateur est de moins en moins nécessaire car l'essentiel est ailleurs : dans la parole. La dynamique peut évoluer pour se rapprocher de celle d'une thérapie de groupe : illusion groupale, désillusionnement, remaniement identificatoire et séparation.

Du point de vue phénoménologique, Catheline et Marcelli décrivent, d'après leur expérience auprès d'adolescents pris en charge en hôpital de jour, 5 temps dans la prise en charge (12).

D'abord, le « *temps silencieux de l'investissement* ». D'une durée de quelques mois, c'est le temps nécessaire à la constitution de la dynamique de groupe et à la valorisation de la parole individuelle. Il ne se passe rien de flagrant pendant ce premier temps, ce qui peut être difficile à vivre pour l'équipe soignante, qui peut être tentée d'imputer ce qu'elle vit comme un échec à l'adolescent, sa famille, l'école, ou le groupe. Les réunions de synthèse et la supervision sont précieuses à ce stade afin d'éviter un découragement. En réalité, l'adolescent découvre progressivement que sa parole a

de la valeur pour les autres membres du groupe et pour les adultes, ce qui constitue souvent pour lui une expérience nouvelle.

Une fois la dynamique de groupe mise en place et la parole individuelle valorisée, l'adolescent peut rapporter un événement au groupe. C'est le deuxième temps. Cet événement suscite des commentaires chez les autres, un débat, qui donne accès à une autre dimension de la fonction du groupe. Chaque apport de chaque adolescent fait évoluer la dynamique du groupe.

Le troisième temps est celui de l'étayage sur le groupe pour la mise en sens de l'événement. Les événements du dehors sont ramenés et traités par le groupe. La narrativité groupale fédère le groupe de façon rétroactive. Plus le groupe est constitué, plus les membres s'autorisent à y apporter des événements.

Ensuite, vient le temps du changement. Ce changement est d'abord visible au sein de la famille : davantage de parole, l'adolescent ne présuppose plus qu'on ne l'écouterait pas après avoir fait cette expérience d'étayage sur le groupe. Puis, dans l'institution de soin, on constate que l'adolescent change de style, « fait plus ado ». L'école est le dernier endroit où l'on constate un vrai changement : amélioration du comportement, puis réinvestissement de la tâche scolaire.

Le dernier temps est celui du déplacement sur l'extérieur des acquis du groupe : regain d'intérêt pour l'orientation professionnelle, projection dans l'avenir (12).

Ce qui ressort de ces deux modélisations, c'est que l'effet thérapeutique des activités à médiation suit un processus dont la durée se mesure en mois, voire années. Le temps du changement est précédé par des périodes qui ne révèlent leur utilité qu'a posteriori, qui peuvent à première vue sembler vides, et décourager les soignants.



### I.3. Indications

En pratique clinique, les indications pour un soin médiatisé en groupe sont larges, et « floues » : le plus souvent, un groupe à médiation est proposé lorsqu'un enfant ou adolescent se montre peu accessible à une thérapie individuelle, ce qui peut recouvrir des situations cliniques très variées. Cet état de fait peut parfois être interprété par certains auteurs comme un manque de rigueur (9,17).

Les enfants souffrant d'une très forte inhibition ou, au contraire, d'un défaut de pare-excitation, peuvent particulièrement bénéficier d'une prise en charge groupale (8). C'est la fonction contenante et étayante du groupe à médiation qui est ici visée.

Face à des patients souffrant d'une pathologie de l'axe narcissico-objectal, très en difficulté avec le lien à l'autre - que ce soit pour l'établir, pour le supporter ou par le recours massif à des mécanismes d'identification projective - les soins à médiation en groupe soutiennent l'établissement du lien et régulent le transfert. Ils sont également indiqués pour des adolescents en panne sur le plan de la pensée (61).

L'utilisation de médiations est aussi particulièrement utile pour des enfants ou adolescents en difficulté avec les processus de subjectivation et symbolisation : soit de jeunes enfants n'utilisant pas encore la parole comme mode d'expression privilégié de leur monde interne, soit des patients souffrant de pathologies entravant ces processus (autisme, psychose infantile) (76).

### I.4. Synthèse

La multiplicité des indications observées en pratique pour les groupes à médiation n'est peut-être pas le signe d'un manque de rigueur. Ne pourrait-elle pas être, au contraire, en lien avec la richesse de ces dispositifs, qui peuvent être adaptés à des problématiques variées ? Le référent qui adresse des patients à un groupe, un hôpital de jour ou un CATTP peut le faire pour différentes indications, en ayant en vue différents axes de travail possibles.

L'inclusion dans un groupe à médiation doit répondre à un projet de soin, les soignants doivent savoir pourquoi ce patient vient, et pourquoi cette activité précise a été choisie pour lui. Que va-t-il travailler, que peut-on espérer pour lui dans cet atelier : la contenance d'angoisses archaïques, la relation à l'autre, la pensée, la créativité, la symbolisation ? Même si, comme on l'a vu, le patient se doit de surprendre les soignants en se décalant de leurs projections, ces projections se doivent d'exister d'abord.

Le projet de soin initial - composé à la fois des besoins et attentes du patient, des projections que les soignants ont pour lui et pour leur activité - est nécessairement idéalisé. Lors de la mise en place du soin, ce projet idéalisé va, plus ou moins brutalement, rencontrer la réalité : contraintes institutionnelles, listes d'attente, incompatibilité avec l'emploi du temps scolaire, absences... C'est alors l'occasion de former un compromis, prenant en compte les besoins du patient d'une part, et la réalité d'autre part, pour établir un espace intermédiaire dans lequel se déroulera effectivement le travail. Ce compromis ne devrait pas être réduit trop rapidement à un renoncement au projet idéal initial : celui-ci reste inscrit et continue de guider les soignants. Le compromis pourrait plutôt être compris comme un ajustement, quelque part plus pertinent que le projet initial, car plus proche de la réalité du patient.

La partie clinique de ce travail porte sur l'observation d'un groupe d'adolescents autour de la médiation « jeux de société ». Avant de présenter cette observation, nous allons faire un détour pour étudier le jeu de société en tant que médiateur.



## II. Le jeu comme médiateur

Le dictionnaire Larousse définit le jeu comme une « *activité d'ordre physique ou mental, non imposée, ne visant à aucune fin utilitaire et à laquelle on s'adonne pour se divertir, en tirer un plaisir* » ; ou « *activité de loisir soumise à des règles conventionnelles, comportant gagnant(s) et perdant(s), et où interviennent, de façon variable, les qualités physiques ou intellectuelles, l'adresse, l'habileté ou le hasard* » (86).

Huizinga, historien spécialisé dans l'histoire culturelle, définit le jeu comme « *une action libre, sentie comme fictive et située en dehors de la vie courante, capable néanmoins d'absorber totalement le joueur, une action dénuée de tout intérêt matériel et de toute utilité, qui s'accomplit en un temps et un espace expressément circonscrits, se déroule avec ordre selon des règles données et suscite dans la vie des relations de groupe, s'entourant volontiers de mystère ou accentuant par le déguisement leur étrangeté vis-à-vis du monde habituel* » (87) . Cette définition a longtemps fait référence, puis a été complétée par d'autres auteurs.

Dans chacune de ces deux définitions, on trouve déjà deux facettes paradoxales de la notion de jeu : une activité libre, et qui peut être organisée par des règles. C'est selon ces aspects que Winnicott distingue deux types de jeux et façons de jouer : le jeu libre *play*, et le jeu organisé *game*.

L'objet de ce chapitre n'est pas d'étudier d'une façon exhaustive le concept de jeu et la place qu'il peut occuper en pratique clinique, mais simplement de revenir succinctement sur quelques notions concernant le jeu dans le développement de l'enfant et son utilisation en pratique clinique, avant de nous intéresser au type de jeu le moins étudié - le jeu structuré - et à la façon dont il peut être utilisé en situation thérapeutique.

## II.1. Jeu et développement

Le jeu apparaît dès le début de la vie, et évolue parallèlement au développement de l'enfant dans ses différents registres. Nous nous intéressons ici à l'articulation entre jeu et développement sur le plan cognitif et sur le plan psycho-affectif.

### II.1.1. Développement cognitif

Piaget propose d'étudier les différents stades dans le jeu de l'enfant, en lien avec l'évolution de ses processus cognitifs (88). Il décrit :

- Les « jeux d'exercice », entre la naissance et l'âge de 2 ans, période qu'il nomme « phase sensori-motrice ».

L'enfant commence par jouer avec son propre corps, puis avec des objets. Le jeu prolonge les conduites adaptatives de façon indistincte : il n'est pas possible de déterminer où et quand il commence. Conduites sensori-motrices et jeu se confondent.

- Les jeux symboliques, à partir de 2 ans et jusqu'à environ 7-8 ans. L'enfant représente dans son jeu une réalité non actuelle, un exemple typique est le jeu du « faire semblant ». Piaget définit la fonction symbolique comme « *la capacité d'évoquer des objets ou des situations non perçues actuellement en se servant de signes ou de symboles* » (88). Ce jeu symbolique permet d'organiser la pensée de l'enfant à un âge où la parole n'est pas encore en capacité de le faire. Il permet la manipulation de représentations sans passer par la parole.

- Enfin, les jeux à règles ou jeux structurés s'organisent spontanément vers 7-8 ans, en même temps que décroît l'utilisation du jeu symbolique. Le jeu structuré est accessible plus tôt par imitation des aînés, mais devient spontané à cette période et constitue un outil de socialisation pour l'enfant.

Le renforcement de la capacité à différer la satisfaction et à tolérer la frustration permet l'accès à ces jeux. La pensée à cet âge devenant moins égocentrée, l'enfant peut envisager les points de vue des autres et commence à élaborer des stratégies. L'apparition de jeux structurés correspond au

travail qu'on attend d'un enfant en période de latence : qu'il puisse être attentif, tolérer un minimum la frustration, que le recours à la motricité diminue en faveur de la mentalisation. Elle coïncide également avec l'important travail de socialisation des enfants d'âge scolaire (89).

Les jeux se complexifient et s'enrichissent encore en fin de période de latence, vers 11-12 ans, lorsque l'accès à la pensée abstraite autorise des raisonnements hypothético-déductifs, abstraits, et permet de réfléchir sur les probabilités (64).

Ainsi, la maturation cognitive permet au jeu de s'enrichir et de se diversifier, mais c'est également sur le jeu que s'appuie le développement de ces mêmes capacités cognitives.

Cette approche ne considère pas l'interaction entre jeu et développement psycho-affectif.

### II.1.2. Développement psycho-affectif

Freud décrit en 1920, dans « Au delà du principe de plaisir », le « jeu de la bobine » en observant son petit-fils jouer après que sa mère l'ait quitté. L'enfant jette une bobine loin de lui en disant « ooo » (ébauche de « fort » selon Freud, qui peut se traduire par « loin ») puis la ramène vers lui en disant « aaa » (ébauche de « da » selon Freud, qui peut se traduire par « ici »).

Freud interprète ce jeu comme une façon pour l'enfant de supporter l'absence de sa mère. En maîtrisant la présence ou absence de la bobine, il rejoue encore et encore la séparation, et anticipe avec joie le retour de la mère. Il joue avec ses angoisses d'abandon, les manipule, et s'octroie un contrôle en étant l'acteur de la séparation au lieu de la subir (90).

Lebovici et Diatkine diront en 1962, à propos du jeu de la bobine, « *Le mécanisme n'est ludique que parce qu'il suppose une relation à deux, l'enfant et sa mère, d'ailleurs fort nuancée et fort complexe.* » (91).

Anna Freud met en évidence dans le jeu de l'enfant ce qu'elle nomme « identification à l'agresseur » : il s'agit d'un retournement de passif à actif, de masochisme à sadisme, par appropriation de la maîtrise. En jouant, l'enfant peut s'octroyer une maîtrise sur des phénomènes qu'il subit

habituellement dans sa vie. Elle s'intéresse également au rôle du jeu dans la socialisation, allant jusqu'à en faire un des éléments prédictifs de l'aptitude au travail de l'enfant une fois devenu adulte (92).

Melanie Klein fait la proposition de considérer le jeu de l'enfant comme la « voie royale d'accès à l'inconscient », équivalent pour l'adulte du rêve et de l'association libre (59). Le jeu permettrait selon elle une réalisation des désirs, l'enfant pouvant évacuer et projeter dans le jeu l'angoisse du conflit intrapsychique qui le travaille. « *Le résultat de cette expulsion est un sentiment de soulagement, source principale du plaisir que le jeu procure* » (59).

Winnicott, initialement formé par Melanie Klein, poursuit les travaux sur le jeu en se distinguant d'elle sur différents points. Premièrement, il étudie le jeu (*play*), l'activité de jouer (*playing*), plus que le contenu du jeu. Contrairement à Klein, il distingue le jeu des pulsions sexuelles ou agressives : selon lui, le jeu se déroule dans un climat d'amusement calme, il ne connaît pas d'acmé ou de moment orgasmique. L'envahissement pulsionnel du jeu rendrait d'ailleurs celui-ci chaotique, et empêcherait son bon déroulement (93). Winnicott attache également une plus grande importance à l'environnement de l'enfant, c'est à dire à son entourage, et particulièrement à ses parents. Il étudie donc le jeu dans le cadre de la relation de l'enfant à son environnement.

Enfin, il développe les concepts d'objet et phénomènes transitionnels. Winnicott postule qu'à l'origine du jeu, il y a l'objet et les phénomènes transitionnels. L'objet transitionnel, ou « *première possession non-moi* », puis les phénomènes transitionnels, se situent dans « *l'aire entre le pouce et l'ours en peluche, entre l'érotisme oral et la relation d'objet, entre l'activité créatrice primaire et la projection de ce qui a été introjecté* », c'est-à-dire dans l'aire transitionnelle. Winnicott définit celle-ci comme « *l'aire intermédiaire d'expérience (AIE), à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure* ». « *Cette aire où l'on joue n'est pas la réalité psychique interne. Elle*

*est en dehors de l'individu, mais elle n'appartient pas non plus au monde extérieur » (56). L'aire intermédiaire d'expérience se situe donc entre les réalités interne et externe, elle joue en quelque sorte le rôle d'amortisseur entre les deux. C'est une zone aconflictuelle, où la question de l'appartenance - à la réalité interne ou externe, à soi ou à l'autre - ne doit même pas être posée : cette aire n'est pas contestée, c'est un « lieu de repos » pour l'individu. L'enfant peut se situer, grâce au recours à cette aire, dans un état intermédiaire entre incapacité et capacité à reconnaître et accepter la réalité. Les phénomènes transitionnels, et donc le jeu, découlent de l'expérience de l'illusion du petit enfant. L'illusion n'est pas le refus d'accepter la réalité, mais une étape dans ce sens, un compromis la rendant acceptable. L'illusion du petit enfant est encore présente chez l'adulte, notamment dans les domaines de l'art et de la religion (56).*

L'aire transitionnelle n'est pas seulement intermédiaire entre réalité interne et externe, elle est également intermédiaire entre soi et non-soi, entre soi et l'autre. Le jeu naît dans la relation, de l'expérience d'illusion omnipotente dans un champ aménagé pour l'enfant par sa mère. L'aire de jeu est initialement situé dans une aire commune à la mère et à l'enfant. Peu à peu, celui-ci peut prendre une certaine autonomie dans cette aire, en particulier grâce à son objet transitionnel, et vivre des expériences de solitude en présence de l'autre. Le jeu est une « *expérience de relation aux objets* » (83), qui procure au sujet un double sentiment d'existence de l'objet et d'existence du soi, du vrai self, non pas dans un affrontement mais au contraire dans un rapport d'étayage mutuel, l'un renforçant l'autre (94).

Pour Winnicott, jouer est l'activité principale de l'enfant, et est indispensable au développement de sa créativité future : « *C'est en jouant, et seulement quand il joue, que l'enfant ou l'adulte est libre de se montrer créatif et d'utiliser sa personnalité entière, et c'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le self* » (69). Le jeu serait pour lui thérapeutique en lui-même, la psychothérapie n'étant qu'une modalité « *très spécialisée du jeu mise au service de la communication avec soi-même et avec les autres* » (83).



Ce qu'on peut retenir de ces différentes conceptions des fonctions du jeu, c'est d'une part que le jeu est un lieu, un espace, une occasion d'externaliser et manipuler des éléments refoulés. D'autre part, que le jeu est indissociable de la relation : il naît dans une relation, dans une aire de jeu aménagée au sein d'une relation. Ce n'est qu'à partir d'un jeu dans la relation, puis d'un jeu autonome en présence de l'autre - encore dans une relation donc - que peut se développer une capacité à jouer seul et à accéder à un jeu commun dans le « chevauchement de deux aires de jeu » (69).

Si l'on considère que le jeu est l'activité naturelle de l'enfant, il est logique de s'en saisir pour le décliner en outil thérapeutique.

## II.2. Le jeu en pratique clinique

### II.2.1. Apports de la psychanalyse

Si Freud s'est intéressé à l'analyse du jeu d'un enfant, il n'a en revanche pas pratiqué la psychanalyse sur des enfants, et n'a donc pas cherché à utiliser le jeu en situation thérapeutique.

Anna Freud et Melanie Klein sont les premières à pratiquer la psychanalyse sur les enfants. Elles ont développé dans les années 1920 des techniques utilisant le jeu dans un cadre thérapeutique. Elles sont cependant en opposition sur plusieurs points (95).

Pour Melanie Klein, la fonction cathartique du jeu ne suffit pas à lui conférer un effet thérapeutique. Elle développe donc une rigoureuse technique d'utilisation thérapeutique du jeu : elle observe méticuleusement le jeu de l'enfant (jeu choisi, matériel exprimé, enchaînements, répétitions, affects associés), propose une interprétation qui suscite un autre jeu chez l'enfant, à son tour interprété,

jusqu'à la formation d'une nouvelle symbolisation qui apaise l'angoisse. Elle s'intéresse donc principalement au contenu du jeu, aux fantasmes exprimés à travers lui, et interprétables (59). Elle utilise des jeux libres, non structurés : poupées, dessin, ciseaux, ficelle, balles, eau (95).

D'autres auteurs ont pu reprocher à sa théorie de ne pas assez prendre en compte la façon de jouer et la relation à l'adulte dans le jeu, ne se concentrant que sur son contenu, au risque de donner des « interprétations sauvages ».

Anna Freud utilise également le jeu comme forme d'association libre. Elle a une approche assez éducative dans sa pratique, considérant que la thérapie doit « renforcer le Surmoi » des enfants et les rendre plus obéissants (96). C'est un point important de divergence avec Klein : cette dernière s'oppose formellement à toute posture éducative du thérapeute, jugeant attitude éducative et analyse incompatibles. Pour Klein, l'amélioration du comportement de l'enfant ne vient que de surcroît et n'est pas le but du traitement : l'objectif thérapeutique est le dénouement des conflits intrapsychiques et l'apaisement de l'angoisse (95).

Dans sa pratique, Winnicott joue activement avec ses jeunes patients, cherchant à laisser se déployer une aire transitionnelle de jeu entre eux. Pour lui, « *la psychothérapie se situe là où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. (...) Là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire* » (93). Il privilégie les jeux libres, bases pour une création commune, dont l'exemple typique est le « jeu du squiggle » : enfant et thérapeute construisent un dessin à deux, l'un complétant l'ébauche faite par l'autre (97).

Lebovici, Diatkine et Soulé insistent sur la relation à l'adulte qui est exprimée dans le jeu. Pour eux, en situation psychothérapeutique, le jeu est une expérience émotionnelle correctrice en présence

d'un adulte bienveillant. L'enfant peut exprimer ses affects agressifs mais aussi ses mouvements tendres envers l'adulte. Le jeu ne devrait pas selon eux être interprété seul, mais pris dans le contexte de la relation à l'adulte qui observe ou joue avec l'enfant (98).

Le jeu permet donc l'établissement d'une relation en passant par le mode d'expression privilégié de l'enfant, qui n'est pas la parole. Il est un médiateur, qui facilite la mise en relation et aide à la réguler. À travers le jeu, l'enfant donne accès d'une part à ses fantasmes inconscients, mais également à sa façon d'être en relation. En jouant avec l'enfant, le thérapeute le rejoint sur son terrain favori et propose qu'ils vivent une expérience agréable ensemble, dans une aire transitionnelle partagée.

Les auteurs que nous avons cités utilisaient préférentiellement des jeux libres. Qu'en est-il des jeux structurés ?

### II.2.2. Quelle place pour les jeux structurés ?

Un jeu structuré - ou jeu de société, jeu organisé, le *game* de Winnicott - comporte au minimum deux joueurs, des règles, une issue - victoire ou défaite le plus souvent - et un support matériel.

Dans la littérature, les jeux symboliques libres ont été beaucoup plus étudiés que les jeux structurés (89). Ces derniers y apparaissent comme pauvres, incapables de servir de support à la symbolisation. Pour Winnicott, les jeux organisés seraient une défense contre « l'aspect effrayant du jeu » et brideraient la créativité des joueurs : « (...) et l'on peut tenir les jeux (*games*), avec ce qu'ils comportent d'organisé, comme une tentative de tenir à distance l'aspect effrayant du jeu (*playing*) (...). Quand un organisateur est amené à diriger le jeu, cela implique que l'enfant ou les enfants soient incapables de jouer au sens créatif (...) » (83).

En pratique clinique, les jeux organisés sont surtout utilisés pour fournir des éléments d'évaluation concernant les capacités cognitives des enfants, leur niveau de tolérance à la frustration, comme aide pour forger l'alliance en début de traitement, ou comme « manœuvre de diversion » pendant qu'une discussion – qui serait le vrai outil thérapeutique – prend place au-dessus du plateau de jeu (89).

Bellinson, psychologue psychanalyste américaine, propose dans un article de 2013 une autre conception des jeux structurés.

Partant du constat que le jeu structuré est le type de jeu préféré des enfants en période de latence, elle défend la possibilité d'une utilisation thérapeutique de ce type de jeu. Le jeu structuré serait le moyen d'expression privilégié de la période de latence, comme la motricité peut l'être pour un très jeune enfant ou la parole pour un adolescent ou un adulte.

Les exigences que l'environnement a envers les enfants en période de latence sont similaires à celles des jeux de société : pouvoir rester assis, attendre son tour, partager, différer la gratification, accepter la défaite, tolérer la frustration et réfréner l'expression brute des pulsions. Les enfants adressés à un thérapeute sont en général en difficulté avec une ou plusieurs de ces contraintes, ce qui transparaît facilement dans un jeu de société.

Au centre de sa réflexion se trouve l'idée que, face à un jeu structuré, les enfants focalisent leurs projections sur la règle du jeu. L'utilisation d'un jeu structuré en thérapie pourrait donc renseigner sur les problématiques du patient, à condition que celui-ci se sente libre de se montrer créatif avec la règle.

Le choix du jeu peut déjà apporter des informations sur le patient. Choisit-il un jeu adapté à son âge ? Un choix de jeu pour enfant beaucoup plus jeune peut indiquer une certaine immaturité ou

une quête de régression. Préfère-t-il les jeux nécessitant une compétence (réflexion, rapidité) ou ceux reposant sur le hasard ? Ce choix peut fournir un indice sur la représentation que cet enfant se fait de sa capacité ou non à contrôler le cours de son existence. Veut-il jouer au même jeu encore et encore à chaque séance ou est-il prêt à se risquer hors de sa zone de confort ? Choisit-il des jeux dans lesquels existe une composante agressive ? Ceci peut indiquer à quel point il est à l'aise avec ses propres motions agressives.

Bellinson propose que le thérapeute se montre tout à fait permissif avec les entorses aux règles du jeune patient, et soit très attentif au contexte dans lesquelles ces moments de tricherie surviennent. C'est la première condition pour que le jeu structuré puisse être un outil thérapeutique. Elle postule qu'un enfant triche lorsque le déroulement du jeu menace son estime de lui, son narcissisme. L'enfant triche-t-il dès le début de la partie, seulement lorsqu'il se sent en difficulté, ou alors ne supporte-t-il pas que son adversaire prenne un avantage ? Est-ce qu'il ne se soucie que de son propre avancement dans le jeu ou cherche-t-il avant tout à ne pas être devancé par son adversaire ? Ses aménagements de la règle sont-ils un moyen d'améliorer sa propre situation, ou plutôt de gêner le thérapeute ? Dit-il quelque chose de son acte, demande-t-il la permission ? La modification ou attaque des règles est un moyen pour le patient de déposer quelque chose de lui-même, et de montrer ce qui lui est intolérable, à condition que quelqu'un l'entende et ne le réprimande pas.

La deuxième condition pour que le jeu de société puisse être un outil thérapeutique est que le thérapeute puisse formuler des interprétations lorsque le patient modifie ou enfreint les règles, c'est-à-dire lorsqu'il est en difficulté. Ces interprétations peuvent porter sur les intentions, les affects du patient.

Elle observe que lorsque l'enfant a enfin trouvé un moyen d'exprimer ses difficultés dans un cadre contenant et bienveillant, il est libre de mieux fonctionner dans son environnement habituel : il triche moins avec ses pairs, avec lesquels il établit des relations moins conflictuelles, et s'oppose

moins dans sa famille. Dans un second temps, l'enfant peut commencer à prendre des risques dans le cadre sécurisant du jeu avec le thérapeute : tester un nouveau jeu, accepter des cartes désavantageuses, goûter à la défaite...

Le jeu de société pourrait donc constituer un cadre contenant, favorisant l'expression de symptômes dans la relation thérapeutique, puis permettant leur élaboration et leur travail (89).

Le développement de l'utilisation des jeux structurés en pratique clinique, après des décennies d'utilisation préférentielle des jeux libres, peut également être mis en lien avec l'évolution des profils des patients. Au début du 20<sup>e</sup> siècle, la plupart des jeunes patients de Melanie Klein étaient des enfants structurés sur un mode névrotique, dotés d'un Surmoi très solide et actif, voire tyrannique, pour lesquels l'utilisation de jeux libres était une occasion de permettre l'expression de pulsions habituellement fermement refoulées et de libérer les capacités d'imagination.

Les enfants consultant en psychiatrie infanto-juvénile de nos jours relèvent plus fréquemment de dysharmonies évolutives, de structurations limites ou psychotiques. L'introduction de jeux à règles par les thérapeutes dans ce contexte pourrait être comprise comme une réponse à un manque de structuration chez les patients, une tentative de leur faire découvrir et tolérer les notions de tiers, de frustration, de limites.

### II.2.3. Le jeu structuré comme médiateur en groupe

Après avoir étudié comment un jeu de société peut être utilisé en situation thérapeutique individuelle, nous pouvons nous demander s'il peut constituer un bon médiateur dans un groupe thérapeutique.

Si l'on confronte le jeu de société avec la définition du médium malléable de Roussillon (71), il a indéniablement un caractère rigide : le matériel est préformé, la règle fixée, les patients peuvent à

première vue difficilement « *imposer la marque de leur psyché* » sur le plateau, les cartes ou le dé. « *S'il s'en tient à l'exercice d'une organisation externe non malléable, le jeu de société risque donc de se muer en un procédé adaptatif plutôt que créatif, où le monde extérieur vient empiéter sur le sens intrapsychique du jeu* » (99).

Le caractère structuré du jeu de société - dans lequel chacun a une place et un rôle définis par des règles qui s'appliquent à tous - peut cependant constituer un atout en groupe, car il est rassurant. À la différence de ce qui se passe dans des médiations plus libres comme le dessin ou l'écriture, il n'implique pas de façon évidente un dévoilement du monde interne. Il respecte l'aménagement défensif initial : la règle du jeu, en définissant les places de chacun, limite les angoisses de perte identitaire et d'indifférenciation qui peuvent rendre les premiers temps de la mise en situation groupale difficile (99). Les thérapeutes de groupe d'enfants remarquent d'ailleurs que, fréquemment, les groupes mettent spontanément en place un jeu structuré dans les premières séances, moyen pour eux de limiter leur angoisse initiale (8).

Pour des sujets vivant le lien à l'autre comme menaçant, le jeu joue le rôle de médiateur dans la relation, réunit les joueurs dans une attention conjointe qui leur permet d'entrer en relation de façon moins menaçante, intimidante ou excitante que par la seule parole. Il autorise le maintien d'une relation sans passer par la parole. Tous les médiateurs ont cette propriété, mais le jeu de société ayant de façon évidente un caractère ludique, évocateur de plaisir d'enfance retrouvé, il peut certainement limiter la résistance initiale des patients.

Par rapport à une utilisation en thérapie individuelle, l'utilisation d'un jeu structuré en groupe permet plus de liberté dans la gestion de la proximité et de la permanence du lien à l'autre. Dans un jeu au tour par tour, une fois qu'il a terminé de jouer, chaque patient a le choix de rester attentif au

déroulement de la partie, de commenter les actions des autres joueurs, ou de se retirer pour accéder à un moment de détente et de rêverie en présence du groupe. Il autorise naturellement des mouvements de va-et-vient entre individuel et groupal. Tous les jeux de société ne sont cependant pas égaux sur ce point. Certains nécessitent une relation à l'autre très soutenue, permanente, tandis que d'autres sont plutôt individuels, avec peu d'interactions, et procurent aux joueurs des moments de solitude en présence de l'autre.

Les règles contiennent les joueurs dans leur cadre, délimitent pour eux une aire commune qui est un espace de plaisir partagé, mais elles jouent aussi le rôle de tiers entre eux. Elles encadrent et régulent l'excitation du groupe, empêchant le jeu de devenir chaotique. Les règles du jeu représentent les règles de la relation, la loi : dans un jeu chacun montre sa façon d'être en relation, et dans un jeu structuré, sa façon d'être en relation avec des règles. Parler des règles, c'est entamer une discussion sur les modalités de la relation, négocier, s'adapter aux besoins des uns et des autres. Enfreindre les règles, c'est un peu attaquer la relation aux autres, mais dans l'espace du jeu, d'une façon plus acceptable que dans la réalité. Se décaler et aménager les règles, c'est entrer dans une zone dans laquelle la créativité de chacun et du groupe peut s'exprimer.

Si l'on considère que les règles peuvent être malléables et qu'elles peuvent représenter la relation entre les joueurs, on se rapproche alors de la définition du médium malléable. Le jeu n'est pas malléable dans sa concrétude, mais dans son utilisation qui peut être originale, décalée, tolérer une déformation sans être détruite et permettre l'expression d'une créativité groupale. « *La possibilité pour le jeu de société (le game) de devenir un médium capable de se prêter à une activité de symbolisation (le play), dépendra donc surtout de la possibilité pour un groupe (...) de créer un objet commun.* » (99).





### **III. Illustration clinique : l'activité « jeux de société » d'un CATTP pour adolescents**

J'ai eu l'occasion, dans le cadre de mes deux stages successifs dans un service de psychiatrie infanto-juvénile, de participer aux activités thérapeutiques d'un CATTP pour adolescents pendant un an. C'est cette expérience qui m'a donné l'idée de réaliser ce travail. J'ai choisi de réaliser l'observation clinique d'un groupe en particulier, celui de l'activité « jeux de société ».

Après avoir présenté brièvement l'unité de soin, nous décrirons le cadre-dispositif de l'activité « jeux de société » et les adolescents qui y participent. Nous relaterons ensuite l'évolution du groupe sur la durée de l'observation, en incluant les récits de certaines séances ainsi que leurs commentaires. Enfin, après avoir considéré l'évolution des adolescents composant le groupe, nous confronterons le résultat de ces observations aux données théoriques précédemment traitées.

#### **III.1. Présentation de l'unité**

L'Unité Fonctionnelle Adolescences de l'intersecteur 62i06 est une unité de soins pour adolescents de type CATTP.

##### **III.1.1. Cadre théorique**

Le cadre théorique de l'unité a été conçu avec pour références les travaux de Botbol et Catheline.

Dans son article « une psychothérapie par l'environnement » (32), Botbol propose le modèle d'une unité dans laquelle les soignants forment un maillage, un réseau autour de patients limites accueillis en institution. Le principal levier thérapeutique est le portage par les psychismes des différents soignants, qui créent pour leurs patients un « espace psychique élargi » (33). Dans ce modèle, les

soignants reçoivent des éléments bruts, des fragments de matière psychique du patient projetés dans leurs psychés. L'élaboration par l'équipe soignante de leurs réactions aux projections du patient permet de jouer un rôle de fonction alpha, de transformer les éléments bruts en quelque chose de plus assimilable. La restitution prudente au patient de ce que son premier message a fait élaborer aux soignants constitue la fin de la boucle. Les soins à médiation sont, dans ce modèle, une modalité particulière de relation permettant au patient d'exprimer des éléments psychiques et des représentations autrement que par la parole, d'une façon plus adaptée à ses modalités sensorielles préférentielles et à ses capacités d'élaboration. Cette « psychothérapie par l'environnement » est envisagée par Botbol comme un intermédiaire entre l'institution qui se limiterait une fonction contenante et une psychothérapie duelle qui est difficilement accessible aux patients adolescents limites.

Catheline, dans « quand penser devient douloureux » et « ces adolescents qui évitent de penser » (12,61), présente une modalité de soins pour les adolescents en souffrance présentant - entre autres - des difficultés à penser. L'unité de type hôpital de jour qu'elle décrit repose, entre autres, sur des soins à médiation. Ces soins sont une manière de relancer les processus de pensée, de réconcilier l'adolescent avec sa propre pensée dans un autre contexte que le milieu scolaire associé à la notion de performance et à l'échec. Ils lui offrent une occasion de mettre en lumière les parties saines de son psychisme, expérience qui a un effet de soutien. Ils sont aussi l'occasion pour l'adolescent d'exprimer quelque chose de lui-même autrement que par la parole. À un deuxième niveau, les soignants remplissent là aussi une fonction d'espace psychique élargi, accueillant dans leurs psychismes ce que le patient exprime par le biais du médiateur, avant de lui restituer les pensées élaboratives qui leur viennent. À un troisième niveau, l'institution en elle-même joue le rôle de médiateur entre l'adolescent et sa famille.

Telle qu'est conçue l'unité dont nous parlons dans cette illustration, les activités thérapeutiques à médiation jouent un rôle important, mais ne suffisent pas au soin. Le soin se répartit en différents axes de travail, et repose sur l'idée d'un portage psychique par les soignants et d'un espace psychique élargi qui peut devenir thérapeutique à certaines conditions : les temps d'activité doivent être agréables et porteurs pour l'adolescent (ils ne sont pas des temps dédiés à l'expression de ses symptômes), et un temps important est consacré aux reprises en synthèse pour permettre à une fonction alpha d'être opérante chez les soignants.

### III.1.2. Équipe

L'équipe du CATTP comporte un médecin responsable d'unité (0,2 ETP), une cadre de santé (0,3 ETP), deux psychologues (0,7 ETP), trois infirmiers (2,8 ETP), une assistante sociale (0,8 ETP), une secrétaire (0,5 ETP), un(e) interne (4 à 5 demi-journées), et éventuellement des étudiants infirmiers ou assistant social. Une psychomotricienne (0,05 ETP) intervient dans un groupe.

### III.1.3. Axes de travail.

Le travail auprès des adolescents au CATTP se décline selon plusieurs axes : activités thérapeutiques médiatisées en groupe, suivi en entretien, visites à domicile, accompagnement parental, lien avec les partenaires des milieux scolaires et sociaux, médiation parents-adolescent, et élaboration en synthèse. Nous ne détaillerons que les activités à médiation et la reprise en synthèse.

#### *III.1.3.a. Temps d'activité thérapeutique médiatisée en groupe.*

7 groupes sont proposés, avec différentes médiations :

- 2 à médiation corporelle : marche, bien-être / relaxation (seul groupe non mixte avec un groupe pour chaque sexe),
- 2 à médiation manuelle : bricolage / jardinage et cuisine,

- 2 à médiation culturelle artistique : art créatif et improvisation théâtrale,
- 1 à médiation culturelle ludique : jeux de société.

Les séances d'activité en groupe ont lieu chaque semaine, à la même heure et dans le même lieu. Ils accueillent 6 adolescents. Ils fonctionnent en mode semi-ouvert de septembre à juin, et en mode ouvert pendant les vacances scolaires d'été.

Les admissions ont lieu tout au long de l'année. Lorsqu'un adolescent intègre le CATTP, il est reçu à deux reprises en entretien avec ses parents avant de choisir ses activités. Le choix des activités est assez libre, les préférences de l'adolescent sont suivies sous réserve de places disponibles. L'adolescent participe en principe à deux activités, les mêmes pour toute l'année scolaire.

Les activités sont encadrées par 2 à 3 intervenants, qui restent fixes dans la mesure du possible. Dans la conception du CATTP, c'est en fait l'équipe dans son ensemble qui prend en charge les adolescents, plus que des soignants en particulier. La continuité et la fiabilité de la prise en charge par l'unité priment sur la permanence des intervenants, c'est pourquoi en cas d'absence d'un des soignants référents d'un groupe, un autre peut le remplacer.

Les soignants animent la séance, présentent le médiateur et participent activement à son utilisation aux côtés des adolescents, soutenant leurs gestes et initiatives. Ils s'attachent à encourager et valoriser toute prise d'initiative, à faire en sorte que le temps d'activité constitue une expérience positive pour les adolescents. Ils animent le temps de discussion si celle-ci est laborieuse, encourageant chacun à prendre la parole. Ils sont les garants du cadre, des règles du groupe.

Dans certaines activités, ils sont amenés à avoir un rôle assez directif dans l'utilisation de la médiation (cuisine, bricolage, bien-être, théâtre) alors que dans d'autres (jeux de société, art créatif, marche) ils sont égaux avec les adolescents face au médiateur, et leur rôle spécifique consiste à

contenir l'excitation et à être garants du cadre pour permettre que la médiation puisse être utilisée par tous dans de bonnes conditions.

La plupart des soignants de cette unité ne sont pas formés en thérapie de groupe. Ils ne font donc pas d'interprétations sur les phénomènes de groupe, du moins pas directement. Les éventuelles interprétations se font plutôt à travers la médiation, et sont plus souvent individuelles que groupales.

Nous classerions le cadre-dispositif des groupes de cette unité dans la catégorie « soins médiatisés en groupe » de la classification de Catheline et Marcelli (12). Il s'agit d'une thérapie dans et par le groupe.

Un point important du cadre est que les temps d'activité doivent bien se passer, être des moments agréables pour les adolescents, afin de pouvoir constituer pour eux des expériences émotionnelles correctrices de bon fonctionnement en relation avec l'autre. Ce ne sont pas des temps dédiés à la souffrance et aux symptômes psychiatriques, mais au contraire des temps où peuvent s'exprimer les zones saines et fonctionnelles des psychismes de ces adolescents. Si l'état clinique d'un adolescent est incompatible avec le bon déroulement de l'activité, il ne peut pas y participer et l'unité fait le lien avec son référent CMP afin que celui-ci prenne les mesures thérapeutiques nécessaires avant sa réintégration en groupe.

Les activités en groupe ne sont donc pas conçues pour fonctionner seules. La poursuite d'un suivi individuel avec le référent CMP est une condition de l'admission dans l'unité.

En plus de la fonction d'expérience émotionnelle correctrice, les temps d'activité sont l'occasion pour que les adolescents utilisent les psychismes des soignants comme espace de projection, afin que dans un deuxième temps, en synthèse, ces projections puissent être détoxifiées et pensées.

### III.1.3.b. Temps de reprise et synthèse

Les soignants bénéficient de plusieurs temps de reprise par semaine.

Après chaque activité groupale, les soignants font une reprise entre eux avant de prendre des notes cliniques succinctes dans les dossiers individuels.

Deux fois par semaine, les situations individuelles et l'évolution des groupes sont évoquées à froid, en synthèse, avec toute l'équipe. La supervision est assurée par le médecin responsable d'unité qui, n'étant pas directement en contact avec les adolescents, est dans une position suffisamment extérieure pour pouvoir jouer ce rôle. Les synthèses jouent le rôle de fonction alpha pour les soignants, transformant les éléments bruts suscités par les projections des adolescents en quelque chose de plus pensable. Ce sont des temps indispensables pour conserver chez les soignants une capacité à penser et limiter l'impact de leur exposition aux patients.

Enfin, une reprise spécifique dédiée aux accompagnements parentaux a lieu une fois par semaine.

### III.1.4. Indications et profil des adolescents.

Les adolescents sont adressés par leur référent CMP - psychologue ou pédopsychiatre - puis présentés en réunion de présentation, avant que l'indication ou non d'une prise en charge soit posée.

Les conditions pour qu'un adolescent soit admis à l'unité sont : qu'il soit pubère, qu'il poursuive un suivi CMP avec son référent, et qu'il ne soit pas déjà pris en charge à temps plein dans le secteur médico-social.

Il n'y a pas d'indication spécifique en dehors de ces conditions.

La plupart des adolescents adressés sont très en souffrance, et peu accessibles à une psychothérapie individuelle. Ils sont également très souvent en difficulté avec leurs pairs. Beaucoup n'ont pas de groupe d'amis, sont très isolés socialement, carencés en relations sociales à un âge où l'étaillage par les pairs est une condition pour pouvoir effectuer le travail de séparation-individuation vis à vis de

la famille propre à l'adolescence. Beaucoup sont également en échec scolaire - voire déscolarisés - et ont des difficultés à penser.

En terme de diagnostic, la majorité des adolescents suivis au CATTP présentent une dysharmonie psychotique de l'enfance d'évolution défavorable.

Ils évoluent dans des environnements socio-culturels très défavorisés, et sont issus de familles présentant des histoires multi-traumatiques. Fréquemment, on retrouve une pathologie psychiatrique parentale - un enjeu secondaire de la prise en charge est d'ailleurs d'orienter et accompagner ces parents vers le soin pour eux-mêmes. Ces adolescents souffrent de troubles de l'attachement et de multiples carences : éducatives, affectives, de soin. Leurs suivis CMP sont anciens, mais souvent discontinus.

En fait, beaucoup de ces situations pourraient relever d'un hôpital de jour pour adolescents, dont le secteur ne dispose pas.

La prise en charge au CATTP donne lieu à des améliorations significatives du fonctionnement des adolescents (objectivées par l'évaluation régulière de l'Echelle Globale de Fonctionnement), elle dure en général entre deux et trois ans.

### III.1.5. Objectifs de la prise en charge.

L'unité CATTP ne se substitue pas au suivi et à la psychothérapie individuelle par le référent CMP. Le maintien de ce suivi est même une condition d'admission et de poursuite des soins.

La prise en charge globale a pour but d'atténuer les symptômes et la souffrance psychique.

Les objectifs des activités à médiation, outils thérapeutiques dans cette prise en charge globale, sont multiples :



- Proposer un espace, un temps, une expérience dans laquelle les adolescents fonctionnent de façon satisfaisante pour eux, où ils ne soient pas mis en échec comme ils peuvent l'être en milieu scolaire, renvoyés à leurs incapacités ou insuffisances, ou pris dans une pathologie familiale. Mettre en lumière, permettre et renforcer l'expression des parties saines de leurs psychismes, qui soutiendront leurs assises narcissiques précaires.
- Créer une expérience émotionnelle correctrice de bon fonctionnement en relation avec d'autres.
- Via le groupe de pairs fournir un étayage, un espace d'identification extérieur au milieu familial.
- Relancer les processus de pensée et de créativité en panne.
- Mettre en relation soutenue les adolescents avec des soignants qui leur prêtent leurs propres psychismes comme espace de projection, afin de fonctionner pour eux comme une fonction alpha.

La mise en situation groupale permet une contenance, un étayage ainsi que la diffraction du transfert afin de rendre celui-ci plus tolérable. L'objet médiateur contribue à contenir l'excitation de la mise en relation, de rendre la relation à l'autre moins dangereuse en ouvrant un espace transitionnel aconflictuel dans lequel ils peuvent faire l'expérience de relations sereines pas trop excitantes.

Les objectifs de prise en charge sont bien sûr individualisés pour chaque adolescent, et réajustés au cours de sa prise en charge.

### III.2. Présentation de l'activité « jeux de société » :

#### III.2.1. Cadre-dispositif

L'activité « jeux de société » a lieu chaque mercredi après-midi, en mode semi-ouvert de septembre à juin et en mode ouvert pendant l'été. Elle est conçue pour accueillir 6 adolescents.

Les soignants de l'activité « jeux de société » sont au nombre de trois. ES et VD, infirmières, sont les intervenantes fixes qui ont créé l'activité en 2015. L'interne du service participe également à l'activité tout au long de son stage de 6 mois (un an dans mon cas). Il arrive que des étudiant(e)s infirmiers participent ponctuellement. En cas d'absence d'une des deux infirmières référentes de l'activité, le 3<sup>e</sup> infirmier de l'équipe, SD, la remplace. Sur la période de mon observation, en raison d'arrêts maladie dans l'équipe soignante, deux infirmières remplaçantes – NA et OB - interviennent également dans cette activité.

Le lieu est fixe. Il s'agit d'une grande salle comportant deux espaces dédiés à différents moments de l'activité : un espace « discussion » (canapés et fauteuils entourant une table basse) dédié à l'accueil et à la fin de l'activité, et un espace dédié au jeu (une grande table et des chaises). Un tableau blanc situé à côté de la table de jeu nous sert pour noter des rappels concernant les règles parfois complexes, et il arrive que les adolescents dessinent dessus.

Les adolescents disposent d'une petite salle d'attente qui leur est réservée, comportant des chaises et un babyfoot. Des magazines et bandes dessinées sont à leur disposition. La salle d'attente est décorée par les œuvres réalisées par le groupe de l'activité « art créatif ».

### III.2.2. Déroulement d'une séance.

Le groupe se constitue avant le début de l'activité, en salle d'attente. Nous passons saluer les adolescents au fur et à mesure de leurs arrivées, mais respectons leur espace et ne nous attardons pas dans leur salle. C'est l'occasion d'observer leur comportement : regroupés ou éparpillés, partageant une discussion, une partie de babyfoot, ou attendant en silence. Nous les emmenons en salle d'activité lorsqu'ils sont tous arrivés, et prêtons attention à leur réaction au moment de nous suivre : plaisir, ou regret de quitter leur espace et leur activité commune.

Le temps interstitiel en salle d'attente fait office de sas pour eux, c'est une étape de transition entre leurs solitudes individuelles et le temps d'activité en groupe avec les soignants.

Le temps d'activité se déroule ensuite en trois étapes.

### Temps de discussion et collation

Un ou deux adolescents se chargent de servir une collation au groupe, dans « l'espace discussion ». Si les adolescents n'entament pas spontanément une discussion, nous leur demandons individuellement comment ils vont, comment s'est passée leur semaine depuis la séance précédente, et leur proposons de relater un événement agréable ou inhabituel qui se serait produit durant ce temps. Les autres peuvent réagir et commenter s'ils le souhaitent. Ce rituel - selon leurs propres termes - vise à la fois à soutenir la verbalisation, et à s'assurer que chacun dispose d'un temps de parole et d'écoute au sein du groupe.

Si des membres du groupe ont été absents à la séance précédente, nous demandons aux autres de leur raconter cette séance. Cette pratique permet de restaurer un peu de la continuité mise à mal par l'absence, et de leur montrer que leur absence a été remarquée.

Enfin, les adolescents décident collectivement du jeu du jour.

Le temps de discussion, assez ritualisé, commence donc par un temps individuel, différencié, où chacun parle de lui, pour aller vers une parole plus collective et portant sur le groupe même. Naturellement, si une discussion spontanée se met en place, nous nous gardons bien d'y mettre fin. Il a ainsi pu arriver que cette première phase de l'activité dure près d'une heure.

### Temps de jeu

Le jeu du jour est décidé par les adolescents. Les adultes jouent avec eux, et sont bien évidemment soumis aux mêmes règles. Les adolescents qui n'ont pas envie de jouer sont encouragés à participer tout de même, et au minimum à rester dans l'espace de jeu avec le groupe.

En général un seul jeu est joué sur la séance, parfois deux. Nous retournons dans l'espace de discussion quelques minutes avant l'heure de fin de l'activité.

### *Temps de discussion et au revoir*

Ce dernier temps, qui clôture la séance, a lieu dans l'espace de discussion. De façon assez ritualisée, les adolescents sont invités à dire chacun leur tour ce qu'ils ont pensé de la séance, à proposer un mot (le « mot de la fin » selon leurs termes) qui leur restera en mémoire pour la caractériser, et à nommer leurs émotions. Les adolescents tiennent particulièrement à ce rituel, choisissant soigneusement leur mot, que nous retenons pour l'inclure dans nos notes. Ce rituel leur permet de constater que, bien qu'ayant partagé la même séance, ils l'ont vécue différemment, sont marqués par des moments, des paroles, des événements différents.

Enfin, nous nous disons au-revoir et les accompagnons jusqu'à leur transport.

Une séance commence donc par un moment de transition où ils ne sont qu'entre adolescents, avant le temps de groupe qui est rythmé par des temps et espaces bien définis, assez ritualisés, qui viennent borner l'expérience d'être en groupe par des éléments différenciés.

### *Temps de reprise et supervision*

La reprise à trois se fait immédiatement après la fin du groupe. Des notes cliniques succinctes sont prises dans les dossiers individuels de chaque patient. Je rédige les récits des séances seule après la reprise.

Pour les besoins de ce travail, les récits des séances de décembre à avril ont été lus et discutés en synthèse. Ce fut l'occasion pour moi de compléter mes observations, et de bénéficier d'autres éclairages sur ce qui s'y est joué.

### III.2.3. Les adolescents du groupe

Les prénoms des adolescents sont tous fictifs.

#### *III.2.3.a. Gordon*

Gordon est âgé de 15 ans en octobre 2017. Sa prise en charge au CATTP a débuté fin 2015. Il participait déjà à l'activité « jeux de société » en 2016-2017.

Ses antécédents familiaux comportent une addiction à l'alcool chez ses deux parents. Son père est décédé d'un infarctus du myocarde en 2006, à l'âge de 44 ans.

Dans ses antécédents médico-chirurgicaux personnels on note une obésité morbide, une hypertension artérielle, et un diabète non-insulinorequérant débutant. Il consulte une diététicienne depuis 2015, mais n'a perdu que très peu de poids.

Il ne présente pas de signe évoquant un syndrome d'alcoolisation fœtale, et nous n'avons pas notion de consommation d'alcool de sa mère pendant la grossesse. Il n'a pas de comorbidité addictive, et ne rapporte pas de trouble du comportement alimentaire. Il aurait en revanche des conduites de potomanie au domicile, qui ne sont pas constatées au CATTP.

Son suivi au CMP a débuté en 2006, lorsqu'il était âgé de 4 ans, dans un contexte de placement provisoire alors que son père venait de décéder et que sa mère suivait une cure de sevrage pour addiction à l'alcool. Il présentait à l'époque une grande anxiété et un développement psychomoteur

dysharmonieux. Le suivi s'est arrêté en 2009 : Gordon avait réintégré le domicile de sa mère, il ne présentait plus de trouble et ni lui ni sa mère n'avaient de demande vis à vis des soins.

Gordon a demandé lui-même une reprise du suivi en 2013, il était alors en 6<sup>e</sup>. Il rapportait une souffrance en lien avec un phénomène de harcèlement au collège, notamment des insultes au sujet de son surpoids. Il était en difficulté dans la relation avec ses pairs, envers qui il présentait une certaine méfiance. En revanche, il n'avait aucun problème dans les apprentissages. En 2014, suite à un épisode de harcèlement vécu d'une façon particulièrement traumatique, Gordon a refusé de retourner au collège. Il a ensuite développé une phobie sociale.

Fin 2017, il a un double suivi par une pédopsychiatre et une psychologue. Il est traité par fluoxétine (20 mg/j) pour phobie sociale depuis début 2017, traitement qui améliorerait partiellement son anxiété.

Il est le seul enfant vivant du couple parental, l'anamnèse retrouve une fausse couche tardive de jumeaux avant sa naissance. Son père est décédé en 2006. Il a 3 demi-frères et sœur plus âgés du côté paternel, avec lesquels il n'a aucun contact. Gordon et sa mère gardent contact avec un oncle maternel de Gordon, mais le voient très rarement. Gordon vit donc seul avec sa mère, qui ne travaille pas et touche l'allocation adulte handicapé – pour « dépression ». Bien qu'ayant des ressources limitées, ils ne se plaignent pas de difficultés financières particulières. La mère de Gordon ne consomme plus d'alcool depuis 2006, mais semble présenter des troubles cognitifs en lien avec sa consommation ancienne.

La relation mère - fils est particulière : Gordon adopte une attitude de prestance permanente, disqualifie systématiquement sa mère et se parentifie. Ils forment une famille très isolée et fusionnelle, ne sortent quasiment jamais de chez eux. Ils ne partent jamais en vacances, se disant incapables de dormir ailleurs qu'à leur domicile. Ils n'ont presque pas d'extérieur ni l'un ni l'autre, ni de relation en dehors de leur duo.

Gordon est déscolarisé depuis 2014. Une scolarisation par le CNED a été initialement mise en place, mais a été rapidement abandonnée par Gordon. Il réagissait avec beaucoup de colère et d'angoisse lorsqu'il recevait des notes insuffisantes à ses yeux (bien que suffisantes dans l'absolu : supérieures ou égales à 10/20), qui venaient le confronter à la réalité de ses limites.

Il occupe ses journées à lire des romans de science-fiction, et à regarder une chaîne de télévision ne diffusant que des informations en boucle. Il joue quelques heures par semaine à des jeux vidéos de types variés (jeux de rôles, de plateforme, de tir à la première personne), hors ligne.

Une aide éducative en milieu ouvert (AEMO) administrative a été mise en place en 2014, dans un contexte de désinvestissement de soins dont Gordon et sa mère disaient paradoxalement avoir besoin. Gordon bénéficie également de visites à domicile et d'accompagnements à l'extérieur par une éducatrice du CMP. Le but de cet accompagnement éducatif est de soutenir et développer un investissement de l'extérieur. Il ne sort de chez lui qu'avec cette éducatrice, et pour se rendre aux activités du CATTP.

Dans sa présentation, Gordon est un adolescent obèse, dysharmonieux et très incuriqué : il dégage une odeur très forte et incommode, porte toujours les mêmes vêtements, ses cheveux et sa barbe sont hirsutes.

Il adopte une attitude de prestance quasi permanente. Il est cultivé, très à l'aise à l'oral, s'exprimant d'une voix tonitruante avec un riche vocabulaire. Cette aisance masque une grande pauvreté imaginative et affective, des assises narcissiques fragiles, et ne laisse que peu d'accès aux affects. Son style d'expression est théâtral, mais sur le fond il n'exprime que des banalités ou des expressions toutes faites. Souvent, à la question « qu'est ce qui vous est arrivé de bien ou d'inhabituel depuis la dernière séance ? », il répond en décrivant ce qu'il a mangé. Sans mentir tout

à fait, il utilise néanmoins beaucoup l'omission, laissant croire aux autres membres du groupe qu'il est encore scolarisé et qu'il sort seul.

Cliniquement, Gordon présente au premier plan une phobie sociale, qui est sa plainte principale.

Sa thymie est neutre en entretien individuel, hypomane en groupe. Il ne présente pas d'anhédonie, ni d'autre signe de syndrome dépressif. Il ne souffre pas d'autre trouble anxieux que la phobie sociale. Son sommeil et son appétit sont corrects.

Son contact est correct, bien que marqué par les attitudes de prestance. Son discours est fluide, cohérent. Il ne présente pas d'idée délirante, ni de désorganisation affective ou intellectuelle. Son incurie extrême pourrait cependant être considérée sous l'angle de la désorganisation comportementale et de l'apragmatisme. Elle signe également la difficulté de Gordon à investir son propre corps, ou son besoin de se constituer une enveloppe olfactive.

Son état de santé somatique est déjà dégradé : à 15 ans il souffre d'une hypertension artérielle, de résistance à l'insuline, et son périmètre de marche est assez limité.

Ses diagnostics actuels selon la CIM 10 sont :

- F40.1 (phobie sociale) ;
- Z62.8 (difficultés liées à éducation)
- Z63.4 (difficultés liées au décès d'un membre de la famille).

À son référent CMP, Gordon dit beaucoup apprécier sa prise en charge au CATTP. Mais depuis le début de cette prise en charge, nous n'avons noté que peu d'évolution.

Les idéaux de soins que l'unité avait pour Gordon étaient ambitieux, au vu de ses capacités cognitives : accompagner un retour à la scolarité et une ouverture sur l'extérieur via des activités dans le monde associatif, orienter sa mère vers des soins pour elle-même. Ces projets se sont



rapidement heurtés à une grande inertie. Lors des entretiens bilan du CATTP, les objectifs de Gordon sont toujours les mêmes : « être bien », « aller mieux », « retourner à l'école », mais il est très difficile de lui faire préciser ces objectifs de façon concrète et d'amorcer un changement minimal. Ces entretiens sont souvent suivis d'absentéisme en activité, pour « gastro-entérite » (durant 1 semaine). À l'occasion de ces absences, la mère de Gordon appelle l'unité et décrit à son interlocuteur de façon très exhaustive et minutieuse les symptômes de son fils, pouvant aller jusqu'à décrire la quantité, couleur et texture de ses selles et vomissements. Nous pensons que ces troubles digestifs post-entretiens sont à comprendre comme une manifestation psychosomatique, après l'angoisse des entretiens qui le confrontent d'une part à la réalité, d'autre part à sa difficulté à verbaliser ses affects et sentiments. Le comportement de sa mère, assez peu adapté, contient une certaine agressivité.

Gordon peut réagir avec beaucoup de colère en entretien individuel au CMP lorsque la confrontation à la réalité met à mal ses mécanismes de défense rigides, basés sur le déni.

Pendant l'été 2017, Gordon a fait l'effort d'essayer des activités qu'il ne connaissait pas. A la rentrée 2017, il a choisi comme activités « jeux de société » et « marche ». Un accompagnement en musicothérapie pour Gordon et sa mère a également commencé en octobre.

L'objectif de la prise en charge en CATTP pour Gordon est de lui offrir un extérieur sécurisant et bienveillant, l'autorisant à vivre des expériences positives en relation avec ses pairs. L'activité « jeux de société », qu'il a souhaité continuer, lui permet de vivre des interactions soutenues avec ses pairs dans un plaisir partagé. L'activité « marche » lui est proposée dans le souci de soutenir un investissement de l'extérieur et de son corps.

### *III.2.3.b. Oscar*

Oscar est âgé de 16 ans en octobre 2017.

Il est suivi au CATTP depuis février 2017, adressé par son référent CMP. Il a déjà participé à l'activité « jeux de société » de février à juin 2017.

Il a pour antécédent une consultation en neuropédiatrie à l'âge de 6 ans, qui a mis en évidence dyslexie, dysorthographe et dyspraxie. Il n'y a pas d'antécédents familiaux notables. Nous n'avons aucun argument anamnestique ni clinique en faveur d'une alcoolisation fœtale.

Sa mère, qui aurait fait une fausse couche précoce avant d'être enceinte de lui, ne l'aurait jamais senti bouger pendant sa grossesse, et il aurait été un nourrisson peu gratifiant pour elle, réclamant très peu d'attention de sa part. Ces éléments nous font suspecter une dépression pré et post natale chez Madame à cette époque. Oscar aurait ensuite été un enfant très calme, préférant jouer seul dans sa chambre qu'avec sa fratrie. Il aurait été énurétique la nuit jusqu'à 10 ans, et aurait eu un ami imaginaire jusqu'à 13 ans. Cet ami imaginaire ne semblait pas reposer sur une activité hallucinatoire ni délirante d'après ce qu'il a pu en décrire.

Il a eu un premier suivi en pédopsychiatrie en 2014, sur un autre secteur, suite à une menace de suicide par défenestration, puis a déménagé sur notre secteur sans qu'un relais soit entrepris. À l'époque, un diagnostic d'« autisme léger » a été posé devant sa froideur affective et son peu d'appétence relationnelle. Il a été hospitalisé en clinique une fois en 2014 après sa menace suicidaire, puis 3 fois en 2016, en hospitalisation séquentielle. Nous n'avons pas d'information sur le déroulement de ces hospitalisations. Après la dernière hospitalisation, en juin 2016, il a été orienté vers le CMP de notre secteur pour reprendre un suivi ambulatoire.

Il bénéficie d'un suivi par une pédopsychiatre depuis cette date. Il ne prend aucun traitement médicamenteux. Un accompagnement par une éducatrice du CMP a été mis en place en 2016, avec pour objectifs de soutenir un investissement de l'extérieur et de proposer une guidance éducative à son père.

Oscar est le cadet d'une fratrie de 5 enfants, 3 filles et 2 garçons. Oscar se plaint d'une négligence affective de sa mère, qui selon lui aurait préféré ses filles. Il est à noter qu'une des sœurs d'Oscar, née un an plus tard, porte le même prénom que lui au féminin. Après le divorce du couple en 2014, les 5 enfants ont d'abord vécu chez leur mère, avec des droits de visite un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires chez leur père. Peu après le divorce, Oscar aurait rapidement présenté un refus scolaire anxieux, se disputant régulièrement avec sa mère à ce sujet. Après une dispute particulièrement violente et un événement traumatique au collège, Oscar a demandé à vivre avec son père et refusé de retourner au collège. C'est dans ce contexte qu'il a tenté de se défenestrer, a entamé un suivi et été hospitalisé en clinique. En 2017 il vit donc avec son père, sa belle-mère et le fils adolescent de celle-ci. Il est très dépendant vis-à-vis de son père, se disant par exemple incapable de se réveiller sans son aide. Son frère et ses sœurs vivent toujours chez leur mère, Oscar les voit lorsqu'ils viennent en visite chez leur père mais dit ne pas les apprécier, qu'ils le dérangent. Il n'a plus aucun contact avec sa mère. La sœur aînée joue le rôle de messenger entre les deux parents, et donne à Madame des nouvelles d'Oscar.

Oscar est déscolarisé depuis 2014. Un suivi SAPAD a été mis en place, mais pas de CNED. Malgré ses très bonnes compétences cognitives et le fait que les apprentissages ne lui posaient aucun problème lorsqu'il était encore scolarisé, Oscar dit n'avoir aucun intérêt pour les études et ne se projette pas dans un avenir professionnel.

Il n'a pas d'entourage amical, et ne sort de chez lui qu'accompagné par son père ou son éducatrice.

En octobre 2017, Oscar joue depuis plusieurs mois entre 16 et 18 heures par jour à un jeu vidéo multijoueur en ligne de type « jeu de tir à la première personne » nécessitant beaucoup de réflexion stratégique et de coopération, qui consiste en une succession de parties courtes compétitives, sans scénario ni trame narrative. Il est très performant, se positionnant remarquablement bien aux parties

classées internationales - au point qu'une carrière dans le e-sport serait à sa portée. Selon la classification de Bartle, Oscar serait un « achieveur » : un joueur compétitif, focalisé sur la réussite des quêtes ou missions, et l'obtention d'un maximum de titres et récompenses (100). L'exploration et la socialisation dans le jeu semblent beaucoup moins l'intéresser. Il ne joue qu'à ce jeu, et sa culture dans le domaine vidéoludique est étonnamment restreinte. Il aurait des coéquipiers réguliers avec lesquels il aurait noué des liens d'amitié, mais pourrait se montrer insultant et véhément avec eux lorsqu'ils font des erreurs tactiques. Il aurait perdu contact avec certains de ces amis de ce fait, sans remettre en question son comportement.

L'addiction aux jeux vidéo, pathologie récemment ajoutée au DSM-5 (101), est sujet de controverses (102). Dans le cas d'Oscar, malgré le temps impressionnant qu'il consacre à ce jeu, il ne remplit pas les critères orientant vers une addiction selon le DSM-5 (101). Il définit le jeu comme « une source de joie », mais il est très preneur de toute autre activité qu'on lui propose (activités du CATTP, sorties avec son éducatrice ou en famille) et peut facilement restreindre le temps qu'il passe à jouer s'il le souhaite ou si le contexte l'exige. Sa pratique très intensive ne semble pas responsable de son isolement social et de son abandon scolaire, qui étaient préexistants. Son comportement semble donc plus relever d'un fort engagement que d'une addiction (103). Le jeu peut également être considéré comme une tentative de solution : jouer est une forme de lutte antidépressive par l'expression de sadisme que le jeu suscite (104), les gratifications narcissiques qu'il lui procure, et constitue également un moyen pour lui d'être en relation avec ses pairs.

La pauvreté de la satisfaction de ses besoins psychologiques primaires (compétence, autonomie, relation) dans la vie réelle, sa tendance utiliser le jeu comme stratégie de coping face à des émotions négatives, et l'importance de ses performances pour sa gratification narcissique font cependant de lui un sujet très à risque de développer une addiction aux jeux en ligne (105–107). Le choix de ce type de jeu sans trame narrative, son absence d'intérêt pour d'autres et son profil de joueur nous évoquent une certaine pauvreté imaginative et un fonctionnement assez opératoire.

Les entretiens au CMP sont décrits par sa référente comme assez fermés, marqués par un discours plaqué, et il y est régulièrement absent. En revanche, il investit beaucoup sa prise en charge au CATTP. Lors des entretiens familiaux au CATTP, il peut s'effondrer dès que l'on évoque les conflits de ses parents. Il reste agrippé à une haine totale envers sa mère, sans se donner accès à des sentiments plus ambivalents ou nuancés.

Le père d'Oscar a beaucoup investi les temps d'accompagnement parental proposés. Il semble lui-même souffrir d'un épisode dépressif, qui s'exprime surtout par des manifestations somatiques. Il est logorrhéique, exprime très volontiers sa colère envers son ex-femme.

La mère d'Oscar s'est vue proposer également des temps d'accompagnement parental, mais y a mis fin après deux rendez-vous. Elle se montrait logorrhéique, présentait une grande labilité thymique et semblait se sentir très persécutée par l'unité, reprochant aux soignants de prendre le parti de son ex-mari, vis-à-vis duquel elle exprimait une haine absolue.

Oscar et sa fratrie ne sont absolument pas protégés des conflits persistants entre leurs parents, mais au contraire instrumentalisés.

Dans sa présentation, Oscar est un adolescent très maigre, pâle, à l'aspect maladif et peu harmonieux. Sa présentation est correcte lorsque nous le rencontrons, mais à domicile il serait incurique.

Cliniquement, il présente au premier plan une froideur affective et une grande rigidité intellectuelle. Son contact est bon de prime abord, il se montre la plupart du temps adapté dans sa relation aux adultes et aux autres adolescents, mais il fait preuve de peu d'empathie et peut se montrer intransigeant et cinglant avec l'autre.

Il se montre euthymique en activité, mais en entretien familial il peut s'effondrer, verbaliser une anhédonie, une aboulie et une absence de projection dans l'avenir. Il n'a pas fait de nouvelle

tentative de suicide depuis 2014, ni verbalisé d'idée suicidaire. S'il est détendu au CATTP, il peut néanmoins manifester beaucoup d'anxiété lorsqu'il doit affronter des situations nouvelles. Il semble souffrir de phobie sociale, appréhendant le regard et le jugement des autres.

Il n'a jamais présenté de symptomatologie dissociative ni délirante.

Sa principale plainte concerne son isolement social.

Ses diagnostics actuels selon la CIM - 10 sont :

- F84.8 (autres troubles envahissants du développement)
- Z63.5 (difficultés liées à la dislocation de la famille par séparation ou divorce).

Depuis le début de sa prise en charge au CATTP en février 2017, il a déjà évolué : on a pu observer un léger assouplissement intellectuel, plus de plaisir et moins d'anxiété dans l'interaction avec les autres. En « jeux de société » comme dans son jeu vidéo, Oscar est un joueur très performant et intransigeant, qui joue pour gagner. Il cherche dans le jeu l'aspect *game* beaucoup plus que le *play*.

L'objectif de sa prise en charge au CATTP est de lui proposer un espace étayant extra-familial où prendre plaisir en groupe de pairs, de relancer chez lui une activité de pensée, et de le réinscrire dans une temporalité. Un objectif secondaire est de travailler avec ses deux parents, séparément, pour tenter d'apaiser un conflit intense et persistant, dont les enfants ne sont absolument pas protégés.

### *III.2.3.c. Vincent*

Vincent a 14 ans en octobre 2017, il a intégré le CATTP en août 2017.

Il a pour seul antécédent médico-chirurgical personnel une appendicectomie. Au niveau familial, sa mère souffre d'une déficience intellectuelle sévère et d'une addiction à l'alcool. Nous n'avons pas d'information sur d'éventuelles consommations d'alcool pendant la grossesse.

Il ne présente pas lui-même de déficience intellectuelle, mais a un suivi orthophonique depuis 2014, pour dyslexie et dysorthographe.

Il a été suivi en CAMPS et en CMP sur un autre secteur pour « troubles du comportement » (nous n'avons que peu d'informations sur ce premier suivi), puis a été transféré sur notre secteur en 2016 suite à un déménagement. En 2016, il présentait des troubles du comportement (avec notamment beaucoup de bagarres au collège), une adaptation difficile avec ses pairs, des difficultés de concentration, une subagitation psychomotrice, des tocs de rangement et une hypersensibilité sensorielle. Un diagnostic de syndrome d'Asperger a été posé fin 2016 devant ces éléments. En octobre 2017, il est traité par Quasym 30 mg/jour, traitement qui améliorerait partiellement sa concentration et son agitation psychomotrice.

Il n'a pas de comorbidité addictive.

Vincent est placé depuis sa naissance, sa mère étant dans l'incapacité de s'occuper de lui du fait de sa déficience intellectuelle sévère. Le lien avec cette dernière est maintenu mais peu investi, elle n'aurait que peu d'intérêt pour Vincent. Nous ne l'avons pas rencontrée. Le père de Vincent est décédé lorsque celui-ci avait 3 ans, et son beau-père serait incarcéré pour une affaire de mœurs. Il est le seul enfant du couple parental. Vincent a d'abord vécu en pouponnière, avant d'être placé dans trois familles d'accueil successives. La relation avec son assistante familiale actuelle – Madame H, chez qui il est accueilli depuis l'âge de 11 ans - est de qualité médiocre, celle-ci le présentant devant lui aux soignants du CATTP comme « un pervers narcissique manipulateur ». Elle semble effrayée par le fait qu'il entre dans l'adolescence, parlant avec inquiétude de ses « pulsions »

(il regarderait des adolescentes dans la rue). Il y a peu de relation affective entre eux : Madame H paraît surtout préoccupée par les résultats scolaires de Vincent, par le fait qu'il soit « présentable » et poli. Elle paraît soucieuse de ce que nous pensons de son travail. Elle se montre ambivalente vis-à-vis du CATTP, réclamant une prise en charge très soutenue mais se plaignant régulièrement de la charge de travail occasionnée par les conduites pour les activités. Sous une politesse de surface elle peut également se montrer assez intrusive et peu adaptée en posant aux intervenants des questions personnelles, leur suggérant des façons de travailler plus efficacement ou leur téléphonant plusieurs fois par jour en demandant à obtenir divers documents concernant la prise en charge de Vincent. Elle n'a accepté qu'un seul entretien d'accompagnement parental, se disant indisponible pour les suivants.

Vincent est donc très carencé sur le plan affectif.

Il est scolarisé en 3<sup>e</sup> professionnelle, ses résultats sont corrects mais il présenterait quelques troubles du comportement (vols de nourriture et dégradations de matériel notamment) au collège. Il a tendance à voler de la nourriture sucrée dans ses différents lieux d'accueil, depuis sa petite enfance. Il a pour projet professionnel de devenir cuisinier. Il a des amis et des relations sentimentales. Ses centres d'intérêt sont variés : séries télévisées, mangas, jeux vidéos.

Vincent est un adolescent souriant au physique harmonieux, qui dans sa présentation frappe par une tenue vestimentaire particulièrement soignée qui lui donne un air endimanché.

Cliniquement, il est hypervigilant et instable sur le plan psychomoteur. Il est euthymique, légèrement anxieux sans pour autant souffrir d'un trouble anxieux caractérisé. Son contact est correct, il ne présente ni désorganisation ni éléments délirants. Il se plaint de lenteur et de troubles de concentration, qui ne sont pas flagrants.



Sous une politesse de surface, il a des difficultés à s'ajuster dans la relation à l'autre. Il alterne entre des moments de serviabilité exagérée, des moments de colère pendant lesquels il peut se montrer cinglant verbalement, et des moments de familiarité excessive. Il a tendance à se montrer hyper conforme aux attentes supposées de l'adulte, et il est très en difficulté quand il s'agit d'exprimer une opinion personnelle ou des affects. Il ne nous semble pas déprimé, mais surtout en faux self.

Il n'a pas de plainte particulière, ni de demande vis à vis des soins.

Ses diagnostics actuels sont :

- F84.5 (syndrome d'Asperger)
- Z61.1 (difficultés liées à un départ du foyer dans l'enfance).

L'objectif de sa prise en charge au CATTP est de lui offrir un espace contenant et bienveillant où il puisse prendre plaisir à se montrer authentique dans une relation, et de proposer un accompagnement à son assistante familiale afin de travailler leur lien.

Il ne s'oppose pas à la mise en place des groupes, pendant l'été 2017 il ne montre pas beaucoup d'enthousiasme mais est toujours présent.

### *III.2.3.d. Alexis*

Alexis a 13 ans en octobre 2017. Il est pris en charge au CATTP depuis août 2017.

Dans ses antécédents médicaux et comorbidités il présente un retard staturo-pondéral idiopathique à -2 déviations standards, sans retard pubertaire, traité depuis septembre 2017 par hormonothérapie. Il n'a pas d'antécédents familiaux notables.

Il a une déficience intellectuelle légère, avec un QI total à 78 très hétérogène. Sa culture générale et son riche vocabulaire tendent à masquer cette déficience, qui n'est pas flagrante au premier contact.

Il n'a pas de comorbidité addictive. Nous n'avons aucune notion de consommation d'alcool pendant la grossesse.

Son suivi au CMP a débuté en 2010, lors de son entrée au CP. Il ne trouvait pas sa place dans sa classe, se montrait dissipé, présentait un comportement régressif. Un bilan psychomoteur a mis en évidence un développement dysharmonieux.

Son suivi par une pédopsychiatre s'est poursuivi jusqu'à ce jour. Il a également un suivi orthophonique et psychologique en libéral. Il a participé à un groupe thérapeutique à médiation « écriture » en période de latence.

Alexis est l'aîné d'une fratrie de deux. Ses parents sont divorcés depuis 2015, il vit chez sa mère avec sa petite sœur, les deux enfants ont des droits de visite classiques chez leur père. Il a trois demi-sœurs aînées du côté paternel, qu'il voit peu. Sa mère est enseignante, son père n'a pas d'emploi fixe.

La mère d'Alexis a tendance à le protéger beaucoup, à le traiter comme un petit enfant et fait preuve d'une grande tolérance pour son comportement régressif inadapté. La relation entre Alexis et son père serait difficile, selon Madame ce dernier serait agacé et déçu du comportement régressif de son fils, et pourrait se montrer critique avec lui.

Il est scolarisé en 4<sup>e</sup> SEGPA. Il aurait souffert de harcèlement au collège. Son seul ami est plus jeune que lui de deux ans, scolarisé en 6<sup>e</sup>.

Il a des centres d'intérêt restreints, différents de ceux des adolescents de son âge : pêche, chasse et musique classique. Ses seules sorties sont en famille.

Alexis est un adolescent très petit, à l'aspect dysharmonieux. Il fait beaucoup plus jeune que son âge du fait de sa petite taille, de tenues vestimentaires enfantines, et également parce qu'il adopte des attitudes très infantiles. Les soignants se montrent d'ailleurs vigilants, car spontanément on aurait tendance à s'adresser à lui comme à un très jeune enfant.

Cliniquement, au premier plan on note un contact bizarre. Il présente des mimiques et gestes enfantins, assez décalés, qui peuvent être considérés comme relevant d'une désorganisation comportementale. Il ne se rend pas compte de l'agacement que son comportement suscite et a très peu de capacités d'adaptation. Il peut se montrer assez désorganisé sur le plan intellectuel. Il ne présente pas d'élément délirant flagrant, ni de désorganisation affective.

Sa thymie est assez labile, oscillant entre euphorie et tristesse, de façon syntone la majorité du temps. Sans présenter de trouble anxieux caractérisé, il peut cependant se montrer par moments très anxieux, sans pouvoir identifier d'objet à cette angoisse ni en dire quoi que ce soit.

Au niveau cognitif, en plus de sa déficience légère, il n'a pas accès à la pensée abstraite et recourt encore principalement à la pensée magique et aux certitudes qui caractérisent la pensée enfantine.

Sa plainte principale est « le stress », il est anosognosique concernant ses difficultés relationnelles avec ses pairs, se victimisant systématiquement.

Ses diagnostics actuels selon la CIM - 10 sont :

- F89 (trouble du développement psychologique)
- F43.22 (trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive)
- Z63.7 (autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer)
- Z55.4 (mauvaise adaptation éducative).

L'objectif de sa prise en charge au CATTP est de soutenir, via l'étayage du groupe de pairs, l'accès à l'adolescence et au travail de séparation – individuation.

Il se montre très enthousiaste vis à vis du CATTP, ne présente aucune opposition.

### *III.2.3.e. Thomas*

Thomas a intégré le CATTP en décembre 2017, et le groupe « jeux de société » en janvier 2018. Il est alors âgé de 14 ans.

Il n'a pas d'antécédent familial ni personnel particulier. Il n'a pas de comorbidité addictive, et nous n'avons pas d'élément anamnestique ni clinique en faveur d'un syndrome d'alcoolisation fœtale.

Il a un quotient intellectuel total dans la norme, mais hétérogène.

Le suivi CMP de Thomas a commencé en 2010, à l'âge de 7 ans. À l'époque il présentait une forte instabilité psychomotrice, des troubles du comportement, et se trouvait en situation d'échec scolaire. Son suivi s'est poursuivi jusqu'à l'âge de 10 ans par deux psychologues successives, puis s'est arrêté à la demande de la famille, devant une amélioration symptomatique.

Le suivi au CMP a repris en 2015, à la demande de sa mère. Thomas présentait encore des difficultés scolaires et dans la relation avec ses pairs. Cliniquement il n'était pas ajusté dans la relation, peu sensible aux nuances et au second degré. Il se plaignait de troubles de concentration. Un diagnostic de syndrome d'Asperger a été posé en 2016 devant ces éléments. Deux traitements par Quasym et Risperdal ont été essayés mais rapidement arrêtés, car Thomas se plaignait de tristesse de l'humeur sous traitement.

Il est l'aîné d'une fratrie de 2. Ses parents se sont séparés en 2007, puis remis en couple un an plus tard. Dans sa relation avec sa famille il a une relation ambivalente avec sa mère, très angoissé par la séparation mais attaquant vis à vis d'elle lorsqu'ils sont ensemble. Il dit avoir peur de son père et l'éviter. Il n'y a pas de notion de violence physique entre eux. Il se sentirait persécuté par sa petite sœur, âgée de 4 ans, qu'il appelle « la bête sauvage ».

Il est scolarisé en 3<sup>e</sup>, avec aide à la vie scolaire. Il voudrait être éleveur d'insectes. Sa mère s'investit beaucoup dans le soutien scolaire de Thomas, tout en se plaignant paradoxalement du manque d'autonomie de celui-ci. Il aurait des amis au collège, mais ne sort pas de chez lui en-dehors des temps scolaires. Il peut susciter beaucoup d'agacement et de réactions de rejet autour de lui.

Thomas est passionné par les insectes, mais a aussi d'autres centres d'intérêt plus classiques pour un adolescent : films d'horreur, séries, jeux vidéos de types variés.

Sa présentation est sans particularité, il a un physique harmonieux et un style vestimentaire bien adapté à son âge.

Cliniquement, Thomas présente au premier plan un contact très médiocre avec une grande inadaptation dans la relation. Il n'est pas ajusté, peu syntone, peut se montrer intrusif et décalé. Il adopte des attitudes de prestance quasi permanentes.

Il a une forte instabilité psychomotrice, son discours est sublogorrhéique et diffluent, sa pensée tachypsychique et désorganisée. Sa thymie est labile, souvent hypomane avec un vécu mégalomane et une certaine irritabilité. Il peut aussi se présenter comme fermé, avec une froideur affective. Il se sent facilement persécuté par l'autre, dont il semble ne pas toujours comprendre les intentions. Il ne tient pas de propos franchement délirant.

Sa symptomatologie est fluctuante : sur de courtes périodes Thomas peut aussi se montrer calme, attentif, et faire preuve d'un humour adapté témoignant d'une capacité de théorie de l'esprit et d'un ajustement à l'autre.

Il est anosognosique et n'exprime aucune souffrance ni demande. Il pense fréquenter un centre de loisirs.

Son diagnostic actuel selon la CIM-10 est : F84.5 (syndrome d'Asperger).

L'objectif de sa prise en charge au CATTP est d'approfondir l'évaluation clinique dans un autre contexte que les entretiens individuels, de lui offrir une contenance par le groupe et le médiateur, et d'aider les parents à élaborer sur la problématique de leur fils.

### *III.2.3.f. Justine*

Justine a 15 ans lorsqu'elle intègre le CATTP et le groupe « jeux de société » en février 2018.

Elle n'a pas d'antécédent médico-chirurgical particulier, ni de comorbidité addictive, et nous n'avons pas d'argument anamnétique ni clinique en faveur d'un syndrome d'alcoolisation fœtale.

Son suivi au CMP a commencé en décembre 2014 - elle était alors âgée de 12 ans - par une consultation en urgence à la demande de l'infirmière et du médecin scolaires, qui suspectaient chez elle des phénomènes hallucinatoires. Elle tenait des propos délirants à thèmes mystiques, présentait une désorganisation intellectuelle et était très angoissée. Un suivi très soutenu et une anxiolyse médicamenteuse ont permis un amendement rapide des symptômes. Le suivi a alors été interrompu par la famille. En 2015, Justine a repris son suivi suite à des comportements étranges au collège. La présentation clinique était similaire, et là encore un suivi soutenu et contenant a permis une

amélioration symptomatologique très rapide. Les dimensions de carence éducative et de négligence affective sont alors venues plus au premier plan.

Elle a été adressée à la Maison Des Adolescents du secteur, mais ne s'y est pas rendue. Elle a été présentée une première fois au CATTP en 2015, mais le suivi CMP a été arrêté par la famille avant que la prise en charge ne puisse débuter.

Fin 2017, elle est ré-adressée en urgence au CMP, suite à des scarifications. Elle présentait des idées suicidaires, parlait de sa préoccupation au sujet de son poids (elle est en léger surpoids) et de sa solitude. Elle se sentirait rejetée au lycée, souhaiterait sortir davantage mais aurait peur de le faire seule. Elle ne tenait pas de propos délirant, mais présentait un certain émoussement affectif. Les idées suicidaires ont très rapidement été mises à distance une fois le suivi repris. Elle est à nouveau orientée vers le CATTP.

Justine est l'aînée d'une fratrie de 3. Son père est chauffeur routier en recherche d'emploi, sa mère est technicienne de surface. Ses deux parents semblent eux-mêmes avoir une pathologie psychiatrique : le père présentait en 2014 des symptômes évoquant un épisode dépressif majeur avec éléments mélancoliques, et la mère se sent très facilement persécutée par les entretiens. Les deux peuvent par moments se montrer très désorganisés sur le plan intellectuel.

Justine est très isolée socialement, elle ne sort pas de chez elle sauf pour aller au lycée - elle est en seconde professionnelle section cuisine - où elle n'a pas d'amis.

Dans sa présentation, c'est une adolescente très pâle, qui a un aspect maladif. Sans être franchement incurique, elle donne l'impression de très peu investir son apparence physique.

Cliniquement elle présente une importante anxiété en situation sociale, qui est sa plainte principale.

Bien qu'anxieuse et réservée, elle a un bon contact. Elle semble euthymique, ne présente pas de

signe dissociatif ou délirant flagrant. En dehors des moments aigus d'intense exacerbation anxieuse, elle ne présente pas de signe clinique orientant vers une pathologie de la lignée psychotique.

Ses diagnostics actuels selon la CIM 10 sont:

- F44.6 (anesthésie dissociative)
- F43.22 (trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive).

Après un premier contact difficile marqué par la persécution de la mère au premier rendez-vous d'admission, puis des absences non excusées aux suivants, Justine a demandé à intégrer les groupes du CATTP et se disait intéressée par toutes les activités.

L'objectif de sa prise en charge au CATTP est de lui offrir soutien et contenance pour son anxiété, lui proposer l'étayage du groupe de pairs, et permettre une prise en charge familiale.

### *III.2.3.g. . Jean-Charles*

Jean-Charles a 15 ans en octobre 2017.

Sa prise en charge au CATTP débute en mars 2018, « jeux de société » est son premier groupe.

Il a pour comorbidité médico-chirurgicale une déficience intellectuelle légère. Sa mère souffrirait d'une déficience intellectuelle sévère, et d'addiction à l'alcool.

Jean-Charles n'a pas de comorbidité addictive personnelle. Un syndrome d'alcoolisation fœtale partiel est probable.

Il est suivi au CMP depuis 2015. Il a été adressé par le médecin scolaire de son collège après avoir verbalisé des menaces suicidaires, dans un contexte de harcèlement selon Jean-Charles. Il aurait été suivi en CMPP sur un autre secteur dans son enfance, mais nous n'avons pas d'information sur ce suivi.



Jean-Charles est le cadet d'une fratrie de trois, il a une sœur aînée et une petite sœur. Ses parents se sont séparés en 2005, il avait alors 3 ans. Sa mère est décrite comme très déficiente et aurait une addiction à l'alcool. À la séparation de ses parents Jean-Charles a d'abord vécu chez son père, puis dans un contexte de suspicion de violences de Monsieur sur ses enfants il a vécu chez ses grands-parents paternels de 2008 à 2012. En 2012 il a été accueilli chez sa mère, qui s'est avérée en incapacité de s'occuper de lui. Il a été placé en 2014 dans une famille d'accueil, dans laquelle il vit toujours. Son assistante familiale est décrite comme très rigide et ritualisée, elle aurait des difficultés à accompagner le passage à l'adolescence de Jean-Charles. Initialement, Jean-Charles passait certains week-ends chez son père, mais suite à un épisode de masturbation devant ses jeunes demi-frère et sœur fin 2015, Monsieur n'a plus souhaité le recevoir chez lui. Cet épisode est banalisé par Jean-Charles.

Il est scolarisé en 3<sup>e</sup> SEGPA et aurait pour projet d'être plombier chauffagiste, comme son père et son grand-père. Il serait en difficulté avec ses pairs au collège, se sentirait persécuté et adopterait des attitudes de prestance et de provocation envers eux.

Il est présenté par son référent CMP comme un adolescent très carencé, en quête affective et en faux self.

Sa présentation est sans particularité. Certaines caractéristiques de son faciès peuvent faire évoquer un syndrome d'alcoolisation fœtale, ou des anomalies génétiques.

Cliniquement il est euthymique, ne présente pas de symptomatologie anxieuse, ni d'éléments dissociatifs ou délirants. Il a un bon contact, prend la parole avec aisance et prend plaisir à l'attention qu'on lui porte.

Il n'exprime que peu de souffrance, et n'a pas de demande vis à vis des soins. Concernant ses difficultés relationnelles avec ses pairs, il a tendance à se victimiser.

L'objectif de sa prise en charge au CATTP est de lui offrir un étayage sur un groupe de pairs dans un cadre sécurisant et bienveillant où il puisse se risquer à se montrer authentique, et de proposer un soutien à son assistante familiale, qui semble avoir des difficultés à accompagner sa transition dans l'adolescence.

Trois autres adolescents intègrent le groupe, puis le quittent après une ou deux séances. Étant donné que je ne les ai pas rencontrés et qu'ils ne figurent dans aucune séance décrite, nous ne les présentons pas ici.

Ces sept adolescents ont comme point commun d'être extrêmement carencés sur le plan social. À l'exception de Vincent et Thomas, ils n'ont pas de groupe de pairs qui puisse les étayer et soutenir leur mouvement de différenciation du milieu familial, dans la pathologie duquel ils restent pris.

Le principal enjeu de l'adolescence est le réaménagement des liens vis à vis des figures parentales. Ce travail repose sur des mouvements de distanciation et de différenciation, qui permettent un remaniement identitaire. L'opposition aux figures parentales, très fréquente à cet âge, peut se comprendre comme un déni de la dépendance dans laquelle sont encore les adolescents vis à vis d'eux, et comme une tentative d'affirmation identitaire. Le groupe de pairs joue un rôle capital à cet âge : en proposant un soutien narcissique et un nouvel espace de remaniement identitaire, il autorise l'adolescent à se distancier de ses figures parentales sans se trouver seul (48).

Les familles des adolescents dont nous parlons ici sont, chacune à leur façon, dysfonctionnelles et en souffrance. Elles sont souvent organisées autour d'une pathologie parentale, et multi-traumatiques. Le caractère très dysfonctionnel de ces familles rend plus difficile le travail de séparation – individuation et de distanciation de leurs adolescents. Il limite également leur capacité à être en groupe : le fait d'avoir été portés par des groupes–familles dysfonctionnels impacte leur capacité à intégrer et à être dans un groupe. Ils n'ont pas réussi à se constituer de groupes d'amis dans le milieu dans lequel ils évoluent, et parvenir à être à l'aise en groupe thérapeutique n'est pas facile pour eux.

Le groupe thérapeutique représente en quelque sorte pour eux une néo-famille. Ils tendent à idéaliser le groupe et les soignants qui l'animent, qu'ils investissent comme des figures parentales totalement bonnes. Ils ne montrent que très peu de résistance ou d'ambivalence, viennent tous en activité très volontiers.

Ils diffèrent en cela des adolescents décrits par Jeammet ou Catheline, avec lesquels une des premières étapes du soin est de parvenir à contourner l'antagonisme narcissico-objectal qui leur interdit d'investir le soin par refus de la dépendance (12,108). Les adolescents de ce groupe, issus de ces familles en souffrance et de ce milieu socio-économique extrêmement carencé, se montrent très dépendants sans s'en défendre.

Je m'attendais, en découvrant l'activité en mai 2017, à voir des adolescents désabusés devant des jeux de société, supposant qu'ils jugeraient cet objet médiateur trop enfantin. Ce n'est absolument pas le cas : les adolescents jouent avec enthousiasme, régressent facilement, prennent très au sérieux les parties et peuvent pousser de véritables cris de joie lorsqu'ils gagnent.

### III.3. L'observation

Nous allons maintenant présenter l'observation de ce groupe, qui s'étend d'octobre 2017 à avril 2018.

On peut dégager trois phases principales dans l'histoire de ce groupe, et diverses thématiques qu'on illustrera en incluant le récit détaillé de certaines séances. Les récits des séances sont complétés de commentaires - inclus en italique dans le récit et regroupés à la fin de celui-ci - issus de nos échanges en réunion de synthèse, de réflexions personnelles et de références théoriques.

Selon Bion, « *En thérapie de groupe, un grand nombre d'interprétations, et les plus importantes d'entre elles, doivent être fondées sur les réactions affectives de l'analyste lui-même [...] récepteur de ce que Melanie Klein a appelé identification projective* » (37). Même si le cadre n'est pas celui d'une thérapie de groupe à proprement parler, nous portons une attention particulière à nos mouvements contre-transférentiels, considérant qu'ils disent quelque chose du groupe et des adolescents.

Le cadre de cette activité relevant d'un soin médiatisé de groupe, l'analyse des séances s'appuie à la fois sur le repérage des phénomènes de groupe, des phénomènes naissant au contact du médiateur, et sur des manifestations psychopathologiques individuelles, dans un va-et-vient entre individuel et groupal.

#### III.3.1. Rencontre du groupe (04.10.2017)

L'observation a commencé en octobre, mais l'activité a en réalité commencé mi septembre, alors que j'étais absente. Ma première séance est donc la 3<sup>e</sup> pour le groupe. Les quatre adolescents me connaissent déjà, m'ayant côtoyée lors d'activités l'année précédente ou pendant l'été.

Présents : Gordon, Oscar, Vincent, Alexis. Soignants: ES, SD, FV.

VD est absente, elle est remplacée par SD. Deux autres adolescents sont inscrits à l'activité en théorie, mais sont absents ce jour.

#### Temps interstitiel en salle d'attente

Lorsque nous passons devant la salle d'attente, les quatre adolescents jouent au baby-foot, dans une ambiance joyeuse. Vincent se précipite pour être le premier à nous serrer la main. Ils prennent rapidement leurs affaires pour nous suivre jusqu'à la salle d'activité, sauf Alexis, qui s'attarde dans le couloir, frôle le mur avec sa main en chantonnant, prenant une attitude de petit garçon. Lorsqu'ES le reprend sur ce point, il la dévisage sans rien dire, le visage figé.

#### Temps de discussion et collation

Nous proposons un tour de présentation pour Vincent et Alexis, qui n'ont visiblement pas encore retenu les prénoms des autres, ni des soignants. *Ne pas intégrer les prénoms des autres a un caractère assez immature. C'est à la fois un signe de la régression induite par le groupe, et de carence affective. C'est également un moyen de rester fermé sur le plan relationnel. Leur passivité – ils ne savent pas identifier les personnes avec lesquelles ils vont passer deux heures, mais cela ne semble pas les déranger – signe une grande docilité, presque une soumission à l'adulte. Ils sont en position infantile plus qu'adolescente.*

Gordon et Oscar présentent les soignants sans erreur, prénom et fonction. Ils semblent fiers d'être les « anciens » du groupe. Ils sont assis côte à côte, à leurs places habituelles de l'année précédente.

Lorsque nous leur demandons comment ils vont, tous répondent laconiquement « ça va ». Personne ne parlant spontanément, nous leur proposons de rapporter un événement agréable ou inhabituel de la semaine passée – le rituel de début de séance. Oscar est sorti en famille le week-end dernier.

Gordon a mangé un bouillon de poule. Alexis est sorti du collège à 10 heures ce matin. Il se frotte les yeux et pose sa tête sur ses bras, se dit fatigué. Vincent dit n'avoir rien de spécial à raconter.

Nous parlons du jeu du jour. Oscar et Gordon connaissent déjà tous les jeux. VD propose de faire découvrir à Alexis et Vincent ceux qu'ils ne connaissent pas encore. Vincent demande à jouer à Bang ! ®, le seul jeu qu'il connaisse, mais les autres ne semblent pas intéressés. Alexis demande plusieurs fois à jouer au Loup-garou, nous devons lui répéter que nous ne sommes pas assez nombreux. Le groupe se met rapidement d'accord pour jouer à Saboteur ®, puis à Resistance ®.

### Temps de jeu

Il règne une ambiance joyeuse, portée surtout par Gordon.

Dès qu'on s'installe à la table de jeu, Alexis commence à chantonner, à faire des sons aigus bizarres, des gestes étranges, maniérés et enfantins sur la table. Il adopte une attitude très infantile et semble chercher en permanence à attirer notre attention. Lorsqu'on le recadre, il nous fixe d'un regard vide, puis recommence presque aussitôt. Ceci dure tout le temps de jeu.

Gordon explique les règles du Saboteur ®, de façon assez claire. Vincent est attentif, mais Alexis pas du tout : il regarde ailleurs et a besoin d'être régulièrement sollicité.

Nous faisons deux parties.

Oscar et Gordon sont à l'aise, ils jouent leurs rôles de façon adaptée et stratégique. Ils plaisantent avec nous, sur un pied d'égalité, évoquant des souvenirs de parties de ce jeu dans l'ancien groupe.

Vincent reste discret. Il joue correctement la première partie lorsqu'il est Nain, mais lors de la 2<sup>e</sup> partie, alors qu'il est Saboteur, il n'ose pas prendre le risque de se dévoiler, ce qu'Oscar - son partenaire Saboteur - lui reproche sévèrement ensuite.

Alexis est en difficulté, il n'a manifestement pas bien compris les règles et a une stratégie parfois inadaptée : il joue des cartes avantageuses pour quiconque le lui demande, sans se rendre compte qu'ils ne sont manifestement pas dans la même équipe. Il cherche notamment à rendre service à Gordon. ES tente de l'aider à s'interroger sur sa réflexion stratégique, sans succès.

Après le Saboteur, nous discutons au sujet du 2<sup>e</sup> jeu, hésitant entre Resistance ® et un jeu plus simple. Alexis demande encore à jouer au Loup-garou, Vincent dit ne pas aimer Resistance ®. Ils finissent par voter, en faveur du Uno ®.

Oscar et Gordon sont à l'aise, ils s'amuse. Oscar peut rire de perdre.

Vincent devient plus instable et irritable : il se balance sur sa chaise, reproche à Oscar de ne pas bien cacher son jeu, conteste des détails des règles.

Alexis est encore en difficulté : il fait plusieurs erreurs, ou teste si nous faisons appliquer les règles. Son discours est plaintif : il n'a que des mauvaises cartes, le jeu est trop difficile... Il se montre peu attentif, il faut lui rappeler lorsque c'est son tour de jouer. Il prend peu de plaisir apparent au jeu, semble vite fatigué de la séance.

Nous arrêtons de jouer quelques minutes avant l'heure de fin.

#### Temps de discussion et au revoir

Les quatre adolescents ne parlant pas spontanément, nous leur demandons donc de dire chacun un mot en rapport avec la séance, ce qui leur restera en mémoire, ce qui les a marqués ou leur a plu. Gordon donne tout simplement le nom d'un des jeux : « Saboteur ® ». Oscar dit en souriant « défaite » car il a perdu toutes les parties. Alexis choisit « nain », et précise « parce que les nains, ils sont gentils ». Vincent ne veut rien dire.

Alexis sort sans dire au revoir, il revient le faire lorsque nous le rappelons. Sa mère n'est pas là, il est réticent à l'idée de l'attendre seul en salle d'attente et demande que nous restions avec lui, ou que nous le laissions attendre avec nous dans notre bureau : « je ne peux pas rester tout seul ». Il patiente finalement quelques minutes seul en salle d'attente avant que sa mère arrive.

### Temps de reprise.

Cette séance a été vécue par nous trois comme éprouvante, surtout parce qu'Alexis a suscité beaucoup d'agacement chez nous.

### Commentaire

L'enveloppe groupale n'est pas encore constituée, il n'y a pour l'instant qu'un « agrégat d'individus » (51).

Oscar et Gordon font sans cesse référence à l'ancien groupe, qui leur manque peut-être. Ils se mettent sur un pied d'égalité avec les adultes, comme s'ils étaient aussi les fondateurs du groupe. Ils transmettent leur vision du groupe, leur idéal groupal aux autres, mais les excluent aussi en faisant des références qu'ils ne peuvent pas comprendre.

Chez Vincent et Alexis on voit des mouvements de résistance, de différenciation : les deux refusent initialement les jeux proposés, demandent leurs jeux préférés, et prennent peu de plaisir apparent. Vincent refuse de parler en début et en fin de groupe, et Alexis le fait principalement pour se plaindre.

Dans leur rapport au médiateur, ils sont hétérogènes. Gordon et Oscar sont à l'aise. Vincent semble irrité par les limitations des règles. Alexis n'est pas du tout intéressé par l'aspect organisé du jeu, il n'écoute pas les règles et ne les suit qu'avec difficulté. Ils n'ont pas la même capacité à jouer, et il n'est pas naturel pour eux de jouer ensemble.



### III.3.2. Première période (séances 3 à 13) : le travail silencieux de la continuité

Cette première période, d'octobre à fin décembre, est à rapprocher de ce que Marcelli et Catheline appellent « *le temps silencieux de l'investissement* » (12) : il ne s'est rien passé de notable, nous n'avons vu aucune amélioration clinique significative chez aucun des adolescents et les absences étaient très fréquentes (le groupe n'a été au complet qu'une seule fois). Les séances, sans être particulièrement éprouvantes pour nous, avaient cependant quelque chose de répétitif et assez ennuyeux, j'avais quelques difficultés à trouver quelque chose à en dire après coup.

Nous n'avons pas vu de dynamique de groupe ni d'enveloppe groupale se mettre en place. Les angoisses de mise en groupe n'ont pas été très visibles, certainement efficacement limitées par le recours au médiateur. Vincent et Alexis, en se différenciant, gardaient intacte l'enveloppe groupale de l'ancien groupe et permettaient ainsi à Oscar et Gordon de prolonger leur illusion d'y être toujours.

Pendant cette première période, les adolescents manifestaient leur besoin de stabilité et leur dépendance vis à vis de nous : ils nous reprochaient nos absences, il fallait que nous leur posions des questions en début de séance pour qu'ils parlent, que nous les aidions à choisir le jeu, puis que nous l'animions et en fassions respecter les règles.

Ils se montraient pauvres dans leur capacité à jouer : nous devions mettre beaucoup d'énergie pour qu'ils y parviennent. Leur faible capacité à jouer est corrélée à leur faible capacité à être en relation, à prendre plaisir à une relation dans un jeu, c'est-à-dire à être dans un espace transitionnel partagé.

En réalité, un travail se déroulait bien en arrière-plan. Il portait sur l'intégration de la fiabilité et de la continuité du cadre, sur l'établissement de liens sereins entre les uns et les autres. Le premier travail, préalable à tout travail thérapeutique, est d'établir les bases d'une relation sécurisée.

La continuité des soins, des séances, a ici une véritable valeur thérapeutique. Pour Winnicott, le portage psychique par les adultes est ce qui permet au nourrisson d'accéder au sentiment de continuité de son existence. Il a besoin de ce portage lors de ses premiers mois pour soutenir son sentiment de continuité d'exister, qui est menacé dans les moments où il vit des angoisses agoniques. Puis, si le portage a été suffisant, le nourrisson peut l'intégrer, se constituer un self soutenant rendant moins nécessaire le portage par l'autre (109). Pour les adolescents du groupe, carencés et aux histoires marquées par les ruptures et discontinuités, l'attention que leur portent les soignants et les liens que ceux-ci tissent d'une séance à l'autre – par le rappel de la séance précédente, le récit qui en est fait aux absents, la projection dans les séances suivantes – consolident leur sentiment de continuité d'exister et leur confiance dans le groupe.

Ce lent travail invisible s'est révélé a posteriori, lors de la séance 13, lorsque nous avons vu se travailler très visiblement les thématiques de la continuité et de la distance dans la relation.

### *III.3.2.a. Séance 13 (20.12.2017), ou la question de la continuité et de la distance*

Présents: Oscar, Alexis, Vincent. Soignants: VD, ES, FV.

Gordon est absent, excusé.

Depuis quelques semaines, nous envisageons de proposer un changement de groupe à Alexis, qui ne semble pas tirer de bénéfices de cette activité : il semble n'y prendre aucun plaisir, a des difficultés à utiliser le médiateur, et a une position de mauvais objet dans le groupe.

J'ai été absente aux 2 séances précédentes, en oubliant de les en prévenir. Dans la mesure du possible, nous prenons soin de toujours prévenir les adolescents de nos absences. Mon oubli, tout à fait inhabituel, est à considérer comme un acte manqué : je le comprends comme une petite mesure de rétorsion inconsciente envers eux après 10 séances de défense, résistance et absences de leur part.

#### Temps interstitiel en salle d'attente.

Oscar arrive le premier, en avance comme souvent, et attend seul. Il me dit échanger des sms avec son père pour s'occuper. Je reste avec lui quelques minutes et nous parlons de jeux vidéos, sujet qui ne manque jamais de l'animer. Lorsque nous venons les chercher à 14h, Alexis et Vincent sont là, ils jouent à trois au babyfoot. Alexis cesse de jouer pour me dire bonjour, mais Vincent dit vouloir terminer la partie d'abord, ce qui ne lui ressemble pas : en général il bondit pour être le premier à nous serrer la main. VD insiste pour que la partie cesse mais Vincent continue de jouer, seul, jusqu'à ce qu'Oscar lui prenne la balle.

#### Temps de discussion.

Vincent est calme, beaucoup plus apaisé physiquement que d'habitude. Oscar semble rêveur, ailleurs.

Ça fait trois semaines que je n'ai pas vu les adolescents, et demande de leurs nouvelles.

Je regarde Vincent d'abord. Il dit aller bien, réfléchit puis raconte qu'une fête a eu lieu dans son collège, au cours de laquelle il a pu revoir d'anciens professeurs, ce qui lui a fait plaisir. C'est la première fois qu'il rapporte une anecdote au groupe.

Oscar dit aller bien, il est content d'avoir installé le sapin de Noël chez lui. C'est lui qui en aurait pris l'initiative, car selon lui ni son père ni sa belle-mère n'avaient l'intention de le faire. Il aurait

déjà eu son cadeau de Noël en avance. C'est un rituel familial important pour lui, qui visiblement ne tient plus, sans qu'il sache pourquoi.

Alexis parle lui aussi d'une fête de Noël dans son collège, qui lui a permis de revoir avec plaisir une enseignante de l'année précédente.

VD raconte pour Oscar, Alexis et moi la séance précédente, à laquelle nous étions absents. Elle encourage Vincent à raconter cette séance et à décrire le nouveau jeu qu'ils ont testé, Bioviva ®. Elle propose que nous y jouions, les adolescents sont d'accord.

### Temps de jeu.

Vincent prend l'initiative de la mise en place des tables et de l'installation du jeu. Il trouve que je m'assieds trop loin du reste du groupe et me demande de me rapprocher : « il faut qu'on soit tous ensemble, sinon ça marche pas ». Alexis, lui, tient absolument à s'installer à côté de VD. VD est celle de nous trois qui est la moins agacée par son comportement, et à ce moment-là je me demande s'il en a conscience, ce qui signerait de meilleures compétences relationnelles.

On suggère à Vincent d'expliquer les règles, ce qu'il fait de façon assez désordonnée et confuse. VD intervient par moments pour rectifier ou clarifier, ce qui semble agacer Vincent. Oscar suit bien, Alexis nettement moins.

Il s'agit d'un jeu de questions au tour par tour. Il est assez éducatif, très cadrant, moins ludique que les jeux dont nous avons l'habitude.

Le groupe est très calme, un peu triste, peu vivant, et je m'ennuie un peu. Les trois adolescents sont actifs lorsqu'il faut répondre aux questions, mais le reste du temps ils semblent ailleurs, perdus dans leurs pensées. En dehors des questions et réponses, il y a peu de paroles échangées, malgré les efforts d'ES et VD pour animer le jeu.

Lorsqu'Alexis doit choisir une réponse il compte sur le hasard, la chance. Alors qu'il chantonne et joue à promener ses mains sur la table, je lui demande d'arrêter, et il me répond d'un ton plaintif « mais je m'amuse ! ». *Dans sa façon préférentielle de jouer il est donc totalement en décalage avec les autres adolescents, préférant une forme de jeu qui relève de la phase sensori-motrice - classiquement décrite de la naissance à l'âge de 2 ans (88)- à un jeu structuré.*

À un moment, déterminé à rattraper son retard de points par rapport à Oscar, Vincent triche. VD le reprend, il nie, et Oscar confirme sur un ton neutre qu'il l'a vu tricher. Je me fais la réflexion qu'Oscar n'est pas scandalisé par la tricherie comme d'habitude, et me demande s'il s'assouplit ou si sa relative indifférence est plutôt le signe qu'il n'est pas assez impliqué dans le jeu pour s'en soucier. Vincent semble vexé d'avoir été repris.

Oscar gagne d'un point d'avance sur Vincent, qui est déçu et ne veut pas aider à ranger le jeu.

#### Temps de discussion et au revoir.

Nous oublions tous le rituel de clôture habituel (le mot de fin de séance). Nous parlons spontanément du jeu, de ce que les uns et les autres en ont pensé (qu'il n'est pas très drôle). Alexis n'écoute pas, il semble chercher à initier un jeu interactif avec ES, comme un très jeune enfant : il lui donne un très léger coup de pied, cherche à accrocher son regard, sourit et attend visiblement qu'elle lui donne un coup de pied à son tour - ce qu'elle ne fait pas, à la grande déception d'Alexis.

Là encore, cette façon de jouer est extrêmement régressive.

Nous les informons que l'unité fermera la semaine suivante pour la première semaine des vacances de Noël, la prochaine séance aura donc lieu 15 jours plus tard.

Vincent se dépêche et manque de partir sans nous dire au revoir. Alexis, au contraire, dit au revoir deux fois.

## Commentaire

Plusieurs dimensions sont montrées par le groupe dans cette séance : comment s'inscrire dans la continuité, quelle proximité avoir, comment se comprendre, comment un tiers peut exister.

Lorsque Vincent parle des professeurs qu'il était content de revoir, il s'adresse un peu à moi aussi, me disant qu'il est content de me retrouver après cette absence dont j'avais oublié de le prévenir, et dont il s'est un peu vengé en m'ignorant et refusant de me saluer en salle d'attente. Il dit la fragilité de la présence des adultes pour lui. Le thème des retrouvailles est repris par Alexis aussitôt après. Oscar, lui, raconte que c'est lui qui a dû prendre l'initiative de décorer sa maison pour Noël. Il craignait que les adultes n'oublient de le faire, disant lui aussi le peu de soutien et portage qu'il ressent de leur part, son regret qu'ils ne maintiennent pas pour lui le rituel de cette fête, et son attachement à celle-ci.

Le lien qui est fait avec la séance précédente - à laquelle deux adolescents et moi étions absents - conforte la continuité du groupe, donne l'idée qu'il existe une permanence malgré les absences, et qu'ils peuvent être actifs pour établir ces liens.

Après la question de la continuité, vient la question de la proximité du lien : en me demandant de me rapprocher, Vincent vient dire quelque chose de son besoin primaire, massif et peu élaboré de proximité. Il propose un rapprochement physique pour être ensemble, comme si la proximité dans la relation se régulait par la proximité physique.

Ensuite, se pose la question de comment s'entendre dans la relation, avec des règles qui s'imposent. Ce n'est pas évident puisqu'il faut être disponible, comprendre, intégrer ce tiers-règle et accepter de le tenir. Le tiers-règle reste vivant tout au long du groupe, il donne lieu à des transgressions et à des discussions.

Plusieurs actes manqués sont présents lors de cette séance : le mien trois semaines auparavant qui continue d'avoir des effets, celui de nous trois lorsque nous oublions le rituel de clôture, celui de Vincent qui part sans dire au revoir et celui d'Alexis qui dit au revoir deux fois de suite.

La perturbation des codes et rituels du groupe - pourtant habituels et en théorie bien intégrés - sur ce qui marque la séparation, à la fin d'une séance elle-même marquée par les allusions à la séparation, et avant une séance annulée, ne sont certainement pas anodins. Il me semble que ces actes manqués viennent indiquer l'existence d'un attachement fort entre les membres du groupe, encore impossible à penser et verbaliser (110). L'oubli du rituel de clôture peut être compris comme une volonté de ne pas fermer la séance et de la prolonger, de ne pas acter la séparation, de même que l'oubli de dire au revoir. Juste après, quelqu'un dit au revoir deux fois, comme pour compenser l'oubli, ou par besoin d'un moment de rapprochement avant une rupture, une séparation de 15 jours.

La cohérence des interventions de ces adolescents si différents autour du même thème, et l'homogénéité du climat émotionnel pendant la séance, nous font penser également qu'une entité groupale, une mentalité de groupe s'est enfin constituée. Bion définit la mentalité de groupe comme *« le fond commun où sont versées les contributions anonymes (...) cette mentalité de groupe présente une uniformité contrastant avec la diversité de pensée propre à la mentalité des individus qui ont contribué à la former »* (37).

### *III.3.2.b. Bilan*

En conclusion, au terme de cette première période de 3 mois, nous avons vu une entité groupale se constituer, et une première étape préalable à tout travail thérapeutique s'établir : l'établissement d'une relation sécurisée au groupe, aux soignants et au cadre.

Ces deux acquis ouvrent sur une deuxième période.

### III.3.3. Deuxième période (séances 14 à 23) : illusion groupale, espace transitionnel et créativité

Dans la description de cette deuxième phase, nous développerons :

- Des éléments de psychopathologie individuelle communs aux adolescents mis en évidence grâce au médiateur : entre autres, le recours à une pensée concrète, et la difficulté à accéder à un espace transitionnel de jeu. Ces éléments sont particulièrement visibles dans la séance 16.
- L'évolution de la dynamique de groupe, du stade du bouc-émissaire à l'illusion groupale, jusqu'à la fin de celle-ci à la séance 23.
- L'assouplissement de l'utilisation du médiateur jeu par le groupe, qui peut progressivement devenir un objet partagé, transitionnel, support pour la créativité commune. Cette dimension est surtout illustrée dans les séances 19 et 21.
- La question de comment le groupe peut accepter, élaborer et surmonter les mouvements dépressifs groupaux. Tout au long de cette période nous verrons différentes réactions.

Quatre séances (16, 19, 21 et 23) qui apparaissent particulièrement riches en matériel clinique sont rapportées en détail, les autres ne sont que résumées.

Les adolescents semblent commencer à exclure les adultes de leur groupalité.

Lors de la séance 14, après la fermeture de l'unité pour les vacances de Noël, nous sommes surpris de constater que les adolescents n'ont pas l'air contents de nous revoir. Ils partagent un moment de plaisir ensemble en salle d'attente, puis une fois en salle d'activité ils se montrent tristes et fermés, dans une ambiance pesante. Une nouvelle soignante est présente (NA, infirmière remplaçante), envers laquelle ils restent froids et à laquelle ils refusent de décrire le groupe. Dans le jeu, ils prennent un grand plaisir à attaquer les adultes. Dans le contre-transfert, nous avons à ce moment-là



le sentiment que quelque chose a changé, qu'ils ont moins besoin de nous, ou qu'ils nous en veulent et nous tiennent à l'écart, comme peuvent le faire des enfants avec leurs parents qui se sont absentes. C'est à cette séance-là que je date la constitution d'une enveloppe psychique groupale (51), dont la limite est donc marquée par l'exclusion des adultes.

En janvier, à la 15<sup>e</sup> séance, le groupe accueille Thomas. Lors de sa première séance il se montre très tendu, agressif, manifestement persécuté par la mise en situation groupale et attaquant envers le groupe. Il marque sa dépendance à une relation duelle constante en monopolisant la parole et en rapportant beaucoup d'éléments personnels, il est incapable de se laisser inclure dans le groupe, qui suscite probablement d'importantes angoisses de perte identitaire. Les premiers temps de la relation pour lui sont dominés par des angoisses archaïques.

Son arrivée permet que nous jouions au Loup-garou, 3 séances de suite. On observe un fort mouvement de fusion groupale autour d'un jeu idéalisé, synonyme du fait que le groupe est au complet. Lors de la séance 15 il y a encore beaucoup de discussions sur les règles du jeu, qui sont difficiles à tenir au vu de l'excitation du groupe. Nous commençons à élaborer au Loup-garou un système de communication silencieuse par signes, afin que les joueurs puissent communiquer avec le meneur pendant les phases nocturnes.

À la séance suivante, la 16<sup>e</sup>, nous voyons le début de l'établissement du phénomène d'illusion groupale.

### *III.3.3.a. Séance 16 (17.01.2018), ou l'émergence de l'illusion groupale.*

Tout le monde est présent.

Il s'agit de l'avant-dernière séance d'Alexis : il a été décidé avec lui en entretien bilan qu'il changerait d'activité fin janvier.

### Temps interstitiel en salle d'attente.

Gordon et Vincent arrivent les premiers. Lorsque je passe les saluer, je constate que Vincent a mis de la musique sur son téléphone et fermé la porte de la salle d'attente « pour pas que la musique s'entende dans les bureaux ». Il semble me demander la permission, je lui réponds que ça ne pose pas de problème. *Fermer la salle d'attente, avec une musique qui les isole des bruits environnants du bâtiment, va dans le sens d'une fusion entre adolescents dans l'exclusion de l'extérieur du groupe.*

Lorsque nous repassons, les adolescents sont tous arrivés. Vincent est assis sur une chaise à l'écart, il est occupé avec son téléphone tandis que les 4 autres jouent ensemble au babyfoot dans une ambiance joyeuse. Il n'y a plus de musique : j'apprendrai a posteriori qu'un autre professionnel de la structure a demandé à Vincent de l'arrêter.

Vincent aborde VD et ES dans le couloir, et leur annonce de but en blanc son attention d'arrêter sa prise en charge groupale. Elles le renvoient avec bienveillance au cadre de la prise en charge et lui proposent que cette discussion soit abordée dans des conditions plus propices à la discussion, c'est-à-dire à l'occasion de son prochain bilan, qu'elles proposent de rapprocher (à l'occasion de ce bilan, il demandera finalement à continuer les activités).

### Temps de discussion et collation.

À cause de travaux dans l'unité, des panneaux sont posés contre les fenêtres et cachent l'extérieur, assombrissant la pièce. Gordon dit que c'est inquiétant.

Le groupe est calme et un peu triste, personne ne parle spontanément. Lors du rituel de début de groupe, chacun rapporte un événement sans que cela donne lieu à une réelle discussion. Vincent, qui est affaibli physiquement et semble triste, se plaint d'être fatigué et annonce qu'il n'a pas envie de jouer aujourd'hui. Alexis demande à pouvoir faire une annonce au groupe, et dit qu'il s'agit de son avant-dernière séance. Nous proposons à tous d'en dire quelque chose. Les réactions se limitent à «

ça fera bizarre » et « y en aura un de moins ». Nous ne sommes pas surprises, mais nous nous sentons mal à l'aise qu'Alexis constate la relative indifférence des autres à son égard.

L'ambiance est assez pesante.

Nous sommes huit ce jour, nombre suffisant pour jouer au Loup-garou, c'est donc automatiquement le jeu qui est choisi - la question ne se pose même pas. Vincent répète qu'il n'a pas envie de jouer.

Thomas demande aussitôt si nous pouvons introduire de nouveaux personnages dont il nous a parlé à la séance précédente.

Avant de passer dans l'espace de jeu, nous leur demandons quels personnages ils aiment particulièrement jouer, et lesquels ils n'aiment pas.

Oscar aime le personnage de la Voyante « parce qu'elle apporte énormément aux villageois ». Il n'aime pas en revanche jouer la Petite Fille, parce qu'il a peur de se faire prendre. D'ailleurs, quand il joue ce personnage, il n'ose pas utiliser son pouvoir. Lorsqu'il a commencé l'activité un an plus tôt, il n'aimait pas jouer le rôle du Loup-garou, car il était anxieux à l'idée d'être soupçonné, accusé, de ne pas pouvoir se défendre de ces accusations et d'être finalement démasqué et exécuté. Progressivement, il a appris à aimer ce rôle et à mieux le jouer. *Il semble que ce qui détermine chez Oscar son rôle préféré, c'est son souhait d'être du côté de la loi, et le refus de la transgression.*

Gordon aime jouer la Sorcière pour pouvoir à la fois « se réanimer tout seul » et tuer quelqu'un : « elle a un double pouvoir, elle est surpuissante ! ». Il n'aime pas le Chasseur, car il faut que celui-ci meure pour utiliser son pouvoir. Soit il reste vivant mais ne peut pas utiliser son pouvoir, soit il meurt : dans les deux cas, il y a une perte. *Chez Gordon, ce qui semble diriger sa préférence est plutôt son désir de toute-puissance et son refus de toute limitation ou perte.*

Vincent refuse de parler.

Thomas préfère être la Sorcière pour « le double pouvoir », il n'aime pas le Chasseur, pour les mêmes raisons que Gordon, ni la Petite Fille : « elle peut rien faire, juste regarder ».

Alexis dit, d'une façon très immature, aimer être Cupidon « parce qu'il est gentil » ou la Petite Fille pour la même raison, mais ne pas aimer être loup « parce que j'aime pas être un méchant ». Il ne va pas au-delà du nom des personnages pour définir sa préférence.

*Il est apparent, dans ces échanges à propos des personnages, qu'il est assez difficile pour eux de jouer, de prendre le rôle pour ce qu'il est, et non pour la réalité. Ils ne disent d'ailleurs jamais « jouer », mais « être » tel personnage.*

### Temps de jeu.

Nous jouons 4 parties. Lors de la première nous utilisons les personnages habituels, et aux suivantes nous introduisons les personnages plébiscités par Thomas, ce qui lui fait extrêmement plaisir.

L'ambiance devient beaucoup plus joyeuse dès que nous commençons à jouer.

Thomas prend plaisir à faire des « discours électoraux » pour être élu Maire du village, de façon drôle et agréable. À la partie suivante c'est Gordon qui se lance dans la campagne électorale, expose sa vision pour le village (construire une piscine, entre autres), puis après son élection revient sur ses promesses. La conversation se poursuit quelques minutes sur ce thème avant de revenir au jeu, et je suis agréablement surprise de leur capacité à tenir une conversation fluide entre eux sans l'aide des adultes.

Les phases de parole se déroulent de façon assez calme, sans cri ni excitation excessive, mais joyeusement.

À la deuxième partie, nous introduisons un nouveau personnage plébiscité par Thomas. Ce changement implique de retirer un loup du début de la partie, et de mettre à la place un « simple

villageois ». Tous protestent : aucun ne veut être un simple villageois. *Là encore, on voit le lien très direct qu'ils font entre leur rôle dans le jeu et leur identité, sans possibilité de prendre de la distance. Un rôle peu valorisant vient faire résonner leurs fragilités narcissiques, ce qui est très pénible pour eux.*

Nous continuons à perfectionner notre système de communication par signes pour que les joueurs puissent communiquer silencieusement avec le meneur pendant les phases nocturnes. Ce langage commence à devenir assez élaboré, mais il est très peu intuitif : quelqu'un qui n'aurait pas suivi les phases d'explication ne pourrait pas le comprendre. C'est un moment drôle pour le groupe, car les signes et gestes ont un certain caractère grotesque.

À la quatrième et dernière partie, nous introduisons encore un nouveau personnage sur suggestion de Thomas. Gordon est très fier d'être le premier à jouer ce nouveau rôle, et attire plusieurs fois l'attention des autres sur l'importance qu'il a eue dans le déroulement de la partie.

Oscar prend plaisir au jeu, il se montre adapté et participatif.

Gordon est assez discret ce jour, moins théâtral que d'habitude. Il émet quelques réflexions stratégiques tortueuses et énigmatiques, qu'il tient à faire comprendre au reste du groupe et explique plusieurs fois sans succès.

Alexis est discret durant la phase de jeu. Il a toujours tendance à voter après les autres lors de la phase diurne, ce que les autres lui reprochent à chaque fois. Repris sur ce point, il dit que « ça le stresse » de désigner quelqu'un.

Vincent participe a minima et ne prend aucun plaisir apparent. Il se montre fermé, ne parle pas lors des débats. À un moment, après avoir été éliminé, il demande s'il peut aller prendre un verre d'eau du côté discussion. Il s'installe là et commence à utiliser son téléphone. Thomas – éliminé également - le rejoint aussitôt et ils commencent à discuter. Lorsqu'ils rejoignent le groupe, Vincent

continue à utiliser son téléphone, malgré plusieurs remarques de notre part. Il dit en avoir marre de ce jeu, semble triste et irritable.

Thomas est nettement moins excité qu'au groupe précédent. Il se montre souriant, fait preuve d'humour, se rend agréable pour le groupe. Il semble très touché que l'on prenne en compte ses suggestions cette fois-ci.

#### Temps de discussion et au revoir.

Le groupe – soignants compris - continue de débattre à propos d'une réflexion stratégique de Gordon lors de la première partie, qui décidément continue de rendre les joueurs perplexes. Personne ne semble vouloir commencer le rituel de la fin de groupe, peut-être justement pour ne pas clôturer la séance.

Vincent refuse de parler. Les autres ont tous apprécié le jeu, et surtout l'introduction de nouveaux personnages. Les mots de fin de séance sont des noms de personnages qu'ils ont aimé jouer, sauf pour Alexis qui dit « contaminé » (car il a transformé quelqu'un en loup pendant une partie).

Dans le couloir de la structure, en attendant qu'on vienne le chercher, Vincent nous répète qu'il souhaite arrêter le CATTP et ne veut pas en parler aux autres. Il dit que, depuis la semaine précédente, l'activité ne lui plaît plus. Il accepte que cette question soit discutée lors de son prochain bilan, conformément au cadre des soins qu'il a accepté. Lors de cet entretien bilan, quelques semaines plus tard, il demandera au contraire à poursuivre sa prise en charge.

#### Commentaire

Le groupe fonctionne bien sur cette séance avec la médiation. Il est possible d'accéder durablement à un plaisir partagé dans le groupe, dans la relation aux autres, avec un niveau d'excitation tolérable qui ne gêne pas le déroulement du jeu.

Les adolescents peuvent venir déposer des éléments personnels : Vincent partage sa musique avec les autres en salle d'attente puis se permet de se plaindre, de dire ce qui ne lui plaît pas. Thomas apporte au groupe ses personnages préférés, ils discutent de ceux qu'ils aiment ou pas. Ils peuvent prendre plaisir à être dans une relation au sein de laquelle ils se permettent d'être authentiques.

À côté de ces moments d'authenticité individuelle, on voit dans cette séance des éléments de fusion groupale. En fermant la porte de la salle d'attente le groupe des adolescents se constitue avant l'arrivée des adultes, via leur exclusion. Ils partagent ensuite un état dépressif collectif en début de groupe : ils viennent tous avec leurs propres éléments dépressifs, les partagent et les vivent ensemble. Plus tard, lorsque le jeu rassemble adolescents et adultes, l'ambiance devient rapidement très joyeuse, euphorique. Nous aménageons les règles de façon collective et élaborons un langage privé, compréhensible seulement par ce groupe, ce qui va dans le sens d'une appropriation du médiateur par le groupe pour en faire un objet commun. L'ambiance euphorique et l'élaboration d'un langage privé sont des indicateurs de l'établissement de l'illusion groupale.

On note cependant aussi des mouvements de différenciation : Vincent marque une distanciation en refusant de jouer, en s'éloignant, et en demandant à quitter le groupe. On pourrait penser qu'il teste l'attachement du groupe : si Alexis se voit proposer un changement du fait de son manque de plaisir apparent dans l'activité, pourrait-on lui faire la même proposition s'il se montre fermé ?

Dans cette séance, il est apparent que pour ces adolescents, parvenir à jouer est déjà un enjeu. Ils ont beaucoup de difficultés à se détacher de la réalité et à faire semblant : ils tendent à confondre les personnages qu'ils jouent et ce qu'ils sont. Leur pensée est très concrète. Ils n'ont pas d'espace transitionnel fonctionnel où la question de l'appartenance au réel ou à l'imaginaire n'aurait pas d'importance et ne serait même pas posée (56). Ils n'ont pas la souplesse psychique nécessaire pour ouvrir cet espace transitionnel, et ne pas prendre le jeu pour la réalité. Ceci les rend très peu

souples, jouer n'est pas facile pour eux, mais le corollaire est que ce médiateur est bien adapté puisqu'il les fait travailler sur ce point.

Vincent semble blessé lorsque quelqu'un l'accuse de tricher. Je mets en lien son peu d'envie de jouer lors de cette séance, ainsi son souhait de cesser l'activité, avec les multiples réprimandes dont il a fait l'objet lors de la séance précédente.

Nous discutons longuement en synthèse de la question de notre position vis à vis des règles du jeu. Jusqu'ici, les soignants veillaient à ce que les règles du jeu soient respectées à la lettre. Après un certain questionnement, et une recherche dans la littérature au sujet de l'utilisation des jeux structurés en situation thérapeutique, nous décidons de nous montrer plus souples et plus ajustés aux adolescents sur ce point. Cette décision tient compte de leur très grande fragilité narcissique et de leur immaturité, qui leur font manifestement vivre la frustration des règles et les reprises sur leurs entorses à celles-ci comme très douloureuses. Accepter des tricheries revient à reconnaître qu'il leur est très difficile de concilier leur désir massif de gagner, leur besoin de cette gratification narcissique, et la limitation imposée par les règles. Il nous est apparu que parvenir à prendre du plaisir à jouer, en groupe, avec des règles, pouvait être déjà un objectif significatif pour eux, sans nécessairement respecter en permanence les dites règles à la lettre. De plus, observer la nature et les circonstances des entorses aux règles peut nous donner des indices sur ce qu'ils vivent, sur ce qui leur est insupportable.

Bien évidemment, nous ne parlons ici que des règles des jeux : le cadre de l'activité est maintenu avec toute la fermeté nécessaire.

Fin janvier, Alexis quitte le groupe. Sa dernière séance est difficile : la menace que son départ fait peser sur le groupe attaque les capacités de contenance de celui-ci, générant beaucoup d'excitation excessive sous forme d'agressivité, d'irritabilité, mais aussi de défense maniaque. Les règles sont à



nouveaux mises à mal. Il est difficile de s'entendre ensemble autour des règles, et d'accéder à un plaisir groupal.

Les autres adolescents reprochent beaucoup de choses à Alexis durant cette séance : de mal faire le meneur, de mal jouer, d'être trop bruyant... Ils ne lui disent rien d'agréable en fin de séance. On peut penser qu'ils lui en veulent de quitter le groupe, de le mettre en danger alors qu'ils étaient dans une période agréable et enfin assez nombreux pour jouer au jeu idéalisé du Loup-garou.

S'ensuivent plusieurs séances pendant lesquelles le groupe commence par se montrer déprimé, dépression perçue dans le contre-transfert par des ressentis de tristesse, lassitude et découragement, voire même de colère envers les adolescents. Cette dépression initiale connaît différents destins selon les séances.

Juste après le départ d'Alexis, à la séance 18, nous ne sommes que 4 : Vincent, Oscar, VD et moi. Un seul absent de plus et le groupe n'aurait pas pu avoir lieu. En réaction à la peur de la dépression, voire de la mort du groupe, une défense maniaque s'active de mon côté : je mets beaucoup d'énergie à animer la discussion, leur propose de nouveaux jeux. Les deux adolescents présents se rapprochent, résistent à toutes nos propositions et s'opposent à nous. Alors que jusqu'ici Vincent et Oscar ne s'entendaient pas particulièrement bien, ils trouvent un point de rapprochement dans le maintien à distance des adultes. Ils vont jusqu'à mettre en place, avec des boîtes en carton, des « barricades » entre eux et nous, pour que VD et moi ne puissions pas « copier » sur leurs feuilles de notes au Cluedo. Ce dernier point est intéressant, car en début de séance je les avais beaucoup encouragés à parler, de leurs goûts culturels entre autres. Peut-être, par cette mise en place de barrières physiques et l'insinuation que nous voudrions épier sournoisement leurs feuilles, viennent-ils nous signifier que cette sollicitation a été vécue par eux comme intrusive. À travers la discussion

et la matérialisation physique des règles du jeu, ils parlent en fait des règles de la relation entre nous.

C'est la première fois que nous voyons Oscar s'opposer à nous, ce qui nous paraît plutôt encourageant car nous y voyons une amorce d'affirmation identitaire chez cet adolescent jusqu'alors si dépendant.

Nous oublierons, lors de la séance suivante, de raconter cette séance-là aux adolescents qui y ont été absents. J'interprète cet acte manqué comme le signe qu'il s'y est passé quelque chose d'important, presque d'intime, que nous voudrions garder pour nous.

Lors des séances suivantes, le groupe tolère cette tristesse initiale toujours présente, et le jeu permet d'accéder progressivement à plus de plaisir à être ensemble sans être dans un excès d'excitation. Le groupe nous surprend plusieurs fois par sa capacité à se réanimer par le jeu et à faire preuve de créativité alors que le découragement pointait, notamment lors de la séance 19.

### *III.3.3.b. . Séance 19 (07/02/2018), ou l'apparition de la créativité.*

Présents: Oscar, Gordon, Thomas, Vincent, Justine. Soignants: VD, ES, FV.

Une nouvelle adolescente, Justine, intègre le groupe ce jour.

#### Temps interstitiel en salle d'attente.

Pour son premier groupe, Justine est accompagnée jusqu'en salle d'attente par sa mère, qui semble anxieuse de nous confier sa fille. Oscar, Gordon et Thomas jouent au baby-foot. Lorsque sa mère part, Justine semble mal à l'aise. Les adolescents lui ont dit bonjour mais ne cherchent pas à lui parler, ni même à l'inclure dans leur jeu. Craignant que Justine ne se sente mal accueillie, je reste

quelques minutes en salle d'attente et tente de bavarder avec elle, alors qu'habituellement je prends soin de laisser les adolescents profiter de ce temps sans adulte.

Dès que Vincent arrive – avec quelques minutes de retard - nous partons en salle d'activité.

### Temps de discussion et collation.

Nous faisons un tour de présentation pour Justine, demandons aux adolescents de lui présenter le groupe et les règles. Thomas s'impatiente, réclamant plusieurs fois le début du jeu.

Thomas commence à servir à boire au groupe avec l'aide de Gordon, mais pas à tout le monde : il s'arrête après s'être servi, et est très surpris lorsqu'on le reprend sur ce point. Les besoins et envies du reste du groupe ne lui étaient pas du tout venus à l'esprit.

Tous disent aller bien. Gordon, Vincent et Justine n'ont pas d'anecdote à rapporter au groupe. Oscar en rapporte une brièvement. Thomas, lui, nous annonce qu'il a un nouveau projet professionnel (ouvrir une boutique d'insectes), puis parle interminablement de la fourmi qu'il élève, sans se rendre compte que les autres sont rapidement lassés. Son discours, sublogorrhéique, n'a pas véritablement valeur d'échange avec les autres.

C'est donc une conversation de début de séance laborieuse : trois ne parlent pas, un monologue, seul un adolescent partage réellement quelque chose avec le groupe. Nous tentons de lancer un autre tour de discussion en demandant aux autres s'ils ont des idées de projets professionnels, mais seuls Vincent et Justine s'en saisissent.

Au moment de choisir le jeu, Thomas propose le Loup-garou puisque nous sommes 8, mais à ma grande surprise les autres n'approuvent pas. Vincent en particulier proteste : « On va pas jouer tout le temps à la même chose, c'est chiant ». Quelqu'un propose le Saboteur ®, tous sont d'accord. Oscar et Gordon échangent alors des souvenirs des parties de Saboteur ® auxquelles ils ont joué dans le groupe de l'année précédente, qu'ils n'avaient pas évoqué depuis longtemps.

### Temps de jeu.

Justine s'installe entre VD et moi, ES est à côté de moi. Nous avons donc les femmes d'un côté de la table, et les garçons de l'autre. Peut-être Justine se sent-elle encore intimidée par ce groupe de garçons qui l'ont laissée seule en salle d'attente.

Oscar explique les règles, plutôt bien. Thomas ne connaît pas le jeu, il préfère lire les règles plutôt que d'écouter Oscar.

Nous faisons 3 parties de Saboteur ®.

Au début l'ambiance me paraît très lourde et triste. Peu de paroles sont échangées, le jeu se déroule très calmement. Je m'ennuie, et dois faire un effort pour rester psychiquement présente sans me défendre par une évocation dans mes pensées.

Vincent attire dès le début l'attention sur le fait qu'il ne triche pas : il demande aux autres de cacher mieux leur jeu lorsqu'il a vue sur leurs cartes et fait remarquer qu'il a pris une carte de trop, proposant de ne pas en prendre au tour d'après.

Le jeu s'anime un peu avec le début des hostilités et des suspicions (qui sont les Saboteurs ?). Lors de la 2<sup>e</sup> partie l'ambiance est plus vive, tous lancent des accusations, chaque geste est qualifié de « suspect » avec humour, des théories s'échafaudent, on entend quelques rires.

Lors de la 3<sup>e</sup> partie, Oscar et Thomas commencent à imaginer une nouvelle religion, basée sur le culte d'une divinité de leur invention nommée « Saint Nain ». Ils prient Saint Nain de leur donner de bonnes cartes, invoquent la volonté divine de Saint Nain pour justifier leurs actions, parlent d'écrire une Bible du Saint Nain. Thomas dessine au tableau le symbole du Saint Nain (la « croix minière »). Il s'excite beaucoup, ne parle plus qu'avec une voix et intonation théâtrales évoquant un sermon ou une messe, se lève, va même jusqu'à danser. Oscar se contient un peu plus mais rit

beaucoup, nous ne l'avons jamais vu aussi animé. Ils font énormément de bruit, nous avons des difficultés à nous entendre. Sur le plateau de jeu ils imaginent des routes, un « rond-point » au milieu duquel construire leur chapelle.

Gordon et Vincent rient, mais ne participent pas. Gordon a l'air étonné et dépassé par ce qui se passe sans lui. Justine est isolée mais ne semble pas en souffrir, elle joue en silence mais avec plaisir, et triche discrètement.

En fin de partie, le groupe parle d'écrire la « Bible de Saint Nain », de sculpter des tablettes de pierre et de construire une chapelle dans le jardin de l'unité pour leur culte.

Il reste 20 minutes, nous proposons un Uno ®. Thomas propose que nous y jouions avec des règles de son invention, ce que le groupe refuse. Gordon et Oscar évoquent les records de cartes supplémentaires à piocher, parlent de SD et de son record de 20 cartes, l'été précédent. C'est la deuxième fois qu'ils mentionnent le groupe de l'année précédente aujourd'hui, sans que je comprenne pourquoi.

Pendant la partie de Uno ® le groupe parle encore de Saint Nain. Vincent gagne, suivi de Justine, nous arrêtons la partie lorsqu'il est l'heure.

#### Temps de discussion et au revoir.

Thomas et Oscar continuent à rire en évoquant leur nouvelle « religion », ils ne semblent pas vouloir passer à la phase de clôture de la séance. À un moment Vincent, se sentant peut-être exclu, demande sèchement à Thomas de se calmer.

Tous disent avoir apprécié la séance : ils parlent de changement, de nouveauté, d'excitation, de joie. Leurs mots de fin de séance sont en rapport avec la création « Saint Nain », sauf pour Justine qui dit simplement le nom du jeu.

## Commentaire

Pendant plusieurs séances nous avons joué au même jeu (le Loup-garou) d'une façon répétitive, un peu chronique. Jusqu'à présent il y avait un fort mouvement de fusion groupale autour de ce jeu idéalisé, synonyme du fait d'être tous ensemble, mais dans quelque chose d'un peu rigide. Il est intéressant qu'ils veuillent un changement, trouver une autre façon d'être bien tous ensemble. En fait il s'agit du même type de jeu, il repose sur des identités et rôles cachés, mais il est moins angoissant que le Loup-garou car on ne peut pas y mourir.

En début de séance le groupe est triste et laborieux puis, après avoir pu déposer leur tristesse, les adolescents développent une certaine créativité et évoquent le projet de créer quelque chose pour l'éternité : une religion, un saint, une chapelle à installer dans l'unité qui y resterait pour toujours. Ils inscrivent le groupe dans une temporalité en rappelant les parties de Saboteur ® de l'année précédente et les records de cartes piochées au Uno ®, puis en créant quelque chose pour l'avenir. Nous ne les avons encore jamais entendus se projeter dans les prochaines séances. Ils investissent également l'unité au niveau spatial, notamment le jardin, espace qui n'est accessible qu'au groupe de l'activité « jardinage » et qui reste mystérieux pour les adolescents de notre groupe.

Leur création et leur ludisme peuvent être compris comme une défense maniaque, et aussi comme une manière de divertir les adultes, de les sortir de leur ennui. L'ennui ressenti par les adultes est le produit des affects dépressifs que les adolescents ont projeté sur eux. Ces adolescents fonctionnent avec des mécanismes de défense primaires, archaïques : déni, clivage. Le groupe est pour eux un espace pour projeter leurs éléments bêta sur les adultes, qui l'élaborent dans leurs psychismes et ressentent leurs effets par des affects un peu pénibles, notamment l'ennui. Les adolescents, une fois déchargés de leurs affects dépressifs et de leur angoisse, sont libres de mieux fonctionner : ils peuvent alors aller rechercher les adultes avec des éléments du côté de la pulsion de vie. Les soignants font office pour eux de « *circulation psychique extra corporelle* » (63), de fonction alpha, le tout fonctionnant comme un cycle dans lequel les adolescents interviennent aussi.

Dans cette séance, le groupe de l'année précédente est évoqué deux fois par les adolescents qui en faisaient partie. Une hypothèse possible est que dans ce contexte d'instabilité - depuis un mois le groupe a vécu deux arrivées et un départ d'adolescents - le rappel de cet ancien groupe les rassure, et que trouver des points communs entre l'ancien et le nouveau renforce un sentiment de continuité d'exister dans le groupe.

En février le groupe est maintenant plus stable, les règles du jeu ne sont plus le sujet de discussion : elles sont globalement bien respectées et les petits écarts (qui sont surtout du fait de Justine désormais, et plus rarement de Vincent) ne gênent pas le déroulement des parties.

Les adolescents continuent à déposer leur dépression, leur vide, à investir la parole, et la créativité continue régulièrement d'apparaître dans leur rapport au médiateur.

La créativité a pour caractéristique, entre autres, d'être la production de quelque chose d'authentique et de nouveau. En parvenant à créer quelque chose d'authentique, qui n'appartienne qu'à eux, ils sont dans un processus de subjectivation. La subjectivation pourrait être définie comme un processus visant à rendre un individu sujet de lui-même, séparé des autres tout en étant en relation avec eux. Cette notion est à rapprocher de celle de vrai-self de Winnicott : l'état dans lequel le sujet se sent pleinement lui-même, avec plaisir, et la position dont peut émerger le geste créateur (69).

La séance 21 est une bonne illustration de la façon dont le jeu peut être approprié par le groupe pour servir de support à la créativité commune.

### III.3.3.c. Séance 21 (21.02.2018), ou pourquoi les adolescents aiment jouer au Loup-garou

Présents : Oscar, Gordon, Thomas, Vincent, Justine. Soignants : VD, OB (ide remplaçante), FV.

ES est absente pour un mois. Elle est remplacée depuis la semaine précédente par OB. C'est une période particulière qui démarre dans l'unité, avec deux infirmiers sur trois absents. L'unité a fait le choix de maintenir le soin dans la mesure du possible, mais les adolescents subissent donc des discontinuités d'intervenants.

#### Temps interstitiel en salle d'attente.

Vincent arrive le premier, il lit en salle d'attente. Lorsque je repasse, Thomas et Gordon sont là, les trois adolescents sont assis : Vincent et Thomas lisent, Gordon attend en silence sans chercher à s'occuper. Lorsque je ressorts de la salle, j'entends Thomas se plaindre du calme « c'est mort » et proposer de jouer au babyfoot.

Lorsque nous allons les chercher après avoir attendu Oscar quelques minutes, Thomas et Gordon jouent ensemble et Vincent lit toujours.

#### Temps de discussion et collation.

Oscar arrive quelques instants après que nous soyons installés, il est accueilli par des cris de joie de Thomas. Thomas engage la discussion en faisant allusion à Saint Nain, leur « divinité » inventée 15 jours plus tôt. Oscar rebondit, évoquant les textes religieux qu'ils doivent écrire. Ils en parlent quelques minutes.

Sur sollicitation, Oscar et Thomas servent à boire au groupe. Thomas le fait très bruyamment, nous avons des difficultés à entendre ce que Gordon nous rapporte de sa semaine (il a mangé du hachis parmentier). Thomas prend ensuite la parole : il nous raconte avoir été chez le coiffeur, puis se



plaint de sa mère et, sans transition, parle très longuement de la fourmi qu'il élève. Oscar associe alors en parlant de ses canaris, et nous raconte des anecdotes de son enfance en lien avec ses oiseaux domestiques. Thomas cherche sans cesse à reprendre la parole, et semble frustré d'être limité. Vincent est très content de nous dire qu'avec un ami il ont volé et mangé en cachette des sucreries en atelier cuisine.

Ensuite, Vincent et Gordon racontent à Oscar et Thomas la séance de la semaine précédente, à laquelle ces derniers étaient absents.

Nous leur demandons à quoi ils souhaitent jouer. D'abord Thomas propose Bioviva ®, mais nous sommes trop nombreux. Puis tous proposent des jeux collectifs : Saboteur ®, Resistance ®, Bang ! ® , Loup-garou. Nous ne sommes pas assez nombreux pour jouer au Loup-garou et hésitons entre adapter les règles pour y jouer quand même, ou jouer à un autre jeu. Justine arrive à ce moment là. Les adolescents la saluent à peine, mais constatent qu'il est maintenant possible de jouer au Loup-garou puisqu'elle est arrivée. Cela illustre assez bien le paradoxe de sa présence dans le groupe : elle en est mise à l'écart, mais permet son fonctionnement.

### Temps de jeu.

Thomas s'installe à côté d'Oscar : « je veux être à côté de mon pote ». Il explique les règles pour OB et Justine. Il se montre très agité, théâtral, ludique et désorganisé. Il insiste pour introduire de nouveaux personnages, sans prendre en compte le fait que ceux qui n'y ont jamais joué pourraient être en difficulté.

Nous faisons 3 ou 4 parties. Vincent et Thomas sont meneurs alternativement.

Les « discours électoraux » des candidats au titre de Maire durent longtemps, ils sont en fait le fil conducteur de la parole dans le jeu. Les adolescents s’amusent beaucoup, mais pèsent aussi soigneusement leur décision avant d’élire leur leader pour la partie.

Lors du premier débat, Thomas propose « un vaccin contre les chauves », et l’abolition de l’esclavage. Gordon propose au contraire un vaccin qui provoquerait la calvitie, afin de « simplifier la vie » de ses concitoyens (sans expliquer son propos). Ensuite, les deux débattent de la possibilité d’abolir à nouveau l’esclavage, et de ce que ce terme recouvre. Thomas affirme plusieurs fois que s’il était président, il serait dictateur. *Ils parlent en fait du pouvoir que les uns peuvent exercer sur les autres. À cette époque ont lieu dans les médias de nombreux débats à propos de la vaccination obligatoire, la proposition d’un vaccin est donc en cohérence avec les thèmes du pouvoir et du contrôle.*

Le débat de la partie suivante a un lien plus visible avec le jeu.

Vincent « Moi je propose de créer une base militaire, avec des patrouilles et une surveillance H24 pour protéger le village des loups. »

Oscar « Et si les militaires sont eux-mêmes des loups ? »

Vincent « Non, ils seront testés lors du recrutement pour ne pas être des loups. »

Oscar « Moi je propose un vaccin contre les loups : vaccin obligatoire pour tout le monde, et si la personne est loup, elle meurt. »

Moi « Et le vaccin pourrait retransformer les loups en villageois ? »

Oscar « Bah non, le but du jeu c’est de tuer les loups ! Oh ça pourrait même être un personnage : le Vaccinateur ! »

Vincent « Ah oui, on pourrait se servir de ton vaccin pour tester mes militaires avant de les engager. ».

Oscar « Sinon on pourrait mettre en place du double vitrage, triple vitrage même, des murs renforcés et des bunkers pour empêcher les loups d'entrer chez les villageois. »

Vincent « Mais si un loup est déjà dans la maison, genre si une mère loup mange sa fille, ça servira à quoi ton double vitrage ? »

Oscar « Ah oui... Bon ben en plus je vais distribuer du pain perdu gratuit et à volonté tous les matins. Et donner un salaire universel à tous, même sans travailler. Sauf au maire qui aura le triple parce que quand même c'est le maire. »

Tous considèrent ce dernier détail injuste, et votent pour Vincent.

*Dans ces échanges ils se montrent particulièrement drôles, il nous semble qu'ils sont dans une démarche de séduction vis à vis de nous, les adultes, cherchant à être gratifiants pour nous. Peut-être ont-ils compris que nous apprécions particulièrement de les voir investir la parole.*

Thomas se montre agité, logorrhéique, envahissant pour les autres joueurs, bien que sur un versant ludique plus qu'irritable. Nous tentons de contenir son excitation croissante, difficilement.

Il y a un rapprochement fort entre Thomas et Oscar, il font des « private jokes » qu'ils sont seuls à comprendre. Oscar s'anime, devient très ludique, au point de déranger le cours de la partie. C'est très inhabituel pour lui, il est d'ordinaire très attaché au respect des règles et au bon déroulement des jeux. Aujourd'hui il cherche beaucoup plus à s'amuser avec Thomas qu'à être un joueur et un patient irréprochable.

Gordon donne l'impression de ne pas parvenir à suivre Thomas et Oscar dans leurs associations d'idées, il devient de plus en plus discret et effacé. Vincent ne triche pas à notre connaissance. Il joue avec plaisir et rit aux plaisanteries de Thomas et Oscar, sans chercher à en initier lui-même. Justine triche plusieurs fois, regardant pendant les phases nocturnes. Elle dit qu'elle n'avait pas bien

compris les règles mais recommence, ne se fait pas vraiment reprendre par les autres, et n'utilise pas ses découvertes pour tenter de changer le cours de la partie.

À 10 minutes de la fin, Vincent nous fait remarquer que nous n'avons plus assez de temps pour une autre partie. Certains proposent un Uno ®, mais il proteste : « non, on a jamais assez de temps pour bien discuter à la fin ». Nous retournons donc dans la zone de discussion.

#### Temps de discussion et au revoir.

Gordon et Justine se contentent de donner des noms de personnages qu'ils ont joué, alors que les trois autres choisissent des mots en lien avec leurs associations d'idées et créations venues pendant le jeu : « protection », « vaccinateur », « rock ».

Nous évoquons l'idée de créer nos propres personnages. Thomas voudrait tous les créer lui-même chez lui pour la semaine suivante, très enthousiasmé par cette idée mais aussi dans une volonté de maîtrise. Oscar propose de seulement changer les noms des personnages pour les « moderniser ». Thomas rebondit, et propose que les loups deviennent les « terroristes » ou les « djihadistes », figures du mal de notre époque.

Nous décidons d'en reparler la prochaine fois, s'ils en ont toujours envie.

#### Commentaire

Le groupe est initialement assez triste puis devient rapidement très animé et excité, dans une défense maniaque surtout portée par Thomas. Il n'y a pas de conflit, l'ambiance est au contraire assez euphorique. Justine, initialement ignorée en début de séance, est traitée comme les autres une fois le jeu commencé. Le groupe est encore en phase d'illusion groupale.

On voit que le cadre est solide au niveau de la continuité : il y a des liens d'un groupe à l'autre, que ce soit par la référence aux groupes passés ou la projection dans les groupes à venir. Ils se sentent suffisamment sécurisés pour inscrire le groupe dans le temps. Ils demandent cette sécurité psychique que leur apporte le cadre, lorsqu'ils veillent à ce que le rituel de fin de séance soit fait correctement. Puisque le cadre est bien posé et que nous sommes disponibles, de la créativité peut émerger. Ils s'appuient sur le jeu pour développer leur créativité et leur parole, puis s'en décollent, et parlent de le transformer pour le faire leur, avec de nouveaux personnages, c'est à dire de nouvelles représentations.

Ils investissent leur propre parole : les temps de parole dans le jeu, mais aussi les temps de parole de la séance au début et à la fin. Ils verbalisent sur les thèmes du contrôle, du pouvoir, des différentes façons pour un groupe de se défendre contre ce qui le menace.

Cet investissement de la parole peut aussi être compris comme de la séduction vis à vis de nous : ils ont peut-être remarqué que nous apprécions leur capacité à parler, et se montrent lors de cette séance particulièrement drôles et divertissants.

Certains sont « en retard », et ont des difficultés à évoluer vers la verbalisation et la créativité, notamment Gordon, qui lors de cette séance nous paraît particulièrement vide et triste.

Les termes « terroriste » et « djihadiste » proposés par Thomas pour remplacer celui de « loup-garou » désignent les figures du mal de notre époque, figures dont l'existence est admise par tous, bien réelles et donc plus effrayantes que les loups-garous, qui sont identifiés comme fictifs. Les adultes autour des adolescents parlent de ces figures avec beaucoup d'angoisse. En intégrant les terroristes et djihadistes dans notre jeu, dans le cadre sécurisé du groupe, Thomas cherche à les rendre plus appréhendables. Peut-être a-t-il compris que, par le jeu, les représentations effrayantes peuvent être manipulées et progressivement perdre leur pouvoir de désorganisation.

Il y a un contraste entre la popularité du jeu du Loup-garou dans le groupe, et son caractère pourtant répétitif. En effet, les parties jouées suivent presque toujours le même scénario, et l'issue est tout à fait prévisible : sur environ 24 parties jouées sur le temps de l'observation, les loups n'ont *jamais* gagné.

Dans un premier temps, les adolescents du groupe ne se lassaient pas de ce jeu dont l'issue est pourtant si prévisible, et abordaient chaque partie avec un enthousiasme égal. Ce n'est qu'en février que Vincent a commencé à s'en lasser, suivi par Oscar. Il est alors arrivé que nous soyons 8 et qu'un autre jeu soit choisi. À la séance 26, début avril, on sent que le jeu est nettement désinvesti par le groupe. Fin avril, seul Thomas ne s'en lasse toujours pas.

Pourquoi réclamer encore et encore un jeu qui ne comporte aucune surprise ? Pourquoi une telle appétence ?

Les jeux attracteurs sont ceux qui signifient quelque chose pour le groupe (99), ceux dans lesquels le groupe et ses membres trouvent une résonance avec ce qui les travaille.

L'histoire proposée par la règle du Loup-garou « *dans l'Est sauvage, le petit hameau (...)* » et la dénomination des personnages placent les joueurs dans un contexte tenant à la fois du conte de fées et de l'horreur fantastique. Des auteurs ont déjà souligné le fait que les figures des contes de fées (111,112) et d'horreur fantastique (113) se prêtent particulièrement bien à l'identification et à la projection d'angoisses archaïques, qu'ils mettent au travail en arrière-plan sans que le jeune lecteur ou spectateur en ait conscience. Ici, la régression est encore favorisée par le contexte groupal.

Le personnage fantastique du loup-garou a quelques points communs avec l'adolescent : ce personnage souffre de transformations physiques monstrueuses, douloureuses, qu'il n'a pas choisies – la lycanthropie est même classiquement présentée comme une malédiction – et se trouve envahi

par des pulsions agressives incontrôlables, qui débordent ses capacités de refoulement (113). C'est un personnage auquel l'adolescent peut facilement s'identifier.

Alexis n'aimait pas du tout incarner le Loup-garou : « je n'aime pas être un méchant » ; préférant le rôle de Cupidon (« il est gentil »), ou celui de la Petite Fille. Il ne comprend pas du tout le principe du jeu, du décalage entre rôle et réalité. Il lui est impossible de se saisir de l'espace transitionnel offert par le jeu pour manier ses motions agressives, qui chez lui ne sont pas refoulées mais plutôt clivées, déniées et projetées selon des mécanismes de défense beaucoup plus archaïques. Son agressivité ne s'exprime que par ce biais et n'est pas liée à une représentation – pas symbolisée donc. *« Les enfants schizophrènes ne sont pas capables de jouer au sens propre du terme. Ils effectuent certaines actions monotones (...). Dans ces actions, l'accomplissement des désirs se ramène à la négation de la réalité et à l'inhibition fantasmatique. (...) La personnification est impossible »* (114).

Oscar initialement n'aimait pas non plus être Loup, redoutant de voir apparaître la carte rouge et noire lors de la distribution. Il craignait surtout de se faire prendre, de ne pas être capable de mentir pour se défendre. Dans son cas, il semble que c'est plutôt l'aspect transgressif qui lui posait une difficulté, le fait d'avoir quelque chose à cacher. Oscar préfère nettement être du côté de la Loi, notamment en incarnant la Voyante qui sait tout, contrôle les identités des autres joueurs, à qui on ne peut rien cacher - le policier du jeu en quelque sorte. Vers le milieu de l'observation, Oscar a cependant dit être plus à l'aise avec le rôle du Loup-garou et même le jouer avec plaisir. Il ment avec un peu plus d'aplomb, sans se trahir aussitôt.

Les adolescents ont plusieurs fois demandé s'il était possible pour un Loup de s'abstenir de tuer pour un tour, ou de choisir de se suicider en se désignant lui-même. Ils imaginent une stratégie reposant sur ce point : un loup se suicide, puis la Sorcière le ressuscite en pensant qu'il est une victime villageoise, le lavant ainsi de tout soupçon. Ils parlent plusieurs fois d'autoriser officiellement le suicide des Loups-garous pour mettre en place cette stratégie... mais ne le feront

finalement pas. Cette idée qu'un Loup puisse se suicider semble faire appel à la notion de culpabilité de la position dépressive.

La Petite Fille est un autre personnage intéressant du jeu : autorisée à regarder discrètement entre ses doigts pendant la phase d'activité des Loups, ce personnage a en quelque sorte la permission de tricher, mais dans un cadre précis, et se trouve puni s'il ne le fait pas assez discrètement (si les loups la surprennent, la Petite Fille meurt aussitôt sans possibilité d'être ressuscitée). Elle représente un enfant curieux, désobéissant sous son apparence sage, qui risque une punition effroyable si elle est prise en flagrant délit. Les personnages de ce type ne manquent pas dans les contes de fées, dans la mythologie ou dans les œuvres d'horreur fantastique, dans lesquelles toute transgression est punie par la mort (113).

À un premier niveau, la Petite Fille représente le tricheur tenté de regarder en dehors de son tour. On peut y voir également une allusion à la curiosité, au voyeurisme. L'interdit de voir qui s'applique à tous les joueurs est le principe du déni.

Oscar, très rigide et intransigeant vis à vis des règles, n'aime pas du tout le personnage de la Petite Fille, et n'utilise d'ailleurs pas son pouvoir lorsqu'il doit jouer ce rôle : « j'ai trop peur de me faire prendre ». Il s'agit par contre du personnage préféré de Vincent et Justine, qui ont d'ailleurs tendance à regarder plus ou moins discrètement quels que soient leurs rôles et la phase du jeu, prenant un grand plaisir à cette transgression.

Le jeu les confronte également au thème du lien amoureux. Un personnage, Cupidon, a le pouvoir de former un couple parmi les joueurs. Une fois en couple, les joueurs sont liés et si l'un meurt, l'autre décédera immédiatement. Être en couple est donc à la fois un danger et un atout, car un membre du couple est assuré d'avoir un allié indéfectible pour toute la partie.



Gordon est extrêmement préoccupé par la question du couple dans le jeu du Loup-garou, beaucoup plus en fait que par l'identité des Loups-garous. Lorsqu'il n'est pas en couple, il cherche à repérer qui l'est, et s'imagine qu'on l'accuse d'en faire partie. Il peut donc passer un certain temps à tenter de nous convaincre qu'il n'est pas en couple – ce dont personne ne se préoccupe – proposant régulièrement d'être exécuté pour « prouver son innocence ». D'autres fois, il échafaude des théories plus complexes et insaisissables les unes que les autres, basées sur la suspicion que tel et tel joueurs sont en couple. On peut se demander pourquoi la question du couple a une telle importance pour lui. Lorsque Gordon joue Cupidon, il s'inclut toujours dans le couple, toujours avec le même partenaire masculin (Oscar). Des membres du groupe ont pu s'étonner de ce choix répétitif et le taquiner à ce sujet, ce qu'il ne comprend absolument pas. Nous avons l'impression que la dimension sexuelle dans le couple ne l'a jamais effleuré : « c'est un partenariat », nous a-t-il dit une fois. Nous nous demandons quelle représentation il s'est construit du couple, allant jusqu'à imaginer qu'il pourrait ignorer tout ce qui concerne la sexualité.

Ce déni de la sexualité touche en fait à minima tous les membres du groupe. Nous remarquons que les adolescents, lorsqu'ils jouent Cupidon, ne créent que très rarement des couples mixtes, et notamment pas de couple adolescent - soignante. Ils préfèrent former des couples de deux adolescents, ou deux soignantes, et ne font aucun commentaire à ce propos - ou disent avoir choisi au hasard. Ce déni peut être mis en lien avec le fantasme d'indifférenciation régnant dans le groupe, mais il peut également être pensé comme un contre-investissement défensif de fantasmes bien présents et refoulés. Ce n'est qu'en toute fin d'observation, à la séance 26, qu'ils font plusieurs fois allusion sous forme d'humour à une activité sexuelle des amoureux. Ceci survient peu après la re-sexualisation des liens entre eux et l'amorce de la sortie de la phase d'illusion groupale (séance 23).

Le jeu du Loup-garou permet donc aux adolescents et au groupe de mettre en jeu - et même en scène puisque les paroles et gestes sont théâtralisés – les pulsions avec lesquels ils sont aux prises.

On voit manipulés dans le jeu des mouvements d'agressivité (meurtre et cannibalisme avec les Loups, voyeurisme avec les personnages de la Petite Fille et de la Voyante), mais aussi des mouvements tendres (protection, résurrection, amour). La régression et le décalage proposés par le jeu, la règle du « c'est pour jouer », autorisent une mise en mouvement de ces pulsions en toute sécurité.

Après avoir gaiement mis en jeu ces pulsions, la fin heureuse de la partie vient rassurer les joueurs : les monstres sont tués, les pulsions agressives punies et neutralisées, tout redevient normal. Comme dans un conte.

Le Loup-garou est le jeu dont la règle a été la plus aménagée par le groupe, celui que le groupe s'est le plus approprié.

D'abord, nous avons aménagé la règle afin que chacun puisse jouer le rôle d'un « personnage spécial ». En effet, selon la règle, certains joueurs devraient être de « simples villageois » sans pouvoir particulier, mais tous les adolescents se sont révoltés sur ce point. Aucun ne peut tolérer l'insulte narcissique d'être sans pouvoir spécial, tout juste bon à être tué par les autres joueurs plus puissants. Cette modification contribue à déséquilibrer les parties - les deux loups n'ont aucune chance contre cinq villageois tous dotés de pouvoirs spéciaux - mais la proposition d'échanger un villageois contre un loup afin de rééquilibrer les forces n'a rencontré aucune adhésion. La victoire systématique des villageois ne les dérange décidément pas. Il semble qu'ils ne recherchent pas tant le plaisir du suspense quant à l'issue de chaque partie, que la répétition rassurante de la victoire des « gentils » contre les monstres.

L'autre aménagement de la règle est la création d'un langage privé par signes pour communiquer. Par la création de ce néo-langage, nous jouons d'une façon spéciale et partageons quelque chose de privé, authentique et spécifique au groupe. L'utilisation de ces signaux secrets est souvent source de plaisir, de sourires complices. Le caractère peu intuitif des signes agit comme un codage et garantit

qu'un observateur extérieur au groupe n'y comprendrait rien. Il contribue à renforcer le sentiment d'appartenance des membres au groupe, et l'illusion groupale.

Enfin, nous avons élaboré un « protocole tricherie » : si un joueur en surprend un autre à regarder hors de son tour, il doit faire un signal spécial au meneur et le transgresseur est alors éliminé, comme s'il avait été dévoré par les loups. Cette invention conduit à intégrer la tricherie dans les règles, l'acte de tricher devenant une façon de jouer envisageable et gérable, et non plus une attaque détruisant le principe de la règle et empêchant de poursuivre le jeu. À une transgression dans le jeu vient une réponse dans le jeu, contre le personnage, et non plus une parole attaquante « tu triches, tu es un tricheur » dans la réalité contre la personne.

Ce jeu leur permet également de mettre en mouvement des éléments touchant au narcissisme, à l'identité, à la relation à l'autre : à l'axe narcissico-objectal. Qui suis-je, qui est l'autre, qu'est ce que je dois lui montrer de moi pour qu'on puisse être en relation ?

Au centre du Loup-garou, comme des autres jeux qu'ils apprécient le plus (Bang ®, Saboteur ®, Resistance ®), il y a des identités et missions cachées. Ce sont les quatre jeux qu'ils réclament le plus souvent, signe que quelque chose là-dedans fait appel, a du sens pour eux. Ces jeux reposent entièrement sur la notion d'identités et de motivations cachées.

Quand un enfant naît, il est accompagné d'un mandat transgénérationnel qui ne lui est pas expliqué, transmis à son insu comme à celui de ceux qui le lui transmettent (115). On projette très tôt – avant même sa naissance – sur lui des qualités, des défauts, un destin lumineux ou funeste. Ce mandat transgénérationnel comprend tout ce qui lui est transmis, et joue un rôle dans sa construction identitaire. Il n'est pas anodin que ces adolescents aient une telle appétence pour des jeux reposant sur des identités, des missions secrètes, qu'ils n'ont pas choisies et qui font l'objet d'une quête. Ces jeux permettent de symboliser le travail psychique de l'adolescence, qui comporte la réappropriation singulière de la transmission identitaire familiale.

Dans une perspective plus rééducative, les jeux reposant sur les identités cachées sollicitent les joueurs sur leurs capacités de communication : la majorité du temps de jeu est en fait occupée à parler, à tenter de comprendre et convaincre les autres, à mentir. Pour ces adolescents qui sont très carencés et même handicapés dans la relation à l'autre, ce type de jeu leur offre un excellent terrain d'entraînement aux habiletés sociales.

Reprenons le récit.

En mars, nous observons une alternance entre des moments d'illusion groupale jubilatoire lorsque le groupe est au complet, et des moments de déliaison, d'excitation ou de dépression lorsque des membres sont absents.

Ces réactions s'expliquent, d'une part, par le fait que le groupe joue un rôle de soutien narcissique pour les adolescents : ils se reposent sur lui et se montrent très sensibles à toute attaque perçue contre lui. Ils sont très carencés sur le plan social, très fragiles narcissiquement, ils comptent sur le soutien que leur offre le groupe et toute menace de disparition de celui-ci est vécue par eux avec angoisse. D'autre part, les absences d'autres adolescents et la perception d'une moindre solidité du cadre diminuent la contenance du dit cadre, qui laisse plus facilement s'exprimer des mouvements de déliaison et d'excitation désorganisante pour le groupe.

Les moments de dépression surviennent lorsque le groupe ne réagit pas par la sur-excitation de la défense maniaque. La dépression est en fait toujours présente chez chacun d'eux, en arrière plan, mais la plupart du temps le groupe lutte contre elle et elle est peu apparente. Lorsqu'il y a des absents, la défense maniaque par l'illusion groupale se met moins facilement en place pour la dénier, le groupe doit donc s'arranger avec cette tristesse. Sur le plan thérapeutique, il s'agit d'une réaction bien plus intéressante : que les adolescents puissent se permettre d'être tristes et de tolérer

un minimum cette tristesse sans s'en défendre avant de la dépasser est un point de départ beaucoup plus propice à une élaboration que la défense maniaque. Elle signe un progrès, celui de l'accès à la position dépressive.

À la séance 22, par exemple, seuls Vincent et Justine sont présents. Ils parlent longuement de leur ennui pendant les vacances scolaires, de leur solitude et de leurs tactiques pour y faire face. Ils se trouvent des points communs dans leur passion pour la cuisine et dans leurs goûts culturels. Justine est très volubile, elle prend plaisir à l'attention qu'on lui porte. C'est une séance calme mais très riche, durant laquelle ils s'autorisent à partager de façon authentique leur vide et leurs affects dépressifs – ressentis péniblement par les soignants sous forme de découragement et d'ennui - avant de pouvoir accéder à plus d'animation par le jeu, et par le traitement que l'appareil psychique groupal et celui des soignants leur apportent. Les deux disent se sentir « beaucoup mieux » à la fin de la séance, et remarquent que le choix du jeu importe peu : « en fait, on arrive toujours à s'amuser ensemble ».

À la séance 23, le phénomène d'illusion groupale est encore bien visible, mais on voit également des signes de sortie de cette phase. Ce phénomène, décrit dans la partie théorique de ce travail, n'est pas thérapeutique en lui-même mais constitue une étape nécessaire et permet que le groupe ait une fonction d'étayage narcissique important pour les adolescents. La sortie de l'illusion groupale signe la reprise du travail de différenciation, les remaniements identificatoires dans le groupe, qui sont les véritables buts d'une thérapie de groupe en participant au processus de subjectivation. La sortie de l'illusion groupale est souvent amenée par des mouvements de séduction homogénéationnels, impliquant une re-différenciation des sexes (48).

### III.3.3.d. Séance 23 (14.03.2018), ou le début de la fin de l'illusion groupale

Présents : Gordon, Oscar, Thomas, Vincent, Justine. Soignants : VD, FV.

OB est absente.

Il n'y a pas eu de séance la semaine précédente, l'unité fermant pour la moitié des vacances scolaires d'hiver.

#### Temps interstitiel en salle d'attente.

Oscar arrive le premier, suivi par Thomas et Vincent. Ils parlent calmement entre eux. Lorsque nous repassons, Gordon est arrivé, et les adolescents nous annoncent fièrement avoir échangé leurs prénoms : Thomas dit s'appeler Oscar, Oscar Vincent, etc.

#### Temps de discussion et collation.

Les adolescents continuent à parler de leur échange de prénoms, insistant pour que nous le respections. Ils décident d'échanger nos prénoms aussi – ce contre quoi nous protestons. Il règne entre eux une ambiance jubilatoire dont nous nous sentons exclues.

Tous disent aller bien. Lorsque nous demandons à l'un comment il va, un autre répond à sa place, poursuivant ainsi leur décision d'être échangés. Ensuite, ils décident d'inverser les noms des boissons et des gâteaux tout en les distribuant. Tous parlent volontiers, et joyeusement. Vincent en particulier est inhabituellement volubile, parlant de ses goûts et passions. La conversation se poursuit sur leur invention commune de la séance 19, « Saint Nain » : ils sont ravis de constater que les dessins qu'ils ont fait en lien avec cette invention n'ont pas été effacés du tableau présent dans la salle.

A ce moment-là ils sont autonomes, ils n'ont pas besoin de nous pour soutenir une conversation fluide. Nous sommes impressionnées par l'évolution du groupe sur ce point en quelques mois, mais nous nous sentons également quelque peu inutiles en ce début de séance.

Justine arrive en retard. Elle ne cherche pas à participer à la conversation, et les adolescents ne cherchent pas à l'intégrer dans leur échange de noms.

Nous parlons rapidement de la dernière séance, à laquelle seuls Vincent et Justine étaient présents, mais les autres ne se montrent pas très intéressés. Thomas se désole que nous ne puissions pas jouer au Loup-garou (nous ne sommes que 7). Je leur rappelle qu'ils avaient projeté de créer de nouveaux personnages pour ce jeu, mais ce projet ne les tente plus aujourd'hui. Après un temps d'hésitation ils décident de jouer à Bang ! ®, que Thomas ne connaît pas encore.

#### Temps de jeu.

La mise en place est fluide. Justine s'installe entre VD et moi, comme souvent, respectant son exclusion du groupe des garçons. Thomas veut être à côté d'Oscar, comme à son habitude.

À la distribution des cartes, Oscar est Shérif et en est très fier. Gordon trouve aussitôt le moyen de nous rappeler une fameuse séance d'octobre lors de laquelle il a été Shérif. Oscar et Thomas font immédiatement alliance, Oscar ne doutant pas un instant que Thomas est dans le même camp que lui.

Lors du premier tour, alors qu'il faut expliquer l'effet d'une carte à Justine, VD prend comme exemple « si je prends une carte à Gordon... » et Gordon s'exclame « Me prendre une carte ? Mais c'est violent, V ! ». Peu après, quelqu'un lui prend effectivement une carte et il proteste avec indignation. Lorsque c'est son tour, il joue coup sur coup plusieurs cartes qui lui permettent de piocher des cartes supplémentaires, comme pour compenser sa perte. Puis il passe à l'attaque, faisant perdre plusieurs points de vie à tout le monde « On m'a pris une carte, alors je me venge »,

explique-t-il. *La perte est extrêmement difficile à vivre pour Gordon, et il n'évolue pas sur ce point depuis que nous le connaissons. Sa notion de faire-semblant est très fragile.*

Vincent et Gordon se font très vite éliminer. Les deux étaient Hors-la-loi. Gordon se plaint à chaque attaque qu'il est « blessé », « mourant », « presque mort », mais prend étonnamment bien le coup de grâce. On ne l'entend plus après son élimination, mais il suit la partie avec intérêt. Vincent, par contre, se plaint de n'avoir presque pas pu jouer. On lui propose de devenir le conseiller de Justine : il le fait avec plaisir, mais en cherchant carrément à jouer à sa place, ce contre quoi elle proteste. Plus tard il se met en retrait, allant jusqu'à baisser son bonnet jusqu'à son menton pour cacher son visage. Il parle alors à VD - assise à côté de lui - de difficultés sentimentales qui le plongent dans la perplexité. Les autres joueurs faisant beaucoup de bruit, personne n'entend leur conversation. VD lui offre une écoute aussi attentive que possible dans le contexte du jeu.

Rapidement je suis identifiée comme 3<sup>e</sup> Hors-la-loi, et éliminée sans pitié par Oscar et Thomas (aidés de VD et Justine), qui prennent un plaisir évident à me bombarder de cartes « bang » et à voir mes points de vie baisser.

Ensuite, le Shérif et ses deux adjoints doivent identifier le Renégat. Oscar et Thomas, après avoir hésité entre VD et Justine, décident qu'il s'agit de cette dernière, sans élément bien concret. Légèrement agacée par la façon dont ils mettent à l'écart Justine, je suggère à Oscar que le Renégat pourrait être Thomas, mais il n'y croit pas, il insiste que c'est « une des filles ». Ils chuchotent et rient entre eux en la regardant, parlent avec jubilation de leurs « gros fusils surpuissants ». À ce moment-là du jeu, je me sens légèrement mal à l'aise et reste extrêmement vigilante à leurs propos, car il me semble qu'il règne une excitation d'ordre sexuel. La façon dont ils s'acharnent dans le jeu sur Justine en soulignant la différence des sexes entre eux, ainsi que des termes à double sens, me font penser que leurs propos pourraient déraper à tout moment. Je redoute notamment des propos à caractère franchement misogyne, voire même une allusion à un viol collectif. Je me tiens donc prête



à les reprendre très fermement, voire à les exclure de la séance s'ils dépassent le cadre, mais ces hypothétiques propos ne surviennent finalement pas.

L'ambiance est légèrement tendue. Nous avons l'impression qu'ils ne font rien pour que la partie s'achève, et leur faisons remarquer plusieurs fois qu'il ne reste plus beaucoup de temps. Thomas s'excite de plus en plus, se désorganise, devient pénible pour le groupe. Oscar l'élimine subitement, ce qui est totalement en contradiction avec sa stratégie jusqu'à présent. Il explique « j'avais envie de tuer quelqu'un, et Thomas était presque mort donc c'était l'occasion ». Thomas, ne supportant pas d'observer un jeu dans lequel il n'est plus actif, se détourne de la table pour dessiner des armes au tableau.

Justine est rapidement éliminée par les efforts combinés d'Oscar et VD, ce qui conclut la partie par une victoire du Shérif et de ses adjoints.

Pendant qu'Oscar et Gordon rangent le jeu, Vincent et Thomas dessinent au tableau.

#### Temps de discussion et au revoir.

Ils parlent du jeu, qu'ils ont tous apprécié, sauf Vincent qui estime ne pas avoir pu en profiter.

Leurs mots de fin de séance ont tous une connotation agressive : « hors-la-loi », « attentat », « vengeance », « trahison ». Chacun quitte cependant la séance de très bonne humeur, sans trace de la tension perceptible en fin de partie.

#### Commentaire

Lors de ce groupe on peut voir plusieurs signes d'illusion groupale : ambiance jubilatoire, indifférenciation, fantasmes de toute-puissance et d'autosuffisance, mais aussi des signes de redifférenciation et notamment de confrontation à la différence des sexes évoquant une amorce de sortie de cette phase.

Le mouvement d'indifférenciation des uns et des autres est bien visible dans l'échange des prénoms entre les 4 garçons. La toute-puissance et le fantasme d'autosuffisance sont apparents lorsqu'ils insistent pour que nous respections l'inversion de leurs prénoms et prétendent même échanger les nôtres, lorsqu'ils cherchent à faire durer la partie, comme s'ils définissaient les règles du groupe eux-mêmes.

Cependant ils font maintenant une différenciation entre eux et les adultes, comme s'ils redécouvraient notre différence. Justine est depuis plusieurs semaines exclue de leur sous-groupe, mais elle y joue un rôle important, puisque c'est elle qui l'organise en marquant sa limite. Lors de cette séance ils ne se contentent pas de l'ignorer : elle reçoit beaucoup d'agressivité pendant le jeu.

Justine confronte les adolescents à la différence des sexes, d'où cette tension d'ordre sexuel mêlée d'agressivité que j'ai perçue dans le jeu, intense au point de me conduire à imaginer qu'affleuraient chez eux des fantasmes de viol à son égard. Il est à noter que je n'ai initialement pas pensé à parler de ces fantasmes en synthèse, ne les incluant dans le récit de la séance que plusieurs semaines plus tard. Cette omission, proche d'un oubli, est certainement à comprendre comme un acte manqué, signe de l'intensité de ces fantasmes et du refoulement dont ils ont fait l'objet.

Peut-être que la mise à l'écart de Justine par les adolescents et leur motivation à l'éliminer dans le jeu peut être comprise comme un déni énergique de cette différence des sexes qui crée une tension, contredit leur fantasme d'indifférenciation, et les dérange. Ce serait une tentative de prolonger le plus longtemps possible la phase d'illusion groupale. Pendant cette phase le groupe fait office de soutien narcissique pour chacun de ses membres, ils se sentent exister dedans. Ils y font des expériences de solidité, de continuité, d'assise narcissique et des expériences identitaires qu'ils auto-définissent. Ils sont portés par l'expérience de ces moments vécus pendant lesquels ils se sentent soutenus, tout-puissants. Ils n'ont donc aucune envie que cette phase s'achève (48).

Il semble que j'ai également été prise dans ce déni de la possible fin de l'illusion groupale, car initialement j'ai considéré cette séance comme une parfaite illustration de cette phase, ne voyant pas

ou oubliant aussitôt les signes de sortie. Ce n'est qu'après la fin de l'observation, une fois les éléments d'agressivité envers Justine réintégrés grâce à la relecture de mes toutes premières notes, que j'ai pu accéder à une autre lecture de ce qui s'est joué lors de cette séance.

### *III.3.3.e. Bilan*

Dans cette partie, nous avons donc vu des évolutions sur différents points.

La dynamique de groupe a continué à évoluer. Bien que le cadre ne soit pas celui d'une thérapie de groupe, on peut voir qu'une entité groupale est bien constituée. Le groupe peut d'une part constituer un soutien narcissique pour les adolescents, suppléant aux défaillances narcissiques individuelles, d'autre part jouer une fonction alpha pour eux, les aidant à métaboliser et traiter leurs moments dépressifs et éléments bruts et impensables individuels, leur permettant de plus grandes capacités d'élaboration.

Dans le rapport au médiateur, bien qu'individuellement les adolescents continuent de travailler les notions de faire semblant avec plus ou moins de difficultés, le groupe a pu s'approprier davantage les jeux pour les utiliser comme support à une créativité commune. En cela, un espace transitionnel partagé semble s'être déployé avec succès.

La parole est davantage investie dans le groupe. Lors de la phase de discussion de fin de séance, de plus en plus les adolescents ne se contentent plus de donner des mots fournis par le jeu, mais des mots qui émergent d'une association d'idées et d'affects survenus pendant la séance. Ceci semble indiquer la reprise de processus de pensée et de symbolisation chez eux.

Toutes les séances de cette deuxième phase montrent les différentes réactions et défenses du groupe face à la dépression. La plupart des séances commencent dans une certaine tristesse : chaque adolescent arrive avec ses propres éléments dépressifs, qui sont partagés et vécus de façon groupale – nous les ressentons également – puis transformés. Le jeu leur fournit un appui pour accéder à plus de plaisir à être ensemble.

Un mécanisme possible est la défense maniaque. Thomas utilise massivement ce mécanisme, il s'agit de sa seule défense : « c'est mort », dit-il lorsque l'ambiance est calme. À l'échelle du groupe, le recours à l'illusion groupale est une défense maniaque collective, qui vient rassurer et soutenir les membres.

La créativité est une autre issue possible, plus solide et intéressante sur le plan thérapeutique, car permettant l'expression d'une authenticité, soutenant donc le vrai self et le travail de subjectivation de chacun. Il s'agit également d'un travail de sublimation, puisqu'il s'agit de créer des représentations psychiques.

Enfin, plus rarement, il arrive que le groupe parvienne à éprouver la tristesse sans s'en défendre, à verbaliser à son propos avant de parvenir à la dépasser. Ce n'est possible que dans certaines conditions : si les adolescents les plus en capacité de verbaliser sont présents, si aucun ne choisit inconsciemment de recourir plutôt à la défense maniaque, s'ils se sentent soutenus, nous sentent à l'écoute, et sont à l'écoute les uns des autres. Dans ces séances là, le groupe et les soignants fonctionnent pour chacun comme un espace psychique élargi, et jouent le rôle de fonction alpha.

#### III.3.4. Troisième période (séances 24 à 28) : le début de la fin.

Nous classons dans la catégorie « le début de la fin » les séances à partir de l'annonce de mon départ de l'unité, prévu à la fin du mois d'avril 2018.

Initialement, j'imaginai avoir dans le groupe une position d'observatrice assez neutre (bien que l'observation ne puisse jamais être sans effet sur l'observé) : je cherchais à me tenir légèrement en

retrait dans l'activité par rapport à mes collègues, restant discrète dans les jeux pour mieux pouvoir observer les joueurs. J'ai cependant constaté que l'annonce de mon départ n'a pas été sans conséquence. Elle marque le début d'un processus de séparation, pour les adolescents comme pour moi, et fait émerger divers phénomènes cliniques que nous interprétons dans ce contexte de séparation à venir.

D'abord, à la séance 24, nous observons une déliaison et une mise à mal du cadre. Lors de l'avant-dernière séance (la 27e), très tendue, ce sont des phénomènes évoquant la position schizo-paranoïde qui sont au premier plan. À la dernière séance, plus sereine, on voit émerger des éléments relevant de la position dépressive. Ces deux concepts seront développés dans leurs séances respectives.

Lors de la séance 24, le cadre est mis à mal car VD est absente de façon imprévue. Ce relâchement du cadre se traduit par un rebond d'excitation, de déliaison et d'agressivité au sein du groupe.

#### *III.3.4.a. Séance 24 (21.03.2018), ou « trop d'absences ».*

Présents : Oscar, Thomas, Vincent, Justine, OB, FV.

Absents : Gordon (excusé), VD (imprévue).

Nous nous trouvons ce jour dans une situation particulière, puisque ES et VD, les deux soignantes fixes de cette activité, sont absentes en même temps : ES en arrêt de travail, VD absente de façon imprévue. Le groupe est donc assuré par OB (infirmière remplaçante) et moi, dans un souci de continuité des soins. Nous sommes cependant assez préoccupées ce jour-là, nous questionnant sur l'organisation du CATTP pour les prochains jours. Nous partons confiantes, convaincues que nous

n'aurons aucun problème à assurer le bon déroulement de ce groupe-là, mais en réalité nous ne sommes pas vraiment prêtes à jouer.

#### Temps en salle d'attente.

Justine et Vincent arrivent les premiers, en avance. Ils s'assoient loin l'un de l'autre et ne se parlent pas. Je les salue, mais ne repasse pas ensuite régulièrement devant la salle d'attente comme à mon habitude, car OB et moi sommes occupées dans notre bureau à prévoir l'organisation des semaines à venir.

Nous apprendrons a posteriori que lorsque Thomas et Oscar arrivent, ils cherchent en vain la balle de baby-foot pour y jouer. Cette balle a été retirée suite à un problème avec les adolescents d'un autre groupe, ce qu'ils ignorent. Ils décident d'organiser une fouille dans tous les recoins de la pièce : derrière le radiateur, sous les objets décoratifs... Puis, à 14h03, Thomas et Vincent viennent frapper à la porte de notre bureau pour nous demander où est la balle. Peut-être viennent-ils aussi nous signifier que nous avons 3 minutes de retard pour venir les chercher. Nous les emmenons sans tarder en salle d'activité.

#### Temps de discussion et collation.

Vincent demande tout de suite si VD est absente, ce que nous lui confirmons. Il se plaint ensuite que Thomas est « trop excité aujourd'hui ».

Thomas lance la discussion au sujet de la balle de baby-foot disparue : ils nous racontent leurs recherches et demandent où elle a disparu, et pourquoi. Nous répondons qu'elle a été prise suite à un souci avec d'autres adolescents, mais que nous ferons en sorte qu'elle soit là la semaine suivante.

Thomas raconte avoir été chercher une autre balle dans la salle d'attente des consultations CMP, avoir fouillé parmi les jouets et en avoir ensuite jeté depuis le couloir pour qu'ils atterrisent dans la caisse, improvisant une partie de basket. Des enfants étaient présents dans la salle d'attente. Les

réactions des autres vont de l'amusement à la réprobation. Nous reprenons Thomas sur ce comportement, lui rappelant le cadre. Nous sommes assez confuses à l'idée qu'il ait pu se conduire ainsi à notre insu.

Tous disent aller bien. Thomas reprend immédiatement la parole pour raconter « un fou rire de 15 minutes ». Il nous raconte que sa mère a eu un accident d'over-board la veille au soir à domicile : une chute avec traumatisme crânien, plaie du scalp et perte de connaissance. Elle serait venue le réveiller en hurlant, couverte de sang, et il aurait trouvé cet épisode hilarant. Il y a une franche discordance entre la crudité de sa description cauchemardesque du visage de sa mère ensanglanté, et son rire. *Cette discordance signe l'effet traumatique encore actif de cette vision : il est incapable d'y lier un affect et de poser des mots sur celui-ci. Il nous transmet toujours des images extrêmes de sa mère : tantôt toute-puissante et persécutrice, tantôt ridicule, et maintenant gravement blessée tout en étant persécutrice.* Les réactions des autres vont du malaise au rire. Lorsque nous disons que ce qu'il raconte est tout de même inquiétant, que peut-être il a eu peur, il concède que oui. *Remarque : la chute a dû être moins grave que ce que Thomas en a raconté, car cette dame a été rencontrée en entretien bilan le lendemain, et semblait se porter tout à fait bien.*

Oscar raconte une anecdote beaucoup plus sereine : plantation d'un potager et éclosion d'oeufs de canaris. Vincent cherche longtemps une anecdote, puis raconte avoir volé une glace au self de son lycée. Une employée l'aurait vu faire mais ne lui aurait fait aucun reproche, ce qui semble lui avoir fait particulièrement plaisir.

Justine, peut-être encore marquée par le récit sanglant de Thomas, nous raconte être allée faire une prise de sang, seul événement inhabituel de sa semaine. La discussion continue sur le thème du sang. Vincent adorerait les prises de sang, voir du sang de manière générale, et nous parle avec délectation de toutes les perfusions qu'il a eues lors d'une hospitalisation.

Il est temps de choisir le jeu. Vincent propose Dog ®, sans grande conviction, Oscar et Justine approuvent, Thomas propose Resistance ® mais se range sans protester à l'avis de la majorité.

### Temps de jeu.

Oscar et Thomas ne connaissent pas le jeu. Vincent et moi en expliquons les règles. Vincent semble un peu agacé par le fait que j'intervienne, mais ses explications sont toujours assez lentes et un peu confuses et aujourd'hui, sentant l'impatience des autres, je préfère que l'on ne s'attarde pas avant de jouer.

Vincent est très frustré en début de partie parce qu'il ne peut pas jouer. Oscar est aussi bloqué deux manches de suite, mais ne se plaint pas.

Thomas met systématiquement beaucoup de temps à jouer à son tour, il en profite pour parler. Vincent est très agacé par ce comportement : il lui demande plusieurs fois de se dépêcher, lui reproche de leur faire perdre du temps. La tension entre eux est croissante.

Justine prend beaucoup de plaisir à éliminer les pions des autres, éclatant de rire à chaque fois. Elle triche souvent lorsqu'elle avance ses pions sur les cases, souriant et pensant sans doute que nous n'avons rien remarqué.

Il règne une ambiance plutôt joyeuse, mais mise en danger régulièrement par les reproches de Vincent envers Thomas qui, bien qu'étant assez justifiés sur le fond, sont assez agressifs sur la forme, toujours à la limite du cadre.

Vers la fin du jeu, alors que je suis un peu absente psychiquement, je suis ramenée à l'instant présent en entendant la fin d'un échange particulièrement cinglant entre Vincent et Thomas, difficilement compréhensible, et qu'ils ne nous expliquent pas. OB n'ayant pas non plus compris l'échange, nous ne savons pas comment réagir ni l'une ni l'autre.

La partie se poursuit dans un silence pénible, jusqu'à ce qu'Oscar gagne.



### Temps de discussion et au revoir.

L'ambiance est très lourde, triste et tendue à la fois, personne ne parle spontanément et nous devons leur demander individuellement leurs mots de fin de séance.

Oscar dit « conflit », et ajoute « ça m'a gâché la séance ». *Quelques jours plus tard, en entretien individuel au CMP, Oscar pourra dire en pleurant que pendant cette séance il a eu l'impression d'être face à du « harcèlement », s'est identifié à Thomas et a eu le sentiment de revivre l'épisode traumatique suite auquel il a quitté définitivement le collègue. C'est la première fois qu'il pouvait reparler de son vécu de cet épisode. Il s'est également plaint qu'on ne les ait pas protégés du conflit en y mettant fin. Cette plainte, sans aucun doute légitime, nous évoque aussi le conflit entre ses parents, dont il est témoin impuissant et dans lequel il est malgré lui instrumentalisé. Il peut donc exprimer, en aval de cette séance, son désarroi face à un conflit, et son attente qu'un tiers en position d'autorité l'en protège.*

Vincent et Justine disent respectivement « bloqueur » et « meurtre », en référence avec leur façon agressive de jouer, dont ils sont très contents. Thomas hésite et finit par dire « Oscar », sans pouvoir nous l'expliquer. « Parce que c'est lui qui a gagné », finit-il par dire. Peut-être aussi parce qu'Oscar vient de prendre sa défense.

Tous leurs mots de fin de séance sont donc issus d'associations d'idées.

Il reste 10 minutes, personne ne parle, l'ambiance est pénible. OB propose qu'ils se resservent à boire, ce qui détend efficacement l'atmosphère.

Je les informe que je serai absente à la séance suivante et, dans ma lancée, les informe également que fin avril je quitterai le service, qu'un autre interne me remplacera très probablement en mai. J'entends un « c'est dommage, t'es sympa ». Quelqu'un demande si « le nouveau » prendra ma suite immédiatement, ou s'il y aura des séances sans interne. Un autre demande si je vais m'occuper

d'un autre groupe d'adolescents, et déclare qu'il faudrait créer les nouveaux personnages de Loup-garou avant mon départ.

Au moment de les raccompagner, Thomas me dit au revoir deux fois.

### Reprise

Cette séance a été éprouvante pour nous. Nous partions confiantes, et sommes déçues et confuses de notre difficulté à maintenir le cadre en l'absence de VD. En reparlant de l'échange que je n'ai pas compris, nous réalisons que nous étions toutes les deux en même temps perdues dans nos pensées, un peu absentes psychiquement à ce moment-là, raison pour laquelle aucune de nous deux n'a été en capacité de réagir d'une façon appropriée. Nous nous sentons donc un peu visées par le « ça m'a gâché le groupe » d'Oscar.

### Commentaire

On voit que l'absence de VD diminue la capacité de contenance du cadre. Il y a en fait 4 absences en même temps: celle d'ES depuis un mois, celle de VD et de la balle de babyfoot aujourd'hui, et la mienne à venir. On pourrait même dire que, psychiquement, OB et moi ne sommes qu'à moitié présentes, préoccupées par autre chose que le groupe : nous ne passons pas voir ce qui se passe en salle d'attente, sommes en retard, nous échappons dans nos pensées pendant le jeu.

Puisque les adolescents sont moins bien contenus, l'agressivité s'exprime plus librement : envers l'institution et le cadre lorsqu'ils vont piller les jouets de l'autre salle d'attente, entre eux, dans le récit de Thomas, et au sein du groupe.

L'absence de la balle de babyfoot est loin d'être négligeable, c'est ce qui leur permet de passer un bon moment ensemble, pour se retrouver avant le groupe dans un jeu ritualisé. Ils ont commencé par la chercher de façon organisée, réinventant ainsi une activité ludique commune, puis par

frustration sont passés à l'acte d'une façon un peu antisociale qu'on peut comprendre comme un appel avant de venir carrément nous chercher.

Winnicott considère la tendance antisociale d'une façon positive, optimiste : selon lui elle constitue un appel, un espoir, une demande de ce dont son auteur estime être déprivé (116). En comparaison avec les séances habituelles, les adolescents ont certainement dû se sentir privés de notre attention, et nous ont rappelées à eux plusieurs fois lors de cette séance : la balle n'est pas là, nous ne passons pas aussi fréquemment voir qui est présent en salle d'attente, ils nous appellent donc en attaquant le cadre institutionnel puis en venant nous chercher. Nous nous absentons psychiquement pendant la partie, ils viennent nous ramener très efficacement par une dispute.

L'annonce de mon départ suscite chez eux une question intéressante : est ce que je les quitte pour m'occuper d'autres adolescents ? Il semble qu'ils montrent une certaine projection de leurs figures parentales sur nous, se mettant en position de rivalité avec les hypothétiques nouveaux patients pour lesquels je les délaisserais. Dans une famille, quand un enfant se voit subitement privé de l'attention de ses parents, l'explication la plus simple est souvent qu'un nouvel enfant accapare cette attention. Aussitôt, on propose de créer les nouveaux personnages pour le Loup-garou avant mon départ, comme pour s'assurer que je garderai un bon souvenir de ce groupe.

Je suis absente à la séance suivante, la 25<sup>e</sup>, qui est la première de Jean-Charles. Il s'est bien intégré dans le groupe, se montrant cordial et adapté avec tous.

Lors de la 26<sup>e</sup> séance le groupe joue au Loup-garou, mais progressivement nous percevons une lassitude, une tristesse lourde que même leur jeu préféré ne parvient pas à dissiper. On observe à nouveau une crispation au sujet des règles du jeu, et les adolescents ne mentionnent pas du tout le projet de créer de nouveaux personnages.

Pour la première fois, un adolescent fait la réflexion que les parties sont déséquilibrées, et donc trop prévisibles. Il propose de rajouter un loup pour rééquilibrer les parties, proposition qui ne rencontre aucune adhésion. Un autre fait remarquer que les faces visibles des cartes, censées être toutes identiques, ont désormais de petites marques d'usure qui permettent de les distinguer : il n'y a donc plus d'identités secrètes, sans lesquelles le jeu ne fonctionne littéralement plus. Ces deux défauts étaient présents depuis bien longtemps, mais leur intense investissement les avait empêchés de le remarquer jusqu'alors. Il y a dans cette remarque sur les cartes l'idée que le jeu a été abîmé, usé par le groupe. Je suis envahie pendant cette séance d'une certaine tristesse, et par la crainte d'une dépression du groupe qui conduise à son arrêt.

Peut-être ont-ils fini d'exploiter les représentations que le jeu leur offre, ou sont-ils préoccupés par d'autres thématiques. Au cours d'un « discours électoral », l'un d'eux propose de faire construire dans le village une maison de retraite dans laquelle VD pourrait être résidente, OB infirmière, et moi « médecin chef ». Au-delà de lui permettre de taquiner VD (qui le prend avec humour), cette proposition suggère à la fois que nous pourrions toutes quitter le CATTP pour d'autres services, et qu'il souhaiterait que nous restions toutes les trois avec eux, dans leur groupe-village.

La thématique de la séparation vient au premier plan pendant la 27<sup>e</sup> séance.

*III.3.4.b. Séance 27 (11.04.2018), ou comment se préparer à se séparer : position schizo-paranoïde*

Présents : tous.

Il s'agit de mon avant-dernière séance. Il est prévu qu'ES puisse reprendre le travail et réintégrer le groupe la semaine prochaine.

### Temps interstitiel en salle d'attente.

Vincent arrive le premier, très en avance, et s'assied pour lire une bande dessinée. Il est très souriant, dit que ça ne lui pose aucun problème d'attendre seul. Jean-Charles arrive ensuite et s'assied aussi, ils ne parlent pas. Lorsque nous repassons quelques minutes plus tard, Justine est assise seule et quatre adolescents (il ne manque que Thomas) jouent au baby-foot avec une balle de fortune en papier d'aluminium fabriquée par OB. Thomas nous rejoint alors que nous venons juste de partir vers la salle d'activité.

### Temps de discussion et collation.

Thomas, avant même que nous soyons installés, parle immédiatement de jouer au Loup-garou. Je leur annonce qu'il s'agit de mon avant-dernier groupe avec eux. VD leur explique le programme pour les semaines à venir, notamment le retour d'ES la semaine prochaine, sa propre absence dans 15 jours et la suspension du groupe à l'occasion des vacances scolaires, dans 3 semaines. Thomas se plaint que sans moi ils ne pourront pas jouer au Loup-garou, ce qui est en fait inexact puisque sans moi ils resteront 8. On évoque l'interne qui devrait me remplacer en mai, et ils me posent des questions à son propos auxquelles je ne peux pas répondre.

Lorsque Thomas propose à nouveau que nous jouions au Loup-garou aujourd'hui, Vincent lui explique - sur un ton cordial - qu'on ne peut pas toujours jouer à la même chose : « ce serait comme si on allait en cours et qu'on avait toujours le même cours sur un truc qu'on sait déjà ». Thomas assure qu'il ne s'en lassera jamais.

Lorsque nous demandons comment ils vont, tous répondent « ça va ». Vincent, manifestement de bonne humeur, commence à parler du beau temps lorsque Thomas l'interrompt pour parler de sa mère, qui ferait de l'over-board pendant qu'il est en activité – le même over-board avec lequel elle

aurait chuté quelques semaines auparavant. Il nous la décrit d'une façon ridicule, cherchant manifestement à faire rire le groupe et à marquer sa distanciation vis à vis de cette figure parentale risible. *Il nous dépose là une image maternelle assez diminuée.*

Quelqu'un parle d'une araignée qu'il a vue, et tous rebondissent sur ce sujet, la plupart pour dire qu'ils en ont peur. Oscar raconte que dans son enfance il aimait capturer des araignées pour les noyer. Thomas associe sur les poules. Il aurait eu une poule, qui aurait « décapité » un de ses poussins : « tout autour de son cou, y avait du sang qui giclait ». Vincent évoque sur un ton neutre un poussin qu'il aurait eu enfant, qui serait mort de froid car son assistante familiale voulait qu'il reste dans la cave. Ensuite, il nous évoque un chaton sur lequel il aurait « fait des expériences » - expériences désagréables pour le chaton d'après ce que nous en comprenons - « mais c'est pas grave parce qu'on pouvait pas le garder de toute façon, il fallait lui trouver un accueil ». *A travers ces animaux, il parle de son enfance (en famille d'accueil, comme le chaton), de sa crainte d'être abandonné, de ses cauchemars, de ses angoisses agoniques, présentées de façon très pure et peu refoulée.*

*Ce qui apparaît dans le temps de parole, de façon brutale et peu refoulée, ce sont des images parentales internes très abîmées. Les images parentales internes sont normalement rassurantes pour l'enfant. Ici, nous avons des images maternelles blessées, ou violentes. Leur monde interne est envahi de cauchemars mal refoulés, qui les persécutent. L'ensemble est cohérent et évoque la thématique schizo-paranoïde. La position schizo-paranoïde, théorisée par M. Klein (50), est centrée sur le vécu par le bébé d'un clivage entre une mère totalement bonne, et une mauvaise mère haïe, blessée par ses attaques et sa haine, et dont il craint la vengeance. C'est cette dernière image qui ressort de ce temps de parole : une figure abîmée, haïe et persécutante.*

Thomas parle à un moment sur un ton assez familier et légèrement provocateur à VD, celle-ci le reprend fermement et lui rappelle les places de chacun. Il semble vexé, expérimentant peut-être dans le transfert une expérience de rétorsion d'une figure maternelle qu'il aurait blessée.

Au moment de choisir le jeu, Thomas lève les deux mains pour réclamer le Loup-garou. Certains proposent Resistance ®, d'autres Saboteur ®. Thomas se laisse convaincre par Resistance ® lorsqu'on lui explique qu'il s'agit aussi d'un jeu à rôles.

### Temps de jeu.

Thomas se précipite pour être assis à côté d'Oscar, comme toujours.

Nous faisons 3 parties de Resistance ®.

Dès la première partie, VD voit Thomas tricher et le reprend. Il ne supporte pas cette petite remontrance : il s'énerve, le ton monte, il a les larmes aux yeux. Là encore, il le vit comme une expérience de rétorsion.

Oscar joue très bien, avec une stratégie redoutablement efficace, mais il se montre cinglant lorsque quelqu'un ne suit pas ses suggestions. Il m'accuse d'être « espionne » lors de plusieurs parties, sur un ton très sec et désagréable que je ne l'avais pas entendu utiliser depuis des mois, surtout envers un adulte. Je suis sur le point de quitter le groupe, ce qui vient contredire l'idée qu'il s'était peut-être fait que j'allais rester, et qu'il vit peut-être comme une trahison. Je suis plusieurs fois tentée de le reprendre fermement, mais ne le fais pas : d'une part parce que mon attention est déjà accaparée par Thomas - que je cherche en vain à contenir et apaiser – et, d'autre part, parce que précisément je ne veux pas ajouter un deuxième conflit adolescent-adulte. Je m'applique donc à résister à mon agacement croissant.

Thomas est très excité, tendu et désorganisé, il reste focalisé sur « l'accusation de tricherie » de VD, sur laquelle il revient sans cesse. Il semble au bord des larmes plusieurs fois. Il ne peut pas passer au dessus de ce qu'il vit, c'est à dire avoir accès à la position dépressive. Je lui propose de sortir quelques minutes accompagné dans le couloir (c'est ce que nous proposons aux adolescents lorsqu'il leur est difficile de se contenir en groupe, afin de leur laisser le temps de s'apaiser), mais il refuse. À ce moment-là, il suscite chez moi plus d'inquiétude que d'agacement.

Oscar et Thomas cherchent à diriger le jeu, ne laissant pas beaucoup de possibilités aux autres. À la deuxième partie, 4 joueurs ne sont pas choisis dans les équipes et s'en plaignent « c'est chiant, pourquoi on peut pas jouer ? ». *Ils ne sont pas seulement exclus du jeu de société, mais aussi du jeu relationnel intense qui est en train de se passer entre nous et deux des adolescents, et que ces derniers dirigent.*

Pendant le temps de jeu, mon attention est tellement accaparée par Thomas et Oscar que je ne suis pas en capacité plus tard de me souvenir du déroulement des parties, ni de dire quoi que ce soit à propos de Justine, Vincent, Gordon et Jean-Charles.

Il y a une déliaison non seulement entre les adolescents et nous, mais également entre soignants : VD et moi n'arrivons pas à nous entendre pour avoir une attitude commune et cohérente envers les adolescents. Chacune reprend ce que l'autre aurait laissé passer et nous avons des discours divergents. Habituellement, nous prenons soin d'avoir des discours cohérents face aux adolescents, mais c'est impossible ce jour : la colère projetée en nous par les adolescents entraîne une tension et des crispations sur nos positions respectives, entravant nos capacités de souplesse et d'adaptation.

Après 3 parties de Resistance ®, nous passons au Saboteur ®, pour une seule partie. Cette partie est gênée par l'agitation de Thomas, qu'il faut reprendre sans cesse mais qui ne supporte pas la



moindre remarque. Il perturbe le cours du jeu et maintient une forte tension dans le groupe. À un moment, alors qu'il est en train de hurler, je le préviens, très proche de laisser s'exprimer ma colère, qu'au prochain incident il sera exclu de la séance. Il se calme un peu.

En toute fin de partie, alors qu'il est clair que l'équipe des Nains ne pourra pas gagner, Oscar et Thomas parlent de « construire un rond-point » en formant un carré avec les chemins dessinés sur les cartes. C'est une référence à leur invention commune de la séance 19, le culte de « Saint Nain » (la chapelle de Saint Nain serait construite sur un rond-point). Je pose sans m'en rendre compte une carte qui finalise le carré, et aussitôt veux la reprendre car je suis dans un tel état d'énervement envers Oscar et Thomas que je ne veux surtout pas leur rendre service dans le jeu. Oscar proteste aussitôt avec autorité qu'une carte posée ne bouge pas, c'est la règle. Au tour suivant, j'utilise alors une carte « éboulement » pour détruire le carré, et cette petite vengeance m'apaise - même si je m'étonne de me comporter d'une façon aussi puérile. Oscar et Thomas affectent avec humour d'être effondrés, puis me reprochent plus sérieusement de ne pas avoir utilisé cette carte « éboulement » à un autre endroit où elle aurait été selon eux plus utile au déroulement de la partie : « c'est du gâchis, t'as mal joué », dit Oscar sur un ton sévère. Ma tension interne remonte d'un cran. La partie s'achève peu après, lorsque chacun a épuisé ses cartes, sur une victoire de l'équipe des Saboteurs.

#### Temps de discussion et au revoir.

Vincent, qui a un rendez-vous médical juste après le groupe, doit partir immédiatement et ne participe donc pas à la discussion.

Silence initial. Lorsqu'on leur demande comment ils ont trouvé la séance du jour, Thomas dit être énervé. Les autres renchérissent : « c'était tendu ». Thomas précise qu'il est énervé parce qu'on l'a « accusé d'être un tricheur ». VD tente de reprendre calmement avec lui des éléments du cadre mais il ne semble pas entendre, et reste fixé sur cette question de tricherie. *Il s'est senti rejeté, et ne peut pas l'accepter. Cette remarque est venue le toucher au niveau de son identité.*

Lorsque nous passons au tour de parole rituel, Thomas dit avoir apprécié Resistance ® « c'est comme le Loup-garou, c'est un jeu de rôles ». Son mot de fin de séance est « arme », mot directement tiré du jeu.

Oscar trouve que l'ambiance était « trop excitée » aujourd'hui. Il se tourne vers moi et me demande en souriant s'il peut dire « rond-point » comme mot de fin, ou s'il est obligé de se limiter à un mot non composé. Je ris et lui accorde cette permission. Je comprends sa question comme une petite tentative de réparation, pour me restituer l'autorité après m'avoir beaucoup malmenée pendant la phase de jeu. Peut-être est-ce aussi une façon de me dire qu'il ne m'en veut pas d'avoir détruit son « rond-point », qu'on peut en rire maintenant que c'est terminé. *Il a un peu plus de capacités que Thomas : après avoir exprimé sa colère, fait apparaître le visage de la mauvaise figure maternelle en colère qui va se venger, il sait faire réapparaître le visage de la figure maternelle bienveillante.*

Justine, Jean-Charles et Gordon disent avoir apprécié la séance et donnent des mots de fin directement tirés du jeu.

### Reprise

Cette séance a été éprouvante pour moi : une fois dans notre bureau, je dis très spontanément à mes collègues « ils sont infernaux, j'en peux plus ». VD est éprouvée également, elle revient aussitôt sur la question de la tricherie de Thomas en nous assurant qu'il a bel et bien triché, comme si elle pensait que nous étions susceptibles de ne pas la croire. Elle et moi nous sommes senties assez attaquées : elle par Thomas, et moi par Oscar.

OB, elle, ne s'est pas sentie attaquée ni agacée pendant cette séance. Elle a bien perçu une certaine colère, mais ne s'est sentie personnellement visée ni envahie à aucun moment. Elle me dit aussi avoir été impressionnée par ma propre colère, tout à fait inhabituelle.

### Commentaire

L'annonce des différents départs diminue la capacité de contenance du cadre et du groupe, permettant des mouvements de déliaison et l'expression d'agressivité. Le groupe est dès le début assez excité. Cette excitation est difficile à canaliser, désorganisante et met à mal le jeu.

Nous percevons beaucoup d'agressivité, dès le début de la séance. Dans l'échange à propos des araignées, des petits animaux morts ou maltraités, ils parlent d'eux et de ce qu'ils vivent dans leur rapport aux autres, aux adultes, d'une façon très brutale, peu refoulée, saturée d'angoisse et de représentations violentes. Ils transmettent des images maternelles abîmées et violentes, qui évoquent la position schizo-paranoïde (50).

Plus tard dans les parties, je me suis sentie personnellement visée par l'agressivité verbale d'Oscar – ni OB ni VD n'ont eu ce ressenti - au point de passer à l'acte en l'empêchant, dans un mouvement de vengeance, de dessiner avec les cartes le fameux « rond-point » qui lui rappelle les séances de créativité. Ce comportement est tout à fait inhabituel chez moi, puisque d'ordinaire j'encourage toute démarche créative de la part des adolescents. Mon hypothèse est que j'ai été, pendant cette séance, le récepteur d'une identification projective de la part d'Oscar, qui m'a transmis toute sa colère au point que je l'ai ressentie comme mienne et, dans l'incapacité de la réfréner davantage ou de l'élaborer sur le coup, je n'ai trouvé qu'un passage à l'acte dans le jeu comme exutoire. En fait, il m'a en quelque sorte poussée à incarner ce personnage attaqué qui finit par se venger qu'est la figure maternelle de la phase schizo-paranoïde. Malgré des efforts initiaux pour ne pas céder à ses petites provocations, j'ai finalement dû jouer le rôle qu'il m'attribuait depuis le début. En fin de séance, il me propose une petite réparation en me demandant l'autorisation de dire « rond point » comme mot de fin de séance. Cette tentative est efficace, puisque je ris et l'y autorise de bonne grâce, sentant la colère entre nous se dissoudre. Ce deuxième échange est à rapprocher de la position dépressive décrite par Mélanie Klein (117), que nous détaillerons dans le commentaire de la prochaine séance.

Il me semble également que j'ai dû trouver sa colère justifiée car, alors qu'il m'a plusieurs fois parlé sur un ton franchement désagréable, je ne l'ai pas repris, comme si j'étais d'accord avec le traitement qu'il me réservait. Cette passivité est certainement à mettre en lien avec la légère culpabilité que je ressens à leur faire subir une discontinuité supplémentaire.

Thomas, lui, a plutôt dirigé sa colère contre VD. Elle vient plusieurs fois incarner pour lui la figure maternelle persécutante de la phase schizo-paranoïde.

Durant cette séance VD et moi avons partagé beaucoup d'émotions avec deux adolescents – Oscar et Thomas – au point de ne plus pouvoir prêter attention aux autres. OB et les autres adolescents ont été beaucoup moins touchés par les tensions que nous. Oscar et Thomas sont venus solliciter un très fort échange émotionnel avant la séparation, comme si même un échange basé du côté de la haine, c'était tout de même un rapprochement. L'annonce de la séparation suscite une déliaison des pulsions de haine et d'amour : les sentiments sont moins nuancés et s'expriment de façon plus brute. Le rassemblement des images clivées et des sentiments de haine et amour donnerait un mouvement dépressif, douloureux mais plus adapté à la réalité, dont ils ne sont pas encore capables.

Au vu du déroulement de cette avant-dernière séance, j'appréhende assez la dernière.

*III.3.4.c. Séance 28 (18.04.2018), ou la position dépressive et la permanence de l'objet.*

Présents : tous les adolescents. Soignants : ES, OB, FV.

Absents : VD (imprévue).

ES revient ce jour, après 2 mois d'absence. VD est absente de façon imprévue, c'est pourquoi OB est encore avec nous.

#### Temps interstitiel en salle d'attente.

Deux adolescents jouent au baby-foot, trois sont assis et parlent, l'ambiance est joyeuse. Après avoir attendu Oscar quelques minutes, nous les emmenons en salle d'activité. Vincent demande immédiatement « Elle est pas là, V ? » (VD). Je confirme son absence et ajoute qu'elle en est désolée. Thomas, Jean-Charles et lui répondent alors « ah oui, elle nous avait prévenus ». Il s'agit d'une absence imprévue, ce que je leur dis, mais ils insistent très résolument et je décide alors de ne pas les contredire davantage. Peut-être préfèrent-ils penser qu'ils n'ont pas été « abandonnés » sans préavis, et peut-être ont-ils intégré la continuité du groupe et des soignants au point d'imaginer les liens qui ne sont pas là.

#### Temps de discussion et collation.

ES est ravie de revoir les adolescents, elle leur demande des nouvelles, et de lui raconter à quoi nous avons joué en son absence.

Oscar arrive en retard, les autres l'accueillent par de véritables cris de ravissement.

Je leur rappelle qu'il s'agit de mon dernier groupe avec eux. Thomas dit en être est un peu triste, avec un sourire en coin. Oscar, Gordon et Vincent renchérissent « oui ça va faire bizarre, ça fait longtemps que vous êtes avec nous on a l'habitude ». Dans une certaine rivalité, Vincent précise que ça lui fera « plus bizarre que pour Thomas » parce qu'étant plus ancien dans le groupe, il me connaît depuis plus longtemps. Justine et Jean-Charles ne disent rien. Quelqu'un suggère que je choisisse le jeu du jour, mais je décline – c'est une règle quand un adolescent quitte le groupe.

ES et OB rappellent le programme pour les deux semaines de vacances scolaires à venir : activité la première semaine, mais pas la suivante. Thomas annonce qu'il sera absent la semaine prochaine et ajoute « ça vous fera des vacances ! ». Lorsque nous le questionnons sur le sens de son propos il précise « ben vous serez content que je sois pas là ». Deux adolescents commentent « c'est sûr que ce sera plus calme sans toi ». Nous rassurons Thomas sur sa place dans le groupe, tel qu'il est, et il en semble touché.

Alors que Thomas s'agenouille pour servir à boire au groupe, il grimace de douleur. « Tu peux examiner ma blessure, s'il te plaît ? », me demande-t-il, précisant que sa mère lui a déjà désinfecté (*elle semble être une figure bienveillante aujourd'hui*), mais qu'il préférerait tout de même que je l'examine. Sachant combien il peut être angoissé par toute atteinte corporelle, je le laisse me montrer son genou, sur lequel siège en effet une petite dermabrasion. Il semble rassuré lorsque je lui dis que cette « blessure » guérira spontanément, et il explique au groupe être tombé à vélo. Justine le rassure aussi, disant qu'elle a eu aussi une petite blessure similaire qui a guéri spontanément, et précise qu'elle s'était fait renverser par une voiture.

La discussion ne se poursuit pas spontanément – nous sommes tous légèrement ébahis de la neutralité avec laquelle Justine mentionne s'être fait renverser par une voiture -, et il faut que nous leur demandions de nous raconter quelque chose de leur semaine, rituel de début de séance, pour qu'ils reprennent la parole.

Vincent parle d'un air optimiste des vacances et du beau temps. Thomas se plaint d'un projet de vacances en famille, et de ses devoirs. Sans transition, il nous parle d'une émission qu'il a vue sur le thème du cannibalisme, qui lui a fait une forte impression. Il décrit un maximum de détails, et semble ravi de susciter des réactions de dégoût. Justine rebondit sur ce sujet, racontant avoir vu un jour un corbeau manger un poussin. Ils ne poursuivent pas la conversation sur ce thème, et les

autres adolescents ne s'en saisissent pas. Nous relançons alors le rituel, qui se poursuit avec des sujets plutôt neutres : changement d'orientation scolaire, mise à jour d'un jeu vidéo, et beau temps.

*Deux fois pendant ce début de séance des thèmes un peu angoissants (accidents, blessures, cannibalisme) surgissent mais ne sont pas exploités par le groupe, contrairement à ce qui s'est passé lors de la séance précédente. Cependant, la conversation marque à chaque fois un temps d'arrêt, comme si le fil conducteur avait été rompu par ces éléments angoissants, et ils ont besoin de nous pour la reprendre. Il y a davantage de refoulement aujourd'hui, et lorsque la conversation reprend ils se cantonnent à des thèmes plutôt neutres.*

Lorsque la question du jeu se pose Thomas réclame le Loup-garou, puis spontanément se tourne vers Vincent pour lui demander ce qu'il en pense : celui-ci n'en a pas envie. ES est très étonnée, car lorsqu'elle a quitté le groupe mi février le Loup-garou était encore le jeu favori de tous. Thomas répète plusieurs fois qu'il ne s'en lassera jamais.

Les adolescents votent pour jouer à Resistance ® - même Thomas, qui ne demande plus le Loup-garou « puisque Vincent a pas envie » - et Saboteur ®. Nous décidons de jouer aux deux, comme la semaine précédente. Thomas a manifestement évolué lorsqu'il s'agit de prendre en compte les avis et souhaits des autres. Il est également plus respectueux du temps de parole des autres. Il semble que l'autre commence à exister pour lui.

L'ambiance est calme mais joyeuse.

### Temps de jeu.

Thomas se précipite pour être assis à côté d'Oscar, comme d'habitude.

Nous commençons par deux parties de Saboteur ®.

Les saboteurs échouent aux deux parties, ils sont rapidement repérés et neutralisés. Justine est très souriante, elle éclate de rire à plusieurs reprises lorsqu'elle joue son rôle de saboteur, ravie de gêner les nains par tous les moyens. Elle commente souvent les phrases des autres par « lol ». Thomas s'excite progressivement, lors de la deuxième partie il veut absolument faire connaître au groupe quelque chose qu'il devrait garder secret. Lorsque nous sommes saboteurs ensemble, il tient absolument à m'appeler « ma sœur ». Il ne parle pas de Saint Nain mais, sans pouvoir nous expliquer pourquoi, parle avec un accent de mafioso pendant toute la deuxième partie. Je comprends ces deux attitudes comme une forme de défense maniaque : peut-être cherche-t-il à lancer l'idée d'une nouvelle création commune qui viendrait divertir le groupe et faire oublier le changement à venir, ou suggérer un lien impossible à briser. Ça ne fonctionne pas, au contraire cela agace même les autres joueurs. Vincent en particulier devient progressivement de plus en plus irritable. L'ambiance s'alourdit.

À la fin de la deuxième partie, je suis la seule du groupe à avoir été à chaque fois dans l'équipe perdante, je n'ai donc gagné aucune carte « pépite d'or ». Je m'en accomode très bien, mais Justine le fait remarquer au groupe d'un air navré : « Françoise elle a pas de pépite, la pauvre ! ». OB me tend une des siennes, et je feins d'en être ravie. Gordon regarde alors OB d'un air effaré : « Mais faites attention O., si vous lui en donnez une, ça en fera une de moins pour vous ! ». *Le concept du don lui est manifestement toujours aussi incompréhensible, il semble n'y voir qu'une perte.*

Nous faisons 4 parties de Resistance ®. Les espions gagnent toutes les parties. Lors d'une partie ils sont particulièrement efficaces, mettant au point un système de signes secrets pour communiquer à l'insu des autres. Ils sont très fiers de cette trouvaille.



Thomas s'excite de plus en plus, devient très irritant pour le groupe, nous devons sans cesse lui demander de ne pas crier. Il est plus accessible à nos remarques que la semaine précédente, faisant par moments des efforts visibles pour se contenir. Il paraît très vexé de ne pas être choisi à une partie, se plaint de ne pas pouvoir jouer et se dit blessé qu'on ne lui fasse pas confiance : « on dit toujours que je suis suspect ». *La distance entre rôle et réalité est encore fragile.*

Vincent devient de plus en plus instable, il pose ses pions avec de grands gestes bruyants malgré de multiples remarques d'ES. Jean-Charles se plaint de ne pas être choisi. Oscar est assez calme, il joue de façon stratégique et adaptée. Justine est très souriante, elle se défend de façon adaptée alors que Thomas tente de lui dicter ses choix. Gordon est très discret.

Resistance ® est un jeu excitant et difficile car il repose sur des choix d'équipes : certains adolescents ne sont pas choisis pendant plusieurs tours et le prennent mal. Ce jeu peut faire vivre des sentiments d'exclusion, de rejet, qui les touchent. ES et OB doivent leur rappeler que les accusations portent sur leurs rôles, leurs identités dans le jeu, et non sur leurs personnes. *Bien qu'ils aient progressé sur ce point en 6 mois, ils peuvent encore perdre la notion de faire semblant.*

Le jeu s'arrête à quelques minutes de la fin, dans une ambiance un peu plus tendue qu'au début de la séance.

#### Temps de discussion et au-revoir.

Vincent et Thomas chuchotent, rient entre eux. Vincent est instable sur le plan psychomoteur, irritable, dans la provocation avec ES qui lui demande plusieurs fois d'arrêter de faire du bruit. Nous retrouvons un peu sa présentation clinique d'octobre, qu'il n'avait pas présentée depuis plusieurs mois.

Tous disent avoir apprécié la séance, mais précisent que c'était « un peu excité ». Parmi les mots de fin de séance nous avons « espion » deux fois, « résistant », « confiance » et « défaite ». Certains se plaignent d'avoir été considérés « saboteurs » ou « espions » à tort par les autres.

Je conclus en leur souhaitant une bonne continuation, dans le groupe comme dans leurs parcours individuels, et ajoute spontanément que je prendrai de leurs nouvelles auprès des mes collègues – ce que j'ai effectivement l'intention de faire. La plupart me disent au revoir comme d'habitude, seul Thomas me fait un très solennel « Adieu ! ».

### Reprise

J'appréhendais cette dernière séance, et suis soulagée qu'elle se soit déroulée d'une façon assez sereine.

ES est étonnée et impressionnée par les changements survenus dans le groupe ces deux derniers mois : le Loup-garou n'est plus le jeu préféré, et ils parlent beaucoup plus spontanément lors des temps de parole.

### Commentaire

Cette séance s'est bien passée : la majorité des adolescents ont dit qu'ils s'étaient amusés, l'excitation n'a pas été désorganisée.

Vincent a montré progressivement des signes de malaise, présenté la même symptomatologie que 6 mois plus tôt. On peut penser que pour cet adolescent présentant un attachement très insécure il n'est pas aisé de dire au revoir à quelqu'un qui lui porte une attention soutenue une fois par semaine - voire deux si l'on prend en compte son autre groupe hebdomadaire - depuis plus de 6 mois. Il n'a

pas pu verbaliser ce malaise autrement que par « ça fait bizarre », s'exprimant plutôt par son comportement.

Un mouvement de sollicitude envers moi se dégage lorsqu'on me propose de choisir le jeu du jour, et lorsque Justine s'attriste que je n'aie pas gagné de pépite d'or au Saboteur ®.

Lorsque Thomas nous dit en début de séance qu'il pense que nous serons contents de son absence, il semble accéder à une certaine culpabilité, une tristesse, à mettre en lien avec la séance précédente pendant laquelle il s'était montré très en colère et désorganisé, attaquant vis à vis des soignants et du groupe. Peut-être a-t-il l'idée que les départs des soignants sont en lien avec son comportement, qu'il a abîmé le groupe en quelque sorte.

Ces deux mouvements, culpabilité et sollicitude, évoquent la position dépressive décrite par Mélanie Klein.

Dans le développement de l'enfant, après la *position schizo-paranoïde* au cours de laquelle l'enfant clive sa mère entre « bonne mère » - qui nourrit, qu'il aime - et « mauvaise mère » frustrante - qu'il attaque, mord, sur laquelle il projette toute sa haine et dont il craint la vengeance (50) - , vient une phase nommée *position dépressive* par Mélanie Klein. Cette évolution survient lorsque le petit enfant prend conscience que la personne qu'il attaque sauvagement de ses dents, la mauvaise mère qui le frustre, ne fait qu'une avec la bonne mère qui lui donne des soins et qu'il aime. L'enfant s'interroge alors douloureusement sur les conséquences de ses attaques : a-t-il abîmé sa mère ? Des mouvements de remords, de culpabilité et de sollicitude envers elle émergent alors, l'enfant peut chercher à réparer sa mère (117).

À travers les interventions de plusieurs adolescents, on voit que le groupe est dans une telle dynamique lors de cette séance. Gordon, par contre, n'en est pas du tout au même stade. Il ne semble pas tellement affecté, reste immuable, et la notion de don, de se séparer de quelque chose, lui est toujours aussi incompréhensible.

Il est particulièrement intéressant que la séance d'une séparation soit également celle de retrouvailles : le retour d'ES, repoussé depuis un mois de semaine en semaine, arrive enfin. ES est très investie par la plupart des adolescents, qui sont certainement soulagés de constater qu'elle ne les a pas définitivement abandonnés et qu'elle les retrouve avec plaisir.

L'insistance des adolescents sur le fait que VD avait prévenu de son absence vient dire quelque chose de leur attachement au cadre, au soin que nous mettons habituellement à assurer une continuité, en les prévenant de nos absences et des annulations. Peut-être que dans ce contexte de départ d'un membre de l'équipe et de suspension prochaine d'une séance pendant les vacances il n'est tout simplement pas supportable qu'un autre soignant ait pu leur faire défaut sans prévenir. Il s'agit peut-être d'un moyen de garder leur vision de soignants indéfectibles, en créant le souvenir d'une parole rassurante qui les aurait prévenus. Peut-être aussi que la continuité de la présence de l'équipe soignante a été si bien assurée ces derniers mois qu'ils en ont intégré quelque chose, qu'ils savent désormais que VD, même absente physiquement, existe toujours néanmoins, reviendra, et qu'ils existent toujours pour elle. Comme je les assure, en leur disant que je prendrai de leurs nouvelles, qu'ils continueront d'exister pour moi.

#### *III.3.4.d. Bilan*

Dans cette troisième et dernière période, nous avons vu le groupe en tant qu'entité travailler sur la thématique du lien, de la séparation et de son corollaire, la permanence de l'objet.

La séparation annoncée, et la mise à mal du cadre et de la continuité qu'elle suppose, ont initialement provoqué une importante déliaison. Une séance a été marquée par des mécanismes schizo-paranoïdes, avant que, pour la dernière séance, le groupe ne parvienne à se reconstituer en entité pour entrer dans une position dépressive, signe d'une maturation.

À l'heure de cette séparation, le groupe semble également avoir bien intégré la notion de permanence de l'objet et être plus sécure dans ses attachements aux soignants.

### III.4. Evolution

Nous allons maintenant considérer l'évolution de chaque adolescent sur le plan individuel, afin d'évaluer pour chacun les progrès selon ses objectifs pour ce soin.

Ensuite, nous considérerons l'évolution du groupe en tant qu'entité.

#### III.4.1. Evolution des adolescents sur le plan individuel.

Il est bien sûr impossible de déterminer tout à fait ce qui relève du groupe « jeux de société », étant donné que les adolescents participent pour la majorité à deux groupes hebdomadaires, qui s'inscrivent dans une prise en charge globale comportant différents d'autres leviers thérapeutiques (entretiens familiaux, accompagnement parental) qui agissent en synergie, en parallèle à la poursuite du suivi individuel de chaque adolescent.

##### *III.4.1.a. Gordon*

Nous n'avons pas observé beaucoup d'amélioration clinique chez cet adolescent, qui nous semble désormais présenter une schizophrénie hétérotypique en phase prodromique.

Sur le plan thymique, Gordon était le plus souvent hypomane pendant les premiers mois de l'observation. À partir de janvier nous avons observé un apaisement de sa défense maniaque jusqu'à une thymie neutre. Il s'est progressivement émoussé sur le plan affectif.

Sur le plan relationnel, il est resté agréable avec les autres, prévenant, n'a jamais présenté la moindre opposition. Il s'est cependant mis en retrait, abandonnant ses attitudes de prestance, et s'est appauvri tant sur le plan verbal qu'affectif.

Son incurie s'est encore accentuée, au point de devenir extrêmement dérangeante, et doit être considérée comme un signe de désorganisation comportementale.

Dans le contre-transfert, Gordon est pour nous attachant, il suscite inquiétude et sollicitude.

Il est toujours déscolarisé et présente toujours le même repli social, restant cloîtré à domicile avec sa mère, ne sortant qu'avec son éducatrice ou pour venir en activité.

Les temps d'entretiens familiaux ont révélé qu'il existe dans cette famille un climat incestuel. Le concept d'incestualité, tel que développé par Racamier, désigne une ambiance, un climat « *où souffle le vent de l'inceste* », sans qu'un acte incestueux génital ne soit accompli. Les familles dans lesquelles règne un climat incestuel sont marquées par la confusion des générations et l'indifférenciation des individus (118), ce qui est le cas ici. Madame peut par exemple dire, tout en demandant à ce qu'on aide Gordon, qu'elle ne veut pas qu'il change, car en grandissant il ressemble de plus en plus à son défunt mari, et que c'est pour elle agréable de « le revoir ». Gordon est donc mis en position de remplacer son père pour sa mère, situation qui, bien qu'elle ne soit pas actée sur le plan génital, signe le fait que l'interdit de l'inceste n'est pas intégré. Gordon ne parle jamais de son père. Ce dernier n'est présent que dans le discours de Madame, mais en tant que son défunt mari et non en tant que père de Gordon. La fonction paternelle est inexistante. La phrase de la mère de Gordon est également un message tout à fait paradoxal à adresser à son fils : « va mieux, mais ne change rien ».

Les entretiens familiaux de bilan du CATTP et les entretiens individuels avec ses référents CMP restent difficiles pour Gordon : la verbalisation et la confrontation – bien que prudente – à des

éléments de réalité suscitent chez lui beaucoup d'angoisse et de retrait défensif, plus rarement de la colère. Ses mécanismes de défense reposent principalement sur le déni, le clivage, la mégalomanie et la persécution.

Il investit beaucoup le médiateur jeu, qui fait émerger chez lui un riche matériel clinique, difficilement accessible en entretien individuel.

Lorsqu'il est pris dans la régression favorisée par la situation groupale et par le jeu, il donne accès à une vision du monde marquée par la méfiance et la persécution. Lorsqu'il doit élaborer une réflexion stratégique, sa pensée est souvent vague, énigmatique, insaisissable tout en étant assez stéréotypée. Plus rarement, elle peut être franchement incohérente avec un relâchement des liens logiques. Il ne comprend pas que nous ne suivions pas ses raisonnements, qu'il nous répète patiemment à l'identique. Cette désorganisation intellectuelle est discrète et inconstante : elle n'est pas retrouvée en entretien individuel, ne se révèle qu'en activité « jeux de société », lorsqu'il est soumis à une sollicitation intellectuelle prolongée.

Il est incapable de supporter la perte. Toute perte dans un jeu (cartes ou points de vie dans Bang ! ®, argent au Monopoly ®) provoque chez lui une grande angoisse. Il vit le jeu sans filtre, sans décalage, ne semble avoir que peu d'accès à une aire transitionnelle intermédiaire qui puisse jouer le rôle de tampon entre réalité interne et externe : plusieurs fois, dans des jeux à rôles, nous avons dû lui rappeler que ce n'est pas lui qu'on attaque, mais son personnage.

Ce tableau clinique correspond à un trouble schizotypique, mais qui semble cependant, au vu de l'ampleur des signes négatifs, très proche d'une évolution vers une schizophrénie hébéphrénique.

Le diagnostic de schizophrénie se doit d'être prudent à l'adolescence : de nombreux signes cliniques considérés comme prodromiques de schizophrénie se retrouvent à une fréquence significative dans une population d'adolescents normaux (119), et peuvent s'intégrer dans de

nombreuses catégories diagnostiques. La stabilité dans le temps de ces signes prodromiques chez Gordon est cependant très inquiétante, même en l'absence de symptomatologie productive délirante ou hallucinatoire.

L'éventuelle instauration d'un traitement antipsychotique devra répondre à une considération soigneuse du rapport bénéfice-risque, dans le souci d'une part de limiter la durée de psychose non traitée qui est négativement corrélée au pronostic (120), mais d'autre part de ne pas infliger un diagnostic stigmatisant et un traitement potentiellement lourd d'effets indésirables sans certitude diagnostique (121).

Le médiateur « jeux de société », en permettant de mettre en lumière des signes cliniques inaccessibles en entretien individuel, a donc constitué une aide au diagnostic. Sur le plan thérapeutique, ce médiateur est somme toute bien adapté pour lui : il permet à Gordon de jouer avec la relation, les notions d'identités, de perte, le changement, et de réaliser un travail d'habiletés sociales soutenu.

Si l'on considère sa pathologie et son mode de vie en 2015 lorsqu'il a intégré le CATTP, la prise en charge de Gordon n'est pas un échec : il a investi un lieu de soin, des soignants et d'autres adolescents, qu'il fréquente régulièrement et avec plaisir. Les temps d'activité sont l'occasion pour lui de faire un travail soutenu d'habiletés sociales, de vivre des expériences émotionnelles riches et de se confronter - à son rythme - à ses problématiques. Ils contribuent certainement à lutter contre sa tendance au repli à domicile, et à ce qu'il conserve de relativement bonnes compétences sociales. Ces avancées laissent espérer qu'à l'âge adulte il pourra chercher à poursuivre des soins, et à conserver des investissements extérieurs.

Il nécessiterait un étayage plus soutenu. Il est envisagé, en parallèle à la poursuite de son suivi, de l'adresser à un hôpital de jour en clinique pour adolescents.



### *III.4.1.b. . Oscar*

Oscar avait déjà évolué entre le début de sa prise en charge en février 2017 et le début de l'observation.

Pendant la première moitié de l'observation, nous n'avons vu aucun changement. Entre octobre et janvier Oscar a continué à prendre plaisir à venir en groupe et à faire l'expérience de relations sereines entre pairs, à jouer aux différents jeux, mais restait tout à fait rigide et intransigeant sur le respect des règles.

Le premier changement a été observable dans sa relation aux adultes. Initialement il ne se montrait absolument pas opposant, très dépendant et preneur de tout ce que nous proposons. Progressivement il a pu se positionner contre nous : il refuse des propositions de jeux, émet des critiques. Cette opposition aux adultes marque un désir d'individuation et un refus de la dépendance, étapes normales de l'adolescence qui n'avaient pas encore eu lieu pour lui. À la séance 27, après avoir été assez agressif verbalement, il présente une tentative de réparation, évocatrice d'un accès à la position dépressive et à des sentiments plus complexes et nuancés.

Dans sa relation aux autres adolescents, il a pu faire preuve d'un peu plus d'empathie.

Il a repris goût pour l'imaginaire, la fiction, délaissant progressivement son jeu vidéo compétitif pour regarder diverses séries fantastiques qui ont relancé une certaine capacité à rêver chez lui. Il a développé une certaine créativité, signe en faveur d'un retour à une bonne santé psychique (25).

En février il a fait un stage, et projeté d'entreprendre une formation. Il nous a semblé qu'il se réinscrivait dans une temporalité et réinvestissait son propre avenir avec un projet adapté. À cette

époque il nous rapportait comme événements l'éclosion d'œufs, la pousse des plantes, images qui évoquent le temps qui passe en apportant des nouveautés. Il a commencé également à envisager un avenir sans CATTP « quand je n'en aurai plus besoin ».

Oscar a changé dans son rapport au médiateur jeu de société. Ce joueur initialement très compétitif, impitoyable envers ses adversaires et scrupuleusement attaché au respect des règles a pu trouver d'autres façons de prendre du plaisir à jouer : il joue à imaginer des créations communes avec les autres, joue à se montrer théâtral et à perturber le cours de la partie, joue à régresser, peut ne pas se soucier de perdre. Sans aller jusqu'à tricher, il peut fermer les yeux sur les petits aménagements des règles que font les autres.

Dans ce qu'il nous dit de son jeu vidéo, il semble également avoir changé : il met plus en avant les liens qu'il tisse avec les autres joueurs que ses performances, allant même certains jours jusqu'à ne jouer qu'aux horaires où il sait que ses amis seront en ligne.

Le plaisir à être en relation dans le jeu et à s'y montrer créatif semble avoir dépassé celui d'être le meilleur joueur : il est passé du *gaming* au *playing*.

La situation familiale est toujours relativement figée dans la haine mutuelle que se vouent les parents d'Oscar. Il n'est néanmoins plus le seul en souffrance : son père exprime maintenant en accompagnement parental une authentique souffrance psychique et se présente comme plus triste, il a d'ailleurs entrepris des soins pour lui-même. Si l'on considère la famille dans une perspective systémique, Oscar est dégagé de la responsabilité de porter seul le symptôme du dysfonctionnement familial, et un peu plus libre de fonctionner correctement.

Cliniquement, au terme de l'observation, Oscar est plus souple intellectuellement, moins froid sur le plan affectif, et il a pu développer davantage d'empathie envers les autres. Sa thymie est toujours

assez triste, mais il a retrouvé une hédonie, développé une gamme d'intérêts plus variés, une projection dans l'avenir, et il a commencé à sortir timidement d'un mode de vie figé et mortifère. Son anxiété en situation sociale s'est également améliorée, Oscar dit désormais pouvoir sortir et rencontrer des inconnus avec moins d'appréhension qu'avant.

En entretien il identifie et exprime ses affects plus facilement, et l'élaboration est plus riche.

Sur le plan diagnostique, sans remettre en question la possibilité d'un discret trouble du spectre autistique, nous dirions qu'Oscar a souffert d'un épisode dépressif caractérisé qui semble évoluer favorablement.

Les objectifs de sa prise en charge sont atteints. Nous envisageons, s'il est d'accord, si l'amélioration clinique se poursuit et s'il investit d'autres espaces extra-familiaux, de lui proposer un arrêt du CATTP à la fin de l'année scolaire en cours.

#### *III.4.1.c. . Vincent*

Initialement instable, hypervigilant, peu ajusté dans la relation, oscillant entre faux self hyper conforme et opposition / provocation, Vincent a beaucoup évolué au cours de ses quelques mois de prise en charge.

En décembre il a commencé à investir timidement les temps de parole en début de groupe, rapportant quelques événements de sa vie : initialement de petites anecdotes sans affects exprimés, puis des éléments plus personnels. Alors qu'il donnait l'impression d'être assez vide, nous avons découvert chez lui une vie imaginative riche, des ressources. Il semble touché de l'attention que nous portons sur lui.

Il s'est apaisé physiquement, peut se montrer calme et attentif au lieu d'osciller entre instabilité motrice et somnolence.

Dans sa relation aux autres, il s'est progressivement ajusté. Envers les adultes il est moins dans la serviabilité exagérée, la maîtrise ou la provocation. Il suscite un contre-transfert plus positif, très probablement parce qu'il est plus authentique dans la relation. Il est sensible aux absences des adultes, s'en inquiète. Envers les autres adolescents, il se montre plus ouvert.

Il exprime son désaccord de façon plus fluide et assurée : ni dans l'hyperconformisme soumis en faux self, ni dans l'opposition passive. En janvier, il peut nous dire qu'il souhaite arrêter le CATTP et argumenter sa décision. Il accepte de différer cette décision jusqu'à son prochain entretien bilan, et finalement décide de continuer sa prise en charge.

Les temps d'activité lui offrent un espace dont il peut se saisir pour manifester de l'opposition ou de l'ambivalence sans que cela ne débouche sur une rupture, expérience rare et précieuse pour lui. Il semble avoir retenu de son histoire de vie la nécessité de se montrer agréable, conforme et serviable en toutes circonstances.

Le médiateur nous a semblé particulièrement bien adapté pour Vincent. Il est l'adolescent qui s'est le plus saisi de la seule composante malléable du jeu de société : ses règles. Tout au long de l'observation, dans son jeu avec les règles, c'est avec les modalités de sa relation aux autres et au cadre qu'il joue.

Initialement il prend une position de mauvais objet du groupe, transgresseur. En attaquant les règles, c'est un peu le cadre et la relation au groupe qu'il met à mal. D'ailleurs, lorsqu'on l'empêche de tricher, c'est le cadre qu'il attaque en sortant son téléphone ou en se retirant du jeu. Cette attaque des règles peut aussi être comprise comme une forme de tendance antisociale, c'est-à-dire - selon Winnicott - un appel, un espoir d'obtenir ce dont il se sent déprivé (116). Nous avons été assez sensibles à cet aspect, imaginant qu'il avait en lui un besoin très fort de gagner, de se sentir le meilleur, et aussi qu'on s'adapte à lui en lui accordant une place spéciale.

Peu après que nous avons décidé de nous montrer plus souples et de fermer les yeux sur les entorses aux règles, il cesse de tricher, se risque à respecter les règles et à tenter de gagner par ses propres moyens. Une hypothèse est qu'en lui accordant tacitement la permission de tricher, nous lui avons proposé une petite compensation de ce dont il se sentait jusqu'alors privé : se sentir accepté même lorsqu'il n'est pas conforme, savoir qu'il occupe une place spéciale pour quelqu'un, vivre une expérience d'illusion omnipotente. Lors de cette période où Vincent cesse de tricher, il commence à se montrer plus ouvert dans la relation aux autres et au groupe.

Il est visible qu'il utilise le jeu principalement pour être en lien, beaucoup plus intéressé par le fait de gêner ou arranger un autre joueur que par sa propre avancée. Il dit aussi que le jeu importe peu : « en fait, on arrive toujours à s'amuser ».

Cliniquement, nous avons donc vu beaucoup d'amélioration chez Vincent : apaisement de l'instabilité psychomotrice, de l'anxiété, assouplissement de ses défenses avec un moindre recours au faux self, meilleure expression des affects, notamment d'une certaine tristesse. Il a pu accéder à un plaisir partagé, se risquer à se montrer authentique dans une relation, et développer ses compétences sociales. Cette évolution remplit partiellement les objectifs de prise en charge que nous nous étions fixés pour lui.

Son assistante familiale, Mme H, se dit partiellement satisfaite de la prise en charge, car les troubles du comportement et les vols de sucreries chez elle se feraient un peu plus rares. Leur relation reste assez difficile, Mme H menaçant régulièrement Vincent de demander une réorientation à sa prochaine « bêtise ».

Sa présentation clinique différente en activité et en entretien individuel permet d'enrichir la réflexion diagnostique. L'accès qu'il donne à son monde interne et à ses affects en activité nous fait reconsidérer son diagnostic initial de syndrome d'Asperger. Il nous semble que Vincent présente au

premier plan les stigmates d'une histoire de vie marquée par les carences affectives et les discontinuités, avec une construction en faux self, une tendance antisociale et une agitation qui peuvent être compris comme une défense contre la menace dépressive (69,116).

Par ailleurs, la coexistence d'un substrat neurologique à ses troubles, notamment un syndrome d'alcoolisation fœtale partiel, est probable (122).

La prise en charge se poursuit pour Vincent au CATTP, dans ses deux activités. La médiation de la relation entre son assistante familiale et lui reste un enjeu majeur de la prise en charge.

#### *III.4.1.d. . Alexis*

Alexis a quitté le groupe en janvier, décision bilatérale discutée en entretien et annoncée au groupe plusieurs semaines en avance.

Il n'a que peu évolué pendant ses 4 mois dans le groupe.

Au cours de l'observation nous l'avons vu de plus en plus souvent inhibé, fermé, le jeu ne l'animait que rarement. Il se plaignait de fatigue plusieurs fois par séance, ne manifestait que rarement du plaisir.

Sur le plan relationnel, il a continué à se présenter comme un très jeune enfant. Il pouvait se montrer avide avec l'adulte, mettait en avant ses difficultés pour obtenir de l'attention. On a noté chez lui une tendance à se différencier systématiquement des autres. Il avait beaucoup trop besoin d'une relation duelle exclusive pour se laisser intégrer par le groupe.

Maintenir une relation durable à l'autre était très difficile pour Alexis : après quelques minutes d'interaction soutenue il pouvait brutalement se montrer totalement fermé – mutique et dans l'éviction du regard -, comme saturé de relation. Ces moments de repli étaient incompréhensibles pour les autres adolescents, qui tentaient de le stimuler avant de l'ignorer. Il suscitait beaucoup

d'agacement chez les autres adolescents, aucun n'a évoqué de regret à l'annonce de son départ du groupe.

Dans son rapport au médiateur, nous avons perçu qu'Alexis n'avait pas du tout accès à la notion de faire-semblant : dans les jeux à rôles, il tendait à confondre rôle et réalité. Il ne parvenait pas à se situer dans un entre-deux, dans une aire de jeu intermédiaire où la question de l'appartenance à la réalité ou à l'imaginaire ne se poserait pas. Il n'avait pas accès à un espace transitionnel.

La participation à ce groupe nous a semblé possiblement délétère pour lui. Du fait de sa légère déficience intellectuelle, le médiateur le confrontait à ses limitations : souvent il ne comprenait pas les règles du jeu, ce qui aggravait encore l'agacement qu'il suscitait chez les autres adolescents puisque les parties étaient impactées par ses erreurs. De plus, sa position de mauvais objet dérangeant dans le groupe ne lui apportait aucun étayage narcissique, voire pouvait lui faire revivre les rejets qu'il a vécus au collège ou dans sa famille.

Dans le contre-transfert, Alexis a toujours suscité un profond agacement, croissant, partagé par tous les soignants à des degrés divers. Malgré tous nos efforts, il n'a pas pu se saisir de l'activité ni du groupe pour vivre des moments de plaisir, ce qui nous a confrontés à notre impuissance. On peut penser également que par un mécanisme d'identification projective il projetait massivement chez nous des éléments très agressifs, participant à constituer ce contre-transfert négatif. Les supervisions ont été une grande aide pour parvenir à rester bienveillants envers lui.

Cliniquement, nous l'avons trouvé encore plus inquiétant en janvier qu'en octobre. Il présentait un émoussement affectif, une désorganisation affective et intellectuelle, une incapacité totale à s'ajuster dans la relation, une immaturité majeure, des mécanismes de défense archaïques et rigides, et une grande anxiété avec notamment des angoisses archaïques encore très présentes. Son discours

comportait beaucoup d'affabulations, sans qu'il s'agisse d'une franche activité délirante. Sa thymie était difficilement évaluable, assez labile et souvent peu syntone, discordante avec le contexte ou les propos qu'il tenait. Il restait anosognosique.

Son diagnostic actuel est une dysharmonie psychotique sévère.

La prise en charge d'Alexis dans cette activité n'a donc pas été un grand succès, mais cet échec relatif nous éclaire sur sa psychopathologie et nous permet de repérer des écueils à éviter.

Le médiateur « jeux de société » n'était pas en adéquation avec ses capacités, ceci pour plusieurs raisons. Le médiateur était difficilement utilisable par lui du fait de sa déficience intellectuelle légère, et du fait de son manque d'accès à un espace transitionnel. Et, surtout, ce médiateur nécessite une relation à l'autre quasi constante, ce qui n'est pas encore à sa portée. Dans le groupe « bien-être », qu'il a intégré après avoir arrêté « jeux de société », c'est l'inverse : ce groupe nécessite une capacité d'être seul qu'il n'a pas, et il comble le silence des temps de relaxation par des gesticulations bruyantes et des bavardages anxieux, se rendant insupportable pour les autres. En activité « marche », par contre, il se montre beaucoup moins en difficulté : il n'y est pas sollicité sur le plan de la pensée, de l'imagination ni des émotions, et il peut facilement se retirer de la relation sans que cela lui soit reproché. Après avoir marché en parlant avec les autres, il peut s'éloigner de quelques mètres pour marcher quelques minutes en silence, jusqu'à ce qu'il soit à nouveau en capacité d'être activement en relation. Avec cette médiation, il a la possibilité de réguler la distance relationnelle littéralement, par la distance physique entre lui et l'autre, ce qui est beaucoup plus en adéquation avec ses capacités actuelles qu'un jeu partagé et une distance relationnelle abstraite.

Les soins en CATTP se poursuivent pour Alexis, avec deux activités hebdomadaires. Sa mère prend progressivement conscience des troubles d'Alexis, et du handicap qu'ils entraîneront probablement.



Nous réfléchissons avec les partenaires du milieu scolaire à une éventuelle orientation en IME, où à la possibilité qu'il bénéficie d'une prise en charge plus intensive en hôpital de jour.

#### *III.4.1.e. Thomas.*

Après 4 mois de participation à l'activité, Thomas ne s'est pas beaucoup amélioré sur le plan clinique, mais semble avoir des capacités et une marge d'évolution.

Sur le plan relationnel, Thomas s'est initialement montré persécuté et angoissé par la mise en situation groupale. Il présentait des défenses très actives sous forme d'attitudes de prestance et de subagitation psychomotrice. Il avait également tendance à rapporter beaucoup d'éléments personnels, à parler de ses passions, comme pour bien marquer sa différenciation d'avec le reste du groupe et lutter contre les angoisses de perte identitaire. Après quelques séances il s'est détendu, a pu partager une invention avec les autres et moins marquer sa différenciation. À la fin de l'observation, il peut même se montrer à l'écoute et prendre en compte les opinions des autres adolescents.

Il s'est montré extrêmement excitable, à plusieurs reprises il a mis en péril la poursuite du jeu par son agitation, surtout dans les jeux peu contenant comme le Loup-garou. Son excitation a été très difficile à contenir pour nous. Il pouvait se montrer plus calme avec des jeux plus cadrants, qui ne laissent pas de temps libres. Il ne supporte pas les temps de silence, ou même de calme, auxquels il met très vite fin en se plaignant : « c'est mort là ! ». Son agitation et son ludisme nous semblent relever de la défense maniaque.

Dans le contre-transfert, Thomas peut susciter un certain agacement et nous vivons souvent les séances avec lui comme épuisantes.

Dans son rapport avec le médiateur, Thomas a accès à la notion de faire semblant, mais peut la perdre par moments. Il est resté très attaché au jeu du Loup-garou, le premier jeu auquel il a joué dans le groupe, ne comprenant absolument pas que les autres puissent s'en lasser. En réclamant toujours le même jeu il montre une certaine rigidité, comme s'il n'y avait qu'une seule façon de jouer ensemble.

La prise en charge groupale a offert un autre éclairage clinique pour Thomas, différent de celui de ses entretiens individuels - pendant lesquels il se montre le plus souvent calme, froid et émoussé sur le plan affectif.

Cliniquement, il est très angoissé et réagit par une forte agitation psychomotrice et une défense maniaque. Il présente une désorganisation intellectuelle et affective : son discours est le plus souvent logorrhéique et désorganisé, sa thymie est très labile, et ses affects peuvent être en franche discordance avec son discours. S'il ne tient pas de propos franchement délirant, son discours est saturé d'éléments agressifs très bruts (mort, mutilation et cannibalisme, entre autres). Il peut rapporter des angoisses très archaïques de morcellement, éclatement, annihilation, et il est en particulier très angoissé par toute atteinte corporelle. Après une opération bénigne, il a décrit une expérience qui relève d'une hallucination cénesthésique, ou au minimum d'une interprétation délirante de ses sensations corporelles, vécue avec une angoisse massive accompagnée de déréalisation et dépersonnalisation. Il ne rapporte pas d'hallucination auditive ni visuelle. Le rapport à l'autre est le plus souvent vécu sur un mode persécutif, ses images internes sont très clivées.

Il est anosognosique et n'exprime pas de souffrance. Bien qu'il dise apprécier les activités du CATTP, il ne semble pas savoir pourquoi il bénéficie de soins en psychiatrie infanto-juvénile.

Sur le plan diagnostique, après ces quelques mois d'observation, sa symptomatologie fait évoquer une entrée dans la schizophrénie, bien que son âge et la durée des symptômes ne rendent pas encore

possible de poser formellement le diagnostic. Le principal diagnostic différentiel serait un trouble de l'humeur, principal pourvoyeur de faux diagnostics de schizophrénie à l'adolescence (121).

Nous n'avons pas observé beaucoup d'amélioration clinique chez Thomas, ce qui n'est pas très surprenant étant donné la gravité de ses troubles et le fait qu'il n'est pris en charge au CATTP que depuis quatre mois - la plupart des soins en CATTP se poursuivent sur deux ou trois ans. Le fait qu'il investisse les soins est cependant une première étape de bonne augure pour la suite de sa prise en charge.

Il nous semble que cette médiation n'est pas très bien adaptée pour lui : elle paraît trop peu contenante pour son angoisse et son excitation, et laisse beaucoup de place à la parole, ce qui l'encourage dans sa défense habituelle par des attitudes de prestance. Le même constat est fait dans son autre groupe (improvisation théâtrale). Il pourrait être intéressant que pour la suite de sa prise en charge, l'année suivante, il puisse participer à des médiations reposant moins sur la parole et plus contenantes, qui pourraient être mieux adaptées à son agitation psychomotrice.

#### *III.4.1.f. . Justine*

Initialement très anxieuse et inhibée, nous avons observé une belle amélioration clinique pour Justine.

Après une première séance vécue avec une anxiété manifeste elle a rapidement pris plus de plaisir aux suivantes, même si elle restait discrète, puis a de plus en plus investi la parole pour nous parler d'elle, de sa vie, de ses goûts culturels. Elle peut donner au premier contact une impression de légère déficience mais en réalité elle est surtout très carencée, et ce sur tous les plans : affectif,

éducatif, soins, et même sur le plan nutritionnel. Elle se saisit de toute attention qu'on lui porte, de toute écoute qu'on lui accorde, mais dans un contact ajusté, qui n'est ni avide ni adhésif.

En février et mars elle a occupé la position inconfortable de bouc-émissaire du groupe. Le sous-groupe des garçons s'organisait contre elle, elle en était exclue mais était aussi celle qui permettait son existence en en marquant la limite. Elle n'a pas semblé en souffrir, restant agréable et adaptée avec tous.

Elle a parlé au groupe de sa « phobie des gens », comme elle l'appelle, contre laquelle elle lutte au lycée. Après les toutes premières séances elle n'a plus présenté aucune anxiété en groupe, et vivait des expériences positives de relation avec ses pairs. Elle est tout à fait capable d'exprimer son point de vue, d'argumenter ses choix stratégiques, et de demander avec assurance à Thomas de se calmer lorsque son agitation la dérange.

Dans son rapport au médiateur, Justine trichait discrètement mais de façon très soutenue, avec beaucoup de jubilation. Ses entorses à la règle ne suscitaient pas d'agacement chez les autres adolescents ni chez nous, ce qui n'est pas toujours le cas lorsque d'autres trichent. C'est comme si tous comprenaient et reconnaissaient tacitement son besoin de gagner. Il nous a semblé qu'il ne s'agissait pas d'attaques envers le cadre ou le groupe, mais plutôt d'expériences de régression, dans lesquelles elle est à nouveau une petite fille emportée par le plaisir du jeu et l'envie de gagner, vivant des expériences d'illusion omnipotente en aménageant les règles à sa guise.

Elle prenait un grand plaisir à attaquer les autres joueurs dans le jeu, adolescents ou adultes, saisissant cette occasion rare d'expression d'agressivité autorisée. Elle a tout à fait accès aux notions de faire semblant et d'espace transitionnel.

Cliniquement, en avril 2018, elle ne présente plus aucune anxiété en groupe, mais dit souffrir encore d'une anxiété en situation sociale, au lycée notamment. Elle est euthymique. Elle ne présente pas d'idée suicidaire ni de conduite auto-agressive. Elle n'a plus non plus présenté de symptomatologie délirante ni dissociative.

L'activité « jeux de société » lui offre un espace où établir des relations sereines avec ses pairs dans un cadre sécurisant, qui remplit la fonction d'expérience émotionnelle correctrice. Elle y montre de très bonnes compétences relationnelles et d'adaptation. Le médiateur est bien adapté pour elle.

Elle investit désormais son double suivi CMP et CATTP.

Les objectifs de sa prise en charge sont partiellement remplis. Les soins au CATTP se poursuivent au moins jusqu'à la fin de l'année scolaire.

#### *III.4.1.g. . Jean-Charles*

Jean-Charles a intégré le groupe tardivement, fin mars. Je ne l'ai côtoyé que pendant 3 séances, et ne peux donc pas vraiment parler d'évolution pour lui.

Il s'est toujours montré enthousiaste, très content de venir en groupe. Il ne s'est pas fait remarquer, se montrant agréable et adapté avec ses pairs comme avec les adultes.

Il se montre si bien adaptable qu'à la fin des 3 séances que j'ai partagées avec lui j'ai eu des difficultés à me souvenir de quoi que ce soit le concernant en séance, n'ayant en mémoire qu'un visage souriant.

Il semble nous présenter pour l'instant une façade en faux self.

Les soins se poursuivent pour Jean-Charles.

### III.4.2. Evolution de la dynamique groupale

Le cadre-dispositif de l'activité n'est pas celui d'une thérapie de groupe. Les phénomènes de groupe sont conçus comme une aide, mais pas comme le levier principal du soin.

Le déploiement des phénomènes de groupe a certainement été entravé par la grande instabilité de ses participants. Sur les sept mois d'observation (soit 28 séances), nous n'avons eu que 8 séances sans absent.

Trois adolescents ont intégré et quitté le groupe dans le premier mois, puis Alexis l'a quitté après quatre mois. Trois autres adolescents ont intégré le groupe tardivement, respectivement en janvier, février et fin mars. Le caractère semi-ouvert du groupe autorisait ce type de sorties et entrées tardives, mais a certainement rendu plus difficile l'établissement d'une enveloppe groupale.

Pendant les premiers mois, les deux adolescents qui avaient déjà participé à ce groupe l'année précédente semblaient dans le déni de la fin de celui-ci, et ont tenté de transmettre leur idéal groupal aux autres, qui cherchaient à se différencier. Le recours à un médiateur a contribué à limiter les angoisses de mise en groupe, qui n'ont été que très peu marquées.

Nous avons pu voir s'établir une entité groupale assez tardivement, après trois mois.

Le phénomène d'illusion groupale a pu être observé lors de plusieurs séances entre janvier et mars, lorsque le groupe était au complet. Ces moments alternaient avec des séances marquées par la dépression et la déliaison lorsqu'il y avait des absents. L'arrivée d'une adolescente dans un groupe jusqu'alors masculin a d'abord consolidé le groupe des garçons, qui l'ont désignée comme bouc-émissaire et tenue à l'écart, puis elle a semblé être le déclencheur de la sortie de l'illusion groupale, en confrontant les adolescents à la différence des sexes, mettant à mal le fantasme d'indifférenciation qui caractérise, entre autres, l'illusion groupale.

L'annonce de mon départ a momentanément désorganisé le groupe, qui a ensuite manifesté un travail d'élaboration sur les thèmes du lien et de la séparation.

### III.4.3. Bilan

Le groupe a bien fonctionné sur la durée de l'observation, nous avons vu s'établir une entité groupe, une enveloppe groupale et par moments une illusion groupale, ainsi que des moments de remaniements identificatoires. Le groupe a pu être un espace médiateur et un soutien narcissique pour ses membres.

Les phénomènes de groupe ont cependant été gênés par l'instabilité du cadre et les arrivées de nouveaux adolescents.

Une première phase de travail a porté sur la contenance et la fiabilité du cadre. Après une période de crispation au sujet des règles des jeux, l'utilisation souple du médiateur a permis le déploiement d'un espace transitionnel « où plusieurs aires de jeu se chevauchent » (83) entre les joueurs, qui fut le point de départ de l'expression d'une créativité commune et de symbolisation.

Les objectifs thérapeutiques ont été atteints pour trois des adolescents du groupe, chez qui nous avons observé une très nette amélioration clinique, ainsi qu'une reprise des processus de pensée et de créativité entravés. Pour un, l'amélioration clinique est plus modeste, mais encourageante après seulement 4 mois de prise en charge. Pour deux adolescents qui n'ont pas présenté d'amélioration clinique significative, la prise en charge au CATTP a cependant permis de voir émerger une symptomatologie différente de celle présentée en suivi individuel, et d'enrichir la réflexion diagnostique. Le dernier adolescent n'a pas participé au groupe suffisamment longtemps pour que son évolution soit évaluable.

## **IV. Articulation théorico-clinique**

Nous allons maintenant confronter les observations cliniques avec les données théoriques présentées en première partie de ce travail.

### **IV.1. Le choix du jeu structuré comme médiateur : propriétés et indications**

Si l'on reprend les propriétés du médiateur telles que listées dans la partie théorique de ce travail (contenance, lien, pensée, espace transitionnel, créativité, symbolisation), nous pouvons tenter de dégager les propriétés potentielles du jeu structuré lorsqu'il est utilisé comme médiateur dans un cadre de soin à médiation. Ces propriétés ne sont bien sûr que potentielles, et soumises à la condition d'un cadre thérapeutique adapté.

Le jeu de société a une propriété contenante, en cela qu'il peut servir de support à la projection de différentes motions refoulées, qui sont ensuite manipulables dans le jeu : les motions agressives, par exemple, peuvent être agies par l'élimination d'un autre joueur. Les règles du jeu attirent particulièrement bien les frustrations, la colère, l'expression de la difficulté des joueurs par les transgressions qu'elles suscitent.

La capacité de pare-excitation du jeu comme médiateur semble dépendre du degré d'encadrement des règles et de la place laissée à la parole libre : plus chaque étape du jeu est régulée par les règles, plus le jeu a une capacité pare-excitation alors que les moments libres, au contraire, sont souvent marqués par une excitation croissante, possiblement désorganisée.

Le jeu de société suscite très facilement la mise en relation des joueurs, dans une dimension de plaisir partagé. Il s'offre comme support pour la parole, et place les joueurs dans différents schémas de relation : alliance en équipe, opposition, négociation. Il permet très naturellement des



mouvements de va-et-vient de l'individuel au groupal, et facilite l'établissement du groupe en tant qu'entité. Les règles, en encadrant les échanges, jouent le rôle de tiers dans la relation et régulent l'excitation que celle-ci suscite. Bien que différents types de jeux laissent plus ou moins de liberté dans la gestion du lien, c'est un médiateur qui nécessite une capacité de tolérer une mise en relation assez intense et soutenue.

Il est intéressant qu'il autorise l'expression de mouvements agressifs ou tendres, car cela rend le transfert assez facilement lisible en épargnant aux patients d'avoir à passer par la parole pour exprimer toute la gamme d'affects qui peuvent leur venir dans la relation transférentielle avec les soignants.

C'est un médiateur qui, par les réflexions stratégiques qu'il suppose, sollicite beaucoup la pensée. Les patients peuvent faire l'expérience d'utiliser leur pensée avec plaisir, dans un contexte ludique détaché du milieu scolaire qu'ils peuvent associer à la performance et à l'échec.

Le déploiement d'un espace transitionnel partagé est particulièrement apparent dans les jeux à rôles, où le faire-semblant et l'acceptation d'un espace d'illusion entre imaginaire et réalité occupent une place prépondérante. Ce déploiement est d'autant plus facilité lorsque le groupe peut s'approprier le jeu, et l'utiliser comme support pour la créativité. L'appropriation et la créativité peuvent passer entre autres par l'aménagement et l'enrichissement des règles du jeu, qui font de celui-ci un objet commun et propre au groupe, lui donnant un caractère original et authentique.

L'accès à la symbolisation, mise en lien d'une représentation avec un affect, peut être facilité par le jeu puisque celui-ci offre des représentations, suscite des émotions intenses dans une relation, et sert de support à la parole.

Il est ressorti de cette observation que tous les patients n'ont pas retiré les mêmes bénéfices du contact avec ce médiateur et que, malheureusement, tous n'ont pas pu s'en saisir. Ces expériences nous permettent de cerner un peu plus précisément les indications pour le médiateur « jeux de société ».

On peut retenir des prises en charge de Thomas et d'Alexis qu'il s'agit d'un médiateur assez excitant, nécessitant une capacité pare-excitation déjà suffisamment établie, et que son utilisation suppose une capacité de tolérer une mise en relation soutenue.

Les adolescents très en difficulté avec la relation et la pensée, présentant une faible capacité de pare-excitation, ne devraient peut-être pas être orientés vers « jeux de société », mais plutôt vers des médiations plus contenantantes, passant par le corps ou la manipulation, permettant plus de liberté dans la gestion du lien à l'autre.

Ce médiateur semble en revanche particulièrement bien indiqué pour des adolescents inhibés, anxieux dans le lien à l'autre. La spécificité du médiateur, qui est de permettre un jeu avec la notion de règles, est intéressante tant chez les patients présentant une grande rigidité que chez ceux qui présentent une tendance antisociale.

En conclusion, la vision d'une activité purement occupationnelle avec un médiateur ludique se révèle fautive. Le jeu structuré s'est avéré dans notre observation être un médiateur riche en potentialités, mais à condition qu'on accepte que les patients se l'approprient et notamment aménagent ou transgressent les règles selon leurs besoins. Si l'on considère que les règles sont ajustables, personnalisables et représentent le lien entre les joueurs, le jeu de société peut être un médium malléable.

## IV.2. L'utilisation du médiateur : intérêt de la souplesse

La question du rapport aux règles des jeux, c'est-à-dire au fond de l'utilisation codifiée ou souple du médiateur, a fait l'objet de quelques débats dans l'équipe soignante.

Il a été difficile de trouver un positionnement commun stable sur la conduite à tenir face aux entorses aux règles du jeu des adolescents. En effet, alors qu'en thérapie individuelle laisser un patient aménager ou enfreindre les règles à sa guise peut participer au déroulement d'un processus thérapeutique (89), il en est autrement dans un groupe de patients, chacun exigeant des autres un respect parfait des règles. Le fait qu'un soignant - telle la « mère suffisamment bonne » de Winnicott - s'adapte au plus près au patient, prenant en compte sa fragilité narcissique et sa faible capacité à supporter la frustration, est important pour le processus de soin. Mais on ne peut pas exiger la même attitude d'un patient envers un autre.

Les soignants se sont alors trouvés face à un dilemme délicat. Jouer le rôle de « policier du jeu » ne semble pas une attitude très thérapeutique pour le tricheur qui peut se sentir agressé, stigmatisé et mis à l'écart, et les remarques sur ce point peuvent lui paraître imprégnées de jugement de valeur ou à visée éducative. Nous avons constaté que les reprises sur les règles étaient très difficiles à vivre pour les patients. D'un autre côté, ne pas intervenir à la demande des autres adolescents - pour qui nous incarnons la solidité du cadre - pourrait les insécuriser et leur faire vivre un sentiment d'injustice. Bellinson fait le même constat, et recommande d'ailleurs de ne pas utiliser les jeux de société de manière compétitive en thérapie de groupe avec des enfants, de se limiter aux « jeux thérapeutiques » (123).

Les règles du jeu jouent le rôle du tiers symbolique dans la relation. Ce tiers, en différenciant et accordant des places à chacun, protège les protagonistes de la relation, du risque de fusion et

d'incestualité, et en groupe de l'indifférenciation totale. L'attachement très rigoureux de certains au respect des règles peut être compris comme de l'angoisse face à la situation groupale, mais aussi face aux « aspects effrayants du jeu » (93). Certains soignants craignaient également d'encourager des tendances antisociales « dans la vraie vie » en cautionnant des transgressions en activité.

Dans notre expérience, il semble au contraire que permettre une souplesse sur les règles permet de préserver le cadre des attaques. Les règles du jeu pourraient être pensées comme un petit cadre souple et malléable imbriqué dans un grand cadre qui, lui, se doit d'être solide et dont nous sommes garants. Cette activité est une de celles qui subit le moins d'attaques sur le cadre parmi les activités de l'unité, peut-être précisément parce que le petit cadre des règles dévie les transgressions sur lui.

Accepter une utilisation personnalisée du médiateur, c'est s'ajuster aux limitations et aux besoins de chacun. Dans notre cas, à la grande fragilité narcissique qui leur rend la défaite et les réprimandes particulièrement douloureuses.

Très vite, une fois que nous avons cessé de nous crisper au sujet des règles, les transgressions sont devenues moins fréquentes et moins visibles, comme si un pacte tacite avait été formulé. S'est ouvert alors un autre type de discussion sur les règles : comment les améliorer ou les aménager tous ensemble ? Initialement contrainte arbitraire imposée par l'anonyme concepteur du jeu, elles ont pu devenir un support souple pour la créativité, investi par tous car co-aménagé.

Accepter une souplesse et un décalage dans l'utilisation du médiateur implique pour les soignants de faire le deuil de l'activité telle qu'ils l'avaient imaginée, et de pouvoir accepter l'activité réelle.

La question du respect ou non des règles habituelles d'utilisation du médiateur recouvre en réalité une autre question, qui est celle de la posture des soignants en groupe : éducative ou thérapeutique ?

### IV.3. Le positionnement des soignants, entre éducatif et thérapeutique

Chapelier, reprenant la prise de position de Melanie Klein au début du 20<sup>e</sup> siècle (95), met en garde contre les « tentations éducatives » des soignants en groupe thérapeutique, qui seraient selon lui incompatibles avec une activité de psychothérapie (9). Une posture éducative aurait tendance à brider la créativité, qui naît de l'excitation (54). Formulé simplement, on pourrait dire qu'une posture thérapeutique accueille tout ce que fait le patient en cherchant à y mettre du sens, alors qu'une posture éducative se soucierait que le patient fasse d'une certaine façon, correctement.

Il semble cependant difficile de s'affranchir de toute posture éducative. Face à un enfant ou un adolescent, l'adulte a inévitablement un certain positionnement éducatif, d'une part parce que l'adulte est responsable de ce que fait un patient mineur en sa présence, mais également du fait des projections du patient sur lui en tant qu'adulte. Il peut choisir d'adopter une posture éducative très laxiste afin de laisser un maximum de liberté au patient, mais il ne peut pas ne pas se poser la question de ce positionnement.

Les adolescents que nous avons décrits ne sont pas structurés sur un mode névrotique, la plupart ont connu un cadre éducatif très défaillant et présentent d'importantes carences éducatives. Cette dimension de carence a une place dans leurs mouvements transférentiels envers les soignants, et apparaît dans les mouvements contre-transférentiels des soignants envers eux. La posture éducative n'étant parfois assurée ni par leurs parents, ni par le secteur scolaire ou social, il est difficile pour les soignants d'accepter qu'elle ne soit assurée par personne.

Un aménagement possible lorsque les carences éducatives sont au premier plan chez un patient serait de différencier les espaces, et de proposer ainsi des groupes ou activités à visée éducative assumée en parallèle au soin.

Le maintien du cadre est une tâche peu valorisante pour le soignant, mais néanmoins nécessaire pour qu'un processus thérapeutique puisse se développer. Un processus thérapeutique peut difficilement avoir lieu si le patient n'est limité en rien, si son excitation empêche le déroulement d'un entretien ou d'une activité voire le met en danger : « *une trop grande permissivité irait à l'encontre de la notion de sécurité et d'enveloppe protectrice* » (8). Le maintien du cadre peut également avoir des effets qui vont dans le même sens que le processus thérapeutique. Ainsi, par exemple, l'interdiction des comportements destructeurs oriente vers des issues plus symbolisées (8). Insister régulièrement pour qu'un adolescent ne coupe pas sans cesse la parole aux autres en groupe n'est pas tant un rappel éducatif de savoir-vivre élémentaire qu'une façon d'opposer une limite contenant à son excitation et de ramener sa parole à une dimension d'échange, de lien avec l'autre.

En groupe à médiation, la limite entre nécessaire maintien du cadre pour permettre l'utilisation de la médiation par tous et la tentative de maîtrise de l'utilisation est parfois mince, et nécessite une vigilance particulière.

L'évitement de toute posture éducative paraissant impossible, la question pour les soignants n'est pas tant de choisir entre éducatif ou thérapeutique dans l'absolu, mais plutôt de pouvoir ajuster leur positionnement entre les deux de façon souple. Il importe que les soignants puissent s'interroger sur leur posture. Cette interrogation suppose une sensibilisation à cette question, et l'existence d'un espace et d'un temps pour le faire, d'où l'importance d'un espace de supervision.

#### IV.4. Le groupe : une dimension à prendre en compte

Dans le cadre du soin médiatisé présenté en illustration, le groupe n'est pas le principal levier du soin. Les soignants de cette activité n'ont pas été formés en thérapie de groupe.

Cependant, à partir du moment où une entité groupe se met en place, c'est dans l'espace psychique groupal que vont survenir un certain nombre de phénomènes : partages émotionnels, fonction alpha

du groupe, chaîne associative groupale menant à une symbolisation. Dans notre observation, l'attention aux phénomènes de groupe a permis de mettre en sens des phénomènes qui seraient restés incompréhensibles sans une grille de lecture les prenant en compte. C'est en considérant l'état du groupe comme entité que nous avons pu en déduire ce qui se passait pour ses membres, et prendre conscience du travail qui se déroulait.

Ainsi, la sensibilisation et la formation des soignants aux phénomènes et thérapies de groupe paraît un élément important pour qu'une unité puisse proposer des soins en groupe à valence thérapeutique à ses patients.

#### IV.5. L'unité de soins, un espace psychique élargi.

À l'échelle de l'unité se met en place un système de circulation de ressentis et représentations entre patients et soignants. En séance, les soignants sont la cible des identifications projectives des patients, et accueillent dans leurs psychismes une partie de ce qu'ils portent, pour le métaboliser. Nos ressentis en séance nous donnaient donc une indication de ce que le groupe et les adolescents vivaient, et nous permettaient de mieux nous ajuster à eux, voire de tenter de leur proposer une interprétation de ce qu'ils vivaient.

Si nous réussissions à ne pas nous défendre des affects dépressifs qui nous étaient communiqués - et prenaient chez nous la forme de découragement, d'ennui - nous observions qu'ils s'apaisaient rapidement chez les adolescents, qui pouvaient alors développer plus librement une créativité, un ludisme, et nous communiquer alors ce qui relève plus d'une pulsion de vie, dans une boucle interactive dont ils étaient les initiateurs.

Ce système se reproduisait à un deuxième niveau : lors des réunions de synthèse, c'est l'ensemble de l'équipe qui pouvait à son tour accueillir, métaboliser et restituer en y mettant un sens les

éléments bruts que nous rapportions de la séance. Le fait que pour les besoins de ce travail les séances aient été systématiquement reprises en synthèse a certainement contribué au bon fonctionnement du groupe. Les synthèses jouaient un rôle de contenance et fonction alpha pour nous, et restauraient notre capacité à penser et à exercer une fonction alpha pour les patients.

Au delà de l'interaction avec le groupe et le médiateur, le soin reposait donc également sur une circulation dans un réseau de psychismes prêtés aux adolescents, qui constituait un espace psychique élargi.

Ce système ne peut fonctionner qu'à certaines conditions. L'équipe soignante doit disposer d'une solide contenance institutionnelle et de temps de supervision suffisants, où les ressentis et mouvements contre-transférentiels peuvent circuler librement et servir de matière première à l'élaboration.



## Conclusion

Le terme « activité thérapeutique à médiation » recouvre des pratiques diverses, s'appuyant sur des corpus théoriques éclectiques.

Dans la première partie de ce travail, nous avons vu que ces soins, à qui l'on a pu reprocher leur diversité, offrent une gamme riche de possibilités et peuvent s'inscrire dans différents cadres. Dans un groupe à médiation à objectif thérapeutique, le médiateur peut occuper différentes fonctions selon le cadre du soin. Il peut être au centre du dispositif, assumant l'essentiel de sa fonction thérapeutique. Il peut aussi s'intégrer dans une thérapie de groupe, assurer une fonction d'aide à la constitution et au fonctionnement du groupe, qui serait le principal levier du soin. L'activité à médiation peut également s'intégrer dans une unité, une institution, où le soin est pensé avant tout à une échelle plus large : celle de l'espace thérapeutique élargi que constitue l'équipe soignante pour les patients.

L'objet médiateur peut mobiliser différentes fonctions thérapeutiques, qui sont rattachables à des étapes du développement psychoaffectif de l'enfant ou adolescent : contenance, médiateur de la relation intersubjective, soutien de l'activité de pensée, point de départ pour le déploiement d'un espace transitionnel partagé, support de la créativité, et soutien des capacités de symbolisation.

Ce qui ressort de notre observation clinique d'un groupe d'adolescents autour de la médiation « jeux de société », c'est que le soin à médiation ne peut développer ses possibilités thérapeutiques qu'à certaines conditions, qui ne s'improvisent pas.

Le médiateur doit être adapté au profil du patient : si les médiateurs ont des propriétés communes, chacun utilise des modalités sensorielles ou relationnelles particulières et ils ne sont pas interchangeables. On ne peut faire l'économie d'une considération soigneuse de l'adéquation entre propriétés du médiateur et capacités du patient.

Le médiateur que nous avons étudié dans ce travail, le jeu de société, est bien indiqué pour des patients inhibés, anxieux, qui ont un minimum d'accès à la notion de faire-semblant. Il a pour propriété de faciliter la mise en relation, l'établissement de l'entité groupe et l'accès à un espace transitionnel partagé, qui est le point de départ pour une créativité et une symbolisation groupales. Les jeux à rôles ont été particulièrement investis par les adolescents. Ce type de jeu leur permet, grâce à la règle du « faire-semblant », de se situer dans l'espace intermédiaire entre imaginaire et réalité externe, de manipuler des éléments ayant trait à l'axe narcissique-objet, et a plusieurs fois accompagné une transition souple entre *gaming* et *playing*.

Les limites du jeu de société comme médiateur sont qu'il suscite une forte excitation, nécessite des patients une capacité à supporter une mise en relation intense et prolongée et, surtout, que ses potentialités sont en partie conditionnées par l'utilisation qui en est faite : un attachement trop rigoureux aux règles peut rendre son utilisation ritualisée, défensive, et freiner l'apparition des phénomènes souhaités. La souplesse vis à vis des règles des jeux, au contraire, semble faciliter l'appropriation du médiateur par le groupe comme objet transitionnel partagé et le déploiement d'une créativité commune.

La possibilité pour un médiateur d'aider à ouvrir un espace transitionnel partagé dépend de la souplesse qu'on laisse aux patients dans son utilisation, ce qui a pour corollaire la sensibilisation des professionnels à la question de l'ajustement de leur posture en groupe, entre éducatif et thérapeutique.

Dans un soin de groupe, même s'il ne s'agit pas d'une thérapie de groupe à proprement parler, les phénomènes de groupe doivent faire l'objet d'une attention, sans quoi les élaborations qui ont lieu dans l'espace psychique groupal peuvent passer inaperçues. La prise en compte des phénomènes de groupe suppose une formation dans ce domaine des professionnels travaillant avec les groupes.

Enfin, l'unité dans son ensemble a une fonction thérapeutique par la fonction alpha qu'assument les soignants pour les patients, ce qui suppose pour les soignants une capacité et un souci d'accueillir

des projections sans s'en défendre. Cette dernière fonction nécessite une solide contenance institutionnelle, et notamment un espace de supervision qui permet de conserver la capacité de penser des soignants.

Le médiateur ne peut donc qu'offrir des possibilités, qui pour être exploitées doivent s'intégrer dans une dynamique de soins avec un cadre propice. Comme pour tout type de soin, on ne peut pas attendre d'un soin à médiation qu'il ait automatiquement un effet thérapeutique, si on ne lui en donne pas les moyens : élaboration soigneuse du cadre-dispositif, conditions matérielles adaptées, formation des professionnels, supervision.

Les médiations constituent un outil thérapeutique, une adaptation du dispositif psychothérapeutique dans un souci d'ajustement aux patients. Ce type de soin s'intègre naturellement bien en psychiatrie infanto-juvénile, discipline qui repose sur le travail pluridisciplinaire, la collaboration et l'adaptation aux enfants et adolescents des dispositifs et de la façon d'être des soignants.

## Bibliographie

1. Slavson SR. Psychothérapie analytique de groupe. Paris: PUF; 1953.
2. Brun A. Chapitre 1 - Histoire des médiations thérapeutiques : la médiation artistique comme prototype. In: Médiations thérapeutiques et psychose infantile. Paris: Dunod; 2014. p. 22.
3. Chapelier J-B. Les psychothérapies de groupe. Paris: Dunod; 2015. 127 p.
4. Bailleul L. L'activité physique et sportive valence thérapeutique au sein de la discipline psychiatrique et pédopsychiatrie [Mémoire DESC de Pédopsychiatrie]. 2017.
5. Roussillon R. Les fondements de la théorie du cadre et la spécificité du travail de symbolisation groupal à la latence. In: Groupes d'enfants et cadre psychanalytique. ERES; 1995. p. 15-22.
6. Roussillon R. Le travail de symbolisation. In: Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie. Elsevier; 2012.
7. Bleger J. Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions. In: L'institution et les institutions. Dunod; 1987.
8. Privat P, Quélin-Souligoux D. Travailler avec les groupes d'enfants: approche thérapeutique. Paris: Dunod; 2014.
9. Chapelier J-B. Les psychothérapies de groupe chez l'enfant et l'adolescent : les tentations éducatives, Summary, Resumen. Rev Psychothérapie Psychanal Groupe. 1 janv 2010; (53):9-27.
10. Brun A. Introduction. In: Les médiations thérapeutiques. Toulouse: ERES; 2011. p. 7-19.
11. Quélin-Souligoux D. Médiation et pratiques groupales. In: Quels groupes thérapeutiques ? Pour qui ? ERES; 2007. p. 33-44.
12. Catheline N, Marcelli D. 6. La place des pairs et des adultes dans le soin. In: Ces adolescents qui évitent de penser Pour une théorie du soin avec médiation. Toulouse: ERES; 2011. p. 161-92.
13. Quélin-Souligoux D. De l'objet à la médiation. Rev Psychothérapie Psychanal Groupe. 2003;41(2):29.
14. Quélin-Souligoux D. Différentes fonctions de la médiation dans les groupes thérapeutiques d'enfants. In: Voies nouvelles pour les psychothérapies de groupe. ERES; 2013. p. 157-70.
15. Rey A. Dictionnaire historique de la langue française. Paris: Robert; 1992.
16. Debray R. Manifestes médiologiques. Paris: Dunod; 1994.
17. Roussillon R. Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiation. In: Les médiations thérapeutiques. Toulouse: ERES; 2011. p. 23-35.

18. Milner M. Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. *Rev Fr Psychanal.* 1955;(5-6).
19. Roussillon R. Le médium malléable. In: *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse.* Paris: PUF; 1991.
20. Brun A. Chapitre 4 - Médiation thérapeutique et symbolisation primaire : du sensoriel au figurable. In: *Médiations thérapeutiques et psychose infantile.* Paris: Dunod; 2014. p. 34.
21. Chouvier B. La médiation dans le champ psychopathologique. In: *Les médiations thérapeutiques.* Toulouse: ERES; 2011. p. 37-47.
22. Catheline N, Marcelli D. 7. L'utilisation de la médiation. In: *Ces adolescents qui évitent de penser Pour une théorie du soin avec médiation.* Toulouse: ERES; 2011. p. 193-232.
23. Winnicott D. La capacité d'être seul. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse.* 1958. p. 325-33.
24. Catheline N. Des médiations au service d'un groupe de jeunes adolescents. *Enfances Psy.* 2002;no19(3):63-70.
25. Winnicott D. La créativité et ses origines. In: *Jeu et réalité.* Paris: Gallimard; 1971.
26. Mille C, Barthe E, Come MBS, Delhaye M. Thérapies avec médiations, ou la thérapeutique par surcroît : comment et quand poser l'indication d'un projet de soins « paradoxal » ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2015;63(5):332-40.
27. Catheline N, Marcelli D. 4. Propositions pour une théorie du soin dans la médiation. In: *Ces adolescents qui évitent de penser Pour une théorie du soin avec médiation.* Toulouse: ERES; 2011. p. 115-37.
28. Chouvier B. Créativité et médiations. In: *Groupe, contenance et créativité.* ERES; 2011. p. 69-82.
29. Bion W. *Aux sources de l'expérience.* Paris: PUF; 1982.
30. Bleger J. *Symbiose et ambiguïté.* PUF; 1981.
31. Chapelier J-B, Poncelet J-J. Les groupes thérapeutiques d'enfants, une cure analytique groupale ? *J Psychanal Enfant.* 15 nov 2017;7(2):127-62.
32. Botbol M, Papanicolaou G, Balkan T. Une « psychothérapie par l'environnement ». *Enfances Psy.* 2000;no 12(4):96-104.
33. Jeammet P. Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Rev Fr Psychanal.* 1980;44(3-4).
34. Lecoutre C, Botbol M, Mammar N. Quelle place pour les médiations thérapeutiques dans la « psychothérapie par l'institution » ? *Prat Psychol.* 1 mars 2006;12(1):17-29.
35. Racamier P-C. *L'esprit des soins.* Paris: Les Editions du Collège; 2001.
36. Freud S. *Psychologie collective et analyse du Moi.* In: *Essais de psychanalyse.* Payot; 1921.
37. Bion WR. *Recherches sur les petits groupes.* PUF; 1965.

38. Anzieu D. L'illusion groupale. *Nouv Rev Psychanal.* 1971;4(1):73-93.
39. Anzieu D. *Le Groupe et l'Inconscient.* Paris: Dunod; 1984.
40. Anzieu D. *Le moi-peau.* Paris: Dunod; 1985.
41. Kaës R. *L'Appareil psychique groupal.* Dunod; 1976.
42. Privat P, Chapelier J-B. De la constitution d'un espace thérapeutique groupal. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe.* 1987;7-8:7-28.
43. Poncelet J-J. L'excitation en groupe, force de liaison ou de déliaison pulsionnelle ? In: *Excitation, jeu et groupe.* ERES; 2005. p. 93-100.
44. Chapelier J-B. Intérêt de l'approche groupale avec les enfants et les adolescents. In: *Voies nouvelles pour les psychothérapies de groupe.* ERES; 2013. p. 29-41.
45. Quelin D. Se rencontrer en jouant. In: *Excitation, jeu et groupe.* ERES; 2005. p. 129-36.
46. Kaës R. Conclusion. In: *Le processus thérapeutique dans les groupes.* ERES; 2009. p. 171-8.
47. Laurent P. Le chaos dans le groupe : fantasme ou réalité ? In: *Excitation, jeu et groupe.* ERES; 2005. p. 83-91.
48. Chapelier J-B. Groupes thérapeutiques à l'adolescence. *EMC - Psychiatr.* 1 juill 2004;1(3):228-31.
49. Winnicott D. La préoccupation maternelle primaire. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris: Payot; 1956. p. 285-91.
50. Klein MH. Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In: *Dév Psychanal.* Paris: PUF; 1946.
51. Anzieu D. *Les enveloppes psychiques.* Paris: Dunod; 1987.
52. Laurent P. Introduction. In: *Le processus thérapeutique dans les groupes.* ERES; 2009.
53. Privat P, Quelin D, Rouchy J-C. Psychothérapie psychanalytique de groupe. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe.* 2005;(37):11-30.
54. Chapelier J-B. Chaos, contenance et créativité. In: *Groupe, contenance et créativité.* ERES; 2011. p. 55-68.
55. Vacheret C. Le groupe et l'objet médiateur : quelles fonctions et quelles synergies? In: *Groupe, contenance et créativité.* ERES; 2011. p. 159-71.
56. Winnicott D. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In: *Jeu et réalité.* Paris: Gallimard; 1971.
57. Brun A. Spécificités de la symbolisation dans les médiations thérapeutiques. In: *Manuel des médiations thérapeutiques.* Paris: Dunod; 2013. p. 122-58.
58. Brun A. Histoire de l'utilisation des médiations dans le soin. In: *Manuel des médiations thérapeutiques.* Paris: Dunod; 2013. p. 10-40.

59. Klein M. Les principes psychologiques de l'analyse des jeunes enfants. In: Essais de psychanalyse. 1926.
60. Saint-André S, Richard Y, Doukouré M, Caraes P, Porchel G, Lazartigues A. Activités à médiation : de l'occupationnel au thérapeutique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 mai 2011;59(3):169-75.
61. Catheline N. Quand penser devient douloureux. *Psychiatr Enfant.* 2001;44(1):169-210.
62. Leymarie J-P, Péron P. cattr Escapa, un centre thérapeutique pour adolescents. *Empan.* 28 mai 2008;(69):126-35.
63. Jeammet P. Les destins de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1990;38(4-5):190-9.
64. Piaget. De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent. 1955;
65. Cahn R. Adolescence et folie. Paris: PUF; 1991.
66. Mijolla-Mellor. Plaisir et inhibition de pensée. Communication aux IXe Journées des amis du centre Claude-Bernard (le 18 novembre 1998). *Rev Amis Cent Claude-Bernard.* 1998;(9):1-6.
67. Catheline N, Battista M, Guelfi J. Difficultés d'accès à la pensée abstraite : narcissisme et échec scolaire à l'adolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1997;45:405-8.
68. Chouvier B. Créativité et médiations. In: Groupe, contenance et créativité. ERES; 2011. p. 69-82.
69. Winnicott D. Jouer. L'activité créative et la quête du soi. In: *Jeu et réalité.* Gallimard; 1971.
70. Winnicott D. Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. In: *Jeu et réalité.* Paris: Gallimard; 1970.
71. Roussillon R. Une métapsychologie de la médiation et du médium malléable. In: *Manuel des médiations thérapeutiques.* Paris: Dunod; 2013. p. 41-69.
72. Rabeyron T. Médiations thérapeutiques et processus de symbolisation : de l'expérience sensible à la modélisation. *L'évolution Psychiatr.* 2017;
73. Roussillon R. L'associativité. *Libr Cah Pour Psychanal.* 2009;20(2):19-35.
74. Roussillon R. L'associativité polymorphique et les extensions de la psychanalyse. *Carnet PSY.* 2012;162(4):27-31.
75. Rabeyron T. Associativité, symbolisation et entropie : propositions théoriques et cliniques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 oct 2015;173(8):649-58.
76. Brun A. Médiation thérapeutique picturale et associativité formelle dans les dispositifs pour enfants avec troubles envahissants du développement. *Psychiatr Enfant.* 2014;57(2):437-64.
77. Winnicott D. La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques. Gallimard; 1989.

78. Brun A. Chapitre 6 - Médiation picturale , émergence de la figuration humaine et constitution des qualités plastiques de l'enveloppe psychique. In: Médiations thérapeutiques et psychose infantile. Paris: Dunod; 2014. p. 24.
79. Botella. Notes cliniques sur la figurabilité et l'interprétation. Rev Fr Psychanal. 1983;
80. Picard C. Contes et thérapie. Dialogue. 2002;(2):15-22.
81. Kaës R. L'Appareil psychique groupal. 3<sup>e</sup> éd. Paris: Dunod; 2010.
82. Brun A. Spécificités du transfert dans les médiations thérapeutiques. In: Manuel des médiations thérapeutiques. Paris: Dunod; 2013. p. 159-87.
83. Winnicott D. Jeu et réalité. 1971.
84. Brun A. Introduction. In: Evaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques. Paris: Dunod; 2016.
85. Rabeyron, Saumon O, Carasco E, Bonnot O. Médiations thérapeutiques, évaluation des processus et troubles autistiques: l'exemple de la médiation musicothérapique. In: Evaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques,. 2016. p. 441-65.
86. Jeu. In: Larousse. 2018.
87. Huizinga J. Homo ludens. Essai sur la fonction sociale du jeu. Paris: Gallimard; 1951.
88. Piaget J. Le jeu et la formation du symbole chez l'enfant. 1945.
89. Bellinson J. Games children play: board games in psychodynamic psychotherapy. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. avr 2013;22(2):283-93.
90. Freud S. Au delà du principe de plaisir. 1920.
91. Lebovici S, Diatkine R. Fonction et signification du jeu chez l'enfant. Psychiatr Enfant. 1962;5(1).
92. Freud A. Le normal et le pathologique chez l'enfant : estimations du développement. 1978.
93. Winnicott D. Jouer. Proposition théorique. In: Jeu et réalité. Gallimard; 1971. p. 84-107.
94. Catheline N, Marcelli D. 1. La médiation éclairée par les travaux de D.W. Winnicott. In: Ces adolescents qui évitent de penser Pour une théorie du soin avec médiation. Toulouse: ERES; 2011. p. 21-42.
95. Klein M. Colloque sur l'analyse des enfants. In: Essais de psychanalyse. 1927.
96. Freud A. The psycho-analytic treatment of children. 1946.
97. Winnicott D. La consultation thérapeutique et l'enfant. Gallimard; 1972.
98. Soule M, Diatkine R, Lebovici S. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent. PUF; 2004.



99. Moraël J. 9. Du jeu libre au jeu de société créé en psychothérapie de groupe pour adolescents. In: L'adolescent entre art, marge et culture. ERES; 2014.
100. Bartle R. Hearts, clubs, diamonds, spades: Players who suit MUDs. *J MUD Res.* 1996;1(1):19.
101. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. 5<sup>e</sup> éd. 2013.
102. Przybylski AK, Weinstein N, Murayama K. Internet Gaming Disorder: Investigating the Clinical Relevance of a New Phenomenon. *Am J Psychiatry.* 4 nov 2016;174(3):230-6.
103. Deleuze J, Long J, Liu T-Q, Maurage P, Billieux J. Passion or addiction? Correlates of healthy versus problematic use of videogames in a sample of French-speaking regular players. *Addict Behav.* 1 juill 2018;82:114-21.
104. Stora M. Ico, conte de fée interactif : histoire d'un atelier jeu vidéo. *L'Autre.* 2006;7(2):215-30.
105. Allen JJ, Anderson CA. Satisfaction and frustration of basic psychological needs in the real world and in video games predict internet gaming disorder scores and well-being. *Comput Hum Behav.* 1 juill 2018;84:220-9.
106. Taquet P, Romo L, Cottencin O, Ortiz D, Hautekeete M. Video Game Addiction: Cognitive, emotional, and behavioral determinants for CBT treatment. *J Thérapie Comport Cogn.* 1 sept 2017;27(3):118-28.
107. Weinstein N, Przybylski AK, Murayama K. A prospective study of the motivational and health dynamics of Internet Gaming Disorder. *PeerJ.* 29 sept 2017;5:e3838.
108. Jeammet P. Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence. *Psychothérapies.* 2002;22(2):77-87.
109. Winnicott D. La théorie de la relation parent-nourrisson. In: De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot; 1960.
110. Freud S. Psychopathologie de la vie quotidienne. 1901.
111. Bettelheim B. Psychanalyse des contes de fées. Laffont; 1976.
112. Lafforgue P. Petit Poucet deviendra grand. 1995.
113. Hendrickx M. Petit traité d'horreur fantastique, à l'usage des adultes qui soignent des ados. Toulouse: Érès éditions; 2012. 164 p. (La vie de l'enfant).
114. Klein M. La personnification dans le jeu des enfants. In: Essais de psychanalyse. 1929. p. 242-53.
115. Lebovici S. Le mandat transgénérationnel. *Psychiatr Fr.* 1998;29(3):7-15.
116. Winnicott D. La tendance antisociale. In: De la pédiatrie à la psychanalyse. 1956. p. 175-84.
117. Klein M. Mourning and its relation to manic-depressive states. *Int J Psychoanal.* 1940;21:125.

118. Racamier P-C. L'inceste et l'incestuel. Paris: Dunod; 1995.
119. McGorry PD, McFarlane C, Patton GC, Bell R, Hibbert ME, Jackson HJ, et al. The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey. *Acta Psychiatr Scand.* 1 oct 1995;92(4):241-9.
120. Yung AR, McGorry PD. The Prodromal Phase of First-episode Psychosis: Past and Current Conceptualizations. *Schizophr Bull.* 1 janv 1996;22(2):353-70.
121. Botbol M, Jardri R, Barrère Y, Speranza M. Psychoses à l'adolescence. *EMC - Psychiatr.* 19 déc 2014;
122. Houchi H, Pierrefiche O, Naassila M, Daoust M. Effets de l'alcoolisation pendant la grossesse. *Cah Nutr Diététique.* 1 avr 2015;50(2):103-8.
123. Bellinson J. Groupies : the use of board games in groupe therapy. In: *Children's use of board games in psychotherapy.* Jason Aronson; 2002.

# Annexes

## Annexe 1 : Les Loups-garous de Thiercelieux ® : extrait de la règle du jeu

### Règles du jeu de base les Loups-Garous de Thiercelieux

un jeu de Philippe des Pallières & Hervé Marly  
Illustré par Alexis Toyas

**D**ans "l'Est sauvage", le petit hameau de Thiercelieux est depuis peu devenu la proie des Loups-Garous. Des meurtres sont commis chaque nuit par certains habitants du village, devenus Lycanthropes à cause d'un phénomène mystérieux ... Les Villageois doivent se ressaisir pour éradiquer ce nouveau fléau venu du fond des âges, avant que le hameau ne perde ses derniers habitants.

*Philippe & Hervé.*

Vous connaissez les règles du jeu de base "les Loups-Garous de Thiercelieux" ?  
Rendez vous p.6 pour découvrir les règles de "Le Village".

#### La Voyante



Chaque nuit, elle découvre la vraie personnalité d'un joueur de son choix. Elle doit aider les autres Villageois, mais rester discrète pour ne pas être démasquée par les Loups-Garous.

#### Les LOUPS-GAROUS



Chaque nuit, ils dévorent un Villageois. Le jour, ils essaient de masquer leur identité nocturne pour échapper à la vindicte populaire. Ils sont 1 à 6 suivant le nombre de joueurs et les variantes appliquées. (Voir notre extension numéro 1 "Nouvelle Lune").

En aucun cas un Loup-Garou ne peut dévorer un autre Loup-Garou.

#### La Voyante



Chaque nuit, elle découvre la vraie personnalité d'un joueur de son choix. Elle doit aider les autres Villageois, mais rester discrète pour ne pas être démasquée par les Loups-Garous.

#### Cupidon



En décochant ses célèbres flèches magiques, Cupidon a le pouvoir de rendre 2 personnes amoureuses à jamais.

La première nuit (tour préliminaire), il désigne les 2 joueurs (ou joueuses ou 1 joueur et 1 joueuse) amoureux. Cupidon peut, s'il le veut, se désigner comme l'un des deux Amoureux.

Si l'un des Amoureux est éliminé, l'autre meurt de chagrin immédiatement. Un Amoureux ne doit jamais voter contre son aimé, ni lui porter aucun préjudice (même pour faire semblant !).

Attention : si l'un des deux Amoureux est un Loup-Garou et l'autre un Villageois, le but de la partie change pour eux. Pour vivre en paix leur amour et gagner la partie, ils doivent éliminer tous les autres joueurs, Loups-Garous et Villageois, en respectant les règles de jeu.

#### Matériel

24 cartes à détacher des planches carton

 4 cartes Loup-Garou	 13 cartes Simple Villageois	 1 Voyante
 1 Voleur	 1 Cupidon	 1 Chasseur
 1 Sorcière	 1 Petite Fille	 1 Capitaine

#### Les VILLAGEOIS

(fous ceux qui ne sont pas Loups-Garous)



Chaque nuit, l'un d'entre eux est dévoré par les Loups-Garous. Ce joueur est éliminé du jeu. Les Villageois survivants se réunissent le lendemain matin et essaient de remarquer, chez les autres joueurs, les signes qui trahiraient leur identité nocturne de mangeur d'homme. Après discussions, ils votent contre un suspect qui sera éliminé du jeu, jusqu'à la prochaine partie...

#### La Sorcière



Elle sait concocter 2 potions extrêmement puissantes :

- une potion de guérison, pour ressusciter le joueur tué par les Loups-Garous,
- une potion d'empoisonnement, utilisée la nuit pour éliminer un joueur.

La Sorcière doit utiliser chaque potion 1 seule fois dans la partie. Elle peut se servir de ses 2 potions la même nuit. Le matin suivant l'usage de ce pouvoir, il pourra donc y avoir soit 0 mort, 1 mort ou 2 morts.

La Sorcière peut utiliser les potions à son profit, et donc se guérir elle-même si elle vient d'être attaquée par les Loups-Garous.

#### But du jeu

- Pour les Villageois : éliminer les Loups-Garous.
- Pour les Loups-Garous : éliminer les Villageois.

#### Le Simple Villageois



Il n'a aucune compétence particulière. Ses seules armes sont la capacité d'analyse des comportements pour identifier les Loups-Garous, et la force de conviction pour empêcher l'exécution de l'innocent qu'il est.

211

### Le Chasseur



S'il se fait dévorer par les Loups-Garous ou exécuter malencontreusement par les joueurs, le Chasseur doit répliquer avant de rendre l'âme, en éliminant immédiatement n'importe quel autre joueur de son choix.

### La Petite Fille



La Petite Fille peut, en entrouvrant les yeux, espionner les Loups-Garous pendant leur réveil. Si elle se fait surprendre par un des Loups-Garous, elle pourra être dévorée immédiatement (en silence), à la place de la victime désignée.

La Petite Fille ne peut espionner que la nuit, durant le tour d'éveil des Loups-Garous. Elle n'a pas le droit de se faire passer pour un Loup-Garou et d'ouvrir grand les yeux.

### Le Voleur



Si on veut jouer le Voleur, il faut ajouter 2 cartes Simples Villageois en plus de toutes celles déjà choisies. Après la distribution, les 2 cartes non distribuées sont placées au centre de la table faces cachées.

La première nuit, le Voleur pourra prendre connaissance de ces 2 cartes et échanger sa carte contre une des 2 autres.

Si ces cartes sont deux Loups-Garous, il est obligé d'échanger sa carte contre un des deux Loups-Garous.

Il jouera désormais ce personnage jusqu'à la fin de la partie.

[www.loups-garous.com](http://www.loups-garous.com)

le forum • le livre d'or • des conseils • des aides de jeu

### Le Capitaine



Cette carte est confiée à un des joueurs, en plus de sa carte personnage. Le Capitaine est élu par vote, à la majorité relative. On ne peut refuser l'honneur d'être Capitaine.

Dorénavant, les votes de ce joueur comptent pour 2 voix.

Si ce joueur se fait éliminer, dans son dernier souffle il désigne son successeur.

### Distribution simplifiée



2 Loups-Garous ou plus selon le nombre de joueurs (voir tableau ci-dessous)



la Voyante



les Simples Villageois en nombre suffisant.

Nombre de joueurs (sauf le meneur)



8	2	1	5
9	2	1	6
10	2	1	7
11	2	1	8
12	3	1	8
13	3	1	9
14	3	1	10
15	3	1	11
16	3	1	12
17	3	1	13
18	3	1	14

### MISE EN PLACE

• Les joueurs désignent ou tirent au sort un meneur de jeu qui ne joue pas, mais dirige la partie. Pour les premières parties, quelqu'un qui connaît bien le jeu ou celui qui a déchiffré la règle ou un habile meneur de groupe sera le plus à même de restituer la meilleure ambiance.

(Pour plus de conseils au meneur surfez sur [www.loups-garous.com](http://www.loups-garous.com)).

• Le meneur de jeu distribue à chaque joueur 1 carte personnage face cachée. Chaque joueur regarde discrètement son personnage, puis repose sa carte face cachée devant lui.

### TOURS DE JEU

#### TOUR DE DÉMARRAGE

(sauf parties simplifiées)

• Le meneur endort le village.

Le meneur dit :

" C'est la nuit, tout le village s'endort,

les joueurs ferment les yeux ". Tous les joueurs baissent la tête et ferment les yeux. Puis selon le choix des personnages en jeu, le meneur appelle les différents personnages.

• Le meneur appelle le Voleur.



Le meneur dit :

"le Voleur se réveille !"

Le joueur qui possède la carte Voleur ouvre les yeux et regarde discrètement les deux cartes cachées au milieu, puis change éventuellement de personnage. Le meneur dit "Le Voleur se rendort". Le Voleur referme les yeux.

• Le meneur appelle Cupidon.



Le meneur dit :

"Cupidon se réveille !"

Cupidon ouvre les yeux et désigne deux joueurs (dont éventuellement lui-même).

Le meneur fait le tour de la table et touche discrètement le dos des deux Amoureux. Le meneur dit : "Cupidon se rendort". Cupidon referme les yeux.

• Le meneur appelle les Amoureux.

Le meneur dit "les Amoureux se réveillent, se reconnaissent, et se rendorment !"

Ils ne se montrent pas leur carte de sorte que chacun ignore la véritable personnalité de l'être aimé. Puis le meneur suit le tour normal.

### TOUR NORMAL

Il varie selon le choix des personnages en jeu et leur survie dans la partie, mais les personnages sont toujours appelés dans l'ordre suivant :

### 1 - Le meneur appelle la **Voyante**.



Le meneur dit :  
"La Voyante se réveille, et désigne un joueur dont elle veut sonder la véritable personnalité !".

Le meneur montre à la Voyante la face cachée de la carte du joueur que la Voyante a désigné. Le meneur dit :  
"La Voyante se rendort".  
La Voyante referme les yeux.

### 2 - Le meneur appelle les **Loups-Garous**.



Le meneur dit :  
"les Loups-Garous se réveillent, se reconnaissent et désignent une nouvelle victime !!!".

Les Loups-Garous (et eux seulement) lèvent la tête, **ouvrent les yeux**, se concertent silencieusement et **désignent** une victime.

Durant ce tour, la Petite Fille peut **espionner** les Loups-Garous en entrouvrant les yeux discrètement. Elle n'y est pas obligée. Elle n'a ni le droit d'ouvrir les yeux en grand, ni le droit de se faire passer pour un Loup-Garou. Si elle se fait prendre, les Loups-Garous peuvent changer d'avis et elle est dévorée à la place de la victime éventuellement choisie.

Le meneur dit : "les Loups-Garous repus se rendorment et rêvent de prochaines victimes savoureuses !".

Les Loups-Garous ferment les yeux.

### 3 - Le meneur appelle la **Sorcière**.



Le meneur dit :  
"La Sorcière se réveille, je lui montre la victime des Loups-Garous. Va-t-elle user de sa potion de guérison, ou d'empoisonnement ?"

Le meneur montre à la Sorcière la victime des Loups-Garous.

La Sorcière n'est pas obligée d'user de son pouvoir à un tour spécifique.

Si elle utilise une potion, elle doit désigner au meneur sa cible avec le pouce tendu vers le haut pour la **guérison**, ou vers le bas pour l'**empoisonnement**.

Le meneur révélera son effet éventuel le matin suivant.

### 4 - Le meneur **réveille** tout le village.

Le meneur dit : "c'est le matin, le village se réveille, tout le monde se réveille et ouvre les yeux, tout le monde sauf ..."

Le meneur désigne alors le ou les joueurs qui ont été **victimes** des Loups-Garous ou de la Sorcière durant la nuit.

Ce ou ces joueurs révèlent leur carte car ils sont éliminés du jeu. Ils ne pourront plus communiquer avec les autres joueurs de quelque manière que ce soit.

Si un de ces joueurs est le **Chasseur**, il doit répliquer et éliminer immédiatement un autre joueur de son choix.

Si un des joueurs est un des deux **Amoureux**, l'autre Amoureux meurt de chagrin immédiatement.

Si un des joueurs est le **Capitaine**, il désigne son successeur.

### 5 - Le village **débat** des suspects.

Le meneur anime et relance les débats.

Voici des **exemples** d'indices qui peuvent laisser suspecter certains joueurs d'être Loups-Garous : un bruit suspect pendant la nuit, un comportement bizarre par rapport à un autre joueur, ou une façon de voter toujours identique de certains Villageois, un changement d'attitude du joueur...

Au cours de cette phase il ne faut pas perdre de vue que les **objectifs** de chacun sont différents :

- Chaque **Villageois** tente de **démasquer** un Loup-Garou et de faire voter contre lui.
- Les **Loups-Garous** doivent se faire passer pour des **Villageois**.
- La **Voyante** ainsi que la **Petite Fille** doivent **aider** les autres Villageois, mais sans mettre trop tôt leur vie en danger en exposant leur identité.
- Les **Amoureux** doivent se **protéger** l'un l'autre.

Chacun a le droit de se faire passer pour un autre. Cette phase est le **cœur du jeu**. Faites briller vos talents de tribun, bluffez ou dites la vérité, mais soyez toujours crédibles.

Croyez-nous, on finit toujours par se dévoiler d'une façon ou d'une autre, et les soupçons finissent toujours par tomber juste. Enfin, presque toujours !

### 6 - Le village **vote**.

Les joueurs doivent éliminer un joueur suspecté d'être un Loup-Garou.

Au signal du meneur, chaque joueur pointe son doigt dans la direction du joueur qu'il souhaite éliminer. Le joueur qui a la majorité des voix est éliminé.

La voix du **Capitaine** compte double.

En cas d'**égalité**, s'il est présent, le vote du Capitaine désigne la victime. Sinon, les joueurs votent à nouveau pour départager les *ex-aequo* (y compris les joueurs en cause).

S'il y a toujours égalité, aucun joueur n'est éliminé.

Le joueur éliminé révèle sa carte et **ne pourra plus communiquer** avec les autres joueurs d'aucune manière.

### 7 - Le village **s'endort**.

Le meneur dit : "c'est la nuit, les survivants se rendorment !", les joueurs referment les yeux. (Les joueurs éliminés se taisent, surtout quand ils découvrent qui sont vraiment les Loups-Garous...).

Le jeu reprend au début du tour, étape 1.

### CONDITIONS DE VICTOIRE

Les **Villageois** gagnent s'ils éliminent le dernier Loup-Garou.

Les **Loups-Garous** gagnent s'ils éliminent le dernier Villageois.

Cas particulier : si les Amoureux sont **1 Loup-Garou + 1 Villageois**, ils gagnent dès que tous les autres joueurs sont éliminés.



# Saboteur

## les mineurs contre-attaquent !



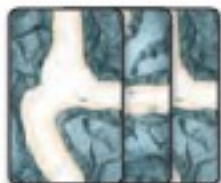
### Règle du jeu de base

3 à 10 joueurs - 30 mn - à partir de 8 ans

Si vous débutez avec Saboteur, nous vous recommandons de commencer par cette version du jeu.

### Matériel nécessaire :

44 cartes Chemin



27 cartes Action



28 cartes Or



11 cartes Rôles



7 Chercheurs d'or et  
4 Saboteurs

Attention : retirer toutes les cartes portant le symbole  qui seront utilisées dans la version avancée.

### Principe du jeu

Chacun joue soit le rôle d'un Chercheur d'or, soit le rôle d'un Saboteur qui entrave la prospection. Mais personne ne connaît le rôle des autres joueurs !

Les deux groupes s'affrontent donc sans savoir qui fait quoi. Lorsqu'arrive le partage de l'or, chacun révèle son rôle : si les Chercheurs d'or sont arrivés au trésor, ils gagnent des pépites et les Saboteurs ne gagnent rien ; mais si les prospecteurs sont bredouilles, les Saboteurs raffient le butin ! Après 3 manches, le joueur qui a gagné le plus de pépites remporte la partie.

### Préparation du jeu

Les cartes Or, Rôle, Chemin et Action, sont triées en 3 paquets distincts (CF. dos des cartes).

On utilise un nombre différent de Chercheurs et de Saboteurs en fonction du nombre de joueurs :

- à 3 joueurs : 1 Saboteur et 3 Chercheurs
- à 4 joueurs : 1 Saboteur et 4 Chercheurs
- à 5 joueurs : 2 Saboteurs et 4 Chercheurs
- à 6 joueurs : 2 Saboteurs et 5 Chercheurs
- à 7 joueurs : 3 Saboteurs et 5 Chercheurs
- à 8 joueurs : 3 Saboteurs et 6 Chercheurs
- à 9 joueurs : 3 Saboteurs et 7 Chercheurs
- à 10 joueurs : toutes les cartes Rôle (4 Saboteurs et 7 Chercheurs).

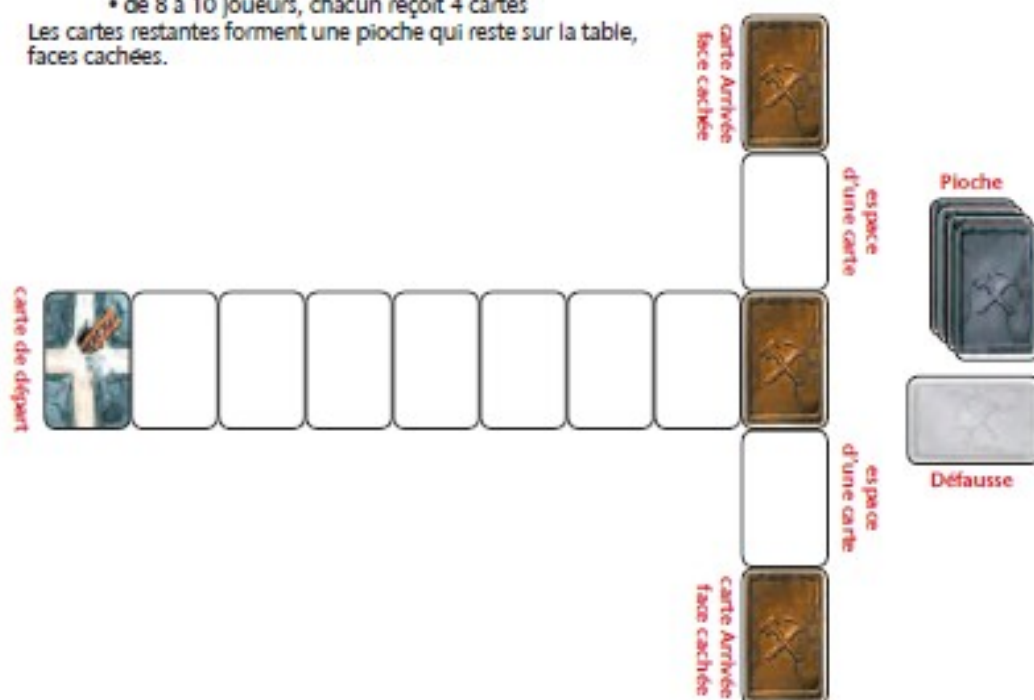
Les cartes non utilisées sont remises dans la boîte.

Les cartes Chercheurs et Saboteurs sont mélangées et distribuées, faces cachées, aux joueurs. Chaque joueur reçoit une carte qu'il regarde et repose devant lui, sans dévoiler quel est son rôle pour cette manche. La carte non utilisée est écartée, face cachée. Les rôles ne seront révélés qu'à la fin de la manche.

Parmi les 44 cartes Chemin, il y a une carte de départ (sur laquelle on peut voir une échelle) et 3 cartes Arrivée (dos marron). Sur une carte Arrivée on peut voir un trésor, sur les deux autres ce sont des pierres. Les cartes Arrivée sont mélangées et posées faces cachées sur la table. On pose ensuite la carte de départ en respectant le schéma ci-après. Au cours de la partie, un labyrinthe va se constituer à partir de la carte de départ. Les cartes Chemin pourront alors être posées au-delà des limites du schéma. Les 40 autres cartes Chemin et toutes les cartes Action sont mélangées et on les distribue :

- de 3 à 5 joueurs, chaque joueur reçoit 6 cartes.
- de 6 à 7 joueurs, chacun reçoit 5 cartes.
- de 8 à 10 joueurs, chacun reçoit 4 cartes.

Les cartes restantes forment une pioche qui reste sur la table, faces cachées.



Les cartes Or sont également mélangées et forment une autre pioche, faces cachées.

Le plus jeune joueur commence et la partie se poursuivra ensuite dans le sens des aiguilles d'une montre.

## Déroulement du jeu

Le joueur dont c'est le tour doit poser une carte :

- soit une carte Chemin dans le labyrinthe ;
- soit une carte Action devant lui ou en face d'un adversaire ;
- soit il passe et se défausse d'une carte, face cachée, à côté de la pioche.

Ensuite, le joueur doit piocher une carte pour compléter sa main : son tour est terminé et passe au suivant.

Lorsque la pioche est épuisée, on ne prend plus de carte à la fin de son tour.

## Jouer une carte Chemin



A l'aide de ses cartes, on va créer un chemin entre la carte de Départ et les cartes Arrivée. Une carte Chemin doit être posée à côté d'une autre carte Chemin. De plus, tous les chemins doivent se connecter à la carte adjacente et les cartes Chemin doivent toujours être posées dans le même sens. Les Chercheurs d'or tentent de créer une liaison ininterrompue entre la carte de Départ et une carte Arrivée. Les Saboteurs tentent de les en empêcher. Ils ne doivent cependant pas le faire de manière trop évidente pour ne pas être démasqués !

## Jouer une carte Action

Les cartes Action sont posées, face visible, devant un joueur. On peut poser devant soi ou devant un adversaire. Grâce aux cartes Action, les joueurs peuvent s'aider ou se gêner les uns les autres, retirer des cartes du labyrinthe ou obtenir des informations sur les cartes Arrivée.



Si l'une de ces 3 cartes **Outil Brisé** est posée devant un adversaire, celui-ci ne peut plus poser de cartes Chemin tant que cette carte reste devant lui. Il lui est néanmoins toujours possible de jouer une carte Action ou de passer. Il ne peut y avoir, au maximum, que 3 cartes devant un même joueur, et qu'une seule carte du même type. Un joueur ne peut poser une carte Chemin dans le labyrinthe que si, au début de son tour, il n'y a aucune carte de ce genre devant lui.



Ces 3 cartes permettent de **réparer** les cartes outil brisé qui se trouvent devant un joueur. Elles doivent être jouées sur une carte qui se trouve devant soi ou devant un adversaire. Dans les deux cas, les deux cartes sont ensuite posées sur la pile de défausse. On ne peut retirer une carte qu'à l'aide d'une carte de même type : par exemple, un wagonnet defectueux ne peut être écarté qu'à l'aide d'un wagonnet en bon état.



Il existe aussi des cartes avec 2 objets. Lorsqu'une telle carte est jouée, elle permet de réparer l'un des deux objets indiqués.



Cette carte «**éboulement**» permet de retirer du labyrinthe une carte Chemin de son choix, à l'exception de la carte Départ ou d'une carte Arrivée ; la carte retirée et la carte éboulement vont sur la pile de défausse.

Avec cette carte, un Saboteur peut par exemple couper une liaison avec la carte de Départ. Autre exemple: un Chercheur d'or peut retirer du labyrinthe une carte Chemin avec un cul-de-sac. Les trous ainsi formés pourront ensuite être à nouveau remplis à l'aide de cartes Chemins appropriées.

*Attention, il est impossible de poursuivre un chemin qui n'est plus relié à la carte de départ : il faut d'abord réparer la galerie avant de poursuivre vers une arrivée.*



La carte «**plan secret**» permet à celui qui la joue de prendre connaissance de l'une des 3 cartes Arrivée : il la regarde secrètement puis la remet à sa place et défausse ensuite la carte « plan secret ».

## Passer son tour

Si un joueur ne veut pas ou ne peut pas poser de carte, il passe : il défausse une carte sur la pile appropriée, face cachée, sans la montrer à quiconque.

Si un joueur n'a plus aucune carte en main, il est obligé de passer son tour.



## Fin d'une manche



Lorsqu'un joueur réalise un chemin continu entre la carte Départ et une carte Arrivée, il retourne cette dernière.

- s'il s'agit d'une carte Arrivée avec des pierres, la manche se poursuit. La carte Arrivée retournée est laissée face visible, de manière à ce que les chemins de cette carte soient connectés à ceux de la dernière carte posée.
- s'il s'agit de la carte Arrivée avec le trésor, la manche est terminée.

**Attention :** lorsqu'on retourne une carte Arrivée, il arrive parfois qu'on ne puisse la connecter aux chemins voisins: contrairement aux règles de pose normales, cela est autorisé et elle reste en place.

La manche prend fin également lorsque tous les joueurs ont épuisé leurs cartes en main. Les cartes de rôle sont alors retournées : qui était Chercheur d'or et qui était Saboteur ?

## Partage du trésor

**Les Chercheurs d'or ont gagné** si le chemin est ininterrompu entre la carte de Départ et la carte Arrivée avec le trésor. On pioche alors autant de cartes Or qu'il y a de joueurs autour de la table. Par exemple, s'il y a 5 joueurs, on pioche 5 cartes Or. Ces cartes ont une valeur de 1, 2 ou 3 pépites. Le joueur qui a atteint le trésor prend toutes les cartes Or à répartir et en choisit une ; bien sûr, il prendra la plus forte valeur possible. Il passe ensuite les cartes restantes au prochain Chercheur (pas au Saboteur), dans le sens inverse des aiguilles d'une montre, qui choisit à son tour une carte, et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les cartes Or aient été récupérées. Lors de ce partage, certains Chercheurs peuvent donc récolter plus de cartes Or que d'autres.

**Attention :** si on joue à 10, on ne pioche que neuf cartes Or. A 3 ou 4 joueurs, il peut arriver qu'il n'y ait pas de Saboteur : dans ce cas, si les Chercheurs ne trouvent pas le trésor, personne ne gagne la moindre pépite !

**Les Saboteurs ont gagné** si la carte Arrivée sur laquelle figure le trésor n'est pas atteinte. S'il n'y a qu'un seul Saboteur, il reçoit des cartes Or pour une valeur de 4 pépites. S'il y a 2 ou 3 Saboteurs, chacun d'entre eux en reçoit pour une valeur de 3 pépites. Et s'il y a 4 Saboteurs, ils reçoivent chacun 2 pépites. Les joueurs conservent ensuite secrètement leurs cartes Or pendant les manches suivantes, jusqu'à la fin de la partie.

## Deuxième et troisième manches.

Lorsque les cartes Or ont été réparties, une nouvelle manche commence (se reporter au chapitre « Préparation du jeu »). Le joueur assis à la gauche de celui qui a joué la dernière carte de la manche précédente commence la nouvelle manche.

## Fin de partie

La partie se termine après la troisième manche. Les joueurs totalisent alors les pépites de leurs cartes Or : celui qui en a le plus l'emporte. Si plusieurs en ont un même nombre, ils gagnent ensemble.

## Conseils :

Même si vous gagnez plus d'or en arrivant en premier, n'oubliez pas que Saboteur est un jeu de coopération ! Il est souvent plus avantageux de réparer les outils brisés de vos camarades que de garder ces cartes. Naturellement il faut être sûr de ses camarades...

Pour les Saboteurs : ne révélez pas votre identité en jouant des culs-de-sacs trop tôt. Plus vous attendez, plus le suspense sera intense !

# BANG!®

Pour 4-7 joueurs à partir de 8 ans

**BANG!** recrée les fusillades des westerns spaghetti et fait s'affronter un groupe de Hors-la-loi et un Shérif, qui est leur cible principale. Les Adjointes tentent d'aider le Shérif incognito, mais il existe aussi un Renégat qui poursuit ses propres objectifs ! Dans **BANG!**, chaque joueur interprète l'un de ces rôles et représente un personnage inspiré par les légendes du Far West.

## CONTENU

- 7 cartes « rôle » : 1 Shérif, 2 Adjointes, 3 Hors-la-loi, 1 Renégat ;

- 16 cartes de personnages ;



- 7 cartes de résumé des règles ;



- 80 cartes de jeu ;



- 7 cartons de jeu ;



- 30 balles ;



- Ce livret de règles du jeu.

## BUT DU JEU

Chaque joueur a un but spécifique :



Le *Shérif* doit éliminer tous les *Hors-la-loi* et le *Renégat* pour faire régner la loi et l'ordre.



Les *Hors-la-loi* ont envie de tuer le *Shérif*, mais ils n'ont aucun scrupule à s'entretuer pour ramasser les récompenses !



Les *Adjointes* aident et protègent le *Shérif*. Ils ont le même but que lui et ils l'accompliront coûte que coûte !



Le *Renégat* veut prendre la place du *Shérif* : son but est d'être le dernier personnage en jeu.

**AUTEUR : Nom : VILLERMAUX Prénom : Françoise**

**Date de Soutenance : 10 octobre 2018**

**Titre de la Thèse : Activités thérapeutiques à médiation en psychiatrie infanto-juvénile : aspects théoriques et cliniques.**

**Thèse - Médecine - Lille 2018**

**Cadre de classement : Psychiatrie**

**DES + spécialité : DES Psychiatrie**

**Mots-clés : médiation thérapeutique, groupe thérapeutique, jeu, pédopsychiatrie**

**Résumé :**

Les activités thérapeutiques à médiation constituent une modalité de soin actuellement très répandue en psychiatrie infanto-juvénile. Ce terme recouvre des pratiques hétérogènes en terme de référentiel théorique comme de cadre-dispositif, et l'utilisation d'un médiateur est insuffisante pour définir un soin à médiation à valence psychothérapeutique. Dans une activité bien menée avec un cadre-dispositif adapté, le médiateur peut remplir différentes fonctions, rattachables à des étapes du développement psycho-affectif de l'enfant.

Le jeu, activité principale de l'enfant, est un des tout premiers médiateurs à avoir été utilisé en pratique clinique en pédopsychiatrie, mais le jeu structuré en particulier a été relativement peu étudié. C'est avec un double objectif que nous présentons une expérience clinique d'activité « jeux de société » auprès d'un groupe d'adolescents : nous cherchons à dégager les conditions pour qu'une activité à médiation en groupe puisse être thérapeutique, ainsi que les propriétés de ce médiateur particulier qu'est le jeu structuré.

**Composition du Jury**

**Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN  
Monsieur le Professeur Renaud JARDRI  
Monsieur le Docteur François MEDJKANE  
Monsieur le Docteur Thomas HENNIAUX**