

# **Université de Nantes**

Unité de Formation et de Recherche - « Médecine et Techniques médicales »

Année Universitaire 2014/2015

## **Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste**

Présenté par **Hélène GUÉGAN**

Née le 14/01/1991

**Intérêts d'un atelier conte  
proposé en hôpital de jour  
à de jeunes patientes anorexiques :  
Etude de 5 cas**

*Président du Jury* : Monsieur **LELOUP Jean-Pierre**, Psychomotricien, chargé de cours à l'Ecole d'Orthophonie de Nantes.

*Directeur du Mémoire* : Monsieur **ZULIANI Éric**, Enseignant associé à temps partiel (PAST).

*Membre du Jury* : Madame **BEAUPARLANT Anne-Christelle**, Orthophoniste.

*"Par délibération du Conseil en date du 7 mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation".*

## REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire.

Je remercie les trois membres de ce jury, **Monsieur Éric Zuliani, Monsieur Jean-Pierre Leloup et Madame Anne-Christelle Beauparlant**, pour l'intérêt qu'ils ont porté à ce travail.

Je remercie **l'équipe pluri-disciplinaire** de l'hôpital de jour pour leur accueil.

Je remercie **les maîtres de stage** qui m'ont encadrée cette année. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir confié vos patients.

Je remercie **les patients**, petits et grands, que j'ai rencontrés tout au long de mon cursus et dont j'ai beaucoup appris.

Je souhaite remercier **ma famille et mes amis** pour leur présence et leur soutien tout au long de l'année.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>8</b>
<b>PRESUPPOSES THEORIQUES.....</b>	<b>10</b>
<b>CHAPITRE 1. LE PASSAGE DE L'ENFANCE A L'ADOLESCENCE : UNE PERIODE SENSIBLE.....</b>	<b>11</b>
<b>1. Les modèles de compréhension de l'adolescence.....</b>	<b>11</b>
1.1 Généralités.....	11
1.1.1 <i>L'adolescence</i> .....	11
1.1.2 <i>L'entrée dans l'adolescence par la puberté</i> .....	11
1.2 L'apport de la théorie psychanalytique.....	12
1.2.1 <i>La suprématie du génital</i> .....	12
1.2.2 <i>Le choix d'objet</i> .....	13
1.2.3 <i>Un après-coup du stade du miroir</i> .....	14
1.2.4 <i>Une seconde phase de séparation-individuation</i> .....	15
<b>2. Le normal et le pathologique à l'adolescence.....</b>	<b>15</b>
2.1 Crise et rupture à l'adolescence.....	15
2.1.1 <i>Le travail du deuil à l'adolescence</i> .....	15
2.1.2 <i>Les conduites à risques</i> .....	16
2.2 Définition des concepts de normal et de pathologique.....	16
<b>CHAPITRE 2. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE.....</b>	<b>18</b>
<b>1. Rappels théoriques sur l'alimentation.....</b>	<b>18</b>
1.1. Les phases du développement du comportement alimentaire.....	18
1.2 La bouche du tout-petit, entre alimentation et interaction avec la mère.....	21
1.3 La valeur symbolique de la nourriture.....	22
<b>2. Les troubles du comportement alimentaire.....</b>	<b>23</b>
2.1 Classification des troubles du comportement alimentaire.....	23
2.2 Clinique de l'anorexie mentale.....	27
2.2.1 <i>Historique</i> .....	27
2.2.2 <i>L'entrée dans la pathologie anorexique</i> .....	27
2.2.3 <i>Le corps dans l'anorexie</i> .....	29
2.2.4 <i>Le fonctionnement cognitif dans l'anorexie</i> .....	29
2.2.5 <i>L'anorexie : un symptôme adressé à l'autre</i> .....	30
2.3 Traitements et évolution.....	31
<b>3. La jeune anorexique et son environnement.....</b>	<b>34</b>
3.1 L'adolescente anorexique et sa famille.....	34
3.2 Anorexie et scolarité.....	35

<b>CHAPITRE 3. LE GROUPE</b> .....	36
<b>1. Les théories sur le groupe</b> .....	36
1.1 Qu'est-ce qu'un groupe ?.....	36
1.2 L'approche philosophique et littéraire des groupes.....	37
1.2.1 C. Fourier.....	37
1.2.2 E. Durkheim.....	37
1.2.3 J.-P. Sartre.....	38
1.3 L'approche psychosociale.....	38
1.3.1 K. Lewin et la dynamique de groupe.....	38
1.3.2 J.-L. Moreno et le psychodrame.....	39
1.3.3 C. Rogers et la non directivité.....	39
1.4 La théorie psychanalytique des groupes.....	39
1.4.1 S. Freud et l'appareil psychique.....	39
1.4.2 L'apport de W. Bion.....	40
1.4.3 D. Anzieu et les cinq organisateurs psychiques.....	41
1.4.4 R. Kaës et l'appareil psychique groupal.....	44
1.5 L'approche linguistique et pragmatique.....	44
<b>2. Ce qui fait soin dans le groupe</b> .....	46
2.1 Le cadre du groupe.....	46
2.1.1 Le cadre : définition.....	46
2.1.2 La mise en place du cadre.....	46
2.1.3 Les fonctions du cadre.....	47
2.2 Le rôle des encadrants.....	48
2.2.1 Le rôle du soignant dans le groupe.....	48
2.2.2 Les compétences de l'animateur de groupe.....	48
2.2.3 La co-thérapie : intérêts et limites.....	49
2.3 La médiation au sein du groupe.....	50
2.3.1 Qu'est-ce qu'une médiation ?.....	50
2.3.2 Historique de la médiation dans le soin.....	51
2.3.3 Les fonctions de la médiation.....	51
2.4. Les phénomènes psychiques à l'oeuvre dans le groupe.....	52
2.4.1. Identification.....	52
2.4.2. Transfert et contre-transfert.....	52
2.4.3 Fantômes et angoisses archaïques.....	53
2.5 L'effet thérapeutique du groupe.....	54
<b>CHAPITRE 4. LE CONTE</b> .....	55
<b>1. Généralités</b> .....	55
1.1 Définition.....	55
1.2 Origine du conte.....	57
<b>2. Travaux et études portant sur le conte</b> .....	57
2.1 Les travaux des folkloristes.....	57
2.2 L'approche structuraliste.....	58
2.3 Le conte du point de vue de la psychanalyse.....	59
<b>3. Le conte et son usage thérapeutique</b> .....	61
3.1 Intérêt du conte dans la pratique orthophonique.....	61

3.1.1	<i>La fonction contenante du conte</i> .....	61
3.1.2	<i>Le conte, un espace transitionnel</i> .....	62
3.1.3	<i>Un canal de réception du langage</i> .....	62
3.1.4	<i>Le conte permet la structuration de la pensée</i> .....	63
3.1.5	<i>La temporalité du conte</i> .....	63
3.2	<i>Le conte comme médiation thérapeutique utilisée dans le groupe</i> .....	64
3.2.1	<i>Conditions nécessaires à la narration du conte</i> .....	64
3.2.2	<i>Intérêt du conte en groupe thérapeutique</i> .....	65
3.3	<i>L'écriture : une autre médiation utilisée</i> .....	66
3.3.1	<i>Ecrire : entre risque et angoisse</i> .....	66
3.3.2	<i>Le temps : une contrainte dans l'acte d'écriture</i> .....	67
3.3.3	<i>Intérêt de l'écriture</i> .....	67
 <b>PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES</b> .....		 69
 <b>DEMARCHE EXPERIMENTALE</b> .....		 73
<b>1. Une approche qualitative de l'observation de groupe</b> .....		74
<b>2. Population et critères d'inclusion et d'exclusion</b> .....		74
<b>3. Choix des outils</b> .....		74
3.1	<i>Elaboration d'une grille d'observation</i> .....	74
3.2	<i>Construction d'une grille d'analyse de contenu</i> .....	76
3.3	<i>Questionnaire et entretiens avec les professionnels</i> .....	77
 <b>PARTIE METHODOLOGIQUE</b> .....		 78
<b>1. Présentation de la structure : terrain d'observation et lieu de stage</b> .....		79
<b>2. Présentation de l'atelier conte</b> .....		80
2.1	<i>Historique</i> .....	80
2.2	<i>Indications</i> .....	80
2.3	<i>Le cadre de l'atelier conte</i> .....	81
2.3.1	<i>L'espace-temps de l'atelier</i> .....	81
2.3.2	<i>La co-animation : association de l'orthophonie à l'ergothérapie</i> .....	82
2.3.3	<i>Le groupe ouvert et sa taille</i> .....	85
2.3.4	<i>Le choix des contes et des consignes d'écriture</i> .....	85
2.3.5	<i>Les conditions matérielles inhérentes à l'atelier</i> .....	87
2.3.6	<i>Le déroulement d'une séance-type</i> .....	87
2.4	<i>Le fonctionnement actuel du groupe et son évolution sur l'année</i> .....	89
 <b>RESULTATS ET ANALYSES</b> .....		 92
<b>1. Etude du comportement verbal et non verbal de cinq enfants composant le groupe</b> .....		94
1.1	<i>Océane, 11 ans et demi, en 6<sup>ème</sup></i> .....	94
1.1.1	<i>Anamnèse et suivi proposé</i> .....	94
1.1.2	<i>Analyse du comportement verbal d'Océane</i> .....	96
1.1.3	<i>Analyse du comportement non verbal d'Océane</i> .....	97

1.1.4	<i>Analyse des relations d'Océane avec les membres du groupe</i>	98
1.1.5	<i>Analyse des productions écrites d'Océane</i>	100
1.1.6	<i>Quelques observations issues d'autres ateliers fréquentés par Océane</i>	101
1.1.7	<i>Synthèse</i>	103
1.2	<i>Noémie, 12 ans, en 5<sup>ème</sup></i>	103
1.2.1	<i>Anamnèse et suivi proposé</i>	103
1.2.2	<i>Analyse du comportement verbal de Noémie</i>	105
1.2.3	<i>Analyse du comportement non verbal de Noémie</i>	107
1.2.4	<i>Analyse des relations de Noémie avec les membres du groupe</i>	108
1.2.5	<i>Analyse des productions écrites de Noémie</i>	109
1.2.6	<i>Quelques observations issues d'autres ateliers fréquentés par Noémie</i>	111
1.2.7	<i>Synthèse</i>	112
1.3	<i>Agathe, 10 ans, en CM2</i>	113
1.3.1	<i>Anamnèse et suivi proposé</i>	113
1.3.2	<i>Analyse du comportement verbal d'Agathe</i>	114
1.3.3	<i>Analyse du comportement non verbal d'Agathe</i>	116
1.3.4	<i>Analyse des relations d'Agathe avec les membres du groupe</i>	117
1.3.5	<i>Analyse des productions écrites d'Agathe</i>	118
1.3.6	<i>Quelques observations issues d'autres ateliers fréquentés par Agathe</i>	119
1.3.7	<i>Synthèse</i>	119
1.4	<i>Marine, 13 ans, en 5<sup>ème</sup></i>	121
1.4.1	<i>Anamnèse et suivi proposé</i>	121
1.4.2	<i>Analyse du comportement verbal de Marine</i>	122
1.4.3	<i>Analyse du comportement non verbal de Marine</i>	123
1.4.4	<i>Analyse des relations de Marine avec les membres du groupe</i>	123
1.4.5	<i>Analyse des productions écrites de Marine</i>	124
1.4.6	<i>Quelques observations issues d'autres ateliers fréquentés par Marine</i>	125
1.4.7	<i>Synthèse</i>	125
1.5	<i>Lola, 10 ans, en CM2</i>	127
1.5.1	<i>Anamnèse et suivi proposé</i>	127
1.5.2	<i>Analyse du comportement verbal de Lola</i>	129
1.5.3	<i>Analyse du comportement non verbal de Lola</i>	130
1.5.4	<i>Analyse des relations de Lola avec les membres du groupe</i>	132
1.5.5	<i>Analyse des productions écrites de Lola</i>	133
1.5.6	<i>Quelques observations issues d'autres ateliers fréquentés par Lola</i>	135
1.5.7	<i>Synthèse</i>	136
<b>2.</b>	<b>Analyse globale de la dynamique de l'atelier conte</b>	137
<b>DISCUSSION</b>		139
<b>1.</b>	<b>Validation des hypothèses</b>	140
<b>2.</b>	<b>Intérêts du travail réalisé</b>	141
<b>3.</b>	<b>Limites</b>	142
<b>4.</b>	<b>Améliorations possibles</b>	142
<b>5.</b>	<b>Prolongements</b>	143
<b>6.</b>	<b>Vécu de stagiaire au sein de l'hôpital de jour</b>	143
<b>CONCLUSION</b>		147

<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	149
<b>ANNEXES</b> .....	156
<u><b>ANNEXE 1</b></u> : Les critères diagnostiques du DSM-IV-TR pour la boulimie et les troubles du comportement alimentaire subcliniques.....	157
<u><b>ANNEXE 2</b></u> : Les 31 fonctions du conte selon V. Propp.....	159
<u><b>ANNEXE 3</b></u> : Grille d'observation.....	161
<u><b>ANNEXE 4</b></u> : Grille d'analyse des productions écrites.....	164
<u><b>ANNEXE 5</b></u> : Questionnaire pour les entretiens.....	165
<u><b>ANNEXE 6</b></u> : Liste des ouvrages utilisés pendant l'année et consignes d'écriture.....	166

# **INTRODUCTION**

L'orientation de notre mémoire émerge d'un questionnement sur le travail orthophonique en pédopsychiatrie. La pratique orthophonique dans ce domaine est peu courante, ce qui a suscité notre curiosité et notre intérêt. Nous avons souhaité mettre à profit notre dernière année d'études pour découvrir ce champ de rééducation relatif à la pédopsychiatrie. Ainsi, nous avons pu effectuer un stage au sein d'un hôpital de jour pédiatrique et pédopsychiatrique. Nous avons alors participé à un atelier conte. Nous nous sommes questionnée sur la pratique des groupes à médiation thérapeutique. Comment une orthophoniste travaille-t-elle au sein d'un groupe thérapeutique ? Quelles médiations utilise-t-elle ? Quelle population rencontre-t-elle ?

L'objectif de notre étude est de présenter ce qu'apporte un atelier conte à de jeunes patientes souffrant de troubles du comportement alimentaire de type restrictif. Pour ce faire, notre travail prend en compte la manière dont les patientes se présentent sur le groupe, la façon dont elles écoutent, parlent et écrivent sur les différents temps de l'atelier au regard de la dimension de groupe et de la thérapie proposée par l'orthophoniste et l'ergothérapeute animant l'atelier.

Tout d'abord, nous exposerons les présupposés théoriques concernant l'entrée dans l'adolescence, les troubles des conduites alimentaires et plus particulièrement l'anorexie, le groupe et enfin, le conte. Nous présenterons ensuite notre problématique et nos hypothèses avant de décrire notre démarche expérimentale. Puis, dans une seconde partie, nous présenterons l'atelier conte auquel nous avons participé ainsi que les analyses et la discussion concernant notre travail. Enfin, nous conclurons.

# **PRESUPPOSES THEORIQUES**

# CHAPITRE 1. LE PASSAGE DE L'ENFANCE A L'ADOLESCENCE : UNE PERIODE SENSIBLE

## 1. Les modèles de compréhension de l'adolescence

### 1.1 Généralités

#### 1.1.1 L'adolescence

Le concept d'adolescence a vu le jour au XIX<sup>ème</sup> siècle, durant la Révolution, avant d'être théorisé au XX<sup>ème</sup> siècle. Présent de tout temps dans la vie des individus, il est l'équivalent, dans les sociétés primitives, du rite initiatique. Du latin *adolescere* signifiant « *grandir* », ce concept renvoie à la crise psychique qui survient chez l'enfant au moment de la puberté. Cette puberté, de plus en plus précoce, débute selon P. Mâle (1971, cité par Delaroche, 2007) aux alentours de 12 ans pour se terminer vers 30 ans. L'adolescence correspond alors à une période de changement que le jeune traverse comme un entre-deux : en n'étant plus tout à fait un enfant et pas encore un adulte. Cette période signe le début des conduites sociales et sexuelles adultes (Delaroche, 2007).

Par ailleurs, l'adolescence revêt un aspect sociologique. Dans nos sociétés actuelles, on observe un nouveau phénomène : du fait de l'allongement de la durée des études et de la difficulté à trouver un emploi, le jeune quitte plus tard le foyer parental, ce qui n'est pas sans conséquences. On assiste à de vifs conflits générationnels entre parents et enfants. Le jeune adulte qui souhaite s'émanciper reste tributaire du mode de vie de ses parents (Delaroche, 2007).

Nous venons d'apporter une définition de l'adolescence, nous allons maintenant nous intéresser à la puberté comme phénomène physique marquant l'entrée dans l'adolescence.

#### 1.1.2 L'entrée dans l'adolescence par la puberté

La puberté correspond à un moment clé de la vie du sujet puisqu'il s'agit du passage, au sens physiologique, de l'état d'enfant à celui d'adulte. La maturation de l'axe hypothalamo-hypophysogonadique, sous contrôle des facteurs neuroendocriniens et endocriniens, favorise l'émergence des caractères sexuels, des fonctions de reproduction et de fécondité. Le développement pubertaire connaît plusieurs stades qui ont été classés par J. M. Tanner (1962, cité par Delaroche, 2007). Ces

stades vont de 1 (stade pré-pubère) à 5 (stade adulte). Ce développement pubéral a été daté. Il apparaît aux alentours de 10 ans et demi pour la fille et de 13 ans pour le garçon. La poussée mammaire chez la fille et l'augmentation du volume testiculaire chez le garçon constituent les premières modifications pubertaires. L'apparition des premières règles chez la fille débute en moyenne deux ans après l'apparition des premières manifestations pubertaires. La taille définitive du sujet est également acquise durant la puberté. Chez la fille, cette taille est atteinte vers 16 ans tandis que chez le garçon, un décalage de deux ans est observé, la taille définitive se constituant alors vers 18 ans. Les facteurs environnementaux et génétiques jouent un rôle dans le développement de la puberté. Ces changements physiques s'opèrent sur plusieurs années et induisent chez le sujet d'importants bouleversements psychologiques et affectifs.

Nous venons de développer brièvement l'aspect physiologique de l'adolescence que revêt la puberté, il importe maintenant de s'intéresser à la théorie psychanalytique portant sur l'adolescence, qui a notamment été marquée par les travaux de S. Freud.

## 1.2 L'apport de la théorie psychanalytique

### *1.2.1 La suprématie du génital*

Dans son ouvrage *Trois essais sur la théorie sexuelle* publié pour la première fois en 1905, Freud consacre un chapitre aux « *transformations de la puberté* » (Freud, 2014, pp.171-209).

L'adolescent à travers la puberté va constituer sa sexualité adulte. La sexualité potentielle, débutée dans l'enfance prend sa forme définitive durant l'adolescence. La pulsion sexuelle jusqu'alors auto-érotique va rencontrer son objet sexuel. L'adolescent est confronté à l'éveil de ses pulsions sexuelles. Une explosion libidinale s'opère entraînant un retour vers les pulsions pré-génitales. Cette explosion va fragiliser le Moi. La puberté vient distinguer les caractères sexuels masculins et féminins. Chez le garçon, c'est le stade phallique qui prédomine, la zone génitale masculine étant située au niveau du gland. Chez la fille, l'excitabilité érogène jusqu'alors produite par l'activité sexuelle clitoridienne connaît un déplacement vers l'entrée du vagin. Contrairement au garçon, la fille va modifier la zone dominante de son activité sexuelle. Toutefois, garçon et fille ne renoncent pas aux plaisirs pré-génitaux infantiles mais ils dépassent ce stade pour aboutir au plaisir terminal génital. L'issue de cette phase génitale aboutit à la fixation de la sexualité du sujet.

Parallèlement au primat des zones génitales, le choix d'objet va se constituer sur le plan psychique.

### *1.2.2 Le choix d'objet*

Selon Freud, la découverte de l'objet se prépare dès l'enfance. Le jeune enfant, lors des soins de maternage, est satisfait par sa mère qui lui offre baisers et caresses issus de sa propre expérience sexuelle. L'enfant devient, en quelque sorte, l'objet sexuel de la mère. Le « choix d'objet » décrit par Freud s'organise selon les trois principes suivants :

- le **sevrage**, où l'enfant prépare son « activité sexuelle » à travers son alimentation,
- la **période de latence**, où l'enfant « apprend à aimer » les personnes qui satisfont ses besoins et au cours de laquelle il est aimé,
- la **puberté**, qui permet de rétablir le bonheur perdu d'avant le sevrage.

C'est ce modèle que Freud appelle l'**étayage** parce que la sexualité s'étaye sur la satisfaction du besoin. L'enfant peut être tenté de choisir comme objet d'amour ses parents qui prennent soin de lui. Les parents doivent, durant la période de latence, mettre une distance suffisante entre leur enfant et eux pour éviter la fixation incestueuse. Freud parle alors de parents névropathes qui n'ont pas été en mesure de contenir leurs pulsions incestueuses et qui, de ce fait, ne permettent pas à leur enfant devenu adolescent de se séparer d'eux. Cependant, l'enfant dont la pulsion sexuelle n'a pas été réveillée par l'affection des parents, peut choisir son objet d'amour en référence à l'image du père ou de la mère. Pour Freud c'est le penchant infantile pour les parents qui conditionne le choix d'objet. (Freud, 2014).

Nous avons vu ci-dessus que l'adolescence entraîne l'éveil des pulsions sexuelles conduisant à l'affirmation de la sexualité chez l'adulte en devenir. Les prémices du choix d'objet s'opèrent dès l'enfance et ont des répercussions à l'adolescence. Les parents jouent un rôle fondamental dans la période de latence en permettant la constitution du choix d'objet de l'enfant. Ainsi, ils doivent être suffisamment aimants mais aussi suffisamment distants pour permettre à celui-ci de projeter son amour sur un autre et non plus totalement sur eux.

### 1.2.3 Un après-coup du stade du miroir

J.-D. Nasio (2013) définit le corps selon différentes modalités. Nasio nous rappelle que le corps est un organisme vivant qui sert à la reproduction et qui n'est pas éternel. Nasio parle alors de **corps biologique** (Nasio, 2013, p.179). Le corps est animé par les pulsions de vie et par les pulsions de mort. Ce corps est le **corps réel** ou le **corps ressenti** (Nasio, 2013, p.179). Le corps est une forme ou une silhouette. C'est le **corps imaginaire** ou le **corps vu** (Nasio, 2013, p.179). Enfin, le corps et en particulier le visage est une image de l'inconscient. Pour Nasio, il en est la « vitrine » (Nasio, 2013, p.179). C'est le **corps symbolique** ou le **corps signifiant** (Nasio, 2013, p.179).

P. Schilder (1968) propose la notion de schéma corporel. Selon lui, l'individu éprouve son corps comme une unité. Cette unité n'est pas une simple perception, elle est un schéma du corps. Le schéma corporel correspond à l'image tridimensionnelle que chaque individu a de lui-même. On peut aussi l'appeler « *image du corps* ». Schilder considère cette image du corps comme « *l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes* » (Schilder, 1968, p.35).

Tout individu voit son corps se transformer rapidement durant l'adolescence. L'adolescent a parfois du mal à se reconnaître dans ce corps proche de celui de l'adulte.

Pour Delaroche (2007), l'adolescence et les modifications corporelles qu'elle déclenche reproduisent la situation du stade du miroir, étape importante que le tout jeune enfant expérimente de ses 6 à 18 mois. Le concept de « *stade du miroir* », rappelons-le, est introduit par J. Lacan (1949, cité par Nasio, 2013) sous l'impulsion des recherches d'H. Wallon. Lacan met à jour l'importance du miroir dans la construction de l'identité du jeune enfant. Le miroir agit dans la genèse du *Je* et du *moi* de l'enfant. D'après Lacan, le *Je* et le *moi* sont deux concepts tout à fait différents. Le *Je* désigne la singularité du sujet. Il atteste de son unicité. Le *moi*, lui, représente le sentiment d'être bien établi dans son corps. Ainsi, le *moi* correspond à la démonstration affective de l'être tandis que le *Je* en est la représentation sociale. Au cours de ce stade, l'enfant discerne dans le miroir une forme humaine, animée lui correspondant. En observant ses mouvements, l'enfant se représente comme un être différent des personnes et des objets environnants. Il parvient à distinguer le reflet de sa mère dans le miroir du sien.

La puberté transforme le corps mais aussi ses images. Le vécu de la puberté par l'adolescent va « *venir influencer le regard que celui-ci portera sur lui-même* » (Delaroche, 2007, p.25). Le rapport de l'adolescent au miroir atteste de la manière dont il considère sa nouvelle apparence physique. Le jeune homme ou la jeune fille qui se contemple dans la glace est en quête de l'image de l'enfant qu'il était. Ainsi c'est comme si l'adolescent recherchait de nouveau son identité en questionnant le miroir qui reflète une nouvelle image de lui-même.

#### *1.2.4 Une seconde phase de séparation-individuation*

La théorie de l'attachement de J. Bowlby (1969, cité par Geissmann, 2011) se base sur l'existence d'un lien primaire de relation ne reposant pas essentiellement sur la satisfaction des besoins. Cette théorie expose l'importance des premières expériences vécues par l'enfant avec la figure d'attachement. C'est à partir de ce vécu que s'origine le comportement d'attachement du sujet. Un attachement dit insécure aura des répercussions chez l'enfant.

A l'adolescence, cet attachement aux parents faiblit de manière assez significative la plupart du temps. D'autres individus peuvent prendre autant d'importance que les parents. L'individuation se fait ainsi par détachement nécessaire des parents pour devenir adulte. Pour certains adolescents, il y aura rupture avec les parents. Pour d'autres, cet attachement aux parents s'amplifiera et il sera difficile pour eux de se tourner vers les autres et de devenir réellement adulte (Geissmann, 2011).

## **2. Le normal et le pathologique à l'adolescence**

L'adolescence est une période de vie qui peut engendrer de la souffrance, occasionnée par tous les changements physiques et psychiques.

### **2.1 Crise et rupture à l'adolescence**

#### *2.1.1 Le travail du deuil à l'adolescence*

L'entrée dans l'adolescence nécessite de faire le deuil de l'enfance. Delaroche (2007) explique que ce deuil de l'enfance est double : il s'agit dans un premier temps du deuil de l'enfant-phallus qui occasionne une nouvelle désidentification au phallus qui a déjà été effectuée dans l'enfance. Dans

un second temps, ce deuil de l'enfance concerne les parents. Il s'agit de perdre symboliquement ses parents. Pour Jeammet et Corcos (2010), ce deuil correspond à la destruction des objets infantiles.

### 2.1.2 Les conduites à risques

Les adolescents perdent leurs repères du fait des changements du corps mais aussi des changements de rapports avec les parents et leurs pairs. Certains se sentent vulnérables et peuvent se mettre en danger. Leur mal-être peut s'exprimer sous la forme d'un état dépressif.

Dans certains cas, des conduites addictives telles que la toxicomanie ou encore des troubles de la personnalité tels que la psychose peuvent apparaître.

Il est difficile pour les parents ou l'entourage de savoir jusqu'à quel point un adolescent va mal et ce qui relève, dans son attitude, du normal ou du pathologique.

## 2.2 Définition des concepts de normal et de pathologique

G. Canguilhem (1992), médecin et philosophe, soulève la question du normal et du pathologique dans son ouvrage *La Connaissance de la vie*, publié en 1952. Pour lui, le jugement médical n'existe qu'au regard du normal et du pathologique. Il figure que ces concepts sont difficilement compréhensibles. Il est d'ailleurs même impossible de les définir l'un sans l'autre, normal et pathologique étant étroitement liés. Se pose la question de savoir si le pathologique correspond à l'anormal et si le normal peut être considéré comme ce qui est sain. La recherche d'acception de ces termes est rendue difficile par le fait que la langue française, et plus précisément la phonétique, entretient un amalgame entre l'*anormal* (du latin *norma* qui signifie « règle, équerre ») et l'*anomalie* (du latin *anomalía* « aspérité, irrégularité »). « *L'anomal c'est simplement le différent* » nous dit Canguilhem (Canguilhem, 1992, p.160) ce qui est porteur d'anomalies, ce qui s'écarte du fait habituel. Normal et pathologique se manifestent comme les alternances d'un phénomène analogue.

Canguilhem propose quatre significations au terme normal :

- **le normal en terme de santé opposé à la maladie,**
- **le normal comme moyenne statistique** (courbe de Gauss) d'un caractère présenté par l'ensemble des individus,
- **le normal comme idéal à atteindre,**
- **le normal en tant que processus dynamique,** capacité de retour à un certain équilibre.

Toutefois, la normalité est relative au milieu. Pour l'individu, le milieu est caractérisé non seulement par des lois biologiques mais également par des lois sociales.

Le pathologique, quant à lui, s'oppose à ce qui est sain. Il s'agit d'une norme ne pouvant fonctionner en l'état qu'il faut réajuster. Le pathologique correspond à d'autres normes avec une certaine adaptation à la vie. Le malade mental est un « *autre* » par exemple (Canguilhem, 1992, p.168).

La norme est nécessaire mais elle est subjective.

Marcelli et Cohen (2012) nous rappellent que l'évaluation du normal et du pathologique est délicate chez l'enfant : il est nécessaire dans un premier temps, de reconnaître le symptôme, d'apprécier sa portée et sa dynamique. Dans un second temps, il importe de repérer la place de ce symptôme dans la structure psychique de l'enfant. Il faut également tenir compte de l'environnement de l'enfant. La notion de symptôme chez l'enfant est complexe et doit prendre en compte plusieurs éléments :

- l'enfant ne consulte pas de lui-même, il est accompagné par ses parents pour des symptômes visibles qui inquiètent la famille. Ces symptômes peuvent être secondaires et dissimuler des troubles plus graves ;
- le symptôme de l'enfant dure dans le temps car ce dernier en obtient des bénéfices secondaires. Il attire l'attention de ses parents par exemple ;
- le symptôme, du point de vue psychopathologique, serait le signe d'un conflit inconscient ;
- enfin, nous disent les auteurs, le symptôme peut venir signifier la présence de dysfonctionnements dans la famille.

La démarche thérapeutique doit prendre en compte la demande du jeune patient et celle de sa famille, le développement de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille ainsi que le contexte social et culturel dans lequel il évolue.

La limite entre le normal et le pathologique peut également concerner la consommation alimentaire de l'individu. Dans cette partie, nous allons maintenant aborder les troubles du comportement alimentaire et plus particulièrement l'anorexie mentale.

## **CHAPITRE 2. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE**

### **1. Rappels théoriques sur l'alimentation**

#### 1.1. Les phases du développement du comportement alimentaire

L'acte d'alimentation constitue un besoin indispensable à la survie de l'espèce humaine. Il est rendu possible par l'introduction, dans le corps, d'aliments. Cet acte procède du dehors vers le dedans de l'individu. Le développement de l'alimentation normale s'établit sur plusieurs phases successives dans la vie du sujet. Il comporte une part d'inné, à l'image notamment du développement du langage ou bien de la marche. Il est également perméable à l'environnement entourant le sujet. C. Doyen (2011) ajoute que « *pour bien manger, il faut bien se développer* » (Doyen, 2011, p.3). Ainsi, le développement alimentaire s'effectue en parallèle du développement global de l'individu, au fil de sa construction personnelle.

Nous allons revenir sur les différentes étapes permettant à l'individu de constituer son alimentation.

A son origine, on retrouve l'oralité alimentaire du fœtus. Au troisième mois de grossesse, l'embryon devient fœtus et les premières séquences motrices orales et pharyngées sont observées. Les bourgeons gustatifs apparaissent sur la langue, descendue de la fosse nasale. Ils se développent jusqu'au terme de la grossesse. Le fœtus effectue donc des mouvements avec sa langue et déglutit. La succion devient active à partir de la 12<sup>ème</sup> à 15<sup>ème</sup> semaines de gestation, le fœtus pouvant ainsi déglutir jusqu'à trois litres de liquide amniotique par jour. L'acte coordonné de succion-déglutition-

respiration s'automatise avant la 32<sup>ème</sup> semaine et constitue un élément moteur majeur dans l'alimentation. Par ailleurs, des études montrent que la mémoire sensorielle de l'enfant à naître se constitue in utéro. Les voies olfactive, gustative mais aussi auditive du nouveau-né sont sollicitées durant la grossesse. En effet, le fœtus est capable de percevoir les stimuli auditifs dès la 18<sup>ème</sup> semaine de gestation. L'olfaction, quant à elle, est acquise aux alentours de la 24<sup>ème</sup> à 28<sup>ème</sup> semaines. Toutes ces composantes motrices et sensorielles développées durant la période foetale sont indispensables au bon développement d'une alimentation post-natale (Doyen, 2011).

Durant les premiers mois de vie, le nourrisson va exercer sa motricité buccale. Il doit posséder un tonus suffisant et une succion-déglutition fonctionnelle pour se nourrir correctement. A peine âgé de quelques jours, le nourrisson est déjà capable d'identifier ses préférences alimentaires. Le sucré est particulièrement apprécié du tout jeune enfant, à l'inverse de l'amer. La personne maternante se base sur les expressions faciales de dégoût du nouveau-né pour orienter ses choix d'aliments. Le nouveau-né attribue un sens selon que la réponse de ses parents est source de confort ou d'inconfort. Bien que le nourrisson possède très tôt ses goûts propres, son alimentation reste orientée par les décisions alimentaires de ses parents et notamment de la mère qui est, le plus souvent, la personne nourricière. Cette période de développement est marquée par les expériences perceptives et motrices que fait le tout jeune enfant. Le nourrisson va réguler son activité d'alimentation par le biais de comportements qui vont permettre à l'adulte de se réajuster dans cette situation d'alimentation. Ces temps sont eux-mêmes déterminés par les cris de l'enfant que l'adulte interprète comme les signes de faim ou de malaise corporel. Le nourrisson fait alors l'expérience de la satiété et éprouve ainsi un sentiment positif (Doyen, 2011).

Un troisième temps important dans le développement alimentaire a lieu aux alentours de 3 à 8 ans. Il fait suite au sevrage et à l'introduction de solides dans l'alimentation de l'enfant ; période au cours de laquelle l'enfant accepte assez facilement les différents aliments proposés par ses parents. Ensuite l'enfant refuse davantage l'introduction de certains aliments nouveaux. Une période de néophobie alimentaire peut apparaître, l'enfant refusant de manger les aliments qu'il ne connaît pas. Entre 3 et 8 ans, la variété et la qualité de la présentation des mets ainsi que l'encadrement social et familial pendant le repas jouent un rôle essentiel. Des aliments bien présentés dans l'assiette vont donner davantage envie à l'enfant de les découvrir. Les techniques éducatives des parents ainsi que l'accompagnement de l'enfant, sur les temps du repas, avec une personne qui lui est familière sont deux éléments ayant des incidences sur le comportement alimentaire de l'enfant. En effet, il a été démontré que des parents autoritaires ou bien des parents procédant souvent à des restrictions

alimentaires, introduisaient des aliments non désirés par l'enfant dans les plats proposés (Musher-Eizenman et *al.*, 2009, cités par Doyen, 2011).

A partir de 6 ans, l'enfant connaît les aliments qui sont bons pour sa santé. Une étude (Guérin & Thibault, 2008, cités par Doyen, 2011) s'est intéressée aux représentations que les enfants se font des aliments. Les pâtisseries et le sucré sont synonymes de plaisir tandis que la viande revêt un caractère de morosité. Selon P. Rozin et *al.* (1986, cités par Doyen, 2011), les goûts alimentaires, qui perdureront à l'âge adulte, sont définis entre l'âge de 6 et 10 ans. Ces préférences alimentaires sont induites par le mode d'alimentation proposé par les parents aux enfants et les valeurs socioculturelles auxquelles les parents se réfèrent. Ainsi, le développement du comportement alimentaire de l'enfant résulte de l'interaction entre la sensibilité neurosensorielle de l'enfant et sa sensibilité à la présence de ses proches (Doyen, 2011).

A l'approche de la puberté, les conduites alimentaires déterminées dès l'enfance se voient légèrement modifiées. Les comportements alimentaires établis durant l'enfance jouent un rôle sur le début de la puberté qui exerce, elle-même, une influence sur le rapport alimentaire. En cinq ans, le poids des garçons est multiplié par deux. Ils grandissent d'environ 26 centimètres. Le poids des filles, lui, augmente de 20 kilos. Ces dernières grandissent de 20 centimètres. Les habitudes alimentaires des adolescents évoluent alors pour faire face aux besoins nutritifs de leur organisme. A cette période, l'alimentation se modifie également selon les goûts et les aversions du sujet. Ce changement s'opère en parallèle d'une recherche d'autonomie et de la construction de l'image de soi. Les jeunes vont privilégier certains types d'alimentation non pas pour leur valeur nutritive mais pour leur valeur sociale. Plusieurs éléments entrent en jeu dans l'alimentation durant l'adolescence. On observe l'influence de la famille bien sûr mais aussi celle de la culture, de l'environnement scolaire et de la publicité notamment. Certains de ces paramètres ont plus d'importance que d'autres. C'est à travers la corrélation ceux-ci que l'adolescent va adopter un mode d'alimentation à plus ou moins long terme. A l'adolescence, la majorité des comportements alimentaires sont conservés mais l'équilibre alimentaire n'est pas toujours maintenu. Le petit-déjeuner n'est pas toujours pris et les fruits et légumes sont moins appréciés des adolescents. Les jeunes privilégient le sucré et le salé. Le grignotage est présent et perçu comme une recherche de nouvelles sensations gustatives, il vient aussi combattre l'ennui ou l'inactivité physique (Doyen, 2011).

Ainsi, le développement du comportement alimentaire s'origine bien avant la naissance du sujet. Il prend racine durant les premières années de vie de l'individu et constitue un apprentissage

nécessaire pour aboutir à une bonne santé physique et mentale. La puberté peut venir modifier ce comportement alimentaire. L'adolescent cherche alors à contrôler les aliments qu'il ingère. Cependant, ce contrôle réalisé par le jeune pré-adolescent ou adolescent peut parfois devenir un trouble « *marqué par l'excès ou la restriction, associé à la recherche de nouvelles perceptions et à la transgression alimentaire* » (Doyen, 2011, p.9).

## 1.2 La bouche du tout-petit, entre alimentation et interaction avec la mère

Pour Freud, les premières expériences de satisfaction du tout jeune enfant constituent l'essence même du désir chez le sujet. Lacan (cité par Dor, 2002) va aborder la problématique du désir en reprenant les éléments proposés par Freud. Le tout-petit connaît une situation d'inconfort produite par la sensation de faim, qui crée en lui une tension. Il a besoin d'être nourri et reçoit une satisfaction sans l'avoir recherchée. La sensation immédiate de plaisir diminue la tension. Cette première expérience de satisfaction va laisser une empreinte mnésique dans l'appareil psychique du jeune enfant. Cette trace redevient active dès que la tension réapparaît. Le besoin est alors lié à la représentation mnésique de satisfaction. Dans un premier temps, le bébé hallucine la satisfaction puis il va distinguer l'image mnésique de la satisfaction avec la satisfaction réelle. Le bébé est assujéti à l'exigence de ses besoins. Il est incapable de se satisfaire lui-même est appelle donc l'autre. Les manifestations de tensions corporelles, de cris, de pleurs du bébé prennent pour l'autre une valeur de signes. Il n'y a pas d'intentionnalité de la part du tout jeune enfant en premier lieu. C'est l'autre qui décide de donner du sens à ces manifestations. Elles font sens pour l'autre car celui-ci place l'enfant dans un monde de signifiants. L'intervention de l'autre agit comme une réponse à ce qui a été préalablement considéré comme une demande. Pour l'enfant, l'autre devient alors un autre privilégié : l'Autre. La demande de l'enfant peut alors être considérée comme une projection du désir de l'Autre (Lacan, cité par Dor, 2002).

Cette première expérience de satisfaction va faire rentrer le bébé dans le domaine du désir, qui se trouve toujours entre la demande et le besoin nous rappelle Lacan. La demande est expression du désir. Il s'agit d'une demande de la satisfaction d'un besoin associée à une demande d'amour. L'enfant, à travers sa demande, désire être l'objet unique du désir de l'Autre qui satisfait ses besoins. L'enfant désire ainsi le désir de l'Autre. L'enfant désire la « *re-trouvaille* » de la satisfaction originaire qu'il avait reçue sans rien demander (Lacan, cité par Dor, 2002, p.188).

Concernant la demande, l'enfant se définit par rapport au désir de l'Autre. Il se détermine par rapport au désir de l'Autre, comme objet possible du désir de cet Autre voire comme objet qui viendra combler le manque de l'Autre. Or la véritable nature du désir est le manque. Mais l'enfant n'accepte pas le manque en lui-même : il demande sans cesse qu'on s'occupe de lui. Il ne tolère pas non plus le manque de l'Autre : il souhaite se placer comme objet du désir de l'Autre. L'enfant devra accepter le manque de l'Autre pour se positionner comme sujet désirant et non plus comme objet du désir de l'Autre.

L'acte d'alimentation tisse le lien mère-enfant. Le nouveau-né, encore peu autonome, a besoin de son parent pour le nourrir. Il est dépendant de sa mère ou de la personne nourricière. Un nourrissage sans difficulté donne à la mère l'impression d'une relation paisible entre son bébé et elle. L'allaitement, notamment, ressemble à une fusion mère-enfant.

Enfin, B. Golse (2007) nous indique que la bouche, permettant l'acte de manger, ne possède pas que cette fonction. Reprenant M. Abraham et M. Torok, Golse affirme que le langage ne peut prendre naissance qu'après la bascule « *d'une bouche pleine de sein à une bouche pleine de mots* » (Golse, 2007, p.41). C'est en faisant l'expérience du manque que le petit développe le langage.

Ainsi, c'est par le biais de la bouche et le recours à l'alimentation que l'enfant fait l'expérience de l'autre. La bouche correspond à un carrefour entre le dedans et le dehors, entre soi et les autres.

### 1.3 La valeur symbolique de la nourriture

Nous avons vu que l'acte de s'alimenter était complexe en ce qu'il fait intervenir à la fois des facteurs génétiques et des mécanismes physiologiques. Cet acte revêt un caractère universel : il est retrouvé dans chaque société et chaque culture. Il a un rôle majeur dans la vie de chaque sujet. En effet, s'alimenter est essentiel pour la préservation de la vie et de la bonne santé. S'alimenter favorise la socialisation et le partage. A travers l'alimentation, l'individu construit son identité personnelle. Il se démarque par ses goûts alimentaires. Enfin, manger représente une source de plaisir et de découverte.

Chiva (2012) analyse les aliments qui constituent la base de l'alimentation des hommes. Pour lui, « *l'aliment n'est pas un produit comme un autre : alors que la majorité des objets sont externes*

*à notre corps, pour remplir sa fonction, un aliment doit être ingéré, accepté dans l'intimité la plus profonde de l'individu »* (Chiva, 2012, p.26). C. Fischler (1990, cité par Chiva, 2012) rajoute que l'ingestion d'un aliment peut s'avérer délicate. Même si, le plus souvent, l'absorption d'un aliment est vécue positivement par l'individu, il arrive parfois que cette ingestion ait des effets négatifs. C'est pourquoi, pour que l'individu mange sans crainte, l'aliment doit lui être familier.

La sustentation, selon Chiva, est le fruit d'un apprentissage à la fois biologique et culturel. L'individu se voit imposer ce patrimoine à la fois culturel et génétique. Il ne correspond en rien en un choix de l'individu. L'interaction de ces patrimoines nous est donnée. Ainsi, l'influence de ce patrimoine démarre bien avant la naissance du sujet. Par la suite, l'individu peut choisir son mode d'alimentation selon un modèle culturel qu'il affectionne. Il ne peut cependant pas changer son patrimoine génétique.

Pour conclure,

Manger est un besoin instinctuel, qui obéit aux sensations de faim et de satiété dont les mécanismes régulateurs sont complexes. Manger est aussi un plaisir et là où il y a plaisir, il peut y avoir culpabilité. Manger obéit à des habitudes, à des conventions familiales, sociales, culturelles, religieuses. Quand une mère donne à manger à son enfant, non seulement elle lui apporte des nutriments, mais aussi elle lui « transmet » ce que représentent, pour elle, sur le plan imaginaire, symbolique, affectif, ces aliments. En les incorporant, l'enfant accepte ce don, s'unit aux aliments. L'incorporation orale participe à l'introjection des sentiments (bons ou mauvais), des significations multiples, dont ces aliments sont porteurs, donc participe à la construction de l'identité et de la personnalité de l'enfant. Tout trouble du comportement alimentaire se situe à cet entrecroisement de facteurs et de sens (Vidailhet, 2012, p.338).

## **2. Les troubles du comportement alimentaire**

### **2.1 Classification des troubles du comportement alimentaire**

Les troubles des conduites alimentaires correspondent à des perturbations du comportement alimentaire plus ou moins graves. Plusieurs types de conduites alimentaires ont été décrits dans la littérature. Nous avons décidé de ne citer que ceux apparaissant en début ou en fin de puberté en lien direct avec notre étude. Ainsi les troubles de l'alimentation de la première et deuxième enfance

comme le pica ou le mérycisme ne seront pas mentionnés. De ce fait, ces comportements alimentaires peuvent se manifester de manière ponctuelle chez l'adolescent et disparaissent alors aussi vite qu'ils ne sont apparus. Dans certains cas, plus graves, ils précèdent une pathologie anorexique ou boulimique. Quatre types de conduites peuvent exister (Marcelli & Braconnier, 2013) :

– **les comportements alimentaires dits instables** tels que la fringale ou la crise de boulimie,

La fringale est une brusque sensation de faim à laquelle le sujet s'empresse de répondre. Les aliments ingérés sont particulièrement appréciés du sujet. Il s'agit bien souvent de sucreries. La fringale apparaît souvent chez l'adolescente en période prémenstruelle.

La crise de boulimie, encore appelée *binge eating*, est l'ingestion rapide et compulsive d'une quantité importante d'aliments. Cet épisode fait suite à une tension et à une sensation de malaise chez le sujet, sans véritable sensation de faim. L'individu ressent de l'excitation lorsqu'il lutte contre ses pulsions d'ingestion. Le manque de nourriture, l'arrivée de douleurs ou l'apparition d'un tiers venant déranger le sujet, marquent la fin de l'épisode boulimique. L'individu ressent alors de vives douleurs physiques et des sentiments de honte de culpabilité apparaissent. Ces crises viennent rompre un sentiment de vide et d'ennui. Marcelli et Braconnier (2013) apportent des éléments de compréhension à ces crises.

D'après ces auteurs,

l'émergence de ce désir, de cette pulsion non contrôlée ou au contraire trop contrôlée auparavant, est souvent liée à une profonde désinhibition pulsionnelle : le vécu agressif et déstructurant constitue la toile de fond, vécu agressif lié avec l'une des images parentales, en particulier celle de la mère. La crise de boulimie représente alors une vaine tentative d'incorporer l'objet maternel associé à l'angoisse de le détruire (Marcelli & Braconnier, 2013, p.131).

La fringale et la crise boulimique peuvent être retrouvées dans l'anorexie mentale.

- **les comportements alimentaires quantitativement inadéquats** tels que l'hyperphagie, le grignotage et la restriction globale,

L'hyperphagie correspond à la prise importante d'aliments.

Le grignotage, lui, correspond à une ingestion d'aliments en dehors des repas, de façon plus ou moins continue. Ce grignotage accompagne souvent les activités du sujet, qui ne ressent pas toujours la sensation de faim.

La restriction alimentaire peut constituer une période transitoire chez l'adolescente. Il s'agit d'une réduction de tous ou de certains aliments.

- **les comportements alimentaires qualitativement perturbés** tels que l'exclusion alimentaire, et le régime particulier,

L'exclusion alimentaire correspond au fait de retirer certains aliments de son alimentation pour des raisons symboliques ou religieuses. L'individu ne cherche pas à retirer l'apport nutritif de ces produits, il ne souhaite plus les manger pour diverses croyances. Ainsi, un régime, le végétarisme par exemple, peut être mis en place.

- **les manœuvres particulières liées à l'alimentation.**

Il s'agit du cas de l'adolescente qui souhaite perdre du poids sans modifier son alimentation. Dans ces manœuvres, on retrouve la prise de laxatifs et de diurétiques notamment ainsi que les conduites vomitives, fréquemment associées à des crises de boulimie.

Toutes les conduites que nous venons de mentionner peuvent apparaître au cours de la vie d'un sujet. Elles sont néanmoins plus fréquemment retrouvées au moment de l'adolescence. Ces conduites constituent, pour certains individus, les prémices de l'entrée dans les pathologies anorexique et boulimique. Il nous paraissait donc intéressant de les évoquer avant de passer aux critères diagnostiques de l'anorexie mentale, pathologie intéressant notre étude.

Le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003) propose des critères diagnostiques pour les troubles de l'anorexie et de la boulimie. Nous avons choisi de ne présenter que les critères ayant trait à l'anorexie, pathologie concernant notre étude. Les critères se référant à la boulimie sont, par ailleurs, consultables annexe 1<sup>1</sup>. Ainsi, l'anorexie mentale ou *anorexie nervosa* est définie dans le DSM-IV-TR comme le refus de conserver un poids à une valeur normale en fonction de l'âge et de la taille associé à une peur extrême de grossir ; à un trouble de la perception de la forme et du poids du corps et à l'absence de règles pour les jeunes filles postpubères. Deux types d'anorexie sont proposés dans cette classification :

- le **type restrictif** où la perte de poids est principalement provoquée par la restriction alimentaire, le jeûne ou l'exercice sportif excessif. Ce sous-type exclut une hyperphagie, des vomissements, un usage de laxatifs et de diurétiques,
- le **type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs** où l'épisode actuel d'anorexie mentale est associé à des vomissements, à l'utilisation de laxatifs et de diurétiques, au recours aux lavements, au jeûne et à la pratique sportive intensive.

Corcos évoque l'intérêt de l'élaboration des critères du DSM-IV-TR mais en formule la critique. Selon lui, une telle classification permet aux groupes scientifiques « *d'avoir le même langage* » (Corcos, 2011, p.110). Cependant, elle « *ne définit une clinique qu'à partir de ce qui est extériorisable dans le comportement – et donc directement observable* » (Corcos, 2011, p.110). Le DSM-IV-TR se base uniquement sur des critères de recherche « *binaires et radicaux qui réduisent l'humain à un objet scientifique dans un système circulaire absolument affolant (...)* ». Pour Corcos,

Il nous faut au contraire penser et tenter de théoriser ce qui est au centre de l'humain à savoir le paradoxe, et comprendre dans la symptomatologie présentée la poursuite d'une affirmation par le sujet de son identité singulière face à ce qui veut l'homogénéiser. C'est ce mélange d'affirmation et d'effacement, voire d'annulation de soi, qui fait la complexité des comportements de ces patientes qui tournent autour de l'objet de leur amour et de leur tourment, mus autant par une identification compassionnelle irraisonnée que par un appétit de destruction froide et finissent dans les formes chroniques par n'en devenir qu'une extension satellisée...plus morte que vive (Corcos, 2011, p.110).

---

1 Critères du DSM-IV-TR pour la boulimie et les troubles subcliniques, ANNEXE 1, p.157

Nous allons maintenant présenter les éléments significatifs de la clinique anorexique.

## 2.2 Clinique de l'anorexie mentale

### 2.2.1 Historique

C'est en 1873 pour la France que C. Lasègue décrit le premier cas d'anorexie mentale qu'il nomme « *anorexie hystérique* » (1873, cité par Lamas, Shankland & *al.*, 2012). Cet auteur développe à partir de huit cas l'anorexie hystérique chez la jeune fille de 15 à 20 ans. A la même époque, en Angleterre, W. Gull propose le terme d' « *anorexia nervosa* ».

Ce n'est qu'à la deuxième moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle que le concept d'anorexie mentale voit le jour. C'est à cette période qu'une étiologie d'ordre psychologique est préférée à une affection organique provoquant l'amaigrissement.

Depuis une vingtaine d'années, les troubles du comportement alimentaire connaissent une augmentation dans les pays dits « développés ». A contrario, très peu de cas d'anorexie et de boulimie ont été recensés dans les pays du tiers-monde. Les facteurs socioculturels, dont notamment la profusion alimentaire que connaissent les pays riches, semblent liés au développement de ces troubles (Lamas, Shankland & *al.*, 2012).

### 2.2.2 L'entrée dans la pathologie anorexique

L'anorexie mentale débute le plus fréquemment entre l'âge de 14 et 17 ans par un régime qui semble anodin. Elle touche davantage les filles que les garçons du fait de l'utilisation que la femme fait de son corps comme « *moyen de figuration et de défense des troubles psychiques* » (Corcos, 2011, p.113). Ce régime peut démarrer après que l'adolescente ait reçu des remarques désobligeantes de la part de la famille ou de camarades sur son poids ou son mode d'alimentation. Il témoigne d'une insatisfaction de l'adolescente face à son corps. Celle-ci souhaite perdre du poids pour s'approcher de l'idéal de minceur véhiculé par la société. Dans certains cas, elle cherche à s'opposer, par le biais du régime, à la sexualisation de son corps. Ainsi, le régime a alors lieu au moment où l'adolescente se rend compte de son pouvoir d'attraction sur les hommes et de l'intérêt qu'elle éveille en eux. Elle cherche alors à retrouver une certaine maîtrise sur ce corps qui attire.

S'opère alors une bascule progressive du régime à la conduite anorexique.

Le tableau clinique de l'anorexie est caractéristique. On retrouve la **conduite anorexique** : la jeune fille réduit son alimentation de manière progressive dans le but de maigrir. Elle opère une sélection des aliments, les découpe en petits morceaux, réalise des tris. Cette conduite anorexique entraîne un **amaigrissement** pouvant être conséquent. La jeune fille peut perdre 20 à 50% de son poids initial. La patiente peut nier cette perte de poids. Elle peut avoir le sentiment d'être trop grosse malgré sa maigreur. Une dysmorphobie s'installe, centrée sur certaines parties du corps telles que les cuisses ou le ventre. Enfin, on note l'apparition d'une **aménorrhée** chez la patiente. La jeune fille n'ayant plus ses règles du fait de la dénutrition. Ces trois signes sont nécessaires à la pose du diagnostic (Chabrol, 2007).

L'anorexie prépubère est la forme d'anorexie intéressant notre étude. Elle représente 5 à 10% des cas d'anorexie. Bien qu'assez rare, elle n'est pourtant pas sans gravité. Elle s'observe le plus souvent à partir de l'âge de 8 ans. Sa description clinique se rapproche de celle de l'anorexie rencontrée chez les adolescents et les adultes. Elle prend, cependant, davantage en compte les particularités du développement affectif, cognitif mais aussi physique de l'enfant. L'existence d'une anorexie mentale prépubère surprend les professionnels de santé de l'enfant (Corcos, Lamas & al., 2008). Les enjeux du trouble anorexique chez un jeune sujet nécessitent de prendre en compte les stades du développement de l'enfant, la croissance staturale et pubertaire. Les vies familiale et scolaire sont à garantir nous informent ces auteurs.

R. Bryant-Waugh et B. Lask (1995, cités par Doyen, 2011) ont adapté les critères diagnostiques de l'anorexie à la population enfantine. Pour ces auteurs, les éléments significatifs correspondent à un évitement alimentaire, une perte de poids ou une impossibilité à maintenir un poids adapté durant la croissance et des préoccupations importantes concernant le corps et le poids. A ces éléments, une certaine rigidité des mécanismes psychiques de la jeune patiente et de sa famille peuvent être observés associée à d'importants troubles de la personnalité tels qu'une pathologie psychotique ou un narcissisme exacerbés. Dépression et troubles obsessionnels sont fréquemment présents. Le retentissement sur la croissance peut être considérable. Le plus souvent, il y a perte du gain statural. Cette anorexie mentale provoque un malaise important chez la jeune patiente prépubère et sa famille. Bien souvent, le diagnostic d'anorexie se fait par élimination d'autres pathologies, essentiellement pédiatriques. Les mécanismes de résistance de la jeune patiente, le déni des parents ou leur anxiété face à l'amaigrissement de leur enfant alimentent le

conflit. Par ailleurs, des études comparant les facteurs précipitant la maladie entre les enfants et les adolescents ont montré que des événements tels que la perte d'un être cher, une perte de repères comme un déménagement ou un changement d'école, un divorce des parents pouvaient constituer des perturbations prémorbides à la survenue de la maladie. L'anorexie mentale prépubère nécessite une mobilisation des parents et des équipes soignantes sur le long court.

### *2.2.3 Le corps dans l'anorexie*

Notre société actuelle glorifie la beauté et la jeunesse. L'apparence physique est devenue une préoccupation centrale chez l'individu. L'insatisfaction corporelle représente un des facteurs présents dans les troubles du comportement alimentaire. La jeune fille anorexique souffre de dysmorphophobie. Ce terme, introduit en 1886 par Morselli (1886, cité par Raich, 2007), correspond à la peur de la forme du corps. L'image du corps de l'anorexique est troublée. En effet, selon Rosen (1995, cité par Raich, 2007), l'image du corps renvoie à la manière dont l'individu conçoit, imagine, ressent et se conduit par rapport à son corps. L'anorexique trouve son corps ou certaines de ses parties grosses, bien que le poids et la silhouette soient normaux. Elle développe de fausses-croyances autour de son poids et de sa taille. De plus, elle pense que son corps est désagréable à voir, que les autres voient ses imperfections. L'anorexique déprécie son corps. Chez certaines jeunes filles, le corps est quelque chose de négatif. Cette image du corps négative s'associe à un amour-propre perturbé. La jeune fille éprouve des difficultés à s'assumer telle qu'elle est. D'autres adolescentes ont du mal avec la question de la féminité et ne se retrouvent pas dans l'identité féminine (Raich, 2007).

### *2.2.4 Le fonctionnement cognitif*

La patiente anorexique aurait un fonctionnement mental proche de la personnalité obsessionnelle. En effet, la jeune fille a un sentiment accru d'ordre et de propreté. Elle est bien souvent perfectionniste. De plus, elle est sujette à des ruminations sur des thèmes récurrents. Des études neuropsychologiques ont mis en évidence un défaut de flexibilité mentale chez ces jeunes filles. Bien souvent la rigidité cognitive va de pair avec une altération de l'image corporelle (Fassino & al., 2002, cités par Nandrino & al., 2015). Les jeunes filles auraient une mémoire sélective notamment dans le champ sémantique de la nourriture et de l'alimentation (Nandrino & al., 2015).

Le fonctionnement cognitif des patientes souffrant d'anorexie peut être qualifié d'opérateur. Par opérateur, il est entendu que la perception et la verbalisation des affects seraient pauvres, les capacités d'association seraient réduites. Il y aurait une adhérence au factuel. De plus, les jeunes filles peuvent avoir un sentiment d'intense fatigue, de corps absent, vide. Une alexithymie est présente. Il s'agit de la difficulté à identifier les émotions, à les repérer, à les différencier des sensations physiques mais aussi de la difficulté à communiquer ses émotions à autrui (Bydlowski, 2007).

### 2.2.5 L'anorexie : un symptôme adressé à l'autre

Legrand et Taramasco (2013) s'interrogent sur ce qui se joue lorsque l'anorexique mange. Selon elles, lorsque le sujet mange « *il se confronte à l'altérité de ce qu'il n'est pas et dont il dépend, non seulement en tant qu'être humain mais aussi en tant que sujet* » (Legrand & Taramasco, 2013, Introduction, para. 2). Le sujet n'a pas le choix et doit se nourrir pour survivre. Il doit accepter sa dépendance à la nourriture et doit assurer la satisfaction de ses propres besoins. « *Le corps impose au sujet de dépendre de ce qui n'est pas lui* » (Legrand & Taramasco, 2013, Introduction, para. 4). La personne anorexique n'arrive pas à dépasser ce stade de dépendance à la nourriture pour vivre. Pour elle, manger ne nourrit pas mais aliène. Les auteures apportent un élément fort intéressant de la pathologie anorexique qui reprend l'étayage dont parle Freud et les premières expériences de satisfaction du sujet tout-petit. Manger place le sujet face à l'autre. La faim, nous précisent Legrand et Taramasco, ne peut se nourrir d'aucuns mots. Elle est une demande à l'autre. Ainsi, l'anorexique dont le corps prend l'expression de la faim, s'adresse à l'autre. Lacan nous précise que l'anorexie ce n'est pas « *ne pas manger* » mais qu'il s'agit de « *manger le rien* » (1994, cité par Legrand & Taramasco, 2013, Introduction, para. 6). Ce que l'anorexique mange n'est pas de l'ordre des nutriments mais du symbolique. L'acte de s'alimenter revêt un caractère communicationnel. L'anorexique en ne mangeant rien, fait de cet acte alimentaire un élément de langage. En effet, les auteures soutiennent que l'anorexique communique tout en exposant un corps qui ne mange rien. L'anorexie peut être apparentée à une pathologie du lien et de la dépendance, la maigreur servant à ces jeunes filles d'accéder à l'autonomie. L'anorexie serait à la fois un appel de l'autre et un rejet. La jeune anorexique se définit par le corps qu'elle exhibe aux autres, cherchant à tout prix leurs regards. Elle voudrait ressembler à ce que les autres pensent d'elle. Cependant, elle est également en quête d'autonomie, d'indépendance. Elle tente de se défaire d'un attachement trop important. L'anorexique en s'enfermant dans sa symptomatologie tente de s'extraire de

l'assujettissement de l'autre. De plus, la jeune fille anorexique est dans la crainte de communiquer ses troubles à son entourage. Elle tente alors de les protéger, s'écartant ainsi d'eux. Elle se radicalise et s'isole. Elle ne mange plus et ne parle plus. Rien ne rentre et ne sort de sa bouche.

Corcos (2010) parle d'une symptomatologie du « *corps à corps* » (Corcos, 2010, p.204). L'anorexique accepte d'éprouver son corps dans la maladie. Il s'accorde également à penser que l'anorexie est en lien avec une pathologie de l'attachement. Il parle de l'anorexique comme d'une « *cuisinière cannibale mélancolique qui refuse de succomber à sa nature avide parce qu'elle croit que ses hôtes n'ont jamais eu ou ont perdu le goût d'elle...et qui lutte pour ne pas perdre le goût de ses hotes* » (Corcos, 2011, p.115). Selon cet auteur, le tri alimentaire présent chez certaines anorexiques reviendrait à mettre à distance le sexuel, à tenter de dissocier le bon du mauvais.

Il semble donc y avoir dans l'anorexie une lutte intérieure du sujet entre désir d'être avec l'autre, d'entrer en relation avec lui mais également, recherche d'autonomie et désir d'indépendance. La bouche de l'anorexique, vide de nourriture semble également progressivement se vider de sa fonction de communication. La bouche ne contient plus, ni les aliments, ni les mots.

Nous proposons maintenant d'évoquer les traitements, l'hospitalisation notamment, qui peuvent être proposés aux jeunes filles souffrant d'anorexie. Nous parlerons brièvement des perspectives évolutives.

### 2.3 Traitements et évolution

L'hospitalisation constitue une phase importante dans le traitement de la pathologie anorexique. Elle s'impose lorsque le poids du jeune patient est inférieur de 25% ou plus de son poids moyen. Sa durée varie de 4 à 8 semaines. Un contrat de poids est mis en place au sein duquel deux poids sont déterminés : un premier poids qui, avant d'être atteint, sépare l'enfant de son environnement proche : familial, scolaire, extra-scolaire ; un second poids qui fixe les conditions des rencontres avec l'entourage ainsi que le poids de sortie d'hospitalisation. Ce contrat est défini et négocié entre le personnel médical, soignant, l'enfant et sa famille. La séparation de l'enfant avec sa famille vise « *l'émergence d'un espace interne propre, hors de l'autorité parentale* » (Jeammet, 1991, cité par Chabrol, 2007, p.202). L'enjeu majeur de cette hospitalisation est la renutrition du sujet. La reprise de poids se veut progressive. Elle ne doit pas excéder les 1 à 1,5 kilos par semaine pour ne pas être vécue comme inquiétante pour le sujet. Cette renutrition peut se révéler risquée. En

effet, elle peut induire, chez le patient, des arythmies cardiaques, des crises épileptiques, un état de confusion mentale ou encore des comportements boulimiques et des vomissements. La nutrition durant l'hospitalisation est très contrôlée, les soignants assistant le patient lors des repas. Dans certains cas de dénutrition très sévère, la pose d'une sonde naso-gastrique s'impose face à l'urgence vitale de la situation. S'agissant d'une intrusion à la fois physique et psychique, la pose de ce procédé est vécue comme un traumatisme pour le sujet. Elle peut représenter un danger pour le patient qui, s'adaptant à ce type de méthode ne fait que renforcer ses défenses et sa passivité face aux soins. La sonde naso-gastrique, de par son usage dépersonnalisant, entraîne la dépendance du patient à ce mode d'alimentation. De plus, face à une éventuelle rechute, les soignants se retrouvent confrontés de nouveau à la pose de ce dispositif. A la reprise pondérale s'associe tout un travail visant à modifier les croyances alimentaires parfois délirantes de la patiente. Les comportements alimentaires sains sont présentés à la patiente. En parallèle de cette renutrition, l'activité physique et sportive de la patiente anorexique est suspendue jusqu'à la reprise d'un poids suffisant (Chabrol, 2007).

Depuis les vingt dernières années, un changement dans la représentation de la pathologie anorexique s'est opéré. En effet, les parents qui étaient jusqu'alors tenus comme responsables de la maladie de leur enfant – c'est la « *parentectomie* » qu'évoque Chabrol (Chabrol, 2007, p.200) qui consistait à mettre à distance l'enfant de son environnement familial est discutée - sont désormais invités à collaborer avec les professionnels pour la guérison de leur enfant. La thérapie familiale est encouragée ainsi que la psychothérapie individuelle du jeune patient. Plusieurs types de thérapies familiales existent. La thérapie systémique s'intéresse aux interactions de l'enfant et des membres de sa famille. Elle considère la famille comme un système dans lequel « *toutes les forces tendent vers une situation d'équilibre stable* » (Marcelli & Braconnier, 2013, p.633). Cette harmonie est recherchée à travers la régulation des interactions familiales. L'enfant, en pleine évolution, va induire, chez ses parents, une modification de leurs interactions. C'est cette capacité à pouvoir s'adapter au changement qui est visée. La psychothérapie quant à elle, peut être d'inspiration psychanalytique. C'est cette approche psychothérapeutique que nous avons décidé de développer. Elle est indiquée lorsque le jeune patient reconnaît la gravité de sa maladie. Elle consiste à amener l'enfant, l'adolescent à s'intéresser à son monde intérieur, à retrouver en lui le point de départ de la maladie. Le patient est invité à énoncer les conflits qui l'animent, le gênent, le mobilisent. Par ailleurs, le psychodrame représente un matériel intéressant pour l'adolescent. Initié par Moreno, il permet à l'adolescent de rejouer une scène conflictuelle. Ainsi, il permet l'expression de ressentis. Le second intérêt est que tout le corps se retrouve mobilisé. Les gestes, plus ou moins habiles,

accompagnent le discours et viennent parfois le trahir. Le corps de l'adolescent se donne à voir aux thérapeutes. Corcos déclare : « *Il est temps de sortir des symptômes alimentaires et des conflits qu'ils génèrent pour retrouver ce qui les anime, ce à quoi ils se sont substitués. Une autre scène pour un autre théâtre* » (Corcos, 2011, p.117).

Des traitements anxiolytiques et anti-dépresseurs sont généralement prescrits aux patientes souffrant de troubles du comportement alimentaire. Ces prescriptions soulèvent des questions chez le médecin. Elles appellent à la prudence afin de ne pas conduire le sujet vers une dépendance psychique. Par l'usage de psychotropes, le praticien recherche à modifier certains comportements du sujet. Le praticien doit s'assurer du fondement de ces prescriptions, le patient gardant en lui les traces des médicaments.

Nous venons d'apporter un éclairage sur la psychopathologie et les traitements proposés dans la pathologie anorexique. L'évolution de l'anorexie mentale chez les jeunes patients est encore relativement mal connue car jusqu'à présent insuffisamment étudiée. La littérature s'est, a contrario, beaucoup intéressée aux évolutions des anorexies mentales chez l'adulte. Déterminer une quelconque évolution suppose de recueillir des données analysables et de déterminer le rétablissement du sujet anorexique. La guérison est alors présente quand on ne repère plus chez le sujet les critères qui ont, auparavant, servi à poser le diagnostic. La plupart des études existantes évoquent des cas d'évolution dite positive. Bryant-Waugh et *al.* (1988, cités par Doyen, 2011) notent une évolution positive dans 62% des cas. Selon ces auteurs, la présence d'une dépression ralentirait le processus de guérison. Le poids tend à se normaliser mais des troubles psychiatriques persistent tels que la dépression, l'anxiété ou encore les troubles de la personnalité. Les conséquences psychologiques tels qu'une faible estime de soi, une dévalorisation, des troubles de la relation à l'autre demeurent. Pour certaines patientes, l'évolution s'effectue sur le versant boulimique. Les rechutes sont fréquentes et la chronicisation également. Les décès des suites de complications somatiques ou par suicide existent mais tendent à diminuer.

En ce sens, la prise en charge des troubles des conduites alimentaires constitue un important enjeu de santé publique. La prévention joue un rôle fondamentale dans la détection des troubles du comportement alimentaire.

Nous proposons maintenant de développer une partie sur l'environnement de la jeune anorexique, à savoir comment cette patiente peut se positionner dans la sphère familiale, quels peuvent être ses rapports à la scolarité.

### **3. La jeune anorexique et son environnement**

#### **3.1 L'adolescente anorexique et sa famille**

La jeune fille anorexique se présente, dans certains cas, de façon très rigide, cherchant à contrôler la sphère familiale. C'est sur l'ensemble des repas, loisirs, sorties, par exemple, que l'adolescente tente d'exercer son besoin de maîtrise. Ainsi, il peut lui arriver de manipuler les différents membres de la famille pour obtenir satisfaction. Elle est en proie à un paradoxe. Elle cherche à se conformer aux attentes parentales mais son attitude entraîne également de nombreuses négociations, le plus souvent lors des repas. La patiente anorexique se nourrit « *de l'obéissance et du refus mêlés* » nous dit Corcos (Corcos, 2011, p.111). Ainsi, le symptôme anorexique provoque des remaniements dans la sphère familiale. Il induit des comportements de supplication, de séduction, d'intimidation chez les parents qui souhaitent voir leur enfant manger. La famille se voit parfois entretenir le symptôme, en laissant par exemple, l'adolescente dîner seule, les conflits à table étant difficilement vécus. A contrario, l'adolescente peut éprouver le besoin systématique d'avoir un parent à proximité lors des repas. La jeune fille se voit alors confrontée à la « *demande paraxodale* » évoquée par B. Brusset (1993, cité par Marcelli & Braconnier, 2013, p.142), qu'elle adresse à sa famille et notamment à sa mère. Face à son amaigrissement, les parents et donc la mère le plus souvent, ressentent une envie, presque coupable, de la nourrir. Ils se blâment de voir ce corps qui s'affaiblit à vue d'oeil. Ils se blâment aussi d'exercer des tentatives de persuasion sur leur enfant. Ainsi, un phénomène de dépendance empreint de culpabilité émerge à la fois chez les parents et l'enfant.

Lasègue et Gull (cités par Marcelli et Braconnier, 2013) ont analysé les profils de parents de jeunes filles anorexiques. Selon ces auteurs, il semblerait que les mères d'enfants anorexiques manifesteraient un intérêt majeur pour l'apparence physique. Il s'agirait de femmes anxieuses et très protectrices, pouvant parfois entretenir une certaine ambiguïté entre leur enfant et elle (Selvini, 1963, citée par Marcelli et Braconnier, 2013). Elles ne privilégieraient pas la rêverie. A l'opposé, il pourrait également s'agir de mères au comportement abandonnique, méprisant l'apparence physique

de leur fille ainsi que ses réussites ou ses qualités. Les pères, quant à eux, sont perçus soit comme bienveillants, soit comme absents, peu investis dans la sphère familiale et ne prenant pas part aux décisions familiales. A eux deux, ils formeraient un couple en apparence heureux dont la bonne entente extérieure viendrait dissimuler des conflits non verbalisés (Marcelli & Braconnier, 2013).

Les frères et sœurs de la patiente anorexique peuvent également être affectés par la pathologie. Les liens fraternels ont tout autant d'importance que les relations parent-enfant pour la construction du sujet. En effet, c'est par la fratrie que le sujet entre en relation avec ses pairs. S. Cook-Darzens parle alors d'« *expériences relationnelles* » (Cook-Darzens, 2002, p.161). Le sujet dispose d'une place (aîné, cadet par exemple), d'un rôle dans la fratrie. L'auteure ajoute que des identifications et des attachements uniques s'effectuent, lesquels auront un impact sur l'adaptation sociale et professionnelle du sujet. Frères et sœurs grandissent ensemble en participant mais aussi en ne participant pas à la même ambiance. Chacun d'entre eux est unique bien qu'issu de la même famille. Dans le cadre de la pathologie anorexique, un certain déséquilibre s'opère, venant rompre l'ordre familial et plus précisément les ressemblances et différences entre les différents enfants. Ainsi, la fratrie peut fragiliser la patiente anorexique en ayant recours, notamment, à des moqueries concernant son apparence physique. Les chamailleries enfantines fréquentes dans les fratries viennent ici alimenter le mal-être de la patiente. De plus, la rivalité peut prendre le dessus sur le lien fraternel. Une perte d'alliance de la part d'un frère ou d'une sœur envers la jeune anorexique peut également se produire. Ainsi, la fratrie peut alimenter le conflit familial.

### 3.2 Anorexie et scolarité

Certaines patientes anorexiques rentrent dans une hyperactivité intellectuelle où domine la recherche de la performance. La créativité ne les intéresse pas et peut même les mettre en difficulté. Ces jeunes filles, qui fonctionnent de manière opératoire, s'efforcent à vouloir être les meilleures élèves de la classe. Le savoir devient un « *apprentissage mécanique* » (Corcos, 2011, p.129) à travers lequel la jeune anorexique exerce sa toute-puissance. La réussite scolaire est ainsi rendue possible par un entraînement intensif et une recherche de perfection. Cet hyperinvestissement scolaire vient empêcher la jeune fille de penser. Par ce biais, elle n'est pas en proie à des pensées pouvant venir réactiver le fantasme érotique adolescent. La patiente ne laisse ainsi pas de place à la pulsionnalité. Progressivement, cet investissement scolaire couplé à leurs préoccupations concernant le corps vient également réduire les relations sociales, amicales de l'adolescente, se trouvant pourtant à un âge où l'on recherche à s'identifier et à échanger avec ses pairs.

Selon Corcos,

Il faudra non seulement entendre et enregistrer les signifiants derrière les signifiés mais aussi tenter de les articuler les uns aux autres dans une perspective dynamique qui prenne en compte le socle puis le moteur pulsionnel sous-jacent à ces signifiants. De ce point de vue, une dimension singulière se dégage dans la lecture de la clinique symptomatique des troubles des conduites alimentaires : le mode et l'intensité de la relation des patientes avec la nourriture et bientôt avec les thérapeutes sont un reflet de ceux qu'elle entretient avec ses objets parentaux, avant que très rapidement la symptomatologie alimentaire et celle associée (passages à l'acte) ne soient « utilisés » par la patiente, en tiers, pour parer au risque d'intrusion et rétablir une distance relationnelle acceptable avec ses objets (Corcos, 2011, p.112).

Les soignants sont confrontés à un suivi irrégulier, saccadé. Ils rencontrent une patiente changeante avec une symptomatologie « à facettes » renvoyant à un fonctionnement différent selon son investissement ou son contre-investissement transférentiel (Corcos, 2011).

## **CHAPITRE 3. LE GROUPE**

### **1. Les théories sur le groupe**

#### 1.1 Qu'est-ce qu'un groupe ?

Du point de vue étymologique, le terme « *groupe* » vient de l'italien *gruppo* qui signifie « *nœud* » puis, après évolution du sens, « *réunion* » et « *assemblage* ». Emprunté initialement au lexique des beaux-arts, il correspond aux individus, peints ou sculptés, composant un seul et même sujet. Il rejoint ensuite le langage courant pour désigner un ensemble d'éléments, d'individus ou d'objets. Ce n'est qu'au XVIII<sup>ème</sup> siècle que le terme « *groupe* » trouve son acception actuelle de réunion d'individus. Il dérive possiblement du german *kruppa* désignant une masse arrondie. L'étymologie met ainsi en évidence deux acceptions intéressantes à savoir le nœud et le rond. Le sens de nœud rejoint l'idée de cohésion de groupe. Celle de rond se rapproche de l'idée de cercle et donc, par extension, de cercle d'individus (Anzieu & Martin, 2013).

Contrairement au couple composé de deux personnes, le groupe se constitue d'au moins trois individus. Pour D. Anzieu et J.-Y. Martin (2013), les phénomènes groupaux apparaissent à partir de quatre membres. Ces auteurs décryptent les différentes manières de se rassembler comme la foule, la bande, le groupement ou le groupe primaire ou restreint. C'est sur ce dernier que nous allons nous attarder. Le groupe primaire ou restreint présente, d'après ces auteurs, les caractéristiques suivantes :

- un nombre restreint d'individus favorise les interactions, chaque membre se forge une opinion de chacun des autres participants,
- un but commun rassemble les membres du groupe,
- des liens affectifs émergent et les affinités développées au sein du groupe peuvent aboutir à la constitution de sous-groupes,
- les membres sont dépendants les uns des autres et font preuve de cohésion,
- une répartition des différents rôles entre membres s'opère,
- des valeurs communes sont créées et partagées par l'ensemble du groupe.

Le groupe a constitué l'objet de différentes études. Nous allons maintenant aborder les différents domaines qui se sont intéressés au groupe : le domaine philosophique et littéraire, le domaine psychanalytique ainsi que le domaine linguistique et pragmatique.

## 1.2 L'approche philosophique et littéraire du groupe

### *1.2.1 C. Fourier*

Le philosophe C. Fourier (cité par Anzieu & Martin, 2013) conçoit le groupe comme un système basé sur des forces internes visant un équilibre. L'homme est caractérisé, à la fois, par sa nature sociale et groupale. Fourier va imaginer une organisation sociale répondant de l'essence même de l'homme : le phalanstère. Dans cette société idéale, l'individu réalise les tâches selon ses désirs et possibilités. Il y a ainsi distribution des travaux et regroupement d'individus par affinités.

### *1.2.2 E. Durkheim*

E. Durkheim (cité par Anzieu & Martin, 2013), fondateur de l'école de sociologie française

assoit les bases de la théorie groupale. Nous lui devons la notion de conscience collective : le groupe possède ses impressions, ses états d'âme et ses résolutions propres. Durkheim va également rendre compte des fonctions psychologiques des groupes à l'exemple de la fonction intégratrice qui veut que l'individu isolé socialement soit plus vulnérable que celui intégré à une communauté.

### 1.2.3 J.-P. Sartre

J.-P. Sartre, quant à lui, (cité par Anzieu & Martin, 2013) pense le groupe comme « *un tout dynamique, en mouvement* » (Anzieu & Martin, 2013, p.55). Il distingue groupe et rassemblement. Pour lui, les groupes sont issus des rassemblements et peuvent retrouver cette forme initiale à tout moment. Le groupe qui se forme est « *en fusion* » (Anzieu & Martin, 2013, p.58) et ses origines puisées dans le rassemblement sont gommées. Les membres de ce groupe en devenir font trois expériences : ils éprouvent à la fois la fraternité et un fort sentiment d'appartenance et rencontrent l'autre comme le tiers régulateur de leur action individuelle au sein de l'action collective. De plus, le groupe œuvre sans cesse pour sa survie en établissant ses propres règles de fonctionnement. Sartre déclare que le groupe doit s'organiser de manière à acquérir « *une connaissance silencieuse de lui-même* » (Anzieu & Martin, 2013, p.60). Le dirigeant du groupe représente la force intégratrice du groupe. L'inertie est redoutée et les membres du groupe recherchent tout individu souhaitant se séparer du collectif.

## 1.3 L'approche psychosociale

### 1.3.1 K. Lewin et la dynamique de groupe

K. Lewin (cité par Anzieu & Martin, 2013) est un psychologue de l'École Berlinoise s'intéressant à la construction de la personnalité du sujet. Il a adapté les principes de la Gestalttheorie aux groupes. Lewin nomme « champ dynamique » le système de forces en équilibre s'instaurant entre l'individu et son environnement. Il met en évidence la présence de tension chez l'individu dès lors que cet équilibre est fragilisé. Dès 1938, il transpose cette notion de champ dynamique aux groupes restreints. Il remarque alors que le groupe correspond à un ensemble dont les éléments ne constituent pas exactement leur somme. Le groupe et l'environnement forment un champ social dynamique. Le groupe devient une réalité propre aux individus qui le constituent. Lewin met en évidence la corrélation entre les membres du groupe et entre les composants du

champ dynamique tels que les buts, la perception du milieu extérieur, les rôles des membres. Il introduit le concept de « dynamique des groupes » à partir de 1944 en reprenant les termes de statique et de dynamique emprunté au registre de la science physique. Le système de forces du groupe établi par Lewin expose à la fois le fonctionnement interne du groupe et son effet sur la réalité extérieure.

### *1.3.2 J.-L. Moreno et le psychodrame*

J.-L. Moreno (cité par Anzieu & Martin, 2013), médecin psychiatre et théoricien s'intéresse aux individus victimes de rejet dans la société tels les cancrés en classe ou les minorités ethniques. Il s'interroge sur les forces d'attraction et de répulsion en jeu au sein des groupes et fonde, en 1923, le psychodrame. Il le conçoit comme une psychothérapie des conflits interpersonnels. Par le biais de l'improvisation, couples et familles, encadrés par des auxiliaires, se libèrent d'affects réprimés. Adeptes de la technique du jeu de rôles, Moreno développe le sociodrame dans lequel les principes de spontanéité, de catharsis et d'interaction des rôles sont fondamentaux. Chaque membre d'un groupe éprouvant un conflit est invité à jouer au sein du psychodrame la manière dont il vit ce conflit.

### *1.3.3 C. Rogers et la non directivité*

C. Rogers, quant à lui, (1966-1970, cité par Anzieu & Martin, 2013) pense que le groupe permet aux individus de se rencontrer en tant que « personne » et de se redécouvrir également soi-même. Les individus sont amenés à éprouver des sentiments authentiques et à créer du lien avec d'autres dans des échanges plus humains. Rogers prône la non directivité du groupe. Ainsi, selon lui, l'animateur n'a recours qu'aux relances et aux reformulations de sentiments exprimés par ses membres.

## 1.4 La théorie psychanalytique des groupes

### *1.4.1 Freud et l'appareil psychique*

Freud (cité par Anzieu & Martin, 2013) forge une première théorie sur l'appareil psychique individuel (le conscient, l'inconscient et le préconscient). Influencé par les travaux des sociologues

de l'époque sur le totémisme, les foules et les conflits qu'il rencontre avec ses disciples et confrères marqués, en parallèle, par le souvenir de sa propre expérience de vie en groupe durant sa prime enfance, Freud transpose la notion d'inconscient à la situation de groupe. Sa théorie initiale de l'appareil psychique connaît alors un remaniement. L'appareil psychique de l'individu est en partie constitué par l'intériorisation de la vie de groupe éprouvée par chacun au sein de la famille et de la société. Identifications et projections constituent les principaux sous-systèmes de l'appareil psychique. Ainsi, Freud nomme « Surmoi » le système des règles et d'interdits qui résulte de l'intériorisation des relations, sur le plan de l'autorité, entre parents et enfants. « L'idéal du Moi » qui correspond au système de valeurs personnelles résulte, lui, de l'intériorisation des relations, sur le plan de l'estime, entre parents et enfants. Le « Moi idéal » (idéal infantile de toute-puissance narcissique) perpétue l'identification archaïque au sein maternel omnipotent.

#### *1.4.2 L'apport de W. Bion*

W. Bion (cité par Anzieu & Martin, 2013) est un psychiatre anglais à l'origine de la psychothérapie de groupe et de la psychanalyse groupale. Chargé de s'occuper des soldats blessés de la Seconde Guerre Mondiale affluant à son hôpital, Bion se retrouve confronté à l'impossibilité de les recevoir tous de manière individuelle et pense alors à les accueillir en groupe. Il perçoit ces soldats réfractaires à l'autorité comme une communauté et souhaite leur faire prendre conscience de leurs difficultés communes. Cet événement sert de première expérience à Bion, qui dès 1961, travaille à la réinsertion des vétérans et des prisonniers de guerre par le biais de la psychothérapie de groupe. Il s'appuie alors du *T-group* se développant à cette époque aux États-Unis. De ses observations, Bion introduit deux principes fondamentaux :

- Le groupe se reconnaît par les missions qu'il doit accomplir mais aussi par les différentes émotions qui animent ses membres. Deux niveaux différents mais pourtant complémentaires sont alors retrouvés dans le groupe. Pour que la tâche qui lui incombe aboutisse, le groupe doit réguler les rôles et les actions de ses membres par le biais d'une analyse efficace de la situation. Il s'agit alors d'un premier niveau logique et conscient s'apparentant aux processus secondaires décrits par Freud tels que la mémoire et le jugement. Mais le groupe a aussi affaire à un second niveau émotionnel et fantasmatique, correspondants aux processus dits primaires. Une circulation émotionnelle et fantasmatique inconsciente s'opère ainsi entre les différents membres favorisant la coopération.

- De plus, les membres du groupe s'articulent entre eux selon des « **présupposés de base** ». Par ce terme, Bion renvoie aux états originaires, pré-génitaux remontant à la prime enfance. Les trois « **présupposés de base** » proposés par Bion sont :
- La **dépendance** à travers laquelle le groupe fonctionne grâce à un meneur. Bion est le premier à parler de « leadership ». Les différents membres du groupe ont besoin de désigner un leader pour perdurer. Si celui-ci n'accepte pas de remplir ce rôle, le groupe se retrouve livré à lui-même et ses membres se sentent alors en danger. Cette dépendance au leader semblerait venir du fantasme des groupes d'avoir un chef puissant et généreux capable d'endosser les responsabilités de leurs actes.
- Le **combat-fuite** (*fight-flight*) comme réponse au refus du leader d'accepter le rôle que souhaite lui voir exercer le groupe. Les membres du groupe réagissent soit par le conflit soit par l'abandon. La mise en péril du groupe rapproche les membres entre eux.
- Le **couplage** lié à l'attitude de combat-fuite, qui peut provoquer la constitution de sous-ensembles d'individus ou de dyades. Les membres se reforment alors par affinités ou intérêt commun. Cependant, ce nouveau remaniement des individus en dyade ébranle le groupe et favorise l'émergence d'un nouveau sous-groupe.

Pour Bion, chaque présupposé prime à un moment donné et dissimule les autres, qui demeurent cependant présents. Le groupe subit chacun de ces présupposés de manière discontinue. Bion rapproche le présupposé de base de **dépendance** de l'organisation familiale et de la pulsion d'attachement. Le présupposé de base de **combat-fuite** renvoie à l'organisation militaire ainsi qu'à la pulsion d'agressivité alors que le **couplage**, lui, se rapporte à l'organisation religieuse et à l'espoir messianique.

#### *1.4.3 D. Anzieu et les cinq organisateurs psychiques inconscients*

D. Anzieu (1999) va développer les cinq organisateurs psychiques inconscients du groupe :

- le **fantasme individuel**,
- l'**imago**,

- les fantasmes originaires,
- le complexe d'œdipe,
- l'imgo du corps propre.

Le premier organisateur repéré par Anzieu est le **fantasme individuel**. Dans toute relation comprenant deux ou plusieurs individus, le sujet est confronté à deux issues : soit il se referme sur lui-même pour protéger son individualité et ses fantasmes inconscients, soit il expose aux autres un de ses fantasmes afin d'y intégrer un ou plusieurs de ces participants. Une de menaces du groupe mise en évidence par Anzieu correspond à la rencontre des fantasmes de plusieurs participants et la tentation, pour ces participants, que leur propre fantasme domine ceux des autres au sein du groupe. Ce premier organisateur psychique inconscient du groupe tend à l'élaboration d'un appareil psychique groupal s'appuyant sur l'appareil psychique individuel de ces membres. En effet, dans tout groupe se constitue une résonance fantasmatique qui vient rassembler les individus autour du fantasme de l'un d'entre eux. Selon Anzieu, lorsqu'un groupe se constitue autour du fantasme inconscient d'un des participants, les autres membres s'affranchissent de la résolution des conflits liés à leurs propres appareils psychiques individuels en les déléguant à cet individu dont le fantasme a été mis en avant, devenant de fait le moi du groupe. La non-adhésion du groupe au fantasme individuel du participant, expose ce dernier à une décompensation.

Le deuxième organisateur est l'**imgo**. C'est la représentation d'un individu à la base de l'élaboration des instances psychiques régulatrices du moi : le surmoi, l'idéal du moi et le moi idéal. De fait, l'imgo revêt un caractère universel. Cette représentation garantit au groupe son état d'équilibre. En effet, l'imgo pouvant être partagée par plusieurs membres, elle devient organisatrice du groupe lorsque l'appareil psychique groupal repose sur une des instances régulatrices. L'imgo favorise l'unité du groupe mais peut également, du fait de son caractère ambigu reconnu par Freud, conduire à des désordres ou à des modifications de la structure interne du groupe et de son fonctionnement.

Le troisième organisateur correspond aux **fantasmes originaires**. Ce sont les fantasmes individuels inconscients partagés par l'ensemble des êtres humains, à une période de leur vie, et qui traitent de questionnements sur les origines de la vie, de la différence des sexes et de la sexualité (Laplanche et Pontalis, cités par Anzieu, 1999). De fait, pour Anzieu, l'organisation du groupe autour d'un fantasme originaire permet aux individus n'ayant pas les mêmes formations psychiques de changer de position au sein du groupe. Ainsi une certaine variété des pulsions, des mécanismes

de défense, des perceptions, des valeurs est rendue possible au sein du groupe.

Le quatrième organisateur est le **complexe d'œdipe**. Ce mythe repris et développé par Freud se retrouve fréquemment au sein des groupes et des communautés d'individus. En effet, chaque groupe a à travailler de manière symbolique avec le meurtre du père afin de conquérir son autonomie propre. Ce meurtre du père, présumé réel initialement, devenu symbolique, permet aux individus d'un même groupe, d'un même collectif, la glorification de l'être disparu, apprécié ou déprécié et l'intériorisation de sa représentation qui constitue le Surmoi. En considérant cette approche freudienne, le complexe d'œdipe serait à l'origine de la topique de la vie groupale. Le groupe psychothérapeutique revient à un entre-deux entre la famille et le groupe. Ainsi, comme dans toute organisation familiale, le complexe d'œdipe y est observé.

Le cinquième et dernier organisateur est l'**image du corps propre** et l'**enveloppe psychique de l'appareil groupal**. Le groupe ne possède pas de corps sur le plan réel c'est pourquoi il est constitué d'un corps imaginaire. Les métaphores du groupe comme d'un corps propre mettent en évidence le désir des sujets présents dans le groupe de le voir se constituer sous une forme physique. C'est pourquoi il est fréquent de voir des membres du groupe adopter les mêmes habitudes vestimentaires par exemple. Cette certaine unification des conduites sous-tend la recherche d'une cohésion groupale, du sentiment d'appartenance au groupe. Anzieu perçoit l'imgo d'un corps constitué du groupe comme un pseudo-organisateur. Selon lui, cette imago serait liée au fantasme des membres du groupe de s'accorder dans une sorte de matrice maternelle archaïque. Par ailleurs, l'appareil psychique groupal doit nécessairement s'établir comme une enveloppe contenant, protectrice et distincte afin que les échanges avec l'extérieur soient rendus possibles. Cette enveloppe est appelée par Anzieu, le moi-peau.

Ainsi, les trois premiers organisateurs psychiques inconscients retrouvés au sein des groupes sont le **fantasme individuel**, l'**imago** et les **fantasmes originaires**. Le quatrième organisateur -le **complexe d'œdipe**- favorise la différenciation, toujours active, du groupe. Enfin, le cinquième organisateur -l'**imago corporelle**- permet de faire la distinction entre le dehors et le dedans du groupe. Pour conclure, ces cinq organisateurs fonctionnent de manière conjointe et existent dans tout groupe.

#### 1.4.4 R. Kaës et l'appareil psychique groupal

L'**appareil psychique groupal** décrit par le psychanalyste R. Kaës (2010) correspond à un modèle de représentation de la vie psychique dans les groupes. Il s'agit d'un appareil de formation, de transformation et de liaison de la réalité psychique entre les sujets constituant le groupe qui a pour but de favoriser les interactions entre la réalité psychique groupale et la réalité du groupe d'un point de vue matériel et social. Cet appareil psychique groupal s'élabore en tant qu'organisation capable de transformer le flux psychique individuel en énergie créatrice du groupe, capable également de conjuguer les fonctionnements psychiques différents des individus avec les exigences inhérentes au groupe et les modèles socioculturels.

Après avoir développé les différentes conceptions psychanalytiques groupales, il importe maintenant de s'intéresser à un autre aspect du groupe : la communication dans le groupe.

#### 1.5 Approche linguistique et pragmatique de la communication dans le groupe

Le terme de communication vient du latin *communicatio* qui signifie « *échange de propos* » et « *mise en commun* ». On parle de communication lorsqu'il y a transmission d'informations d'un être vivant à un autre, cette transmission venant modifier l'un des deux participants. De fait, l'acte de communication implique la présence d'un émetteur élaborant un message et celle d'un récepteur recevant ce message. Cet acte est schématisé de la manière suivante : émetteur → codage → message → décodage → récepteur. La communication correspond à l'ensemble des phénomènes physiques et psychologiques permettant la mise en relation d'un individu -l'émetteur- avec une ou plusieurs personnes -le récepteur-. Elle permet aux individus de fonder leur propre vérité commune. Les individus qui communiquent ensemble sont caractérisés, entre autre, par leur histoire personnelle, leurs motivations à la communication, leur état affectif, leur niveau socioculturel et le contexte de communication. Les éléments de la communication constituent un ensemble de symboles, de signes plus ou moins maîtrisés par les différents interlocuteurs. La communication est facilitée lorsque émetteur et récepteur partagent le même cadre de référence et partagent le même ordre symbolique (Amado & Guittet, 2012).

De plus, certains signes non verbaux sont observés lorsque deux ou plusieurs individus communiquent. Ces signes correspondent à des mimiques, des regards, des gestes et postures

adoptées par le sujet. Ces éléments perçus dans le comportement global de l'individu en situation de communication précèdent ou succèdent le discours verbal. Ils viennent renforcer les propos de l'individu. Ils sont saisis plus rapidement que le discours verbal car ils se donnent directement à voir. Le comportement non verbal informe sur les intentions de communication du sujet et sur ses affects. Il régule l'interaction, le récepteur s'ajustant à l'attitude émotionnelle de l'émetteur. Par ailleurs, la place qu'occupe un sujet dans un groupe, au niveau spatial, semble en lien avec son attitude de communication. En effet, la manière dont se situe l'individu par rapport à un autre indique la relation qu'il souhaite nouer avec celui-ci (Amado & Guittet, 2012).

Ainsi, le verbal qui a valeur d'information est toujours en lien avec le non verbal qui, lui, sert à maintenir les relations interpersonnelles entre les participants à une situation de communication. Si verbal et non verbal sont associés et utilisés à bon escient, l'interlocuteur s'assure d'une meilleure compréhension de son message par l'autre. Cependant, si l'on observe une discordance entre ces deux niveaux, le sens du message peut en être altéré et son effet devient moindre (Amado & Guittet, 2012).

De fait, tout groupe afin de maintenir son intégrité, doit adopter un mode de communication compris et partagé par l'ensemble de ses membres. Cependant, la mise en place d'un système de communication de groupe doit prendre en compte plusieurs éléments tels que la taille du groupe, la nature et les contraintes de la tâche qui rassemblent ces individus, l'ambiance et la structure affective du groupe. Concernant la taille du groupe, il semble évident de penser que plus le nombre d'individus augmente, plus le nombre d'informations au sein du groupe semble augmenter et ainsi, le temps de parole accordé à chaque participant diminue. L'ensemble des informations traitées au sein du groupe peuvent alors ne pas être saisies par chaque membre. De plus, si les contraintes de temps et d'espace incombant au groupe ne sont pas respectées, une répartition des individus en sous-groupes peut s'effectuer. L'implication d'un membre est liée à sa possibilité à prendre la parole au sein du groupe. Si son temps d'expression est réduit, ce participant se retrouve lésé et peut alors se désintéresser de l'échange. Lorsque le groupe augmente, la cohésion est plus difficile à maintenir. Un groupe plus grand expose ses membres à des difficultés de régulation. Une disposition des participants en cercle facilite leur adhésion (Amado & Guittet, 2012).

## 2. Ce qui fait soin dans le groupe

### 2.1 Le cadre du groupe

#### 2.1.1 *Le cadre : définition*

Le cadre du groupe est organisé par un ensemble d'éléments invariants. Ces éléments viennent délimiter le contexte de soin. Ainsi, le cadre est en premier lieu matériel : c'est le lieu où le groupe se rassemble et son agencement à savoir les chaises, les tables, les coussins qui y seront utilisés. Le cadre est aussi temporel, chaque séance de groupe a un rythme et une durée propres. Le groupe s'inscrit dans le temps, il a un début et une fin. Le groupe fonctionne selon des règles qui sont également dépendantes de son cadre (Marc & Bonnal, 2014).

Le cadre ne se rapporte pas uniquement à ces conditions matérielles manifestes. Le cadre relève de la symbolique. Ses particularités sont connues et reconnues des membres du groupe. Le cadre vient contenir et étayer le travail thérapeutique. Il sécurise les participants et s'impose à eux en tant qu' « *instance tiers* » (Marc & Bonnal, 2014, p.36). Le cadre est intériorisé, à la fois, par les patients et le thérapeute. Il revêt une signification différente pour chacun, qu'elle soit consciente ou inconsciente, en particulier pour le soignant qui en partage les aspects affectifs, idéologiques en références à ses modèles théoriques. Il importe que le thérapeute se questionne sur le choix du cadre qu'il utilise qui va venir déterminer le travail thérapeutique qui sera réalisé au sein du groupe (Marc & Bonnal, 2014).

#### 2.1.2 *La mise en place du cadre*

Selon Anzieu (1999), le cadre doit être mis en place suivant la règle des trois unités :

–l'**unité de temps** : les séances de groupe démarrent et se terminent à une heure déterminée, leur durée est également définie à l'avance ;

–l'**unité de lieu** : les séances se déroulent dans un lieu leur étant propres. Ce lieu va conditionner le rapport au corps et à l'espace. Ainsi, les participants et encadrants n'ont pas de place attitrée, ils peuvent changer de place d'une séance sur l'autre ;

–**l'unité d'action** : une tâche spécifique est attribuée aux participants dans chaque type de dispositif groupal.

### 2.1.3 Les fonctions du cadre

E. Marc et C. Bonnal (2014) reviennent sur les fonctions du cadre. Le cadre a, en premier lieu, une **fonction sécurisante** : il crée un environnement stable. Le cadre, connu de tous les participants, est donc rassurant.

Le cadre remplit également une **fonction de soutien et de contenance** : le groupe a une fonction contenant de pare-excitation des pulsions, des désirs, des angoisses. Le groupe possède des règles renvoyant à l'imaginaire paternelle qui symbolise les limites entre le dedans et le dehors. De plus, le groupe symbolise la solidarité entre les participants à l'image de celle de la fratrie. Les membres s'entre-aident, se soutiennent mutuellement.

Le cadre a une **fonction délimitante** : le cadre distingue l'espace thérapeutique de l'environnement social quotidien des participants. Les auteurs parlent d'un « *monde à l'inverse du monde social* » (Marc & Bonnal, 2014, p.37) dans lequel le lâcher-prise et la sensibilité sont autorisés. Le cadre constitue alors un espace d'expression et d'expérimentation.

Le cadre propose une **aire transitionnelle** : en référence à D.W. Winnicott (1975, cité par Marc & Bonnal, 2014), le cadre représente la réalité en ce que tout ce qui s'y passe est réel, mais il correspond à une réalité marquée par l'imaginaire, le jeu, la créativité. Le cadre constitue alors un espace au sein duquel il est possible de faire des expériences tout en étant protégé. Les risques sont alors davantage symboliques.

Enfin, le cadre a une **fonction régulatrice** : le groupe possède des règles que chaque participant va progressivement intérioriser. Le participant peut chercher à les détourner, expérimentant alors son rapport à la loi, aux limites. Elles protègent le groupe et ses membres.

Le travail en groupe peut mettre à l'épreuve le cadre déterminé par les soignants. La situation de groupe peut, par exemple, générer de l'excitation chez les membres. Le dispositif doit donc faire face à cette excitation tout en évitant la mise en danger des participants et de fait, l'attaque de la

pensée. Le cadre doit donc s'adapter à certaines agressions. Il paraît alors essentiel que la création d'un groupe fasse préalablement l'objet d'une réflexion de l'équipe soignante afin que le dispositif proposé soit en accord avec la démarche institutionnelle (Privat & Quélin-Souligoux, 2005).

## 2.2 Le rôle des encadrants

Il existe désormais un grand nombre de groupes thérapeutiques. Le dispositif choisi varie selon le type de travail envisagé. De la même manière, le statut des professionnels qui encadrent ces groupes diffère. Ce professionnel peut être appelé l'**encadrant**, l'**animateur**, le **thérapeute**... Nous utiliserons dans ce mémoire les termes de **soignant**, **thérapeute** et **garant du cadre** qui sont les trois termes usités sur notre terrain de stage.

### *2.2.1 Le rôle du soignant dans le groupe*

Quélin-Souligoux et Privat (2007) nous renseignent sur le rôle du soignant :

En groupe, quel que soit le niveau de pathologie, le thérapeute oscille toujours entre deux positions : se taire et risquer d'amplifier le sentiment d'abandon lié à la situation groupale ; ou intervenir et être perçu comme séducteur ou intrusif, ceci risquant d'aller à l'encontre du mouvement naturel du groupe. En fait, il est avant tout essentiel d'être présent, à l'écoute non seulement de ce qui est dit, fait mais de ce qui est ressenti, éprouvé émotionnellement (Quélin-Souligoux & Privat, 2007, p.17).

### *2.2.2 Les compétences de l'animateur de groupe*

Le thérapeute doit posséder différentes compétences lorsqu'il travaille en groupe. Marc et Bonnal (2014) présentent ces compétences :

- Le thérapeute doit être contenant pour recevoir les angoisses du groupe ainsi que l'agressivité des participants. Il est le garant d'un cadre rassurant.
- Le thérapeute doit être en mesure d'accompagner les états régressifs des membres du groupe.
- Il ne doit pas être fragilisé par les attaques du groupe. Il doit être prudent à sa propre

agressivité et accepter ses difficultés et ses erreurs.

- Il doit manier l'humour pour apaiser les tensions et dédramatiser certaines situations.
- Il doit être dynamique pour animer le groupe.
- Il doit également se montrer créatif afin de susciter la propre créativité des participants.

De plus, pour S.H. Foulkes (1964, cité par Marc & Bonnal, 2014), le thérapeute de groupe doit déjà être bien se connaître lui-même. Il ne doit pas utiliser le groupe pour son propre intérêt. Il doit considérer et avoir de l'égard pour le groupe.

Enfin, d'après Rogers (1973, cité par Marc & Bonnal, 2014), le thérapeute doit également faire preuve d'empathie, de tolérance et de respect. Il est important qu'il reconnaisse ses propres capacités mais aussi ses limites. Il doit également avoir conscience de l'impact de ses faits et gestes sur le groupe.

Tout thérapeute de groupe, et ce quelle que soit son orientation, dispose de qualités spécifiques qui s'ajoutent à son expérience de thérapeute individuel. Il doit avoir lui-même fait l'expérience du groupe (Marc & Bonnal, 2014). Dans les groupes thérapeutiques d'enfants, les jeunes participants sont tous rassemblés autour d'un ou de plusieurs adultes. Le travail en groupe avec des enfants nécessite de prendre en compte la manière dont ces derniers envisagent l'adulte. Le thérapeute doit être capable de se relier à ses parties infantiles et de s'accorder avec les émotions éprouvées par le groupe pour trouver la bonne distance dans le groupe mais également maintenir l'écart générationnel (Privat & Quélin-Souligoux, 2005). Enfin, Winnicott (1971, cité par Jouanno, 2011), déclare que le soignant doit rester en bonne santé à savoir qu'il doit conserver sa capacité pensante. Le travail en groupe avec des enfants est une expérience audacieuse.

### *2.2.3 La co-thérapie : intérêts et limites*

Le nombre de thérapeutes présents sur le groupe et leur relation influencent le fonctionnement du groupe et les rapports entre ses membres (Marc & Bonnal, 2014).

Pour Kaës (1992, cité par Marc & Bonnal, 2014), le couple thérapeutique doit être et solitaire et solidaire. Par solitaire, Kaës entend que chaque thérapeute doit se sentir libre de ses faits et de ses gestes malgré la présence de l'autre. Il doit rester spontané. De plus, les deux soignants sont

solidaires en ce qu'ils s'associent dans le travail thérapeutique. Leur relation ne doit donc pas être empreinte de rivalité ou de haine. Ils ne doivent pas tenter de devenir le « bon objet » du groupe au détriment de l'autre. L'auteur ajoute que les deux thérapeutes peuvent lutter ensemble contre l'angoisse du groupe. Ils peuvent se soutenir mutuellement.

Ainsi la co-animation offre des avantages. Tout d'abord, les patients peuvent bénéficier de deux référents sur le groupe. Lorsque le couple thérapeutique n'est pas du même sexe, il favorise chez les patients un transfert du couple parental sur le groupe.

Le travail à deux permet aux soignants de pouvoir intervenir de manière plus individuelle auprès du groupe. Ainsi lorsqu'un soignant est occupé avec un patient, l'autre veille sur le groupe.

La co-animation comporte aussi des limites. En premier lieu, cette pratique suppose de s'accorder sur les fonctions et interventions de chacun au sein du groupe (Marc & Bonnal, 2014).

## 2.3 La médiation au sein du groupe

### 2.3.1 *Qu'est-ce qu'une médiation ?*

Le terme de « *médiation* » renvoie au latin *mediare* qui signifie « *s'interposer* » (Dictionnaire Larousse, en ligne). La médiation correspond à ce qui fait l'intermédiaire entre l'autre et soi. La médiation propose un espace entre les individus autour d'un objet commun à partager, à créer. Cet objet est en quelque sorte témoin de la relation existant entre deux personnes, entre les membres d'un groupe. Cette médiation doit être accompagnée nous dit Kaës (2010), par le soignant qui, par son expérience, va venir lui donner du sens. L'utilisation d'une médiation va mobiliser le sujet et le groupe. En effet, le recours à un objet concret, matériel qui peut être vu, entendu, touché, manipulé crée un contexte facilitateur de travail pour le patient et le groupe. Certains patients, par exemple, sont mis en difficulté lorsque la simple médiation est la parole. Ici, l'objet vient permettre le support de cette parole. De plus, il est important que le ou les soignants utilisant une médiation soient convaincus de son pouvoir, de ses effets. De même, il est recommandé qu'ils prennent eux-mêmes du plaisir à la proposer. Ce plaisir sera ressenti par les patients qui de fait, s'identifieront aux soignants et prendront eux aussi du plaisir au contact de ce médium. Par ailleurs, la permanence de l'objet médiateur vient renforcer la contenance. Le groupe doit préserver la survie physique et

psychique de l'objet (Vacheret, 2002).

Enfin, M. Milner (1952, citée par Roussillon, 2013) ajoute que le médium doit être « *malléable* » (Roussillon, 2013, p.45) c'est-à-dire que le patient peut transporter sur l'objet médiateur des impressions, des représentations. Roussillon (2013) reprend le concept de médium malléable de Milner et introduit l'idée que ce médium, de par sa matérialité, offre la possibilité au patient de représenter sa problématique interne par l'utilisation qu'il en fera.

### *2.3.2 Historique de la médiation dans le soin*

La cure analytique que fonde Freud réside sur le registre verbal. Le recours aux médiations artistiques est envisagé face aux difficultés rencontrées par certains patients, les enfants et les patients psychotiques notamment, d'utiliser le langage oral. Freud intéressé par la culture artistique, met en évidence l'interaction entre l'art et la psychanalyse. Il cherche à déterminer le processus créateur inhérent à toute oeuvre d'art et son lien avec l'inconscient ainsi que l'effet de cette oeuvre sur celui qui la regarde. Selon lui, la création artistique s'origine dans le symptôme. L'artiste sublimerait sa névrose à travers ses oeuvres et transformerait ainsi ses pulsions sexuels en objets déssexualisés. Freud favorise ainsi l'analyse des éléments inconscients présentes dans l'oeuvre (Brun, 2013).

Winnicott (1971, cité par Brun, 2013) en proposant sa théorie de la **transitionnalité** présente l'objet artistique comme un **objet transitionnel**. Il s'agit d'un intermédiaire entre le sujet et le monde extérieur, sous les traits d'un objet matériel. Winnicott s'inscrit alors comme précurseur des premières médiations thérapeutiques.

Nous allons maintenant exposer les fonctions de la médiation.

### *2.3.3 Les fonctions de la médiation*

La médiation peut avoir plusieurs fonctions au sein d'un groupe :

–une fonction d'**intermédiaire** entre la vie psychique interne du sujet et la réalité inhérente au groupe. La médiation vient faire le lien entre soi et l'autre (Kaës, 1999).

–une fonction de **symbolisation** de la pensée, d'organisateur de la pensée (Quélin-Souligoux & Privat, 2000).

–une fonction d'**appropriation** ou de **réappropriation** de l'objet (Vacheret, 2010).

## 2.4 Les phénomènes psychiques à l'œuvre dans le groupe

Le groupe réunit des individus tous différents dotés de sentiments, de désirs et d'angoisses les excitant ou les paralysant (Anzieu, 1999).

### 2.4.1 Identification

L'**identification** correspond à un processus psychique à travers lequel le sujet adopte un aspect, un caractère d'un autre individu. Le sujet va s'approprier les traits d'une autre personne (Laplanche & Pontalis, 2002). La situation de groupe permet la multiplicité des identifications.

### 2.4.2 Transfert et contre-transfert

Pour Kaës (1976, cité par Brun, 2013) le transfert dans le groupe se réalise par « *diffraction* ». Selon lui, il y a transfert sur les membres du groupe, les soignants mais aussi sur le cadre et sur les médiateurs. Pour Kaës (2010, cité par Brun, 2013), le médium n'est pas un médiateur « *en soi* » (Brun, 2013, p.159). Il le devient grâce au champ transféro-contre-transférentiel. Ainsi il est nécessaire de considérer ce que le sujet transfère sur l'objet médiateur, sur le ou les soignants et sur le groupe mais aussi de prendre en compte les particularités du transfert et l'effet contre-transférentiel chez le soignant. Le médiateur serait un point de captation du transfert. Le transfert subit une diffraction dans le groupe car « *chaque membre permet au sujet de déposer une facette de lui-même, à son insu, de même que chacun des participants est potentiellement dépositaire d'une partie de l'autre, également déposée en lui, à son insu* » (Vacheret, 2002, p.148).

Le **transfert** correspond, en psychanalyse, au processus par lequel les désirs inconscients des individus s'expriment sur des objets dans le cadre d'une relation spécifique (Laplanche & Pontalis, 2002). Il peut s'agir d'un transfert soit positif soit négatif. En analyse par exemple, l'analysant peut projeter un sentiment d'affection ou de mépris envers l'analyste, qu'il a ressenti dans son enfance

pour un autre individu (le père, la mère par exemple).

Le **contre-transfert** correspond aux réactions inconscientes de l'analyste, en psychanalyse, par rapport au patient. Il s'agit également des réactions de l'analyste au transfert de ce dernier. Marc et Bonnal (2014) rappellent que le contre-transfert concerne également les thérapeutes qui co-animent le groupe ensemble.

Kaës développe également la notion d'**intertransfert**.

#### *2.4.3 Fantômes et angoisses archaïques*

**Le groupe peut se sentir persécuté ou déprimé** : le groupe craint que des interventions extérieures ne mettent en évidence ses défauts et ses difficultés. Il anticipe les sentiments de honte et de dépréciation qu'il pourrait alors ressentir en adoptant une position dépressive (Anzieu, 1999).

**Le groupe représente une menace primaire pour l'individu** : la situation de groupe correspond à une menace pour l'individu. Anzieu (1999) nous rappelle que « *l'être humain n'existe comme sujet que s'il a le sentiment de son unité, unité de son corps et unité de son psychisme* » (Anzieu, 1999, p.43). Or, le groupe confronte le sujet à des individus qu'il peut ne pas connaître. Celui-ci ne se retrouve alors plus protégé par l'amour d'une figure dominante qui le relie aux autres. Il se sent alors menacé. De plus, dans un groupe restreint, chaque membre cherche à assujettir l'autre à son propre désir. Le sujet est alors en proie aux différents désirs que projettent sur lui les individus. Ceci lui est pénible et peut conduire à l'éparpillement de son moi, à la fragmentation de son unité imaginaire. Le groupe, s'il ne possède pas d'unité interne, réveille chez ses membres des fantasmes archaïques de démembrement. Chaque participant essaye alors de préserver son moi, le groupe renvoyant l'image d'un corps morcellé. Le groupe doit donc dépasser cette représentation pour se constituer une unité à travers laquelle chacun puisse se reconnaître. Chaque participant se sentant rassuré, s'identifie comme membre du groupe. Le groupe prend alors « corps » et existe en tant que tel (Anzieu, 1999).

**Les fantasmes de « casse » présents dans le groupe** : ces fantasmes correspondent à la forme spécifique au groupe de l'angoisse de castration ainsi que les angoisses individuelles propres aux participants. Ainsi, on peut retrouver, par exemple, l'angoisse de séparation (Anzieu, 1999).

**Le fantasme oral du groupe** : le groupe serait féminin et maternel. Il serait une bouche, à l'image de l'enfant qui tète le sein de sa mère. Le groupe nourrirait l'individu mais paradoxalement, le mangerait aussi (Anzieu, 1999). Les individus faisant partie d'un groupe ont la crainte de se faire happer, absorber par lui, d'être dépossédés d'eux-mêmes par le groupe.

## 2.5 L'effet thérapeutique du groupe

Pour Quélin-Souligoux et Privat (2007), le groupe a un effet thérapeutique lorsqu'il est investi de manière positive par les participants. Il devient alors un lieu de défense, un espace intermédiaire et un lieu de restauration nous disent les auteurs. Le groupe peut être support d'idéalisation et de ce fait, console, satisfait ses membres.

Le groupe va favoriser une activité créatrice autour de la relation à l'autre grâce à la contenance du thérapeute et celle du groupe qui va venir soutenir narcissiquement l'enfant, le participant (Quélin-Souligoux & Privat, 2007). Les soignants en proposant un cadre et des règles de fonctionnement de groupe créent une aire transitionnelle soutenant le narcissisme des individus. Le groupe va venir contenir les pulsions, les affects, les angoisses de ses membres. Chacun est amené à se constituer une enveloppe psychique au sein du groupe. De plus, la situation de groupe permet de revivre des liens humains (Anzieu, 1999).

Le groupe va permettre l'élaboration de la pensée. Une pensée de groupe va jaillir, prenant la forme et les contenus de pensée du groupe, sous l'influence des processus inconscients en jeu dans le groupe. Le sujet voit également sa pensée se développer. Il vit le groupe et associe à son expérience de groupe des pensées. Pour que la pensée de chaque participant s'enrichisse de celle du groupe, il importe que le groupe et ses membres partagent les mêmes valeurs, les mêmes opinions (Kaës, 1999). La constitution d'un appareil psychique groupal permet la transformation de l'énergie psychique individuelle en une énergie favorisant les liens intersubjectifs. La mise en groupe et l'instauration d'un appareil psychique de groupe vont permettre la liaison des appareils psychiques individuels.

Pour Anzieu (1999), le groupe met entre parenthèses la réalité extérieure. Les membres se retrouvent à évoluer ensemble. Leurs corps correspondent à la seule réalité extérieure de leur moi psychique. Tous les participants se retrouvent à l'écoute de leur corps, de leur fonctionnement. Ils

sont amenés à parler de ce qu'ils éprouvent.

Ainsi, dans un groupe thérapeutique, personne ne peut prédire de la mise en place d'un travail de liaison chez le patient. Les soignants doivent accepter d'être garants du cadre et de n'observer que quelques processus. Ils doivent, nous dit Vacheret (2002), faire le deuil de tout expliquer et de tout interpréter.

## **CHAPITRE 4. LE CONTE**

### **1. Généralités**

#### 1.1 Définition

Le conte correspond à un récit bref d'événements imaginaires. Il est issu du terme « *conter* » provenant du latin *computare* qui signifie compter, énumérer et par extension, raconter diverses situations (Dictionnaire Larousse, en ligne). Il importe de différencier le conte des mythes, légendes et fables.

Le mythe est un récit imaginaire, fantasmagorique illustrant les exploits de personnages dotés de pouvoirs surnaturels. Il peut mettre en scène des personnages historiques ayant accédé au statut de divinités.

Le conte, lui, relate des événements auxquels un personnage ordinaire est confronté. Le dénouement est bien souvent heureux. La conclusion d'un mythe quant à elle se veut davantage pessimiste.

Certains prétendent que les mythes s'efforceraient de trouver des réponses à des situations étonnantes telles que les astres ou encore les phénomènes météorologiques. C. Lévi-Strauss (1974) trouve une base commune aux mythes qu'il a analysés. Il a ainsi pu constater que l'enchaînement

des événements mythiques n'était jamais le fait d'une continuité ou d'une quelconque logique. En effet, tout peut se produire dans un mythe. On retrouve dans différentes cultures et localités les mêmes règles d'usage. Par ailleurs, contes et mythes se trouvent ancrés dans la langue. Ils sont tous deux langage et existent grâce à la langue.

Les légendes sont des récits en apparence merveilleux qui, à l'opposé du conte, se basent sur des faits historiques nettement identifiables. Les exploits d'un individu y sont amplifiés. Les légendes s'inscrivent dans la mémoire collective.

Les fables, quant à elles, correspondent à une allégorie mettant en scène des animaux et des personnages fictifs. Ces fables aboutissent à une morale et cherchent à transmettre des valeurs. Les contes peuvent parfois présenter une morale mais celle-ci est rarement explicite. C'est au lecteur de tirer les conclusions nécessaires, de trouver le fin mot de l'histoire.

En ayant ainsi distingué le conte des genres littéraires précédant, nous pouvons conclure que le conte :

- se présente le plus souvent sous la forme d'un récit court relatant les aventures incroyables d'un personnage banal.
- ce personnage ne possède pas de don ou pouvoir magique à proprement parler mais peut bénéficier, dans sa quête, d'une aide merveilleuse.
- a un faible ancrage spatio-temporel. En effet, les personnages, lieux et temps ne sont pas clairement définis.
- est pure fiction.
- aboutit à un dénouement généralement heureux avec une résolution du problème ou du manque initial.
- dispense des valeurs dualistes telles que les oppositions simples de bien et de mal.

Maintenant qu'une définition du conte a été apportée, il est intéressant de présenter les différents usages du conte à savoir les pratiques orale et écrite.

## 1.2 Origine du conte

Depuis la nuit des temps, les individus se regroupent pour écouter des récits retraçant les aventures de personnages connus ou méconnus. Ces temps de rassemblement fédèrent toute la communauté, conférant ainsi aux hommes des valeurs sociales et des savoir-faire transmissibles de génération en génération. Les contes se sont enrichis des traditions populaires et de l'inconscient collectif. Ils ont évolué à travers les époques, s'imprégnant des mutations sociales et culturelles. Ils sont le reflet d'un temps. D'abord réservés aux adultes, ils sont désormais racontés aux enfants. Ils sont empreints d'une forte coloration affective. Certains contes ont d'ailleurs été édulcorés car ils étaient jugés trop crus pour les enfants.

La tradition orale a permis le développement des contes, leur enrichissement. Néanmoins, cette pratique a causé la perte de certains contes qui ont été désinvestis voire même oubliés. Le conteur vit le conte, il l'adapte selon ses envies, il le rend vivant et le transforme à sa guise. En effet, le conte apparaît sans auteur défini et est toujours en devenir : libre au conteur d'ajouter ou de supprimer des éléments du récit. De ce fait, plusieurs versions d'un même conte existent.

La pratique écrite est venue fixer les contes, leur conférant ainsi, d'une certaine manière, un caractère inaltérable. De nombreuses collectes, dont les plus connues sont celles de C. Perrault au XVII<sup>ème</sup> siècle et celles des frères Grimm au XIX<sup>ème</sup> siècle, ont permis de recueillir les contes et de mieux les conserver. Ils ont ainsi pu traverser les siècles, sans disparaître, pour arriver jusqu'à nous.

## 2. Travaux et études portant sur le conte

Plusieurs courants se sont intéressés au conte et ont contribué à une meilleure connaissance de celui-ci.

### 2.1 Les travaux des folkloristes

Les folkloristes ont consigné et étudié les contes, les répertorient en différentes catégories. Les folkloristes finnois A. Aarne et S. Thompson (1987) ont établi la classification faisant figure de référence. Cette classification répartit en quatre catégories 2 340 types de contes. On y trouve :

- **les contes d'animaux** (de 1 à 299) : dans lesquels les figures animales possèdent des caractéristiques humaines.
- **les contes merveilleux ainsi que les contes religieux** (de 300 à 1 199) : ce sont les contes dits « englobants » dans lesquels on retrouve pour les premiers, des éléments surnaturels et pour les seconds, une thématique chrétienne.
- **les contes facétieux** (de 1 200 à 1 999) : qui font la satire des petites gens, des riches, des benêts...
- **les contes à formules** (de 2 000 à 2 340) : on parle de contes en cascades ou de contes en chaîne. Il s'agit de petits récits proposant des énumérations. Le but étant d'entraîner la mémoire.

Par ailleurs, certains contes sont dits **étiologiques**. Ils tentent d'apporter une explication à des phénomènes de nature inconnue.

P. Delarue et M.-L. Tenèze (2000) ont adapté la classification internationale de Aarne et Thompson aux contes populaires français. Ils distinguent ainsi dans leur ouvrage les contes merveilleux, les contes d'animaux, les contes religieux et les contes-nouvelles.

## 2.2 L'approche structuraliste

L'approche structuraliste étudie la structure même du conte et non son thème. V. Propp est le premier à avoir initié ces recherches qu'il a publiées dans son ouvrage *Morphologie du conte* paru en 1928. Avant de découvrir la structure du conte, Propp s'est attaché à sa forme. En s'appuyant d'un corpus conséquent de contes russes, Propp va repérer des invariants qu'il nomme « *fonctions* ». Ces fonctions se déclinent d'après les actions des personnages. Il en dégage 31, s'enchaînant de manière logique et esthétique dans le récit (ces 31 fonctions sont détaillées Annexe 2) <sup>2</sup>. Chaque fonction découle de celle qui la précède (Propp, 1970).

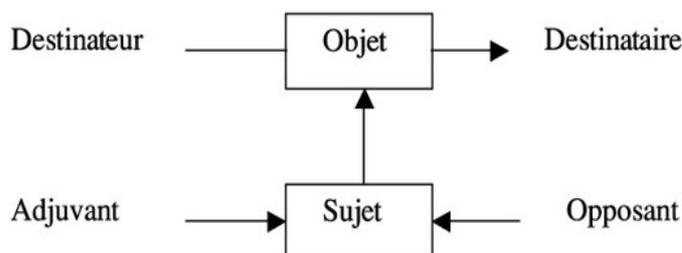
Propp définit le conte merveilleux comme un récit construit d'après la succession régulière de fonctions. Certaines de ces fonctions peuvent être absentes du récit ou bien répétées. L'histoire débute par un méfait ou un manque et déroule des fonctions intermédiaires avant d'aboutir à un dénouement (Propp, 1970).

---

<sup>2</sup> Les fonctions du conte, ANNEXE 2, p.159

Enfin, Propp affirme l'existence d'une construction commune à tous les contes : tout conte possède une situation initiale, une intrigue et une issue heureuse. (Propp, 1970).

Le modèle de Propp a été repris par le psycholinguiste A.-J. Greimas (cité par Lafforgue, 2002), qui a ainsi élaboré le schéma actantiel des contes suivant <sup>3</sup> :



Greimas désigne par le terme d'« *actants* » le fait que les personnages des contes aient toujours le même rôle tout au long de l'histoire. Il identifie 6 actants :

- **le destinateur** qui est celui qui pousse le personnage principal à poursuivre une action.
- **le destinataire** qui tire profit de l'issue heureuse, il est souvent confondu avec le héros.
- **l'adjuvant** qui est l'auxiliaire magique qui permet au héros de résoudre sa quête. Il est soit un personnage, soit un objet.
- **l'opposant** qui va causer du tort au héros.
- **l'objet** qui correspond au dessein à accomplir.
- **le sujet** qui correspond au personnage central du récit, qui va partir en quête.

En conclusion, un schéma de construction commun à tous les contes a été mis en évidence par l'approche structuraliste. Néanmoins, les résultats des études structuralistes demandent à être modérés. En effet, les travaux de Propp ne se sont portés que sur un certain type de contes, les éléments mis en exergue ne sont donc pas généralisables à l'ensemble des contes, comme, par exemple, aux contes en chaîne.

### 2.3 Le conte du point de vue de la psychanalyse

Le conte est un objet qui a intéressé la psychanalyse. De fait, le contenu des contes aurait un

---

<sup>3</sup> Image du schéma actantiel de Greimas trouvée sur internet : Google Images.

rôle important sur l'inconscient en ce qu'il transporte lecteur et auditeur dans un univers imaginaire, fantasmatique. Dans tout conte, un sens caché vient faire écho au vécu intérieur de l'individu. Le conte traite, en effet, des interrogations profondes des hommes telles que la mort ou l'abandon. Il formule en mots certains aspects du psychisme que l'individu a pu refouler depuis sa prime enfance. Il aborde ainsi, par exemple, la question de l'angoisse, de la séparation, du morcellement.

Freud (1900, cité par Kaës, 2012) est le premier à rapprocher le conte du rêve. Il met alors en évidence, dans le conte, les formations, l'accomplissement et les distorsions du psychisme humain. Ainsi, Freud déclare « *qu'il y a entre nos rêves typiques et les contes, la poésie en général, des rapports fréquents qui ne sont pas dus au hasard. Comme la légende et le mythe, le conte concerne les parties les plus primitives du psychisme. Il est fait du matériau, de l'étoffe même de la psyché* » (Kaës, 2012, p.4). Les contes révèlent des organisations inconscientes. Ils correspondent à une forme collective et codifiée de rêveries. Selon Freud, des éléments et des situations provenant des contes sont souvent retrouvés dans les rêves. Il émet l'hypothèse que les contes fassent office de souvenirs-écrans dans la vie de certains sujets. Il pense, en s'appuyant de son expérience clinique, que pour certains individus, les contes sont venus remplacer des souvenirs d'enfance. Enfin, Freud déclare que les contes ne correspondent pas à une forme de réalité car certains événements narrés ne sont pas présentés comme inquiétants bien qu'ils devraient l'être dans la réalité (Freud, 2001).

Par ailleurs, le conte énonce, conceptualise et provoque en même temps des représentations de désir aussi bien chez la personne l'ayant conçu que chez les individus qui le transmettent, le racontent, l'entendent. Tout un chacun est mû par la structure du conte et l'active à sa manière dès qu'il y est confronté.

Pour L. Fèvre (1999, cité par Estienne, 2001), le conte offre plusieurs avantages. Il permet d'entraîner la créativité du sujet : l'homme dispose de deux hémisphères cérébraux : le gauche, qui est le territoire du langage, de la pensée et des actes conscients ; le droit, où se situent l'expression et la pensée associative, métaphorique. Pour Fèvre, les métaphores que l'on trouve dans les contes vont « *endormir et occuper le cerveau gauche tout en activant le droit* » (Estienne, 2001, p.13). De ce fait, les éléments conscients se retrouvent associés aux images métaphoriques, laissant ainsi l'inconscient libre de s'exprimer. Par ailleurs, les contes permettent à la personne qui les écoute d'attribuer une vision personnelle à l'histoire entendue, l'identification personnelle aux personnages principaux étant possible car ceux-ci sont rarement nommés. En effet, seuls quelques héros ont un surnom tels le Petit Poucet ou le Petit Chaperon Rouge. R. Diatkine (1991, cité par Lafforgue,

2002) précise que les contes constituent des « *variations sur une histoire familiale avec ses tensions, ses manques et ses conflits* » (Lafforgue, 2002, p.151). Le modèle familial imaginaire proposé dans le conte vient enrichir et perturber la représentation que le sujet se fait de la famille, de sa famille. Ainsi dans certains contes, la bonne mère est celle qui est morte. Le héros est bien souvent le plus jeune de la fratrie.

Le conte, selon Fèvre, peut aider à l'acceptation de soi en ce qu'il propose des personnages qui vont résonner en nous, auxquels nous pouvons nous identifier et de fait « *intégrer une image - de nous - supportable et enviable* » (Estienne, 2001, p.13). Le conte met en scène des personnages qui nous ressemblent, qui réussissent à accomplir de grandes tâches. Ainsi, ils sont vecteurs d'espoir : nul besoin d'une force extraordinaire pour affronter les aléas de la vie. Le conte est récit d'un déséquilibre mais il apporte une réponse à ce déséquilibre. D'autre part, l'auditeur peut « *intérieuriser ses fantasmes et accéder au symbolisme du récit, relire sa propre expérience d'une façon nouvelle, libératrice* » (Estienne, 2001, p.13). Enfin, le conte permet la découverte et l'intégration des lois qui conditionnent la vie en société et qui structurent la personnalité des individus. Il permet au sujet de réfléchir à la manière dont il intériorise ces lois ou au contraire les rejette.

### **3. Le conte et son usage thérapeutique**

#### 3.1 Intérêt du conte dans la pratique orthophonique

##### *3.1.1 La fonction contenante du conte*

A l'image de la mère qui enveloppe son bébé, prend soin de lui ; le conte possède lui aussi, une fonction contenante. W. R. Bion (1980, cité par Lafforgue, 2002) parle même de « *fonction contenante de la rêverie maternelle* » (Lafforgue, 2002, p.201). En effet, le conte propose une situation similaire à la relation mère-enfant lors de la lecture d'une histoire, le soir avant le coucher. La mère contient l'enfant par sa voix, par son regard et par l'histoire qu'elle lui propose. Dans le cadre du conte, le conteur dispose de cette fonction contenante. Il offre ainsi sa voix, son regard, ses mimiques et expressions faciales à un auditoire pour susciter son attention. De plus, le conte est lui-même contenant de par sa structure : il possède ses propres formules d'ouverture comme « *Il était une fois* » et celles de fermeture comme « *Ils vécurent heureux jusqu'à leur mort* ».

Pour C. Guérin (2012), cette fonction contenante a son importance. Elle permet la création des premières enveloppes psychiques, l'instauration des formes primaires de symbolisation qui, par la suite, pourront permettre l'accès aux contenus symboliques du conte, rendu possible par le langage.

### *3.1.2 Le conte, un espace transitionnel*

D.W. Winnicott (1975) a montré que le jeune enfant suce son pouce, dans un premier temps, pour satisfaire ses pulsions et pour s'apaiser. Il a ainsi recours à une partie de son propre corps. Il utilise ensuite un objet pour se défendre contre l'angoisse provoquée par l'absence de sa mère : cet objet est appelé **objet transitionnel** en ce qu'il correspond à la première possession « *non-moi* » de l'enfant. En exemple, on cite le doudou, utilisé notamment au moment de s'endormir. Cet objet vient faire la transition entre la mère et l'enfant. Le petit enfant découvre qu'il n'est pas le prolongement de sa mère et utilise cet objet pour se relier à elle en son absence. Winnicott propose ensuite la notion d'**espace transitionnel**. Il s'agit de l'espace correspondant à une aire intermédiaire d'expérience faisant le lien entre la réalité extérieure et la réalité intérieure du sujet. Le conte correspond lui aussi un espace-temps transitionnel en ce qu'il constitue une zone intermédiaire permettant la mise en mots de fantasmes. La symbolisation vient ensuite résoudre ces fantasmes dans la vie extérieure.

### *3.1.3 Un canal de réception du langage*

La situation de contage propose un bain de langage au sein duquel l'enfant pourra acquérir un nouveau vocabulaire et des éléments sur la syntaxe. Par l'écoute du conte, l'enfant se saisit des éléments structurant le récit qui lui permettront ensuite à son tour d'écrire ses propres contes, ses propres histoires. La structure du conte, nous l'avons vu, possède une situation initiale, une intrigue et une issue heureuse. L'enfant va, petit à petit, intégrer le matériel linguistique propre au conte et se l'approprier. D'après Lafforgue, le conte du fait de son langage et de sa forme, utilise des signifiants « *déjà-là, déjà-dits* » (Lafforgue, 2002, p.16). Ces signifiants permettent à l'auditeur de constituer le sens du récit.

C'est par cette mise en sens personnelle du conte entendu que la pensée de l'auditeur se structure.

### 3.1.4 *Le conte permet la structuration de la pensée*

La richesse du conte tient essentiellement au fait qu'il présente une forte valeur symbolique utile à l'être humain pour vivre. Les symboles que l'on y retrouve portent sur des personnages, animaux, des objets... Ils permettent l'élaboration de représentations mentales. L'imaginaire selon Lacan n'est pas ce qui relève de l'imagination ni du fantasme. L'imaginaire ce sont tous les faits que l'on peut assembler comme effet de l'image, c'est-à-dire le caractère formateur de l'image. L'imaginaire va permettre à celui qui écoute le conte d'enrichir sa pensée. Le symbolique, l'imaginaire vont avoir un impact sur le réel de l'individu, c'est-à-dire sur son monde intérieur. Le réel est fait de fiction, de rêves. Il est différent d'un individu à l'autre. Le réel dans sa globalité est complexe. Il est difficile à mettre en mots. Le réel est à différencier de la réalité qui, elle, correspond au monde tel que nous pouvons le percevoir avec nos propres sens et notre propre intelligence. Ainsi, H. Gougaud (cité par Estienne, 2001) affirme lui aussi que le conte, par le biais de son langage et de sa musicalité, permet à l'enfant de structurer sa pensée. Le conte fait appel aux capacités de déduction et de raisonnement logique de son auditeur. Les métaphores qu'il peut proposer vont, pour J. C. Mills et R. J. Crowley (1995, cités par Estienne, 2001), demander à l'auditeur d'établir des rapports, des liens entre les faits relatés dans le récit et ce que l'individu connaît, ce qui se rapporte à sa propre histoire.

### 3.1.5 *La temporalité du conte*

Le conte a une chronologie et une temporalité particulières. Dans un conte, tous les éléments s'enchaînent dans des rapports de causalité. Le conte peut parfois être irrationnel. Le hasard n'intervient jamais dans un conte. Le conte ne situe jamais géographiquement les lieux dans lesquels évoluent les personnages. Il y est mentionné un royaume, un village, une forêt sans les situer géographiquement. L'auditeur se laisse transporter dans ces lieux qu'il peut librement se représenter. De plus, les périodes où se déroulent les événements ne sont pas non plus spécifiées. Le récit débute « *Il y a fort longtemps* » sans précision d'époque. Les actions et les événements s'enchaînent sans qu'une durée de temps ne soit précisée. A B. Chouvier (2013) de conclure que le temps du conte est « *un temps hors du temps* » (Brun, Chouvier & Roussillon, 2013, p.236).

### 3.2 Le conte, une médiation thérapeutique utilisée en groupe

Le conte est désormais utilisé comme médiateur dans les thérapies de groupe ou en psychanalyse. La médiation par le conte va venir faire l'intermédiaire entre la vie psychique interne du sujet et la réalité extérieure.

#### *3.2.1 Conditions nécessaires à la narration du conte*

Dans un premier temps, pour que la narration d'un conte s'inscrive dans une démarche thérapeutique, il importe de fixer un cadre dans l'espace et dans le temps. Lafforgue (2002), pédopsychiatre et psychanalyste basé à Bordeaux, est le premier à avoir initié la pratique des ateliers conte en hôpitaux de jour. Il a ainsi conçu un espace-temps se voulant organisé et sécurisant pour des enfants ayant des troubles psychoaffectifs et des troubles du comportement. Cet espace-temps représente un lieu transitionnel au sein duquel la parole et le geste viennent faire sens pour des enfants en souffrance. De ce fait, le lieu occupé pendant l'atelier doit être identifié dans l'institution comme tel, à la fois par le patient et le soignant. Il importe que ce lieu soit toujours le même au fil des séances et adapté aux besoins de l'atelier. Il importe également qu'il se déroule chaque semaine, le même jour et à la même heure, avec les mêmes intervenants.

Une fois ce cadre spatio-temporel déterminé, le conte peut se dérouler sous certaines conditions.

Selon Lafforgue (2002), le soignant qui conte est garant du contenu du conte. L'auteur nous rappelle l'importance du pacte narratif existant dans toute situation de contage. Ce pacte vient lier le conteur à l'auditeur le temps du contage. Il s'agit d'un accord entre un individu qui aime conter et un autre qui souhaite écouter. D'après lui, ce pacte ne s'instaure pas toujours de façon naturelle. Il convient alors de proposer un cadre pour transmettre le contenu du conte à un auditoire qui peut être passif, distrait ou agité. Le regard joue alors un rôle essentiel dans la situation de contage car il va venir capter l'auditoire. C'est pourquoi le conteur doit se situer en face et au même niveau que les participants, pour pouvoir canaliser à la fois leur attention et leur écoute.

De plus, Lafforgue (2002) recommande aux soignants animant des ateliers contes de ne pas lire les contes. Selon lui, conter sans lire fidèlement le support rend le soignant plus disponible pour l'observation et facilite la régulation entre les participants. En procédant ainsi, c'est un vécu partagé

créatif que le soignant offre au groupe. Lafforgue (2002) évoque également l'importance pour le conteur de prendre du plaisir lors de la situation de contage afin que la narration soit réussie. En effet, selon lui, le conte perd de son efficacité s'il est raconté sans conviction, sans intérêt ou sans émerveillement de la part du conteur. Le message symbolique véhiculé par le conte n'est transmis aux participants que lorsque ceux-ci prennent eux-mêmes du plaisir à entendre un conte. Ainsi la notion de plaisir partagé entre un conteur qui aime conter et des participants qui aiment écouter semble indispensable à la réussite de la situation de contage.

A ces conditions s'ajoute ce qu' Estienne (1997 et 2001) appelle les procédés du dire. En effet, selon elle, les procédés verbaux utilisés par le conteur ont leur importance. Ces procédés correspondent à la voix : sa hauteur, son intensité, ses intonations, les bruitages et silences accompagnant le récit, les accélérations dans la narration ; à la personnalité du conteur dans sa manière de conter et de s'adresser à son auditoire et sa manière personnelle d'envisager son rôle de conteur. De plus, le regard et les gestes doivent venir transmettre ce qu'exprime la voix.

### *3.2.2 Intérêt de l'utilisation du conte en groupe thérapeutique*

Le conte de tradition orale trouve ses origines dans les rassemblements d'individus lors de veillées, autour du feu. Il est donc par essence groupal. Il est exprimé dans un groupe et pour un groupe nous rappelle Kaës (2010). Le conte réunit donc des individus selon une condition, dans notre recherche il s'agit d'un acte thérapeutique. Pour Kaës (2010), le conte permet à chacun de s'y reconnaître ou d'y reconnaître un autre, de s'identifier. D'après cet auteur, le conte offre des représentations et des signifiants.

Selon Estienne (1997), l'intérêt majeur de l'utilisation des contes est de dire les choses en ne les disant pas, c'est suggérer en effleurant ce qui autorise un cheminement intérieur que chacun peut poursuivre à son rythme, sans danger, en se promenant à son aise, cueillant et recueillant de-ci de-là une semence qui va germer et lui donner une impulsion (Estienne, 1997, p.9).

Elle ajoute qu'il ne faut pas poser de questions à l'enfant sur le conte qu'il vient d'entendre car cela détruit le pouvoir d'enchantement de ce dernier. Ainsi, Estienne (1997) mais également Lafforgue (2002), pensent qu'il ne faut pas interpréter un conte que l'on raconte à un enfant.

Dans le groupe, le conte vient faire l'intermédiaire entre la vie intérieure des sujets, les participants et la réalité du dispositif groupal.

Lafforgue (2002) recommande l'atelier conte aux enfants présentant des troubles des apprentissages, de la lecture et de l'écriture notamment.

Alors que la plupart des ateliers thérapeutiques utilisant le médiateur du conte proposent, à la suite du contage, de rejouer les scènes et personnages évoqués dans l'histoire entendue ou d'en faire un dessin, l'atelier auquel nous avons participé propose, lui, un temps d'écriture. En effet, en plus du conte, l'écriture constitue la deuxième médiation utilisée dans le groupe que nous avons observé dans le cadre de notre mémoire de recherche. Nous trouvons intéressant de présenter succinctement cette médiation car nous avons parfois pu voir les participantes de l'atelier en difficulté sur ce temps d'écriture. Nous avons cherché à comprendre pour quelles raisons ces jeunes participantes se retrouvaient en difficulté face à l'écrit. Les éléments suivants tentent d'apporter des éléments de réponse. Nous souhaitons donc maintenant aborder cette autre médiation : l'écriture.

### 3.3 L'écriture : une autre médiation utilisée

#### 3.3.1 *Ecrire : entre risque et angoisse*

Le passage de l'oral à l'écrit est selon J. Biarnès (1997, cité par Jouanno, 2011) un changement de monde, une modification de l'être. En effet, cette transition demande l'utilisation d'un vocabulaire, d'un registre de langue adapté, des connaissances lexicales et syntaxiques pour réussir à transposer de manière cohérente à l'écrit sa pensée. Nous ne nous exprimons pas de la même manière à l'oral qu'à l'écrit. Le passage à l'écrit demande donc un ajustement de la part de l'individu. L'évolution d'une écriture imaginaire à une écriture de soi, personnelle peut s'avérer difficile pour certaines personnes. L'angoisse de la page blanche, du manque d'inspiration peuvent également venir envahir le sujet.

Comme l'évoque M. Duras (1993, citée par Chidiac, 2013), écrire représente un inconnu. Le sujet ne sait pas ce qu'il va produire avant de se lancer dans l'activité d'écriture. Il éprouve cet inconnu en lui, dans son esprit et son corps. Ecrire suppose de consentir à avancer vers cet inconnu, et de ce fait, de quitter une certaine maîtrise.

De plus, l'acte d'écrire présuppose la lecture de la production par un autre. Cette lecture probable peut inquiéter le sujet. Le lecteur peut transformer, détourner les propos de l'auteur. (Artaux, 1999, cité par Jouanno, 2011). La crainte d'être jugé sous-tend la lecture du texte par un tiers. Ainsi, l'acte d'écrire constitue une certaine prise de risque de la part de celui qui écrit.

### *3.3.2 Le temps : une contrainte dans l'acte d'écriture*

Dans un atelier d'écriture, chaque participant doit gérer son temps d'écriture. Une durée est fixée par l'animateur de l'atelier, c'est à l'individu qui écrit de s'accorder à ce temps qui lui est imparti. Pour certains, ce temps va sembler très court et de fait décevant. Pour d'autres, il sera trop long, ennuyeux voire angoissant. En effet, nous pouvons penser qu'un temps trop long viendrait gêner un individu en difficulté d'élaboration de sa pensée, tout comme un individu ayant déjà terminé son écrit, qui se retrouverait inactif rapidement. C'est pourquoi le soignant perçoit parfois, chez certains participants, des signes d'impatience, d'excitation, pouvant entraver la réflexion de ceux qui sont toujours en train d'écrire. Chidiac a pu observer, dans son expérience clinique, « *cette difficulté à la rêverie en atelier d'écriture, accompagnée aussi de la difficulté à être seul en groupe, à être dans l'apparente vacuité du temps libre une fois la consigne d'écriture terminée* » (Chidiac, 2010, p.37).

### *3.3.3 Intérêt de l'atelier d'écriture*

L'atelier d'écriture permettrait de délier la pensée avant de la lier par l'écriture. L'individu qui produit un écrit propose un texte retranscrit en signes graphiques, il transforme des représentations en écriture (Chidiac, 2013). Ecrire suppose de penser. Penser peut s'avérer douloureux. L'atelier d'écriture offre pourtant un espace de symbolisation. Pour l'auteure, penser correspond à soumettre le principe de plaisir au principe de réalité. C'est, dans l'atelier d'écriture, le principe de plaisir qui doit venir aider à l'élaboration de la pensée.

L'intérêt est d'amener le participant à assouplir son fonctionnement psychique et à exprimer ce qu'il n'osait pas jusqu'alors livrer par le biais de consignes d'écriture variées. La démarche se veut progressive. Il s'agit d'amener le patient à réaliser un travail cognitif et ludique, de manière à faire émerger un plaisir perdu ou méconnu d'écriture. Le soignant cherche à ce que le participant soit satisfait du texte qu'il vient de produire et ainsi que son estime de soi en ressorte renforcée (Chidiac, 2013).

A travers notre partie théorique, nous nous sommes intéressée au groupe, au conte et aux troubles des conduites alimentaires. Ces trois éléments sont au centre de notre réflexion dans ce mémoire. Nous avons également choisi de traiter la période de transition qu'est l'adolescence et les remaniements psycho-affectifs qu'elle engendre car nous n'oublions pas qu'avant d'être des enfants souffrant d'anorexie, les jeunes patientes de notre étude sont des sujets qui vont traverser ou traversent cette étape dans leur vie. Il nous paraissait important d'exposer les difficultés rencontrées par les adolescents au moment de la puberté. De plus, il nous semblait pertinent de reprendre ces éléments séparément car l'anorexie n'est pas toujours liée au processus pubertaire. Les jeunes filles que nous avons rencontrées rentrent à peine dans l'adolescence.

# **PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES**

Depuis le début de nos études nous nous intéressons à l'utilisation des histoires en séances d'orthophonie et plus particulièrement au conte, qui correspond à un genre littéraire particulier que nous connaissons et apprécions. Nous avions le désir initial de traiter du conte et de voir comment il pouvait être exploité dans la rééducation orthophonique. Ayant rencontré peu d'orthophonistes utilisant ce médiateur en situation individuelle, nous nous sommes donc tournée vers les structures pouvant l'utiliser, les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques par exemple. Nous souhaitons par ailleurs que notre lieu de stage soit également notre terrain de recherche. Nous avons découvert qu'un hôpital de jour utilisait le conte comme médiation en groupe thérapeutique. Nous avons rencontré l'orthophoniste qui travaille dans cette structure. Nous nous sommes interrogée sur l'utilisation du conte en situation groupale. **Comment le conte peut-il être utilisé en groupe ? Que permet-il ?** Ces questionnements ont constitué les bases de notre réflexion. Dans un second temps, après avoir eu connaissance de la population rencontrée à l'hôpital de jour, nous nous sommes demandée pourquoi le conte était proposé à de jeunes patientes souffrant de troubles du comportement alimentaire ? **Comment ces patientes s'inscrivent-elles sur un atelier conte ? Que leur apporte une telle prise en charge ? Quelles sont les particularités de ces enfants souffrant de cette pathologie ?**

Nous pensions donc nous intéresser au conte et l'aborder comme élément central de notre étude. Or, le conte, bien que présent dans cet atelier, ne constitue qu'un élément du cadre thérapeutique. En effet, l'orthophoniste et l'ergothérapeute utilisent le conte pour animer l'atelier. Elles s'en servent pour amener les jeunes patientes à réfléchir, à échanger au sein du groupe. Le conte est à la fois un moyen pour observer le groupe, sa dynamique, ce qui s'y joue et aussi un médiateur pour faire surgir des représentations mentales mais aussi la parole. Nous avons donc centré notre étude sur le groupe. Nous n'avions, jusque-là, pas participé à un groupe thérapeutique. Nous nous sommes donc posée les questions suivantes : **Comment s'organise ce groupe ? Quelle est sa dynamique ? Quels phénomènes peut-on observer au sein de ce groupe ? En quoi le travail de groupe va-t-il être thérapeutique ?**

De plus, nous n'avions jamais rencontré de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. Nous connaissions peu l'anorexie mentale et sa psychopathologie. Nous pensions à ce moment-là travailler sur la problématique suivante :

**En quoi l'atelier conte favorise-t-il la création d'un espace-temps permettant la mise en lien puis la mise à distance du symptôme de l'enfant présentant des troubles du comportement**

## **alimentaire ?**

Ainsi nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- l'écoute d'un conte favorise l'élaboration de représentations mentales,*
- l'écoute d'un conte aide l'enfant à faire du lien et à réfléchir sur son vécu,*
- la médiation par le conte permet de rejoindre la réalité par le truchement de la fiction,*
- la médiation par le conte permet de mettre de l'ordre dans un chaos intérieur,*
- la médiation par le conte permet d'expérimenter le langage oral et le langage écrit différemment.*

Cette problématique et ces hypothèses ont été conçues peu de temps après notre arrivée sur le lieu de stage et le début de notre expérimentation. Au fil des séances, nous nous rendons compte que cette problématique et ces hypothèses ne fonctionnent pas. Nous ne sommes pas en mesure de vérifier si les patientes font du lien ou non entre l'histoire entendue et leur propre histoire. L'expression de ressentis et d'émotions éprouvées à l'écoute du conte leur est difficile.

Face à des jeunes filles qui parlent peu, nous étions dans l'impossibilité de répondre à cette problématique et de travailler ces hypothèses. Quelle problématique formuler alors ?

Ce n'est qu'à la fin de l'année que nous décidons de retenir la problématique suivante :

### **Qu'apporte un atelier conte proposé en hôpital de jour à de jeunes patientes souffrant de troubles du comportement alimentaire de type restrictif ?**

Nous proposons également de nouvelles hypothèses relatives à cette nouvelle problématique :

- l'atelier conte est une aire transitionnelle pour expérimenter le symbolique,*
- l'atelier conte permet d'entrer en relation avec l'autre, de se positionner comme sujet,*
- l'atelier conte permet à l'enfant de trouver et de prendre sa place dans le groupe,*
- l'atelier conte permet d'expérimenter le langage oral et le langage écrit différemment.*

Ainsi, pour réaliser ce projet de mémoire nous avons décidé :

- de pratiquer **des observations qualitatives, descriptives** de chaque participante du groupe, à chaque session en remplissant **une grille d'observation**.
  
- de nous intéresser aux **productions écrites** des jeunes pour étudier leurs écrits au regard de leur fonctionnement sur le groupe,
  
- de **présenter chaque enfant d'après le recueil de données** issues de nos observations et de la consultation des **classeurs de transmission**,
  
- de **rencontrer les soignants de l'atelier conte** ayant, comme nous, observé ces enfants toute l'année mais également de **rencontrer d'autres professionnels assurant le suivi de ces mêmes enfants sur d'autres temps de soin** dans le but d'obtenir davantage d'informations.

# **DEMARCHE EXPERIMENTALE**

## **1. Une approche qualitative de l'observation de groupe**

Ce mémoire s'inscrit dans une démarche d'observation et de compréhension du fonctionnement d'un atelier conte. Il prend donc en compte le langage, le contexte de communication, les relations entre les membres du groupe et la dynamique de groupe. Il s'agit donc d'une démarche qualitative et non quantitative. Nous y présentons cinq études de cas.

## **2. Population et critères d'inclusion et d'exclusion**

La population étudiée dans ce mémoire est celle présente sur l'atelier conte. Elle est déterminée par les indications médicales et par les modalités d'accueil de cet atelier. Son nombre est limité par la capacité d'accueil de l'atelier qui varie de quatre à six patients. En début de recherche, nous ignorions combien de patients allaient participer à l'atelier et donc à notre étude. Dans les faits, les entrées et les sorties à l'hôpital de jour ne sont pas prévisibles.

Comme il n'y avait aucun patient souffrant de troubles psychosomatiques sur l'atelier au début de notre expérimentation, nous les avons écartés de notre étude. Nous avons également exclu de notre étude, les patients arrivés sur l'atelier au cours des derniers mois (avril, mai et juin). Nous ne pouvions plus les intégrer dans notre recherche, le recueil de nos données se terminant à la fin du mois d'avril.

## **3. Choix des outils**

Afin de mener à bien notre étude nous avons conçu différents outils permettant le recueil des données nécessaires à l'élaboration de nos études de cas et à la validation de nos hypothèses de recherche.

### **3.1 Elaboration d'une grille d'observation**

Dans un premier temps, nous avons décidé de créer une grille nous permettant d'observer le comportement verbal et le comportement non verbal des enfants présents sur l'atelier conte <sup>4</sup>. Pour

---

4 Grille d'observation, ANNEXE 3, p.161

ce faire, nous nous sommes appuyée sur la grille d'observation proposée par N. Jouanno (2011) dans son mémoire de recherche en adaptant les items à nos critères d'observation. La grille que nous avons conçue reprend également les douze catégories d'analyse de l'interaction du groupe proposée par Bales (1950, cité par Anzieu & Martin, 2013). De plus, nous avons choisi de proposer des appréciations allant de 0 (jamais) à 5 (toujours) comme l'a fait V. Maugin dans son étude (2011). Nous n'avions pas la possibilité de prendre des notes durant les séances, nous avons donc dû créer une grille fermée. La cotation s'effectue alors sur la fréquence des comportements verbaux et non verbaux du patient lors d'une séance. Nous avons opté pour cette cotation afin de pouvoir remplir la grille le plus facilement et le plus efficacement possible. Par ailleurs, nous avons également repris à l'écrit, une fois rentrée chez nous, le déroulement de chaque séance ayant eu lieu en tâchant de retranscrire le plus fidèlement possible les propos des membres du groupe, patients et soignants confondus, dans le but d'enrichir nos observations. Ce travail nous a demandé de mémoriser les propos de chacun des membres du groupe ainsi que leurs réactions et la dynamique groupale de la séance.

Notre grille d'observation est organisée en six grandes parties :

- **l'appétence à la communication,**
- **la pragmatique du langage,**
- **la qualité du discours,**
- **l'attitude lors de l'écoute de la consigne,**
- **l'attitude lors du passage à l'écrit,**
- **l'attitude lors du temps de partage des écrits.**

Les éléments intégrés dans ces parties reprennent les comportements que nous avons pu observer sur le groupe et d'autres que nous pensions pouvoir observer. La grille a été construite selon l'enchaînement logique d'une séance.

Nous avons utilisé cette grille durant 8 mois, de fin octobre 2014 à fin avril 2015. Elle a été remplie en dehors des séances, après l'atelier.

Cette grille a structuré notre observation, elle reste cependant une approche qualitative et subjective.

### 3.2 Construction d'une grille d'analyse de contenu

Dans un second temps, nous avons dans l'idée de concevoir une grille d'analyse de contenu des productions écrites des jeunes filles participant à l'atelier conte <sup>5</sup>. Il nous semblait intéressant de ne pas se cantonner uniquement à l'observation de la situation de contage qui ne constitue que la première partie de l'atelier conte. Afin de réaliser une observation complète de l'atelier conte, nous souhaitons exploiter les écrits des participantes et surtout observer leur comportement sur ce deuxième temps d'atelier. Ainsi notre grille d'analyse de contenu reprend, elle aussi, l'ordre logique du déroulement du temps d'écriture. Elle comporte dix parties :

- **le passage à l'écrit,**
- **la demande d'aide,**
- **le temps d'écriture,**
- **la posture pendant l'écriture,**
- **le rapport spatial à la feuille,**
- **les éléments personnels livrés dans le texte,**
- **les signifiants fréquemment retrouvés dans le texte,**
- **la lecture du texte,**
- **la mise en voix du texte,**
- **les commentaires portant sur le texte.**

Cette grille d'analyse de contenu s'appuie sur des éléments d'observations relevés sur l'atelier concernant l'utilisation d'un deuxième médiateur : l'écriture. Elle a également été élaborée en référence à la grille d'observation réalisée par N. Chidiac (2010) pour les ateliers d'écriture. Nous y avons rajouté des items relatifs à la lecture du texte, à la mise en voix du texte, aux commentaires suivant la lecture de la production écrite.

Cette grille a été remplie au mois d'avril, en dehors des séances d'atelier. Nous avons repris la totalité des écrits produits par les jeunes filles depuis le mois d'octobre et nous les avons analysés.

---

<sup>5</sup> Grille d'analyse de contenu, ANNEXE 4, p.164

### 3.3 Questionnaire et entretiens avec les professionnels

Nous souhaitions échanger avec les patients participant à notre étude afin d'évoquer avec eux leur inscription sur le groupe, leur intérêt pour les contes et l'écriture notamment. Nous n'avons pas pu les rencontrer personnellement. Nous avons alors décidé de rencontrer les soignants qui les côtoient sur l'atelier conte mais aussi sur d'autres ateliers. Nous souhaitions ainsi obtenir un profil global de l'enfant participant à d'autres groupes afin de compléter nos informations sur cet enfant. Nous avons alors dressé une liste de questions à l'attention de ces professionnels en nous appuyant sur la méthode de recherche de J.-C. Combessie (2007). Nous avons conçu ces questions à partir de notre grille d'observation de l'atelier conte afin de recueillir des données en lien avec nos critères de recherche. La liste élaborée était cependant trop importante. Nous avons alors sélectionné une partie de ces questions, celles nous paraissant les plus pertinentes. Ainsi, ces dernières portent, en premier lieu, sur le rôle du soignant au sein de l'atelier qu'il anime, sur le comportement verbal et non verbal de l'enfant au sein du groupe et de ses relations aux autres membres du groupe. Le questionnaire se trouve annexe 4 <sup>6</sup>. Nous avons mené des entretiens avec l'orthophoniste, l'ergothérapeute et la kinésithérapeute du service. Nous avons à chaque fois procédé de la même manière : nous avons enregistré chaque entretien, posé les questions figurant sur notre liste, adapté celles-ci selon les réponses de notre interlocutrice puis retranscrit l'intégralité de ces échanges. Chaque enregistrement a ensuite été supprimé. Nous avons communiqué chaque transcription à la soignante concernée.

Les entretiens ont eu lieu en avril. Chaque entretien a duré en moyenne 1 heure.

---

6 Questionnaire, ANNEXE 5, p.165

# **PARTIE METHODOLOGIQUE**

## **1. Présentation de la structure : terrain d'observation et lieu de stage**

L'hôpital de jour dans lequel nous avons effectué notre stage est une structure pédiatrique qui a été créée récemment. Elle a été pensée par les équipes de pédiatrie et de pédopsychiatrie. Ainsi l'unité est dirigée par un pédiatre et un pédopsychiatre. Le personnel soignant est issu du service pédiatrique ainsi que de l'équipe de pédopsychiatrie. Il y a eu mutualisation des moyens en personnels pédiatrique et pédopsychiatrique. L'équipe pluridisciplinaire est constituée de professionnels qui interviennent pour la plupart à temps partiel. Ainsi, il y a une éducatrice, deux puéricultrices, une kinésithérapeute, une orthophoniste, une ergothérapeute, une psychologue, une diététicienne, un interne de pédiatrie et un interne de pédopsychiatrie, une secrétaire, un cadre de santé et trois professeurs. La structure est dotée de dix lits journaliers permettant l'accueil de cinquante patients par semaine. Elle assure le suivi de la Médecine de l'Adolescent avec le concours de l'Unité d'Hospitalisation de Pédiatrie Conventionnelle du Centre Hospitalier Universitaire. L'hôpital de jour reçoit des jeunes patients âgés de 9 à 15 ans qui présentent des troubles psychologiques en lien avec une pathologie somatique. Il peut alors s'agir de troubles psychologiques associés à une maladie chronique telle que le diabète mais aussi de troubles du comportement alimentaire. Ces derniers représentent 75% des patients présents dans cette unité. Les douleurs et les malaises sont des troubles somatomorphes également pris en charge au sein de cette unité. Les pathologies somatiques ou psychiatriques pures ne sont pas prises en charge.

Différents soins sont proposés dans cette structure afin de permettre la prise en charge de la douleur physique et psychique du jeune patient. Un entretien d'accueil réunit le pédiatre, le pédopsychiatre, l'enfant et sa famille. Le programme et les objectifs de soins du jeune patient sont alors discutés avec l'enfant et ses parents. Une visite de la structure est programmée avant le début des soins. Le suivi médical de l'enfant se fait à chacune de ses venues. Les entretiens familiaux, quant à eux, ont lieu tous les trois mois. La pratique des ateliers thérapeutiques fait la spécificité de l'unité. En effet, on recense douze ateliers différents, ayant chacun recours à une médiation particulière : la peinture, l'écriture, l'expression scénique... Par ailleurs, des repas thérapeutiques y sont proposés. Il est également possible d'assurer un accompagnement scolaire individualisé. Enfin, des prises en charge individuelles peuvent être réalisées par la kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'orthophoniste, la psychologue, la diététicienne, la puéricultrice et les internes du service.

Ainsi l'objectif de la structure est d'assurer le suivi des jeunes adolescents en alternative à l'hospitalisation complète ou à l'absence de soins. Pour que la venue en hôpital de jour d'un enfant

soit validée, il faut que celui-ci suive deux ateliers a minima et une consultation médicale. La durée minimale d'hospitalisation de jour est de trois mois, le but étant, ensuite, de proposer un relais extérieur à l'enfant et à sa famille, le plus souvent un suivi médical, un suivi psychologique et/ou une prise en charge en Centre Médico-Psychologique. Un enfant débutant les soins fréquente l'hôpital de jour deux à trois demi-journées par semaine. Son programme de soins diminue ensuite progressivement selon son évolution sur l'unité.

Nous venons de présenter l'institution nous ayant accueillie cette année. Nous allons maintenant nous intéresser à l'atelier conte qui est l'objet de notre étude et qui s'inscrit dans le projet thérapeutique personnalisé de cinq jeunes filles souffrant d'un trouble du comportement alimentaire de type restrictif.

## **2. Présentation de l'atelier conte**

Il convient de présenter l'atelier tel que nous l'avons connu et expérimenté. Ainsi, nous souhaitons, dans un premier temps, revenir sur l'historique et les indications de cet atelier.

### **2.1 Historique**

L'atelier conte est né de la volonté des médecins du service, pédiatre et pédopsychiatre, d'offrir un lieu et un temps adaptés aux patients pré-pubères. L'admission dans le service se fait habituellement à partir de 11 ans. Or certaines patientes que nous rencontrons sont en-dessous de cette limite d'âge. La structure s'est vue confier des patients plus jeunes qui nécessitaient des soins. Le cadre thérapeutique a dû être modifié et l'âge d'admission a été abaissé à 9 ans. Ainsi, l'idée première fut de proposer, par le biais du conte, des images métaphoriques à ces jeunes patients afin qu'ils puissent ensuite enrichir leur pensée. A travers le conte, c'est toute l'histoire de l'Humanité qui se dévoile et par là-même, peut-être une partie de leur histoire personnelle. Enfin, le conte revêtant un aspect très codifié, il semblait un médiateur intéressant pour apporter la contenance nécessaire aux jeunes patients souffrant de troubles du comportement alimentaire.

### **2.2 Indications**

L'atelier conte de l'hôpital de jour s'adresse à de jeunes patients qui présentent un profil

pré-pubère et qui souffrent de troubles du comportement alimentaire ou de troubles somatomorphes. La situation groupale offerte par l'atelier vise à renforcer la confiance et l'estime de soi. Chaque participant évolue dans le groupe en se confrontant à l'autre. Le recours au conte favorise, par la mise à distance qu'il induit et par le cadre contenant pensé par les soignants, un retour des patients sur leurs propres vécus ou ressentis internes.

Les participants sont invités à partager leurs impressions, leurs éprouvés après avoir écouté un conte. Le temps d'écriture proposé en seconde partie d'atelier va permettre à l'enfant de développer sa créativité. La consigne d'écriture est une surprise pour l'enfant car elle n'est pas la même d'une séance à l'autre. Le fait d'écrire et de lire sa production vise à un lâcher-prise, révèle à l'enfant les ressources internes sur lesquelles il va pouvoir s'appuyer plus tard. Ce travail autour de l'écriture a aussi pour effet d'atténuer la rigidité de certaines patientes. Chaque enfant doit ensuite partager son écrit au groupe. Il peut s'exprimer sur ses propres productions écrites mais aussi à propos de celles réalisées par les autres participants. Les écrits sont recueillis dans un classeur. Ils peuvent être présentés en synthèse aux autres professionnels de l'équipe. Ces écrits permettent au soignant de suivre l'évolution de l'enfant. Cet atelier conte a recours aux deux canaux de communication : le langage oral et le langage écrit.

Nous venons de décrire brièvement l'historique et les indications de l'atelier conte, nous allons maintenant présenter le cadre de cet atelier.

## 2.3 Le cadre de l'atelier conte

### *2.3.1 L'espace-temps de l'atelier*

L'atelier conte, émanant d'une demande des médecins, a été pensé par l'orthophoniste et l'ergothérapeute du service qui le co-animent ensemble depuis un an. Cet atelier a lieu une fois par semaine pendant une heure et peut recevoir quatre à six patients pré-pubères. Il se déroule dans la salle polyvalente de l'hôpital de jour, aménagée à l'occasion de tapis et de coussins. L'enfant inscrit à l'atelier y participe pendant une durée minimale de trois mois. Les deux thérapeutes disposent de quarante-cinq minutes pour préparer la séance. A la fin de chaque séance, un temps de reprise a lieu, il dure également quarante-cinq minutes. Un conte est prévu à chaque séance, il est donc rare que le groupe consacre plus de deux séances au même récit.

L'atelier conte est construit sur plusieurs temps qui sont tous garants du cadre et du bon fonctionnement dudit atelier :

- **le temps d'accueil** où chacun se salue et prend place autour du conteur,
- **le temps de narration orale** où l'on écoute le conte,
- **le temps de repos** pour se ré-impregnier, chacun de son côté, de ce qui s'est dit dans le conte, pour laisser l'histoire résonner en nous, symboliser autour du conte entendu,
- **le temps d'échange** où chacun peut exprimer ce que le conte lui évoque, son ressenti à propos de l'histoire entendue. Il s'agit d'un temps de partage où il y a échange entre les participants. Chacun peut se nourrir de ce que l'autre dit.
- **le temps d'écriture** où chaque enfant est invité à produire un écrit selon une consigne bien précise en lien avec le conte entendu,
- **le temps de clôture** où chacun livre ses impressions face à la consigne d'écriture et au déroulement de l'atelier du jour suivi d'un temps où l'on se dit au revoir.

### *2.3.2 La co-animation : association de l'orthophonie à l'ergothérapie*

L'orthophoniste est un professionnel du domaine paramédical qui prévient, évalue et traite différents troubles en lien avec le langage oral et écrit, la communication, les activités cognitives liées à la phonation, la parole, le langage oral et écrit, la cognition mathématique. Il maintient également les fonctions de communication et d'oralité dans le cadre de pathologies dégénératives, neuro-dégénératives. De plus, il propose des formes de communication non verbale venant compléter ou suppléer les fonctions verbales du patient. Ainsi, l'orthophoniste considère le langage dans toutes ses dimensions, comme moyen d'expression, d'interaction et d'accès à la symbolisation. De plus, il s'intéresse également aux troubles de la sphère oro-faciale tels que les troubles de l'articulation et de la déglutition par exemple. L'orthophoniste que nous avons rencontrée à l'hôpital de jour propose des prises en charge collectives en co-animation avec un autre professionnel du paramédical. Elle anime ainsi les ateliers conte, écriture et expression scénique au sein desquels elle s'intéresse à l'utilisation du langage et à la communication dans ses formes les plus variées. Elle peut être amenée à réaliser des bilans orthophoniques et à proposer, par la suite, une prise en charge individuelle. Elle participe également aux synthèses et réunions de fonctionnement de l'unité ainsi qu'à certaines consultations conjointes.

L'ergothérapeute est un professionnel du paramédical qui élabore un diagnostic et évalue les capacités de l'individu, motrices, sensorielles, cognitives et psychiques. L'ergothérapeute analyse les besoins et les habitudes de vie du patient. Il vise le maintien ou la restauration de l'autonomie de l'individu. L'ergothérapeute base sa pratique sur l'activité humaine qui permet à l'être humain de se sentir exister. Cette thérapeute, dans le cadre de l'hôpital de jour, propose des médiations orientées sur la créativité et l'expression du sujet. Elle fixe des objectifs thérapeutiques avec l'enfant tels que redécouvrir ses sensations, ses émotions, ses ressources personnelles et améliorer la confiance en soi. Elle crée et favorise une communication verbale et non verbale avec les jeunes patientes en tenant compte de leur profil psychologique, de leurs troubles. Elle travaille sur l'expression des conflits internes ainsi que sur le maintien ou la reprise de l'identité personnelle ou du rôle social.

L'orthophoniste comme l'ergothérapeute a recours à des médiateurs pour créer une aire transitionnelle d'expérimentation, de découverte pour l'enfant. Leur but commun est d'amener l'enfant à s'imprégner de l'histoire entendue, à permettre en lui une élaboration psychique. L'écoute du conte produit un effet au niveau corporel chez l'enfant et suscite chez lui des émotions qu'il est invité à accueillir et à mettre en mots. Le patient va ainsi pouvoir utiliser le langage et la communication pour exprimer son vécu intérieur. Pour que tout ce cheminement se fasse chez l'enfant, l'orthophoniste partage au groupe ses propres impressions et ses représentations. Parallèlement, l'ergothérapeute parle de donner du sens, d'essayer de comprendre ce qui s'est joué psychologiquement et au niveau de la relation pour chaque enfant. La psychopathologie de certains enfants étant complexe, travailler à deux permet une meilleure compréhension de la dynamique du patient. Les deux thérapeutes s'appuient de leurs propres résonances, évocations et échangent sur leurs impressions. Ces dernières sont amenées à évoluer dans l'inter-relation du binôme thérapeutique. Ainsi ces deux professionnelles vont travailler en croisant leurs regards et leurs observations sur chaque enfant.

Très souvent, c'est l'orthophoniste qui est la conteuse. Elle donne vie et corps au conte par la mise en voix et les gestes qui accompagnent sa lecture. De plus, elle anime l'échange et le temps d'écriture plus régulièrement que sa collègue ergothérapeute. Cette dernière, quant à elle, assure le rôle d'observatrice active du groupe. Elle observe les phénomènes de groupe. Elle permet le bon déroulement de la situation de conte. Elle intervient ensuite dans l'échange mais elle ne sollicite pas les participantes de la même manière que l'orthophoniste. En effet, l'orthophoniste, soucieuse de la bonne compréhension du récit par les patientes, pose des questions portant sur la thématique du conte comme par exemple « *Quels sont les avantages et les inconvénients du pardon ?* », « *Faut-il*

*tout pardonner ?* » (à propos du conte africain « *Le coq merveilleux* », Annexe 6 <sup>7</sup>). L'ergothérapeute, elle, pose moins de questions et laisse davantage place à l'expression spontanée des enfants. Sur le temps d'écriture, en deuxième partie d'atelier, les deux thérapeutes observent l'enfant plus particulièrement tout en observant le groupe. Il arrive quelques fois que l'orthophoniste intervienne de façon individuelle auprès d'une patiente qui a soit déjà terminé son texte, soit du mal à le formuler. L'orthophoniste cherche alors à comprendre comment l'enfant a construit son texte et l'aide ensuite à structurer sa pensée et à la mettre en mots. A l'occasion, elle permet aussi à l'enfant de corriger ses fautes d'orthographe tout en restant vigilante au groupe. L'ergothérapeute laisse l'orthophoniste réaliser ce travail.

Les deux professionnelles ouvrent et clôturent l'atelier ensemble, chacune ayant ses phrases et ses mots habituels adressés au groupe. Pour l'orthophoniste il peut s'agir de : « *Bonjour, comment allez-vous ?* », « *On va maintenant passer au temps d'écriture* », « *On va partager les textes dans cinq minutes* », pour l'ergothérapeute : « *Est-ce que vous avez envie de partager quelque chose avec le groupe aujourd'hui ?* », « *Comment est-ce que ça s'est passé ?* » (à propos du temps d'écriture), « *Merci à vous, à la semaine prochaine* ». Chacune d'elles adopte une position qui, selon nous, a été repérée par les patientes. En effet, les jeunes filles regardent davantage l'orthophoniste sur le temps d'échange, comme si elles attendaient qu'elle leur pose des questions. Les jeunes patientes semblent prendre parfois plus de précaution à la lecture de leur texte lorsque l'orthophoniste se situe près d'elles.

Pour conclure, nous trouvons que la présence de deux thérapeutes sur l'atelier présente des avantages. L'intérêt majeur est, pour les soignants, de pouvoir croiser leurs regards et ainsi d'aboutir à une observation plus fine et plus riche du groupe. Les thérapeutes n'ont pas la même formation initiale ni la même personnalité, chacune va placer son expérience au profit du groupe. La co-thérapie offre une capacité de double écoute, particulièrement utile sur l'atelier dont il est question, notamment lorsque l'orthophoniste raconte l'histoire. Les deux soignantes sont toutes les deux garantes du cadre du groupe. En effet, le cadre est un élément indispensable pour rassurer et contenir un groupe et permettre que le travail puisse se faire dans de bonnes conditions. Ainsi, la pratique d'un atelier thérapeutique en co-animation permet une meilleure compréhension des problématiques des jeunes patientes anorexiques mais aussi des phénomènes de groupe.

---

7 ANNEXE 6, Liste des ouvrages et consignes d'écriture, p.166

### 2.3.3 *Le groupe ouvert et sa taille*

L'atelier conte fonctionne comme un groupe ouvert, à savoir qu'il reçoit des participants tout au long de l'année. Le mode de fonctionnement de l'hôpital de jour ne permet pas de réaliser des groupes fermés. En effet, l'hôpital de jour propose des suivis allant de trois mois minimum à deux ans maximum. Les entrées et les sorties des patients n'ayant pas un caractère régulier, fermer le groupe aurait privé les patients d'une participation à l'atelier et les soignants, de nouveaux patients venant compléter le groupe. A son arrivée dans l'atelier, le participant va expérimenter l'intégration au groupe, l'individualisation au sein du groupe puis la séparation avec le groupe. Cette expérience que fait l'enfant dans le groupe va être importante pour lui et va l'aider au niveau relationnel dans sa vie de tous les jours. Les nouveaux patients apportent une nouvelle dynamique au groupe.

Le groupe reçoit quatre à six participants. Leur nombre a été volontairement limité par l'équipe soignante afin de permettre au groupe de s'enrichir mutuellement les uns des autres, de pouvoir bénéficier d'un temps de parole suffisant et de proposer un éventail d'opinions plus hétérogènes. Il s'agissait également de ne pas constituer un groupe trop grand qui aurait pu mettre en difficulté les patients comme les soignants.

### 2.3.4 *Le choix des contes et des consignes d'écriture*

Les contes et les consignes d'écriture proposés au sein de l'atelier constituent un matériau à penser pour le jeune participant. En effet, à travers l'atelier, l'enfant est confronté à ces deux médiations. Il est donc invité à écouter, à réfléchir, à faire des liens, des associations, à décrire, à commenter, à raconter, à inventer...à propos de ces deux objets. Le choix des contes et l'élaboration des consignes d'écriture reviennent à l'orthophoniste et l'ergothérapeute. **Comment ces deux thérapeutes choisissent-elles les contes qu'elles proposent au groupe ? Comment construisent-elles les consignes d'écriture ?**

Tout d'abord, c'est le conte qui détermine les propositions d'écriture, rarement l'inverse. Le plus souvent, c'est l'orthophoniste qui propose les contes. Elle réalise une première sélection de ces derniers d'après leurs titres et leurs illustrations. En effet, l'orthophoniste du service est sensible, dans un premier temps, à ce qui se voit, à ce qui l'« accroche » pour reprendre ses propos. Puis une deuxième sélection a lieu suite à la lecture des ouvrages. A travers cette lecture, l'orthophoniste

prête davantage attention au(x) thème(s) abordé(s) dans le récit, à la cohérence narrative, au lexique ainsi qu'au style littéraire. L'orthophoniste est attachée à la forme du conte mais bien souvent c'est la thématique de ce dernier qui va motiver son choix. En effet, elle a en tête les éléments de la problématique d'un enfant qu'elle a pu percevoir sur l'atelier. Elle va donc sélectionner des contes susceptibles de questionner, d'apporter des réponses à cet enfant en particulier, mais aussi au groupe en général. Ainsi, elle sensibilise le groupe et l'amène à une ouverture d'esprit. L'orthophoniste présente ensuite à l'ergothérapeute les livres qui lui paraissent les plus intéressants au regard des différents points précédemment évoqués. Le choix final a lieu lors de la préparation de la séance, orthophoniste et ergothérapeute discutent alors ensemble de l'intérêt de proposer tel texte.

Une fois le choix arrêté, le conte sert de base à l'élaboration d'une proposition d'écriture. Les deux thérapeutes réfléchissent alors à une consigne. Celle-ci doit être suffisamment claire pour être comprise de tous les participants. L'objectif est que l'enfant s'en empare, qu'il se l'approprie afin de produire un écrit personnel. La consigne d'écriture doit alors comprendre une double contrainte : elle doit à la fois être suffisamment ouverte pour créer un espace introjectif d'évocation et d'imaginaire et, en même temps, être cadrée et enveloppante afin de permettre la structuration, l'organisation de l'espace de projection et de pensée (Artaux, 1999, cité par N. Jouanno, 2011). Ainsi, durant l'année, la consigne d'écriture a toujours été en lien avec la thématique du conte entendu, créant alors la contenance nécessaire. Toutefois, d'une séance à l'autre, le récit n'appelle pas la même proposition d'écriture. L'enfant peut donc avoir à écrire la suite du récit, à se mettre dans la peau du personnage principal, à changer de point de vue, sous la forme une forme libre ou contrainte, comme une lettre par exemple. C'est la réversibilité de la pensée, la flexibilité qui sont alors recherchées.

Cependant, il arrive parfois que la consigne d'écriture ne soit pas toujours saisie par l'enfant de la manière dont l'adulte a pu la penser. Nous pensons que ces situations sont riches car elles nous renseignent sur le fonctionnement de l'enfant et ce qu'il a attrapé de cette consigne. **Qu'a-t-il compris ? Comment s'est-il saisi des mots ? Quel sens y a-t-il mis ?** Dans un atelier d'écriture, le hors sujet comme la feuille blanche ne doivent pas être redoutés des participants mais ils ne doivent pas non plus être encouragés. Les patients sont invités à prendre du plaisir à écrire tout en respectant la consigne d'écriture. Considérer leurs propres productions écrites peut les amener à prendre conscience de leurs capacités d'expression à l'écrit et ainsi les encourager à s'exprimer à l'oral. Le recours à l'écriture permet de développer la confiance en soi.

Ainsi, dans cet atelier les contes sont sélectionnés pour les thématiques qu'ils abordent tels que le fantasme d'oralité archaïque par la métaphore du loup, la séparation, le deuil... Les consignes d'écriture, elles, se veulent ludiques et agréables pour le participant. Il faut qu'elles soient à la fois souple et cadrée comme nous avons pu le préciser plus haut, afin de permettre au patient de les réaliser. Contes et consignes doivent susciter l'intérêt de l'enfant participant au groupe. Par ailleurs, l'élaboration de la consigne d'écriture demande une réflexion supplémentaire au soignant. Ce dernier ne doit plus seulement se cantonner à la thématique centrale du récit, il doit également faire preuve de créativité, d'originalité dans la conception de sa consigne afin qu'elle soit à la fois en lien avec le récit proposé mais également parfois en décalage, de manière à permettre une ouverture possible comme, par exemple, l'invention d'une fin différente au récit entendu. Le conte doit servir de base à l'écriture. Il peut être repris, revisité par l'enfant à la manière dont les conteurs formulent et reformulent ces derniers, omettant ou rajoutant certains éléments.

### *2.3.5 Les conditions matérielles inhérentes à l'atelier*

Associées aux conditions spatiales et temporelles induites par la situation de groupe, des conditions matérielles viennent garantir le cadre de l'atelier conte. C'est ainsi qu'on trouve :

- des tapis de sol et des coussins,
- des tables et des chaises,
- une bibliothèque contenant contes et récits,
- des feuilles et des crayons,
- un tableau mural effaçable pour la prise de notes à l'oral,
- un classeur permettant de collecter les écrits produits,
- un cahier de préparation de l'atelier et un cahier de transmissions.

### *2.3.6 Le déroulement d'une séance-type*

L'atelier conte a lieu sur une demi-journée. Il démarre, pour les soignants, par un temps de préparation. L'orthophoniste, l'ergothérapeute et moi-même nous retrouvons dans le bureau de l'orthophoniste afin de préparer la séance. Les deux thérapeutes disposent de quarante-cinq minutes. Ce temps nous semble parfois court. Il ne permet pas, par exemple, à l'ergothérapeute ni à nous-même de pouvoir lire l'ensemble des ouvrages proposés par l'orthophoniste. Nous ne disposons

alors pas toujours du recul suffisant par rapport aux différents récits afin de les laisser résonner en nous. La consigne d'écriture est ensuite définie. A l'issue de ce temps d'élaboration de la séance, nous allons préparer la salle. Nous y installons les tapis de sol et les coussins et nous redisons les tables et les chaises selon le nombre de participants présents, au centre de la pièce. Nous préparons des feuilles blanches et des stylos et crayons de couleurs pour le temps d'écriture. Nous les plaçons au milieu des tables.

Chaque séance dure une heure. Elle débute toujours par un temps d'accueil, comme nous avons pu le mentionner quand nous traitons du cadre de l'atelier, page 81. Ce temps d'accueil est rapide et précède le temps de lecture du conte qui, lui, dure quinze à vingt minutes. Le temps de repos dure quelques minutes et le temps d'échange varie selon les éléments apportés par les enfants et les soignants. Il dure au maximum quinze minutes. Cette première partie d'atelier a lieu sur la première demi-heure du groupe. Ensuite, le temps d'écriture avec présentation de la consigne, écriture, partage des textes et temps de clôture englobent la demi-heure restante. Le plus souvent, les enfants disposent de vingt à vingt-cinq minutes pour produire leur texte. Le partage a lieu sur les cinq dernières minutes. La clôture est généralement formulée par l'orthophoniste qui utilise la même phrase de façon régulière : « *Nous allons nous arrêter, à la semaine prochaine* ».

Une fois que les participantes quittent la salle, l'orthophoniste, l'ergothérapeute et nous-même remettons les tapis et coussins en place et rangeons les chaises et les tables afin de laisser la salle libre pour la kinésithérapeute. Nous récupérons les productions écrites des patientes et nous installons dans le bureau de l'ergothérapeute afin de réaliser une « reprise ». Une des deux thérapeutes va chercher les feuilles de transmissions des patientes dans le bureau de la secrétaire. Ce sont ces feuilles que nous allons remplir sur le temps de reprise. Ce temps de reprise constitue un temps de réflexion inscrivant le groupe dans une démarche thérapeutique. Il dure quarante-cinq minutes. Ce temps permet de revenir sur ce qui s'est joué durant la séance et d'y apporter du sens. Il permet d'évoquer ce qui a fonctionné ou n'a pas fonctionné, ce qui nous a interpellé, ce que nous avons perçu des enfants et de nous durant la séance. A travers l'échange des observations mais aussi des ressentis éprouvés par les soignants, d'éventuelles modifications peuvent être apportées. Bien souvent, des remarques ou questions sont soulevées sur ce qui vient d'être observé dans le groupe. Ce temps permet d'adapter le cadre de l'atelier mais surtout son contenu. Il sert à nourrir la prise en charge et permet parfois de se projeter pour la séance prochaine en proposant une consigne ou un conte à lire pour la fois suivante. Le second but de la reprise est de laisser une trace de la séance dans le dossier de transmissions de chaque enfant afin que tout soignant de l'unité puisse prendre

connaissance du travail réalisé au sein de l'atelier. On y retrouve ainsi la synthèse des commentaires des soignants pour chaque patient à chacune de ses venues. Les éléments les plus pertinents pointés chez l'enfant sur la séance du jour y sont recueillis. Ces notes constituent une trace du suivi de l'enfant, de son processus d'évolution. Elles sont accessibles à tout moment par les soignants et médecins du service. Elles attestent également de la présence du patient sur l'atelier et constituent un aide-mémoire pour les encadrants. Les soignantes notent dans le cahier relatif à l'atelier ce qu'elles viennent de marquer sur les fiches de transmissions.

Nous venons de développer le cadre qui s'applique à l'atelier que nous observons, nous allons maintenant décrire le fonctionnement actuel du groupe et son évolution sur l'année.

## 2.4 Le fonctionnement actuel du groupe et son évolution sur l'année

Actuellement, l'atelier conte se déroule dans la salle polyvalente de l'hôpital de jour, un après-midi par semaine. Cette salle polyvalente accueille l'atelier conte depuis octobre 2013. Le groupe n'a donc jamais changé de lieu. Cette salle n'est pas uniquement réservée à l'atelier conte, elle sert de salle de réunion pour la synthèse d'équipe hebdomadaire et reçoit également les ateliers de kinésithérapie, d'écriture, de radio, de danse ainsi que le psychodrame et le groupe de parole. Ainsi, elle est identifiée sous toutes ces formes par les soignants et par les enfants participant à ces ateliers. La salle est plutôt grande mais il faut l'aménager de tapis et de coussins afin de la rendre plus contenante pour l'atelier. C'est une pièce relativement épurée comportant des rangements fermés et un poste de travail. Les murs sont blancs et il n'y a pas de décoration murale. Plusieurs tables y sont entreposées pour les réunions, il faut donc les redresser à chaque fois afin de ne garder que celles qui serviront au temps d'écriture.

La disposition du matériel dans la pièce a changé en cours d'année. Les soignants avaient envie d'utiliser l'espace différemment. Les jeunes patientes ont aussitôt remarqué ce changement et ont ressenti le besoin de l'évoquer. Elles cherchaient à connaître la raison de cette modification. Il est intéressant de voir que toute modification du cadre spatial a un effet sur les participants. Le changement interpelle, questionne. Le groupe redécouvre l'espace de travail et doit de nouveau se l'approprier. Les repères spatiaux ne sont plus les mêmes et les participants doivent retrouver leur place dans ce nouvel espace. Ainsi une autre disposition ou des changements dans l'espace nécessitent une réadaptation de l'individu mais aussi du groupe.

Le temps d'écoute du conte se fait maintenant dans l'autre angle de la pièce, les tapis utilisés ne diffèrent pas et de nouveaux coussins, plus colorés, ont été ajoutés. Au début de chaque séance, après que chacun se soit salué, il est demandé aux enfants de retirer leurs chaussures et de s'installer confortablement dans l'espace dédié au temps de lecture. L'orthophoniste est, le plus souvent, la conteuse. L'ergothérapeute se positionne alors comme observatrice active pouvant être amenée à gérer le cadre durant la phase d'écoute du conte. Elle facilite ainsi la lecture du conte et peut se saisir plus facilement des détails qui échappent à la conteuse, concentrée sur son support. Les rôles de chacune des deux soignantes sont déterminés lors du temps de préparation de l'atelier mais peuvent s'échanger d'une séance à l'autre. Il n'y a donc pas de régularité des rôles.

Le groupe est, à l'heure actuelle, composé de l'orthophoniste et de l'ergothérapeute qui encadrent quatre jeunes filles. En tant que stagiaire et observatrice de l'atelier conte, nous sommes également un membre du groupe. Le groupe étant ouvert, l'atelier a connu des entrées et des sorties durant l'année. Ainsi, il a été ponctué par l'abandon en cours de contrat de Marine. Agathe qui achevait ses soins a quitté le groupe en février au moment où une nouvelle participante du même âge, Lola, y était introduite. La fin des prises en charge de certaines patientes et l'arrivée d'autres participantes crée un certain roulement sur l'atelier. Les professionnels, quant à eux, demeurent les mêmes tout au long de l'année. Les changements s'opérant au sein de ce type de groupe transforment les processus groupaux et la réalité du groupe : les participants ayant arrêté continuent malgré tout de s'inscrire dans le groupe car, comme l'évoquent Quélin-Souligoux et Privat : *« l'existence du groupe dans la psyché de ses membres n'a pas la même limite d'espace et de temps : elle va au-delà de la participation »* (Quélin-Souligoux & Privat, 2000, cités par Jouanno, 2011). Les entrées et les départs dans le groupe font émerger de nouvelles problématiques comme l'attente et la séparation par exemple. Le dispositif groupal doit pouvoir faire face à ces situations. Dans le cas de l'atelier conte, les deux thérapeutes, orthophoniste et ergothérapeute, adoptent une vigilance particulière aux départs éventuels. Elles font en sorte, dans la mesure du possible, de préparer le départ de certaines participantes quinze jours à l'avance afin de prévenir le groupe et que l'annonce du départ puisse cheminer chez chaque membre jusqu'au jour d'arrêt. Elles ont également à cœur que l'arrivée des nouveaux participants soit anticipée et constitue un moment d'échange entre les membres du groupe. C'est pourquoi elles demandent à chacun de se présenter et de se décrire succinctement, afin que chacun se reconnaisse en tant qu'individu et en tant que membre du groupe, mais aussi que chacun soit reconnu comme tels.

La dimension groupale est une priorité pour les soignantes de cet atelier. Bien que certaines séances de l'année aient été pensées en particulier pour un enfant donné, elles ont aussi été matière à penser pour tout le groupe. Ainsi, les contes et consignes d'écriture ont été, à une période, choisis en particulier pour une même enfant, Agathe. La petite fille était très présente dans l'esprit des soignants du fait de son jeune âge et de sa problématique. Son attitude de retrait sur le groupe interpellait les soignants. En début d'année, c'est le comportement de Noémie durant l'écoute du conte qui soulève des interrogations. En fin d'année, c'est le départ d'Océane du groupe qui mobilise, un temps, les soignantes. L'intérêt, dans cet atelier, est porté sur le groupe mais il est parfois recentré sur un enfant à un moment donné. Ainsi, les thérapeutes ont orienté leur manière de travailler, tout au long de l'année, selon l'évolution des participations des enfants ainsi que les entrées et les sorties.

Nous venons de présenter le fonctionnement du groupe, en déroulant le cadre, le choix des contes et des consignes, les conditions matérielles, entre autre, qu'il nécessite. C'est également grâce au nombre de patients que l'atelier existe et se maintient dans le temps. Sans patients, le groupe ne peut pas fonctionner, tout comme en l'absence de soignants, il perd son cadre et sa visée thérapeutique. L'atelier conte existe sous cette forme grâce au travail de l'orthophoniste et de l'ergothérapeute qui l'investissent et lui permettent d'évoluer, de se réinventer, de s'améliorer, de s'adapter.

# **RESULTATS ET ANALYSES**

Dans cette partie, nous présenterons l'analyse du comportement verbal et non verbal de chacune des participantes à l'atelier conte, des relations qu'elles ont établies entre elles mais aussi avec les thérapeutes. Le but est d'obtenir le profil de chaque enfant et d'exposer sa place au sein du groupe afin de comprendre l'organisation et la dynamique groupales. Cette analyse se base sur des observations directes de l'atelier ainsi que sur les notes réalisées sur les temps de reprise se déroulant à la suite de l'atelier, avec l'orthophoniste et l'ergothérapeute. Nous avons conçu une grille d'observation afin d'analyser le langage des jeunes patientes, sur des critères à la fois quantitatifs et qualitatifs.

A travers cette grille, nous tentons de répondre aux questions suivantes :

- **Comment se positionne-t-elle dans l'échange ? Investit-elle l'espace de parole ?**
- **De quoi nous parle-t-elle ? Que nous dit-elle sur elle ? Quelles sont les thématiques auxquelles elle se réfère ?**
- **Quelles sont ses intentions de communication ?**

Nous avons également observé le comportement non verbal de ces patientes à travers leurs manifestations corporelles et leurs postures en nous appuyant sur les axes de réflexion suivants :

- **Comment se positionne-t-elle au sein du groupe ? Comment occupe-t-elle l'espace ? Qu'exprime-t-elle par son corps ?**

Nous nous sommes aussi interrogée sur le temps d'écriture proposé en deuxième partie d'atelier :

- **Comment se saisit-elle de la modalité écrite sur le temps d'écriture ?**
- **Quelle posture corporelle adopte-t-elle sur le temps d'écriture ?**
- **Comment est son écriture ?**
- **Comment se situe-t-elle au niveau spatial par rapport à sa feuille ?**
- **Fait-elle des commentaires sur ses écrits ?**

Nous avons sollicité l'ergothérapeute et la kinésithérapeute du service afin d'échanger à propos des patientes présentes sur l'atelier qu'elles rencontrent sur d'autres temps de soins. Nous souhaitons répondre aux questions suivantes :

- **Comment se présente-t-elle sur d'autres groupes, ateliers ? Quelle position occupe-t-elle au sein de ces groupes ?**
- **Quelles relations entretient-elle avec les membres de ce groupe ? Comment se positionne-t-elle face à ses pairs, face aux soignants dans une autre situation de groupe ?**

## **1. Etude du comportement verbal et non verbal de cinq enfants composant le groupe**

Nous allons présenter successivement les cinq enfants faisant partie de notre étude. L'ordre de présentation de ces études de cas respecte l'ordre chronologique d'arrivée des enfants sur l'atelier. Par souci d'anonymat, tous les prénoms des participantes ont été modifiés.

### 1.1 Océane, 11 ans et demi, en 6<sup>ème</sup>

#### *1.1.1 Anamnèse et suivi proposé*

Océane a 11 ans et demi. Elle est scolarisée en classe de 6<sup>ème</sup>. Elle vit avec ses deux parents et est l'aînée d'une fratrie de trois enfants : elle a un frère de 6 ans et une sœur de 3 ans. C'est une enfant qui pratique de nombreuses activités extra-scolaires : une heure de piano, une heure de chorale et de solfège ainsi qu'une heure d'équitation et quatre heures de gymnastique par semaine. Océane a un planning d'activités extrêmement chargé pour son âge. Elle est suivie à l'hôpital de jour depuis un an pour un trouble du comportement alimentaire de type restrictif. Le début des restrictions alimentaires remonte à janvier 2014. A cette période, Océane est fragilisée par trois décès : celui de son grand-père, celui d'une tante et celui de son animal de compagnie. Les tris alimentaires auraient cependant débuté en mai 2012. Océane retire alors la graisse et le sucre de son alimentation et augmente sa consommation de fruits et de légumes. Elle diminue également les quantités qu'elle ingère. Ce fonctionnement présent dès le printemps 2012 semble s'accroître au

début de l'année 2014. Lors d'une consultation conjointe, la question de l'alimentation et du rapport à la nourriture dans la famille est évoquée. Le père déclare, durant cette entrevue, qu'il est un « petit mangeur » et évoque ses troubles du comportement alimentaire. En effet, le papa d'Océane a souffert d'anorexie à l'adolescence. Il n'a jamais eu de soins mais s'estime désormais guéri. Les parents évoquent les repas à la maison et déclarent qu'Océane a un petit frère et une petite sœur qui mangent plus qu'elle durant les repas familiaux. Les repas à la maison doivent être particulièrement compliqués dans ces contextes et nous pensons qu'Océane ne s'y retrouve plus en position d'aînée mais plutôt de petite dernière qui mange très peu et dont il faut s'occuper.

Océane est hospitalisée en pédiatrie de février à mai 2014. Sur le plan somatique, la jeune fille présente un poids de 29 kilos pour 140 cm, en début d'hospitalisation. A l'examen clinique d'entrée, Océane est normotendue et apyrétique. Elle présente un bon état général. Durant l'hospitalisation, Océane est nourrie par sonde naso-gastrique. Sur le plan de l'amaigrissement, un contrat de poids et une prise en charge pluri-disciplinaire pédiatrique et pédopsychiatrique avec des entretiens familiaux ont été mis en place. Océane, dont la prise de poids et la croissance ont stagné pendant plus d'un an, recommence alors à prendre du poids. Océane réussit à stabiliser son poids entre 33 et 34 kilos en octobre 2014. Elle a alors pris 5 kilos depuis son hospitalisation. Malgré tout, la relance de la croissance est difficile et les médecins sont inquiets concernant le pronostic statural. Une cassure staturale importante a été objectivée. La puberté qui avait été bloquée avant son démarrage s'initie doucement. Océane peine à prendre du poids et maintient son poids de 34 kilos jusqu'en mars 2015. Elle ne prend pas de poids sur une période de quatre mois. L'objectif pondéral est fixé à 40 kilos pour la reprise de l'équitation. Océane présente des troubles du sommeil qui se sont légèrement améliorés. Une dysmorphophobie présente bien avant l'hospitalisation persiste encore actuellement. Océane bénéficie d'un traitement anxiolytique pour apaiser les angoisses qui surviennent notamment avant les repas. Océane déjeune désormais le midi à la cantine, sauf le mercredi où elle prend son repas à l'hôpital de jour. Les repas à l'école avaient été suspendus à son arrivée à l'hôpital de jour. Le retour à ces temps de repas s'est fait de manière très progressive. Par ailleurs, Océane n'a pas encore pu reprendre ses activités sportives. Malgré tout, Océane reste très angoissée à l'idée de prendre du poids. Pendant une consultation avec les médecins en décembre, elle dit ne pas comprendre pourquoi les jeunes filles de son âge faisant la même taille qu'elle sont plus maigres qu'elle. Elle s'interroge beaucoup sur son corps et en vient à réfléchir sur celui des autres. Elle évoque sa maladie durant un entretien médical ayant lieu à la même période. Elle en parle comme d'une « *pieuvre monstrueuse* » qui la retient. Elle dit avoir peur de la puberté et des changements corporels mais elle émet, paradoxalement, l'envie d'avoir des seins. Il y a une

ambivalence face à la puberté : elle souhaite que ses seins poussent mais refuse de prendre du poids. Elle peut dire qu'elle est en colère contre la maladie qui lui « *fait rater beaucoup de choses* ». A ce sujet, elle évoque l'impossibilité de pratiquer un sport, d'atteindre ses objectifs de poids et de taille, de ressentir du plaisir. C'est une jeune qui personnifie beaucoup sa maladie, tout comme de nombreuses patientes anorexiques suivies à l'hôpital de jour. Au mois de février, elle dit se sentir aussi forte que sa maladie. Elle exprime son mécontentement d'être malade et d'être régulièrement pesée. Il semble qu'elle maîtrise ce qu'elle mange. Elle pèse tous ses aliments avant chaque repas. Par ailleurs, Océane cherche aussi à maîtriser l'autre, notamment ses parents. A la maison, il faut que les choses soient faites comme elle l'entend, que les repas soient pris à l'heure qu'elle a décidé. Océane vient à l'hôpital de jour deux demi-journées par semaine. Elle participe au psychodrame, à l'atelier d'ergothérapie, au groupe de parole, au repas thérapeutique, à l'atelier soin de soi et enfin à l'atelier conte. Elle a débuté une psychothérapie individuelle en dehors de l'hôpital de jour. Fin mars 2015, son programme de soin est modifié car elle ne prend pas de poids. Océane ne vient plus sur l'atelier conte. Elle fait l'atelier cuisine, un repas thérapeutique, un atelier danse et une consultation.

Nous allons maintenant présenter une analyse clinique détaillée du comportement d'Océane sur l'atelier conte. Elle débute l'atelier en juin 2014. Sa dernière participation a lieu début avril 2015. Nous rencontrons Océane quinze fois.

### *1.1.2 Analyse du comportement verbal d'Océane*

#### **Comment se positionne-t-elle dans l'échange ? Investit-elle l'espace de parole ? Quelles sont ses intentions de communication ?**

Océane intervient régulièrement sur le temps d'échange à la suite de l'écoute du conte. Elle ne se place pas toujours dans l'échange comme récepteur de la parole de l'autre. Elle cherche surtout à montrer qu'elle a compris l'histoire et qu'elle a retenu de nombreux éléments du récit. Océane semble chercher à se mettre en avant par ses prises de parole répétées. Elle monopolise souvent l'espace de parole. Elle n'est pas très attentive à ses interlocuteurs car elle leur coupe parfois la parole. Elle prend beaucoup de place sur ce temps d'échange. Elle ne semble pas se rendre compte qu'elle interrompt l'autre car elle poursuit son discours malgré les remarques des soignants. L'interaction n'est pas toujours symétrique car Océane semble investir l'espace de parole comme moyen de montrer qu'elle existe, comme moyen de maîtriser l'autre.

## **De quoi nous parle-t-elle ? Que nous dit-elle sur elle ? Quelles sont les thématiques auxquelles elle se réfère ?**

Océane livre peu d'éléments personnels cependant elle veut montrer qu'elle sait, qu'elle a compris, qu'elle connaît. Elle nous montre alors son désir de toute-puissance, de contrôle de l'autre, de ses propos. Elle peut rester sur un élément bien que son interlocuteur soit déjà passé à autre chose. Elle insiste donc pour que son point de vue soit entendu. Par ailleurs, elle peut aussi rebondir sur ce que l'autre propose mais recentre le sujet sur elle. Elle rationalise beaucoup les éléments fantastiques des contes. Pour elle, certaines actions ne sont pas possibles. Océane n'accède pas toujours à la symbolique du récit. Une fois, elle est très surprise qu'un lézard tombé dans une jatte de lait ait réussi à sortir du récipient. Dans l'histoire, il est dit que le lait s'est transformé en beurre sous l'action de l'animal et que celui-ci a pu se libérer. Pour elle, le lézard aurait dû se noyer car « *Un lézard ça ne sait pas nager* ». Elle ajoute : « *Il a dû nager très fort pour que le lait se change en crème...* ». Elle ne relève pas l'idée de courage et de persévérance qui émane de ce conte. Une autre fois, elle est surprise que les grains de blé avalés par un coq soient retrouvés intacts après avoir été extraits du ventre de ce dernier. Elle déclare : « *Quand on mange et bien les aliments ils sont changés, là les grains de blé, ils devraient être broyés* », « *Ils vont être sales en sortant du ventre du coq ! On ne va pas pouvoir les replanter dans le sol !* ». On sent qu'Océane réfléchit à la manière dont les aliments sont assimilés par l'organisme. Comme le dit R. Barthes (1977, cité par Corcos, 2011), il semble qu'Océane cherche à saisir « *comment le corps travaille à l'intérieur* ».

### *1.1.3 Analyse du comportement non verbal d'Océane*

#### **Comment se positionne-t-elle au sein du groupe ?**

Océane se place toujours au centre du tapis de manière à être entre ses pairs et face aux soignants. Elle adopte alors une position centrale dans le groupe sur le temps d'écoute du conte. Ce choix de position au sein du groupe, au niveau spatial, nous semble refléter son désir d'être au centre de l'attention des membres du groupe, pairs et soignants confondus et d'être en position d'élément moteur du groupe. Océane semble relativement attentive sur l'écoute du conte. Il lui arrive parfois de ne pas prêter réellement attention quand le conte lui est familier. Elle s'échappe alors.

## **Comment occupe-t-elle l'espace ? Qu'exprime-t-elle par le corps ?**

Océane s'installe toujours à la même place, à gauche sur le tapis avec le même coussin entre Agathe et Noémie. Elle s'assoit en tailleur et pose le coussin sur ses genoux. Ses coudes reposent sur le coussin. Océane regarde beaucoup la conteuse et le support. Elle détourne peu le regard sauf lorsqu'elle sent que l'ergothérapeute ou nous-mêmes l'observons. Elle nous scrute alors du regard pour savoir ce que nous pouvons penser. Elle nous adresse parfois un sourire, elle semble alors satisfaite qu'on la regarde. Elle ne regarde ses pairs que lorsqu'elle s'adresse à elles. Elle manifeste rarement des signes d'anxiété. Cependant, elle manifeste son ennui lorsqu'elle connaît déjà l'histoire entendue, elle affiche alors une mine boudeuse et baisse la tête. Elle semble se replier sur elle et penser à autre chose.

### *1.1.4 Analyse des relations d'Océane avec les membres du groupe*

#### **Quelles relations entretient-elle avec les membres du groupe ? Comment se positionne-t-elle face à ses pairs, face aux soignants ?**

Océane entretient une relation, qui nous semble, particulière avec Noémie. Elle semble vouloir exercer son autorité sur cette pair. Océane semble avoir besoin d'évoluer à deux sur le groupe, en imposant à l'autre les conditions de la relation. Elle n'est pas dans une relation symétrique avec l'autre, mais plutôt dans une relation asymétrique. Elle recherche le contact des plus grandes mais souhaite exercer son influence sur celles-ci. Noémie étant la plus âgée du groupe, c'est donc avec cette pair qu'Océane interagit. A contrario, elle semble indifférente aux pairs plus jeunes. Ainsi elle prête peu attention à sa pair Lola, tout comme elle avait prêté peu attention à Agathe.

Océane se met dans une position de maître, de savoir vis-à-vis de l'adulte. Elle aime compléter les propos de l'adulte, le corriger. Elle veut se montrer supérieure aux autres participantes. Elle souhaite que l'adulte la remarque et lui dise que ce qu'elle fait est bien. Elle a besoin d'être rassurée mais elle provoque chez les soignants le sentiment inverse. Elle les agace, elle monopolise leur attention.

Par ailleurs, il nous semble qu'Océane a tenté de s'identifier à nous sur l'atelier conte. En effet, Océane nous regarde beaucoup. Elle semble vouloir chercher à rentrer en contact avec nous, d'abord par le regard puis par la parole. Son regard s'oriente sur notre coiffure, notre maquillage, nos vêtements. Elle nous sourit et semble attendre un sourire de notre part en retour. Océane nous perçoit comme une grande, et qui plus est, une grande qui n'est pas malade. Lors de notre première participation à l'atelier, Océane nous demande spontanément : « *ça fait quoi d'être grande ?* ». Elle semble alors chercher des réponses à ses interrogations sur ce que c'est de grandir, de devenir une jeune fille, une femme. **Recherche-t-elle un modèle féminin ?** Océane aime bien porter des t-shirts à messages. De cette manière, nous pensons qu'elle exprime des choses à travers ses vêtements. Il s'agit d'une manière de communiquer avec les autres tout en ne disant rien ou d'afficher ses opinions sans les exprimer verbalement. Il s'agit également d'un effet de mode, ce type de vêtements étaient assez plébiscité chez les jeunes filles. Un jour, nous portons un pull qui présente lui aussi un message. Immédiatement, Océane le regarde et nous demande ce qui y est marqué. Elle le trouve « *joli* » et semble contente de nous voir porter ce type de vêtements. A l'occasion d'un travail d'écriture proposé aux séances n°17 et 19 (Annexe 7, p.188) autour du conte *Le Petit Chaperon Rouge*, nous nous retrouvons à fonctionner en binôme avec Océane. En effet, lors de la préparation de la séance, il avait été décidé que nous accompagnerons Océane sur ce temps d'écriture. Cette décision avait été prise avec l'orthophoniste et l'ergothérapeute. Lorsqu'il est annoncé aux jeunes patientes qu'elles vont travailler en binôme avec un soignant, Océane nous regarde pour nous signifier qu'elle souhaite travailler avec nous. Avant que l'orthophoniste annonce les groupes, Océane déclare : « *Je veux travailler avec Hélène !* ». Lorsque l'orthophoniste confirme son désir, Océane est souriante et semble ravie. Elle pense avoir décidé du binôme or la décision ne lui revenait pas. Nous nous installons pour travailler ensemble. Océane semble attendre que nous initiions la discussion. Nous l'interrogeons sur ce qu'elle aimerait écrire puis nous lui disons d'écrire et de nous interpeller si besoin. Océane nous sollicite à plusieurs reprises mais ne tient pas réellement compte de nos suggestions. En effet, dans son écrit, la jeune fille met entre parenthèses tous les éléments que nous lui demandons de développer. Elle semble donc essayer de se conformer à nos attentes sans toutefois adhérer à ce que nous lui proposons. Elle termine une partie de son écrit et souhaite nous la faire lire. Nous la sentons en attente d'une validation de son travail. La séance se termine et Océane semble contente. Elle s'assure que nous poursuivrons le travail ensemble la fois prochaine. Elle souhaite conserver ce binôme.

### *1.1.5 Analyse des productions écrites d'Océane*

#### **Comment se saisit-elle de la modalité écrite sur le temps d'écriture ? Comment s'effectue le passage à l'écrit ?**

Océane démarre l'écriture sans difficulté. Elle se met très rapidement au travail et demande rarement de l'aide. A une reprise cependant, le passage à l'écrit lui semble difficile. Elle s'agace et dit qu'on lui a donné la feuille la plus difficile. La consigne d'écriture à cette séance était de réaliser un caviardage c'est-à-dire de barrer les mots figurant sur une feuille de manière à faire apparaître un tout nouveau texte. Il s'agit de s'appuyer sur un texte déjà fait pour en créer un nouveau. Cela demande de la souplesse, une capacité d'abstraction car il faut accepter d'utiliser un support qu'on vient d'entendre à l'oral. Il faut alors se détacher du texte qui a été entendu. Cet exercice est difficile pour elle et elle a besoin que le soignant la rassure en lui disant qu'elle se débrouille bien. Ses difficultés sur cet exercice semble la mettre en échec et cela lui paraît insupportable. Elle réalise l'exercice avec lenteur, elle qui pourtant, habituellement, termine ses écrits la première. Elle semble avoir du mal à accepter de ne pas réussir du premier coup. Elle semble dans une recherche de perfection et de rapidité sur le temps d'écriture.

#### **Quelle posture corporelle adopte-t-elle sur le temps d'écriture ? Comment est son écriture ? Comment se situe-t-elle au niveau spatial par rapport à sa feuille ?**

Océane est souvent dans une position inconfortable pour écrire. Elle est relativement loin de la table et s'avance sur le bord de sa chaise au lieu de la rapprocher, pour pouvoir écrire. Elle arrondit le dos et s'affaisse souvent sur sa feuille.

Au niveau de son écriture, Océane est gauchère et forme de très grandes lettres. Elle a une écriture irrégulière et a tendance à exercer une forte pression sur le stylo. Les lignes qu'elle produit sont penchées. Elle n'écrit pas toujours très droit.

Océane utilise toute sa feuille, recto et verso. Elle produit de très longs textes. Elle aime agrémenter son écrit de dessins. Elle dessine bien et tout est prétexte à présenter au groupe ses dessins. C'est une jeune fille qui théâtralise beaucoup la lecture de ses textes. Elle aime insérer des dialogues entre différents personnages de son récit, elle s'amuse ensuite à les jouer durant sa lecture. Elle se distingue ainsi des autres jeunes filles dont la lecture est plus simple et monotone.

## **Que dit-elle dans ses textes ?**

Dans ses écrits, Océane cherche à se démarquer des autres. Elle dénonce les travers de la société tels que le harcèlement scolaire, la pauvreté, les guerres, le drame de Charlie Hebdo. Si elle ne s'exprimait pas avant sur ses opinions et ses ressentis, c'est désormais par le biais de l'actualité qu'elle s'autorise à montrer sa désapprobation par rapport à certains faits. Elle commence à se positionner, à s'affirmer, à dire ce qui la révolte, à dire ce qui est inacceptable pour elle. Elle s'insurge contre la pauvreté ou l'intolérance par exemple. On ne peut que se réjouir qu'elle puisse se positionner en tant que sujet, qui prend sa place, qui échange et qui invite à une discussion, un dialogue. Elle entame une communication.

## **Fait-elle des commentaires sur ses écrits ?**

Océane fait peu de commentaires sur ses écrits. Il lui arrive de dire qu'elle est satisfaite ou insatisfaite de ce qu'elle a produit mais lorsque les soignants lui demandent pourquoi, elle ne semble pas savoir répondre. Elle ne dit rien. Elle ne commente pas le texte des autres participantes cependant lors de la lecture des textes des autres participantes, elle semble peu intéressée. Elle semble parfois comparer la qualité de ses écrits avec ceux des autres jeunes filles, ses textes semblent alors lui paraître de bien meilleure qualité. En effet, à plusieurs reprises Océane lève les sourcils en l'air comme si ce qu'elle venait d'entendre était inintéressant. A travers ses mimiques et regards pendant l'écoute des textes de ses camarades, on sent qu'elle semble déprécier les écrits de celles-ci.

### *1.1.6 Quelques observations issues d'autres ateliers fréquentés par Océane*

## **Comment se présente-t-elle sur d'autres ateliers ? Quelle position occupe-t-elle au sein de ces groupes ?**

Sur l'atelier de kinésithérapie, Océane est en difficulté au moment de la relaxation. Elle n'arrive pas à maintenir les yeux fermés et dit avoir des pensées qui l'empêchent de se laisser aller. Elle s'inquiète également d'être trop musclée. Elle demande souvent qu'on la masse et interroge l'adulte sur la tonicité de ses muscles.

Sur l'atelier soin de soi, la jeune fille est très ritualisée. Elle débute toujours les séances par le maquillage puis par la pose d'un vernis. Elle termine par un massage. C'est une jeune très centrée sur elle-même qui témoigne d'un narcissisme important. Elle se contemple beaucoup dans la glace et adopte devant le miroir différentes postures. Elle ne semble pas apprécier l'image que ce miroir lui renvoie d'elle. Elle contrôle l'évolution de son corps et vérifie que ses seins poussent bien. Elle observe le corps des autres. Elle semble se comparer physiquement à ses pairs.

En ergothérapie, Océane peut éprouver des difficultés à faire des choix personnels. Elle semble manquer d'assurance. Elle a besoin d'être rassurée par l'adulte. Elle réalise ses activités rapidement et n'est pas très appliquée.

**Quelles relations entretient-elle avec les pairs et les soignants des autres ateliers qu'elle fréquente ?**

Océane semble en compétition avec ses pairs sur l'atelier soin de soi. Elle souhaite en effet profiter au maximum de cet atelier en réalisant l'ensemble des soins proposés sur l'heure d'atelier. Elle veut tout faire, le plus vite possible, le mieux possible. Elle est mécontente lorsqu'une pair effectue l'activité qu'elle souhaite débiter. Elle manifeste le désir d'être au centre des attentions. Elle mobilise ses pairs pour qu'elles puissent lui dire que ce qu'elle fait est bien, que cela lui va bien, qu'elle est jolie. Elle a besoin d'être revalorisée narcissiquement par ses pairs. Elle semble privilégier les relations exclusives avec une pair plus âgée qu'elle mais au caractère moins affirmée que le sien. Elle a longtemps fonctionné en binôme avec Noémie, qu'elle rencontre aussi sur l'atelier conte. Les deux jeunes filles réalisaient souvent leurs manucures ensemble. A une reprise, Océane a dit qu'elle aimerait avoir son prénom écrit sur les ongles de Noémie.

Océane a d'abord recherché la validation de l'adulte, sur cet atelier soin de soi, afin de savoir si les coiffures et maquillages qu'elle réalisait lui allaient bien. Désormais, elle demande l'avis de ses pairs. Elle ne réalise plus de soin en binôme avec le soignant. Elle n'interpelle plus le soignant. Elle vient sur l'atelier en ayant déjà déterminé ce qu'elle souhaitait y faire. Elle sélectionne ce qui l'intéresse et elle tente de terminer rapidement les activités qu'elle a démarrées.

### 1.1.7 Synthèse

Océane est une jeune fille qui cherche à adopter une position centrale sur l'atelier conte. Elle se distingue de ses pairs par ses nombreuses interventions. En agissant de la sorte, elle semble rechercher la reconnaissance des soignants. Elle cherche ainsi à se mettre en avant par rapport à ses pairs. Océane est alors celle qui participe le plus aux échanges qui ont lieu à la suite de l'écoute du conte. Elle veut montrer qu'elle a compris l'histoire, que ses idées sont pertinentes. Elle en oublie parfois les autres. Elle peut alors couper la parole à ses pairs sans s'en rendre compte. Elle semble chercher à prendre sa place sur l'atelier par la parole. En empêchant ses pairs de s'exprimer, elle se prive de leur avis.

## 1.2 Noémie, 12 ans, en 5<sup>ème</sup>

### 1.2.1 Anamnèse et suivi proposé

Noémie est une jeune fille de 12 ans scolarisée en classe de 5<sup>ème</sup>. Elle vit avec ses deux parents et ses deux grandes sœurs. Noémie pratique le hand-ball et l'équitation. C'est une élève qui a de très bons résultats malgré son anxiété. En effet, les évaluations scolaires la rendent très anxieuse et elle s'effondre fréquemment avant les contrôles. Son comportement lui vaut les moqueries de ses camarades de classe. Noémie nous apparaît comme une jeune fille gentille et sage qui semble manquer de confiance en elle. Elle semble en recherche de la reconnaissance d'autrui, attribuant aux autres une grande valeur. En effet, l'entrée dans les troubles du comportement alimentaire fait suite à des remarques déplaisantes proférées au collège par une camarade de classe : « *Tu es grosse* ». Cet épisode qui nous semble réactionnel conduit Noémie à la restriction alimentaire. La jeune fille arrête de manger et devient alors aphagique. Elle perd 13 kilos en 4 mois. Elle se retrouve alors hospitalisée en pédiatrie pour un bilan d'amaigrissement. L'hospitalisation a lieu lors de l'été 2014 et dure une semaine. C'est durant cette courte période d'hospitalisation que le diagnostic de trouble du comportement alimentaire de type restrictif sur profil de puberté précoce est posé. Il nous semble que Noémie ait « absorbé » la violence émanant des propos de cette camarade de classe. Elle n'a peut-être pas su prendre la distance nécessaire. Elle a peut-être donné trop d'importance aux propos entendus. En réalité, les paroles de la camarade étaient seulement l'élément déclencheur du processus de restriction alimentaire. La pathologie peut dépendre de plusieurs facteurs tels que l'histoire de vie du sujet, l'environnement familial, la présence d'une faille narcissique, l'éventuel profil psychopathologique.

Noémie débute un suivi à l'hôpital de jour en septembre 2014. La jeune fille se voit proposer deux journées de soins par semaine. Sur une première journée, elle participe au psychodrame, à l'atelier jeux de société et au repas thérapeutique ; sur une seconde à l'atelier soin de soi et à l'atelier conte.

Sur le plan somatique, Noémie sort d'hospitalisation fin juillet 2014 avec un poids de 32,750 kilos pour une taille d'1 mètre 43, soit un BMI à 16,2 Kg/m<sup>2</sup>. Le BMI ou *Body Mass Index* est l'indice de masse corporelle. C'est un chiffre qui est calculé à partir de la taille et du poids de l'individu,  $BMI = \text{masse}/\text{taille}^2$ . Le BMI de l'individu va être resitué sur une échelle de valeurs. Tout BMI inférieur à 18 met en évidence une maigreur pathologique. Bien que la norme soit considérée entre 18 et 22, cet indice est à relativiser. Ce qui importe est le retour à un poids de forme permettant la relance de la croissance et de la puberté. Pour les jeunes filles qui avaient déjà entamé leur puberté, on peut se baser sur le retour des règles par exemple. Noémie reprend rapidement du poids puisque, début octobre 2014, elle atteint 41,9 kilos. La puberté et la croissance qui avaient été bloquées par la restriction alimentaire reprennent leur cours. En mars 2015, la reprise pondérale stagne et semble alors plus difficile. L'examen clinique est toutefois sans particularité. Il n'y a pas de plaintes somatiques ni de vomissements. De plus, Noémie ne présente pas de troubles du sommeil.

Sur le plan psychique, Noémie se présente toujours en disant que tout va bien pour elle. Elle dit ne pas se sentir vraiment malade. Elle exprime très peu ses difficultés, il ne lui semble pas évident de les repérer, de les mettre en mots et enfin de les évoquer. Noémie réussit seulement à dire qu'elle n'éprouve plus de difficulté lors des repas. Effectivement l'équipe observe qu'elle mange bien sur les repas thérapeutiques auxquels elle participe à l'hôpital de jour. La jeune fille n'évoque pas de préoccupations autour du poids. Cependant, elle a du mal à parler de son anxiété et de son stress, notamment liés aux évaluations scolaires. Il lui arrive de mentionner les remarques qu'elle subit fréquemment par ses camarades de classe, lors des consultations avec l'interne de pédopsychiatrie, mais elle n'exprime pas de ressenti à ce sujet. Pourtant nous pouvons imaginer que cela la malmène...

Peu d'informations ont été recueillies sur la psychopathologie de Noémie depuis son entrée dans le service. Toutefois, lors d'une consultation, les médecins apprennent que la maman est très vigilante pour ne pas dépasser un certain poids et que le papa a entamé un régime. Ces parents semblent surveiller attentivement leur poids. Lorsque ce papa reprend du poids, la famille semble

vivre au rythme de ce régime. Or Noémie est une jeune fille en pleine croissance qui a besoin de suffisamment d'apports nutritionnels pour grandir. Il ne semble pas y avoir de prise en compte des besoins nutritifs des enfants en pleine croissance. Il semblerait que l'anorexie de cette jeune fille émerge dans un environnement familial où le poids semble être une préoccupation.

Nous allons maintenant présenter une analyse clinique détaillée du comportement verbal et non verbal de Noémie dont la participation sur l'atelier conte remonte à septembre 2014. Nous la rencontrons depuis le mois d'octobre. C'est une participante régulière que nous voyons toujours actuellement. L'analyse que nous proposons pour cette jeune fille s'appuie sur des observations systématiques menées au cours de dix-sept séances.

### *1.2.2 Analyse du comportement verbal de Noémie*

#### **Comment se positionne-t-elle dans l'échange ? Investit-elle l'espace de parole ? Quelles sont ses intentions de communication ?**

Dans un premier temps, Noémie semble en retrait dans l'échange. Elle ne prend pas la parole. Elle ne semble pas chercher à échanger, peut-être en raison de son manque de confiance en elle. En effet, nous la sentons peu sûre d'elle. Elle fait donc peu de commentaires lorsque l'on s'adresse à elle. Au fil des séances, Noémie commence à poser des questions. Il s'agit surtout de demandes de ré-explications. La jeune fille a du mal à saisir le sens du récit. Progressivement, elle occupe davantage l'espace de parole. Elle tente d'apporter des éléments nouveaux. Ce qu'elle propose au groupe n'est pas toujours correct mais nous sentons qu'elle a le désir de montrer qu'elle sait des choses. Elle prend alors la parole pour obtenir une certaine validation des soignants, une certaine reconnaissance. Cela semble la valoriser.

#### **De quoi nous parle-t-elle ? Que nous dit-elle sur elle ? Quelles sont les thématiques auxquelles elle se réfère ?**

Noémie évoque fréquemment ses difficultés à comprendre l'histoire. Elle dit alors : « *Je ne comprends pas pourquoi il fait ça* » en parlant d'un personnage du conte ou encore « *J'ai bien aimé l'histoire mais je n'ai pas tout compris* ». Ce qui nous semble quelque peu paradoxal car comment peut-on apprécier quelque chose dont on ne saisit pas le sens ?

Noémie éprouve des difficultés à saisir le sens des métaphores. Elle a également du mal à illustrer ses propos. Dans ses commentaires, elle simplifie souvent l'histoire entendue, omettant certains éléments clés du récit. Elle déroule les événements mais ne fait pas de lien. Elle reste sur l'aspect factuel du récit et ne l'interprète pas. Elle ne semble pas avoir accès à la symbolique. Noémie dit que les commentaires des autres participants, auxquels elle prend peu part, l'aident à comprendre l'histoire entendue. Il peut lui arriver de confondre des personnages et des éléments du récit. Par ailleurs, elle exprime peu ses ressentis face aux épreuves qu'endurent les personnages des histoires choisies par les soignants. Elle livre très peu d'informations personnelles. A une reprise, elle se dit stressée. Elle redoute la consultation conjointe avec les médecins qui a lieu juste après l'atelier conte. Ce jour-là, elle échange moins avec les soignants et semble plus fermée.

Désormais, il lui arrive de dire si elle a aimé l'histoire ou non. Le plus souvent, elle semble les apprécier. Lors d'une séance, elle dit par exemple avoir aimé l'histoire car « *Ce n'est pas courant une fille qui fait de la boxe* ». L'histoire racontée relate le vécu d'une jeune fille vivant dans une famille de garçons, la maman étant décédée. Cette jeune héroïne est relativement malmenée par ses grands frères. Le père est absent, ne se positionne pas face à ses garçons. Noémie pointe le fait qu'une fille fasse un sport de garçon. Cela lui semble peu commun. Par rapport à cette jeune boxeuse qui évolue dans un univers de garçons, qui est dominée à la maison par ses grands frères, elle dit que dans sa famille « *on fait du chantage* ». Elle parle des négociations avec ses sœurs : « *Si tu fais ça, je te donne ça* ». Elle transpose le vécu de cette jeune héroïne à son vécu personnel pour la première fois. Elle présente la manière, dont elle, elle semble en lien avec ses grandes sœurs. Nous trouvons cela très intéressant. Lors d'une autre séance, elle nous livre une de ses représentations du pardon. L'histoire entendue invitait les participantes à se positionner au sujet du pardon. Selon elle, « *il faut pardonner pour être quelqu'un de meilleur* ». Elle préconise le pardon dans un discours très idéaliste, lié à son jeune âge. Pour elle, pardonner est naturel.

C'est une jeune fille qui est dans un souci de vouloir bien faire. Elle s'assure souvent auprès des soignants d'avoir bien compris la consigne d'écriture. Elle dit parfois qu'elle n'a pas d'inspiration sur les consignes d'écriture proposées. Elle ne fait pas commentaires sur ses écrits ni sur ceux des autres.

Lors de la dernière séance, Noémie intervient spontanément pour apporter des précisions aux propos des soignants concernant la présentation de l'atelier conte à une nouvelle participante. Elle semble très enjouée d'intervenir, nous la sentons à l'aise et les propos qu'elle énonce sont cohérents

et reflètent de façon fidèle l'organisation de l'atelier.

### *1.2.3 Analyse du comportement non verbal de Noémie*

#### **Comment se positionne-t-elle au sein du groupe ?**

Noémie se présente souriante. Durant de nombreuses séances nous sommes interpellées par son attitude lors de l'écoute du conte. En effet, elle regarde essentiellement la conteuse, ne prêtant ainsi pas attention à ses pairs et à l'ergothérapeute. Son regard fixe la bouche de la conteuse. Elle semble boire ses paroles. Elle semble captivée par les sonorités. Elle se laisse bercer, à l'image du tout-petit, par ce flot de paroles. Parfois, il lui arrive de détacher son regard, centré essentiellement sur le visage de la conteuse, pour regarder les illustrations présentées sur le support du conte. Durant le temps d'écoute, Noémie ne semble pas saisir le sens des histoires. Nous l'avons évoqué plus haut, elle dit d'ailleurs ne pas comprendre certaines histoires. Progressivement, nous constatons deux phénomènes en parallèle : son attitude corporelle change et dans le même temps, elle améliore sa capacité à relater les événements du récit. Cela laisse à penser qu'elle a modifié son attitude sur le temps d'écoute et qu'elle attrape maintenant les mots pour les comprendre. Ce n'est plus uniquement un bain de langage dans lequel elle ne saisit pas le sens des mots, elle les écoute désormais de manière à en extraire du sens. Elle paraît très rarement inattentive.

#### **Comment occupe-t-elle l'espace ? Qu'exprime-t-elle par le corps ?**

Au niveau corporel, Noémie adopte toujours la même posture : elle s'assied en tailleur et s'empare d'un coussin qu'elle presse contre sa poitrine. Elle semble alors rechercher quelque chose de contenant, d'enveloppant. Elle ne manifeste pas d'anxiété ni de gêne, sauf la séance précédant sa consultation, où on lisait une certaine anxiété sur son visage. Elle est souriante et semble détendue. Les traits de son visage sont lisses. A une reprise, Noémie baille beaucoup. Nous pensons qu'elle se détend, elle semble confiante et sereine. Par ailleurs, lorsqu'elle dit ne pas comprendre l'histoire, il lui arrive de faire la moue. Elle peut rester sur son désarroi et se refermer sur elle-même.

#### 1.2.4 Analyse des relations de Noémie avec les membres du groupe

##### **Quelles relations entretient-elle avec les membres du groupe ? Comment se positionne-t-elle face à ses pairs, face aux soignants ?**

Noémie semble fonctionner en miroir avec cette jeune fille. Noémie adopte une posture semblable à celle d'Océane ce qui donne l'impression que les deux jeunes filles font front pour laisser de côté Agathe, lorsqu'elle était encore présente sur le groupe puis Lola, la nouvelle arrivante. Noémie semble beaucoup apprécier Océane bien qu'elle n'adhère pas toujours au comportement ou aux propos de cette dernière. Malgré tout, Noémie ne se positionne que très rarement face à elle. Elle a tendance à s'effacer au profit d'Océane. Lors d'une séance par exemple, les deux jeunes filles souhaitent prendre le même coussin. Océane s'en empare la première et Noémie lui fait remarquer qu'elle le veut aussi. Nous assistons à la scène et leur demandons comment elles vont bien pouvoir faire si elles ont toutes les deux envie du même objet. Océane rétorque alors : « *Ben je vais le garder ! -comme s'il s'agissait d'une évidence- Noémie elle est gentille, elle va me le laisser!* » avec un sourire malicieux. Noémie réagit alors : « *Quoi ? Tu me trouves gentille ? C'est trop sympa ça Océane !* ». Elle semble ravie, en oubliant presque cette histoire de coussin. Ce qui semble avoir de l'importance à cet instant est le fait que sa pair vienne de dire qu'elle était gentille. Noémie ne saisit pas la dérision dont fait pourtant preuve Océane. En effet, Océane la prend par les sentiments pour obtenir ce qu'elle veut d'elle. Noémie semble tellement en demande d'être aimée qu'elle ne voit pas qu'on peut se servir de son besoin de reconnaissance pour obtenir ce que l'on souhaite d'elle. Elle cède le coussin mais fait tout de même preuve de réactivité puisqu'elle se souvient qu'un coussin identique se trouve dans la salle de l'atelier soin de soi. Elle se lève alors pour aller le chercher. Finalement, elle obtient elle aussi le coussin dont elle avait envie. Lors d'une autre séance, Noémie interpelle Océane au sujet d'un SMS qu'elle lui aurait envoyé et auquel Océane n'aurait jamais répondu. Noémie voulait savoir quelle était la date d'anniversaire d'Océane. Elle lui demande pendant la séance pourquoi celle-ci ne lui a pas répondu. Elle devait être dans l'attente d'une réponse. Océane lui répond qu'elle n'a rien reçu. Noémie exprime son mécontentement en lui rétorquant qu'elle l'a bien envoyé et qu'elle aurait dû le recevoir. L'échange n'aboutit pas car Océane poursuit son activité en faisant comme si elle n'avait rien entendu. Noémie se ravise et poursuit elle aussi son activité, tout en étant, nous semble-t-il contrariée. Les deux jeunes filles semblent parfois en rivalité. Océane prend beaucoup de place et Noémie semble s'effacer. Une fois, Noémie semble satisfaite de répondre facilement à une consigne d'écriture qui pose problème à Océane. Bien souvent, c'est le contraire que l'on peut observer.

Noémie étant en difficulté notamment sur la compréhension des consignes d'écriture. Ce jour-là, elle produit un texte très adapté à la consigne rapidement. Elle jette des coups d'œil en direction de sa pair qui manifeste une certaine détresse face à la consigne. Noémie reste concentrée sur son travail, elle fait mine de ne rien remarquer mais elle esquisse un sourire. Nous pensons qu'elle se sent valorisée à ce moment. Noémie et Océane interagissent entre elles de manière exclusive et de ce fait, semblent mettre Lola de côté. Tout comme elles ont pu le faire avec Agathe, pour qui elles témoignaient peu d'intérêt. Noémie n'échange pas avec Lola, elle ne la regarde pas. Il y a une sorte d'indifférence manifeste de la part de Noémie vis-à-vis des autres pairs.

Lors de la séance faisant suite au départ d'Océane du groupe, nous avons vu Noémie prendre la place de leader dans le groupe. Elle veut montrer qu'elle est là depuis un moment. Elle a cherché à s'affirmer. La place d'Océane étant désormais vacante, elle prend plus facilement ses aises.

Par ailleurs, Noémie est avenante et conciliante avec les soignantes. Elle les sollicite souvent pour obtenir des informations l'aidant à comprendre l'histoire entendue. Elle a une approche de l'adulte bienveillante et respectueuse.

#### *1.2.5 Analyse des productions écrites de Noémie*

#### **Comment se saisit-elle de la modalité écrite sur le temps d'écriture ? Comment s'effectue le passage à l'écrit ?**

Il est fréquent que Noémie soit en difficulté sur le temps d'écriture. Elle ne comprend pas la consigne dans un premier temps, et n'arrive donc pas à s'en saisir. L'étayage proposé par les soignants ne fonctionne pas toujours. Elle peut ne pas s'en servir. La jeune fille réutilise souvent les mêmes structures de phrases, par exemple, dans un écrit, elle répète très souvent « *Moi je le trouvais* », ce qui donne un aspect très redondant à ses textes. Au départ, elle élabore son texte avec lenteur. Ses productions écrites sont longues mais le contenu peu développé : il n'y a pas de lien entre les différents événements, ils s'enchaînent sans que le lecteur puisse comprendre la logique du récit. Ces événements sont souvent subis par le héros sans que l'on ne sache pourquoi. Les textes sont rarement inscrits dans le temps. Il semble qu'elle privilégie la longueur de ses textes à la qualité du contenu. On observe de nombreuses fautes d'orthographe qui sont de types phonétique, d'usage et grammaticale. Elle ne semble pas les relever. Elle ne se relit pas.

Actuellement, ses textes sont toujours longs mais elle prend moins de temps à élaborer son histoire. Elle se lance plus rapidement dans l'écrit. Elle les termine très rapidement, dans une sorte de rivalité avec Océane, à savoir qui aura terminé la première. Noémie se dit souvent satisfaite de ses textes et dit avoir aimé la consigne d'écriture, à l'inverse du temps de lecture qui ne lui plaît pas toujours car elle ne comprend pas l'histoire. Les jeux d'écriture semblent l'amuser. A une reprise, elle nomme un de ses personnages du prénom de sa pair, Océane. Nous nous demandons si ce n'est pas une manière de l'interpeller. Lors de la séance d'écriture portant sur le Petit Chaperon Rouge, Noémie est en binôme avec l'orthophoniste. La consigne est de réécrire l'histoire du Petit Chaperon Rouge d'après le point de vue des différents personnages : le loup, la mère ou le Petit Chaperon lui-même. La jeune patiente doit produire un texte portant sur le vécu interne et les émotions ressenties par le Petit Chaperon Rouge. L'orthophoniste l'accompagne dans ce travail et l'amène à développer les émotions que peuvent éprouver les personnages. Noémie s'ajuste à la consigne et s'appuie sur l'étayage. Elle parvient à exprimer certains sentiments que peuvent ressentir les personnages de l'histoire. Dans sa production, le Petit Chaperon Rouge écrit une lettre à son père pour lui relater sa mésaventure. La jeune héroïne du conte est triste que son père ne soit pas à ses côtés. Elle a eu peur d'être mangée par le loup.

Elle demande parfois l'avis de l'adulte avant de poursuivre son texte : elle a besoin de la validation, elle peut se montrer parfois hésitante. Cela peut être lié à un manque de confiance en elle. Bien souvent, elle réalise des dessins en lien avec son texte.

Les difficultés observées chez Noémie sur l'atelier conte ont donné lieu à la passation d'un bilan orthophonique. L'orthophoniste du service, avec l'accord des médecins et des parents, a donc rencontré la jeune fille pour réaliser un bilan. En début de passation, Noémie qui appréhende les situations d'examen se met à pleurer. L'orthophoniste la remobilise et la jeune fille réussit à passer l'intégralité du protocole de façon plus sereine. Les résultats du bilan vont dans le sens des difficultés observées durant l'atelier. Des difficultés de compréhension orale et écrite, des difficultés dans la cohérence du récit, dans la pragmatique du langage sont objectivées. Il paraît adapté de lui proposer des textes très structurés pour ne pas la mettre en échec.

**Quelle posture corporelle adopte-t-elle sur le temps d'écriture ? Comment est son écriture ? Comment se situe-t-elle au niveau spatial par rapport à sa feuille ?**

Noémie s'assied souvent à la même place autour de la table pour écrire. Elle reste assez droite

et pose ses coudes sur la table. Elle ne semble pas raide, sa position paraît plutôt souple. Noémie se tient ainsi la plupart du temps. Il peut lui arriver d'allonger le côté gauche de son corps sur la table et d'écrire son texte dans cette position. Noémie adopte cette posture en imitation avec Océane. Par ailleurs, Noémie est droitière. Son écriture est aérée, lisible. Les lettres qu'elle forme sont régulières mais plutôt obliques. Ses lettres sont en effet légèrement penchées. Cependant, l'espace entre les mots est adapté et les lignes sont droites. Noémie réalise des fautes d'orthographe notamment au niveau des accords grammaticaux et du lexique. Les adverbes et les mots communs comportent des erreurs, comme par exemple « temps » est écrit « temp », « jeune » est écrit « jeune ». Elle ne semble pas être gênée par son orthographe.

### **Fait-elle des commentaires sur ses écrits ?**

Noémie fait très peu de commentaires sur ses écrits. Elle ne dit jamais si elle est satisfaite de son travail ou non. Elle n'évoque pas les difficultés qu'elle peut éprouver en début d'écriture. Elle ne dit rien de ses textes ni de ceux des autres.

#### *1.2.6 Quelques observations issues d'autres ateliers fréquentés par Noémie*

### **Comment se présente Noémie sur d'autres groupes, ateliers ? Quelle position occupe-t-elle au sein de ces groupes ? Quelles relations entretient-elle avec ses pairs et les autres soignants qui la reçoivent ?**

Noémie se présente également souriante et calme sur les autres ateliers thérapeutiques. Elle participe aux ateliers avec régularité et sérieux. Elle semble avoir investi l'unité de manière positive. Elle peut d'ailleurs dire qu'elle fait confiance aux soignants. L'alliance thérapeutique semble donc fonctionner avec cette jeune fille. Cependant, l'ensemble des soignants s'accorde à dire qu'elle livre très peu d'éléments personnels. De plus, les soignants ont très peu accès à ses ressentis. Elle participe de façon active au psychodrame, au sein duquel elle s'autonomise de plus en plus. Elle y prend ses propres décisions.

Sur l'atelier soins de soi, Noémie est perçue comme une adolescente de bonne humeur, joyeuse et autonome. Elle se montre créative dans ses manucures. Elle semble avoir investi l'atelier car elle y apporte des vernis de chez elle, pour partager avec les autres, les techniques de manucure découvertes avec sa grande sœur. Elle semble heureuse d'être avec le groupe. Pendant tout un

temps, elle entretient une relation privilégiée avec Océane, qu'elle retrouve sur l'atelier conte. Puis, Océane s'intéresse à une autre participante et la délaisse. Elle ne montre pas ce qu'elle ressent à ce moment mais se mobilise pour aller vers d'autres jeunes filles. Elle fait preuve d'une certaine ressource. Par ailleurs, Noémie n'est pas dans un souci de perfection et accepte de mal faire. Elle dit se moquer de son apparence et peut conserver un maquillage peu flatteur sans que cela ne la gêne. Elle ne s'en rend d'ailleurs pas vraiment compte, l'adulte doit le lui faire remarquer. Elle expérimente dans le plaisir cet atelier. Les soignants la trouvent épanouie sur cet atelier mais s'interrogent sur le sens qu'elle peut y mettre.

### *1.2.7 Synthèse*

Noémie est une jeune fille parfois inhibée qui se présente toujours sur le même mode : comme une adolescente calme et souriante. Elle ne paraît pas avoir confiance en elle et semble sensible à la réassurance des soignants. Noémie a bien progressé sur le plan somatique, elle a en effet repris tout son poids, mais il ne semble pas y avoir eu de modifications au niveau psychique. Les soignants disent avoir peu de prise sur cette jeune fille qu'ils trouvent plutôt lisse. La pédopsychiatre dit qu'elle se présente en faux-self. Noémie livre très peu de ressentis personnels et semble dans une phase d'optimisme où tout est bien et où tout va bien. Noémie change de position physique sur l'atelier conte. Sur le temps du conte, elle semble d'abord bercée par les paroles, elle se présente courbée, la bouche ouverte puis elle redresse son corps et en parallèle son écoute devient plus attentive. Sur le temps d'échange, Noémie semble prendre la parole pour obtenir la reconnaissance des soignants et de ses pairs. Elle s'exprime peu sur le contenu du conte si ce n'est pour dire que c'est bizarre ou qu'elle n'a pas compris. Son discours est parfois imprécis, il y a une confusion des personnages du conte et la jeune fille a encore du mal à parler d'elle. Au niveau du langage écrit, la syntaxe est bien souvent mal construite. La position qu'elle adopte sur le groupe est adaptée. Elle n'envahit pas l'espace de l'autre. Elle commence à manifester son mécontentement ou sa désapprobation. Nous avons vu qu'elle a pu dire à Océane qu'elle souhaitait le même coussin. Cependant, elle s'efface encore face à une paire plus affirmée qu'elle. Ses difficultés pragmatiques, relevées au cours du bilan orthophonique, nous paraissent entraver sa compréhension de la situation de groupe. Ainsi, Noémie est parfois en difficulté pour saisir le sens caché des contes qui lui sont proposés sur cet atelier. Le travail psychique semble freiné par son incompréhension.

Les soignants trouvent que Noémie évolue de manière favorable sur l'hôpital de jour. Ses objectifs sont de poursuivre la prise de poids pour continuer sa croissance et d'apprendre, en parallèle, à parler d'elle et de ses difficultés.

### 1.3 Agathe, 10 ans, en CM2

#### *1.3.1 Anamnèse et suivi proposé*

Agathe est une petite fille de 10 ans scolarisée en classe de CM2. Elle vit avec ses deux parents et est l'aînée d'une fratrie de trois enfants : elle a deux sœurs de 7 et 2 ans. Les parents rapportent aux médecins qu'Agathe se dispute souvent avec ses deux jeunes soeurs.

Agathe est hospitalisée une première fois d'avril à juillet 2014 pour dénutrition avec mise en place d'une sonde naso-gastrique. C'est au cours de cette hospitalisation à temps plein que le diagnostic d'anorexie mentale est posé. C'est une seconde hospitalisation, de mi-août à septembre 2014, pour perte de poids et syndrome dépressif, qui marque son entrée au sein de l'hôpital de jour. Agathe perd 4 kilos en l'espace de quatre semaines entre la première et la deuxième hospitalisation. Lors de cette deuxième hospitalisation, un traitement anti-dépresseur est mis en place. Agathe est nourrie par sonde naso-gastrique. Ses parents sont très présents sur ce temps d'hospitalisation. A sa sortie d'hospitalisation, Agathe a du mal à maintenir son poids. Par ailleurs, elle se fait une entorse à la cheville droite en jouant dans la cour puis se fracture le cinquième orteil gauche quelques semaines plus tard. Elle vient alors à l'atelier conte en béquilles.

Agathe entre à l'hôpital de jour en août 2014. Son suivi dans cette structure a duré 8 mois. Il s'arrête en février 2015 au profit d'un relais vers un Centre Médico-Psychologique. Durant sa période de fréquentation de l'hôpital de jour, Agathe participe à l'atelier conte, à l'atelier kiné et au goûter thérapeutique un après-midi par semaine. Le suivi est régulier, Agathe étant très peu absente. Avant son entrée au sein de l'hôpital de jour,

Concernant l'histoire de sa maladie, les éléments rapportés par la famille indiquent un début des restrictions alimentaires durant l'hiver 2013. Il semblerait qu'Agathe porte en elle le poids d'un deuil qui a affecté toute sa famille. Sa mélancolie semblerait s'originer dans le poids de ce deuil familial non résolu. Le grand-père paternel est décédé des suites d'une chute lorsque qu'elle était dans le ventre de sa mère. Le début des restrictions alimentaires coïnciderait avec un événement

particulier : suite à un court séjour dans la maison où ses parents auraient appris le décès de ce grand-père paternel des années auparavant. Par ailleurs, il est important de soulever qu'une de ses jeunes cousines âgée de 12 ans, présente elle aussi une anorexie mentale sévère pour laquelle elle bénéficie de soins en ambulatoire. Cette cousine a elle aussi effectué un séjour au sein du même hôpital de jour, pour un trouble du comportement alimentaire similaire. Elle était âgée de 2 ans lors du décès du grand-père paternel. Sa mère, la tante d'Agathe, a été très affectée par le décès de son propre père. Les deux jeunes cousines ont été confrontées, dans leurs premières années de vie, qui constituent des temps fondamentaux dans le développement du jeune enfant, à la tristesse de leurs parents. Les parents de ces deux jeunes patients ont sans doute été rendus indisponibles suite à la perte brutale de ce grand-père.

Au niveau du comportement et de l'humeur, Agathe est décrite par ses parents comme une enfant ne posant pas de problème, comme une enfant très exigeante vis-à-vis d'elle-même. Nous sommes assez surprise que les parents emploient le terme « problème » ce qui nous laisse à penser qu'Agathe n'a pas à causer, ne peut causer de problèmes au sein de sa famille. C'est relativement paradoxal compte tenu du fait que son trouble du comportement alimentaire mette à mal toute la famille.

C'est une enfant très sage qui ne transgresse pas. Par ailleurs, nous apprenons qu'Agathe a bénéficié d'un suivi psychologique avant son entrée à l'hôpital de jour, nous n'avons pas d'éléments supplémentaires à ce sujet.

Nous allons maintenant présenter une analyse clinique détaillée du comportement d'Agathe durant son inscription sur l'atelier conte. Sa première participation remonte à juillet 2014. Elle rejoint le groupe quelques jours avant la fin de son hospitalisation. Nous l'avons rencontrée pendant cinq mois, d'octobre à février, soit treize fois.

### *1.3.2 Analyse du comportement verbal d'Agathe*

**Comment se positionne-t-elle dans l'échange ? Investit-elle l'espace de parole ? Quelles sont ses intentions de communication ?**

Agathe se présente réservée sur l'atelier conte. Elle parle très peu. Elle paraît ralentie : sa voix est faible, lente. Elle a une petite mine, elle semble fatiguée. Elle est très silencieuse et ses silences

nous interpellent. Le silence est, comme le dit Lacan, un « *fait de langage* » (cité par Guillaume, 2013). Ce silence semble pour Agathe, un mode particulier d'être avec les autres, sur ce temps d'atelier. Ses silences nous paraissent être des silences de résistance : elle ne veut pas spécialement venir nous voir sur cet atelier, elle vient pour se conformer aux attentes des médecins et des soignants qui animent l'atelier mais elle ne semble pas vouloir s'y investir. Elle est tellement discrète qu'on oublie presque sa présence sur le groupe. Pourtant, elle n'est pas réellement absente des échanges, -au fur et à mesure, nous verrons que malgré une écoute flottante, elle se saisit de certains éléments- , elle ne s'y intéresse tout simplement, peut-être, pas. Elle ne s'exprime pas spontanément et ne répond pas aux sollicitations des soignants adressées au groupe. En revanche, lorsqu'on s'adresse directement à elle, il lui arrive de répondre par des « *oui* » ou « *non* » et par une phrase défensive : « *Je ne sais pas* ». Ses réponses sont toujours très courtes et l'échange bref et rapide. En disant « *Je ne sais pas* », elle coupe court à tout échange. Le soignant se retrouve face à une enfant qui se ferme et rompt la communication. Cette attitude semble calculée et Agathe l'adopte souvent pour que nous ne venions pas la solliciter davantage. Ce « *Je ne sais pas* » nous apparaît aussi comme l'impossibilité, pour cette enfant, d'avoir accès à la symbolique du conte raconté. Elle ne sait pas car elle ne peut, peut-être, rien en dire. Elle ne peut rien en dire car elle n'en voit pas l'intérêt, car cela ne lui parle, ne résonne pas en elle pour le moment... Elle n'est peut-être pas en mesure de réfléchir sur une histoire car elle est possiblement préoccupée par autre chose. Elle ne souhaite aussi peut-être pas réfléchir sur l'histoire entendue car elle vient à l'atelier conte à reculons. En effet, Agathe dira aux médecins, durant une consultation, qu'elle n'aime pas venir à l'atelier conte car nous lui demandons de parler et elle n'aime pas parler. De plus, elle dit ne pas aimer les enfants présents sur l'atelier. Agathe ne s'attendait peut-être pas à ce qu'on puisse la solliciter dans le cadre d'échanges. Elle ne souhaite peut-être pas parler car elle ne veut pas livrer quelque chose d'elle à un groupe dont elle n'apprécie pas les participantes.

**De quoi nous parle-t-elle ? Que nous dit-elle sur elle ? Quelles sont les thématiques auxquelles elle se réfère ?**

Progressivement, Agathe va passer de « *Je ne sais pas* » à « *Je n'ai pas compris* ». Il ne s'agit pas là d'une demande formulée explicitement au soignant mais à chaque fois, celui-ci lui apportera les précisions qui pouvaient lui manquer. De cette manière, nous cherchons à lui signifier que nous avons entendu ce qu'elle disait, que sa parole a une valeur et qu'elle est bienvenue et respectée. Quand on l'interroge sur les histoires qu'elle entend, il lui arrive de dire qu'elles sont bien mais elle n'explique pas en quoi ces histoires lui plaisent. Elle ne peut rien restituer de l'histoire entendue

pourtant nous avons l'impression qu'elle a compris l'essentiel du récit. Une fois elle dit que l'histoire entendue est triste (l'histoire en question portait sur le deuil qu'une petite fille devait faire suite à la mort de sa grand-mère, cette histoire avait été choisie par rapport à la problématique familiale d'Agathe). Elle évoque pour la première fois un ressenti sur une histoire entendue. Progressivement, elle apporte des réponses plus construites, toujours plus ou moins courtes mais elle répond en y apportant désormais son avis. Elle peut critiquer rapidement des éléments du récit. A une reprise notamment, elle sera stupéfaite du contenu d'une histoire : « *mais ce n'est pas possible de naître deux fois* ». Cette remarque venue spontanément nous montre qu'elle a encore du mal à accéder à la symbolique. Elle reste dans quelque chose de très concret et envisage le terme de naissance dans son acception littérale. Au vu de sa problématique familiale, il ne semble pas anodin qu'Agathe vienne pointer cet élément de renaissance. Cela peut peut-être entrer en résonance avec son propre vécu inconscient. Lors des dernières séances, elle initie des commentaires spontanés. Lors d'une séance, elle débute un commentaire lorsqu'une autre participante vient lui couper la parole. Son commentaire tombe à l'eau. Elle ne dit rien et laisse l'autre s'exprimer. Nous ne savons pas ce qu'elle ressent à cet instant. Cependant, elle ne revient pas sur ce qu'elle souhaitait dire. Elle avait pourtant l'espace pour reprendre son commentaire, le soignant l'encourageant à poursuivre sa phrase. Elle ne s'en saisit pas et reste silencieuse.

### *1.3.3 Analyse du comportement non verbal d'Agathe*

**Comment se positionne-t-elle au sein du groupe ? Comment occupe-t-elle l'espace ?  
Qu'exprime-t-elle par le corps ?**

C'est une enfant très en retrait et effacée que nous rencontrons sur l'atelier. Son visage est pâle et son regard froid. Elle se place toujours au même endroit sur le tapis lors de l'écoute du conte et se tient dans une position plutôt inconfortable. Elle est à demi assise sur le tapis, ses pieds étant hors de la zone du tapis. Elle conserve une certaine raideur. Le retrait que l'on observe est marqué par ses épaules ramassées et rentrées vers l'intérieur. Sa tête est baissée et son regard fixe au sol puis mobile en l'air. Il est très rare d'établir un contact visuel avec elle. Elle s'échappe beaucoup sur le temps d'écoute du conte : elle explore beaucoup la pièce, son regard s'arrêtant bien souvent sur la pendule accrochée au-dessus de la porte. Peut-être consulte-t-elle l'heure parce qu'elle souhaite terminer le plus rapidement possible la séance...A la suite d'une consultation en Centre Médico-Psychologique fin novembre, Agathe arrive très en retard. Elle se présente en boitant car elle s'est cognée le genou contre un meuble à la maison sur le temps du midi, juste avant une consultation avec le

pédopsychiatre du Centre Médico-Psychologique. Nous faisons l'hypothèse qu'elle a pu se cogner car elle ne voulait pas aller à ce rendez-vous. Peut-être y allait-t-elle à reculons. Ce jour-là, elle ne semble pas attentive et son regard est très fuyant. Elle est très figée et répond de manière défensive quand on s'adresse à elle. Son attitude est peut-être liée avec l'entretien qui a eu lieu plus tôt dans la journée. Elle nous semble, à ce moment, préoccupée. Progressivement, nous percevons un début d'attention sur le temps d'écoute du conte. Elle fixe la conteuse et regarde les différents participants, notamment les autres enfants présentes. Elle reste cependant en retrait dans le groupe et continue à se placer de la même manière sur le tapis pendant plusieurs mois. Puis, Agathe va nous sembler plus présente, sa posture va s'adapter : elle s'assoit en tailleur sur le tapis, toujours du même côté mais plus à son bord. Elle habite davantage l'espace. Son ancrage au sol est plus franc et son corps plus tonique et redressé. Elle ne détourne plus la tête lorsqu'on la regarde. Elle maintient le contact visuel plus longtemps et va même l'établir à plusieurs reprises.

#### *1.3.4 Analyse des relations d'Agathe avec les membres du groupe*

#### **Quelles relations entretient-elle avec les membres du groupe ? Comment se positionne-t-elle face à ses pairs, face aux soignants ?**

A son arrivée dans le groupe, la petite fille semble particulièrement chétive. Elle se retrouve en position de « cadette » du groupe, à la fois du fait de son jeune âge et de sa petite taille. Les deux jeunes filles Noémie et Océane, semblent l'avoir investie comme une jeune enfant, une toute petite. De plus, ses propos ne reflétant pas ses capacités de pensée, Agathe affiche un certain décalage avec les autres participantes. Elle paraît ainsi plus jeune, plus frêle. Elle semble plus attentive aux faits et gestes des autres participants et à l'ambiance plutôt qu'à l'histoire racontée. C'est une petite fille qui nous semble très observatrice. A plusieurs reprises, nous la voyons regarder les autres participantes. Il nous semble qu'elle se compare d'une certaine manière aux jeunes filles plus grandes qu'elle rencontre sur cet atelier. Agathe est une enfant sage, discrète, qu'on viendrait même à oublier. Elle utilise toujours un vocabulaire adapté et se montre polie et respectueuse vis-à-vis des soignants. Agatha a besoin d'être étayée par le soignant à la fois sur le temps des commentaires mais aussi lors du passage à l'écrit.

Agathe n'est ni rivale, ni complice avec les autres jeunes filles. Elle ne semble pas avoir envie de créer du lien avec les participantes. Elle ne cherche pas à sympathiser avec elles. Elle pourra dire aux médecins qu'elle n'aime pas les enfants présents sur le groupe. Elle les observe et nous ne

savons pas ce qu'elle pense d'elles réellement. A une reprise, elle imite une pair, Marine, sur une séance, en ne produisant aucun texte. Elle semble adopter la même attitude que sa pair pour ne pas avoir à répondre à la consigne d'écriture qui la met en difficulté.

A son arrivée dans le groupe, Agathe répond très peu aux soignants. Elle s'oppose d'une certaine manière à l'adulte, rejetant d'une certaine façon les conditions de l'atelier. Elle ne s'adapte pas vraiment au cadre de l'atelier puisqu'elle semble refuser de participer. Il s'agit d'une sorte d'opposition passive. Malgré tout, elle produit des textes et reste dans le groupe jusqu'à la fin des séances. Nous ne sentons pas une franche adhésion au soin qui lui est proposé sur ce temps. Au fur et à mesure, Agathe interpelle le soignant pour qu'il lui reprecise la consigne d'écriture.

### *1.3.5 Analyse des productions écrites d'Agathe*

#### **Comment se saisit-elle de la modalité écrite sur le temps d'écriture ? Comment s'effectue le passage à l'écrit ?**

Concernant le passage à l'écrit, Agathe est souvent mise en difficulté. Elle demande très souvent qu'on lui réexplique la consigne. Elle prend un temps pour réfléchir et regarde souvent les autres participantes. Elle se conforme parfois à ce qu'elle perçoit de leurs écrits et imite certains de leurs comportements : le dessin par exemple, ou bien encadrer son nom et prénom sont des choses qu'elle fait sur imitation. Bien qu'elle interroge le soignant sur la consigne, elle ne prend pas toujours en compte l'étayage qui lui est proposé.

#### **Quelle posture corporelle adopte-t-elle sur le temps d'écriture ? Comment est son écriture ? Comment se situe-t-elle au niveau spatial par rapport à sa feuille ?**

Ses productions écrites sont très courtes, deux-trois lignes au début et son écriture est très ramassée : ses lettres sont de petites tailles et les mots ne comportent que très peu d'espace entre eux. Elle n'utilise que le côté gauche de la feuille, ses phrases se succédant sous la forme d'une liste (une phrase sous une autre et non une phrase à la suite d'une autre sur la même ligne). Nous faisons un lien entre sa manière d'écrire et la posture qu'elle adopte sur le tapis. En effet, ses écrits sont assez enfantins et empreints de tristesse. Agathe relate beaucoup d'éléments factuels dans son récit puis elle va commencer à développer des idées, à attribuer des sentiments aux personnages. Elle met en scène des protagonistes passifs, écrasés par une certaine fatalité.

### **Fait-elle des commentaires sur ses écrits ?**

Agathe ne commente pas ses productions écrites, même sur sollicitation du soignant.

#### *1.3.6 Quelques observations issues d'autres ateliers fréquentés par Agathe*

Par ailleurs, il est intéressant de croiser l'évolution d'Agathe au sein de l'atelier conte avec les observations issues de l'atelier kiné qu'elle a commencé à fréquenter en décembre 2014.

### **Comment se présente-t-elle sur d'autres groupes, ateliers ? Quelle position occupe-t-elle au sein de ces groupes ? Quelles relations entretient-elle avec ses pairs et les autres soignants qui la reçoivent ?**

Elle se présente au départ très tendue et peu sûre d'elle au niveau gestuel. Elle s'échappe et scrute la pendule plusieurs fois pendant la séance. Progressivement, on la sent plus présente. Elle regarde la kinésithérapeute et commence à formuler des demandes. Elle est curieuse et peut interroger l'autre. Elle réussit à mettre des mots sur certains éprouvés corporels et apprécie notamment les temps de massage. Elle semble en lien avec ses pairs.

#### *1.3.7 Synthèse*

Après une période d'évitement et de retrait, Agathe se présente plus vivante et animée. Les traits de son visage semblent moins figés. Elle ose davantage prendre sa place au sein du groupe et de ses pairs. Elle dirige désormais son regard vers la conteuse et le support. Elle balaye moins la pièce des yeux et elle regarde moins fréquemment l'heure à sa montre. Elle répond plus souvent aux sollicitations des soignants et pose même des questions.

Sa posture corporelle s'est modifiée. Après avoir adopté une position très figée et peu confortable, Agathe s'installe différemment sur le tapis : en tailleur ou les jambes allongées devant elle. Elle semble avoir investi ce groupe. Elle est attentive à l'écoute du conte. Elle se permet de temps en temps de petites interventions mais elle se laisse parfois couper la parole par une autre participante. Elle ne s'y oppose pas. Elle commente désormais le texte entendu avec une réelle implication. Il lui arrive d'ailleurs, parfois, de manifester son incompréhension ou son étonnement

face à certains points évoqués (question de la naissance-renaissance).

Progressivement, son rapport à la feuille change et elle se saisit de tout l'espace de la feuille. Elle espace davantage les mots les uns des autres. Peut-être s'est-elle autorisée à le faire ? Peut-être a-t-elle davantage de choses à dire et se sent plus à l'aise maintenant pour les formuler sur papier ? Concernant le temps d'écriture, nous observons un réel changement. Son écriture a évolué : désormais les lettres qu'elle forme sont plus grandes et arrondies, les mots sont correctement espacés, les phrases se suivent sur la même ligne. Son utilisation de l'espace de la feuille a également changé : elle produit des textes plus longs, plus riches qui s'étalent maintenant sur deux pages. Il lui arrive d'agrémenter son écrit de dessins. Ses illustrations sont en lien avec son récit. Elle est capable d'exprimer ses difficultés mais ne formule pas toujours directement une demande d'aide. Agathe semble être dans le plaisir d'écrire. Il lui arrive parfois de ne pas répondre à la consigne : elle propose un texte respectant alors la forme mais non le fond. Elle accepte de lire son texte à la demande des soignants.

Nous avons observé chez cette enfant une réelle modification de son comportement à la fois postural et verbal.

Dans l'atelier conte, on propose des contes aux jeunes participantes pour qu'elles réfléchissent aux situations vécues par le ou les personnages principaux. On attend d'elles, de façon détournée, qu'elles réfléchissent aussi à leur vécu personnel, qu'elles puissent trouver en elles les ressources nécessaires pour affronter, dans la vie réelle, une situation difficile. On tente de les relier avec leur histoire. Pour cette enfant, nous ne pouvons dire si les histoires racontées lui ont apporté des clés mais nous avons vu qu'elle était capable de s'en saisir, certains éléments pouvant l'interpeller. Par ailleurs, elle n'aimait pas ce groupe car il fallait parler. Cela représentait une difficulté pour elle qui se présentait silencieuse très souvent au départ.

Enfin, nous avons appris, lors de notre entretien avec la kinésithérapeute, qu'Agathe était engagée et enthousiaste sur l'atelier de kinésithérapie. D'un groupe à un autre, nous voyons qu'Agathe se présente différemment et qu'elle n'investit pas le groupe de la même manière.

Concernant nos propres impressions, Agathe nous a fait l'effet d'une enfant éteinte, sans vie. Pourtant les parents disent aux médecins que la petite fille est très vivante à la maison, qui parle beaucoup. Nous, nous la sentons triste, mélancolique et nous nous demandons ce qui la rend

joyeuse et la fait rire, nous avons l'impression qu'elle est étrangère à tous ces ressentis, qu'il s'agirait presque de quelque chose qui lui est inaccessible voire interdit. Inaccessible car ses ressentis ne sont peut-être pas en lien avec des sensations corporelles, interdit car elle s'en empêche peut-être car cela lui semble dangereux... Peut-être que le vécu familial dans lequel elle évolue ne lui permet pas non plus de relier corps et psyché et d'évoquer ses sensations. Pour conclure, nous avons observé chez cette enfant un changement d'attitude au fil des séances. Après un temps de refus de l'atelier où Agathe participe de façon minimale, où elle produit des textes très courts car elle semble en incapacité de dérouler ses idées, de les faire vivre, nous sentons Agathe plus présente sur l'atelier. Elle semble s'être détachée d'une certaine opposition passive pour passer à l'acceptation de sa participation à l'atelier conte. Au fur et à mesure, elle prend sa place au sein du groupe et semble plus vivante. Ses participations augmentent et viennent enrichir l'échange. Nous avons donc observé de manière relativement manifeste l'inscription de cette enfant sur l'atelier conte.

Nous allons maintenant présenter une analyse clinique détaillée du comportement d'une autre jeune fille. Marine est suivie trois semaines à l'hôpital de jour, jusqu'à ce qu'elle arrête brusquement les soins. Elle participe trois fois à l'atelier conte. Nous la rencontrons à deux reprises.

#### 1.4 Marine, 13 ans, en 4<sup>ème</sup>

##### *1.4.1 Anamnèse et suivi proposé*

Marine est une jeune fille de 13 ans présentant un trouble du comportement alimentaire de type restrictif. Elle est scolarisée en classe de 4<sup>ème</sup>. Elle vit avec ses deux parents et sa sœur d'un an son aînée.

Marine débute l'atelier conte à la fin du mois de novembre 2014. C'est une jeune fille qui disait avoir « *peur d'être grosse* ». Elle a arrêté de grandir depuis deux ans, la perte de poids ayant eu pour effet de bloquer sa croissance. Les parents consultent car ils voient que leur fille ne mange pas. Les médecins sont inquiets car la jeune fille a interrompu sa puberté et sa croissance. Les soins s'arrêtent au bout de trois semaines : Marine, absente à la dernière séance de l'année à cause d'une gastro-entérite, ne revient pas à l'hôpital de jour en début d'année. Les parents ne préviennent pas la structure et son suivi cesse brusquement. L'équipe médicale rappelle la famille car l'arrêt s'est fait contre avis médical.

Concernant la problématique familiale, très peu d'éléments sont recueillis, les parents et la jeune fille n'ayant été reçus qu'à la seule consultation d'entrée. Toutefois, lors de cette consultation, les parents déclarent que toute la famille vit au sein d'un même village. Depuis plusieurs générations, cette famille représente à elle seule la population du village. Le père présente un profil alcool-tabagique et la mère souffrirait de dépression.

Par ailleurs, Marine ne semble pas avoir compris pourquoi elle vient à l'hôpital de jour. Elle dit ne pas être malade. De fait, elle ne voit pas l'intérêt des soins proposés.

#### *1.4.2 Analyse du comportement verbal de Marine*

##### **Comment se positionne-t-elle dans l'échange ? Investit-elle l'espace de parole ? Quelles sont ses intentions de communication ?**

Lors de sa première participation à l'atelier conte, Marine semble réservée. Les soignants et les participantes se présentent et lui souhaitent la bienvenue. L'orthophoniste demande alors aux jeunes filles fréquentant l'atelier d'expliquer à Marine le déroulement des séances. L'orthophoniste et l'ergothérapeute complètent les informations transmises par les enfants. Marine nous semble alors saisir le fonctionnement de l'atelier.

##### **De quoi nous parle-t-elle ? Que nous dit-elle sur elle ? Quelles sont les thématiques auxquelles elle se réfère ?**

Sur le temps d'échange qui fait suite à l'écoute du conte, Marine, sollicitée par l'orthophoniste, dit : « *C'est bien d'entendre des histoires comme ça* ». L'orthophoniste reprend en lui demandant : « *Tu trouves que c'est intéressant d'écouter des contes ?* ». La jeune fille répond : « *Oui, on n'a pas l'habitude d'entendre ces histoires, c'était plus quand on était petit* ». Marine fait alors référence aux personnages fictifs tels que les ogres et les sorcières, qui n'existent pas. Les contes semblent être, pour cette jeune fille, le reflet d'une autre époque, c'est pourquoi elle les oppose avec des histoires qu'elle trouve plus actuelles. De plus, elle dit apprécier le côté imaginaire en opposition avec des situations réelles : « *ce n'est pas comme dans la vie* ».

Ainsi, Marine exprime son ressenti vis-à-vis des contes sur sollicitation des soignants. Elle est capable de redonner les grandes étapes de l'histoire entendue lorsqu'on l'interroge. Elle semble donc

avoir été attentive à l'écoute du conte.

Lors de sa deuxième participation, Marine semble également attentive pendant la situation de contage. La jeune fille participe peu à l'échange. Elle ne répond pas aux sollicitations formulées au groupe. Toutefois, elle répond brièvement aux sollicitations des soignants qui lui sont directement adressées. Nous la trouvons davantage réservée. Le fait qu'elle participe moins cette deuxième fois est peut-être lié au fait que l'orthophoniste était absente. Lors de sa première participation, Marine avait répondu aux sollicitations de l'orthophoniste.

#### *1.4.3 Analyse du comportement non verbal de Marine*

**Comment se positionne-t-elle au sein du groupe ? Comment occupe-t-elle l'espace ?  
Qu'exprime-t-elle par le corps ?**

Sur le temps d'écoute du conte, lors de sa première participation, Marine semble attentive. Elle est assise sur la fesse droite, sa main droite supportant le poids du haut de son corps. Le côté droit de son corps est engagé en direction de la conteuse. Elle ne bouge pas. Elle ne manifeste pas de signes d'anxiété ni de désintérêt à ce moment. Elle est calme.

Puis lors de la deuxième séance, nous la sentons moins disponible. Elle s'échappe et regarde ailleurs. Elle conserve une position relativement figée pendant toute l'écoute. Elle ne sourit pas même lorsque la situation s'y prête. Sa tête bouge uniquement, le reste de son corps demeure immobile. Son regard est assez froid, son visage inexpressif. Elle nous semble éteinte, triste.

#### *1.4.4 Analyse des relations de Marine avec les membres du groupe*

**Quelles relations entretient-elle avec les membres du groupe ? Comment se positionne-t-elle face à ses pairs, face aux soignants ?**

Nous avons très peu d'éléments à ce sujet, Marine ayant participé peu de fois à l'atelier. Nous avons malgré tout remarqué que la jeune fille se présente, devant l'adulte, froide et silencieuse. Elle peut répondre à certaines questions des soignants mais ne prend jamais la parole spontanément. Elle n'interpelle pas les soignants sur les différents temps de l'atelier. Elle ne pose pas de question. Marine semble écouter et regarder le soignant uniquement sur les temps de contage et d'échange.

Elle semble ensuite ignorer l'adulte jusqu'à la fin de la séance, à savoir du temps d'écriture au temps de clôture de l'atelier. Elle regarde alors ses mains ou sa montre.

Concernant la relation à ses pairs, Marine ne semble pas rechercher à créer du lien avec les autres participantes. Elle ne les regarde pas et ne leur adresse pas un mot. Elle semble vouloir les ignorer. A une reprise cependant, durant sa première participation, Marine regarde chacune des participantes à tour de rôle, d'une manière discrète, sur le temps d'écriture. Elle semble vouloir découvrir, à cet instant, comment chaque participante répond à la consigne d'écriture. Nous pensons qu'elle tente ainsi de s'ajuster au fonctionnement des autres jeunes filles pour produire un texte répondant à la consigne de l'adulte.

#### *1.4.5 Analyse des productions écrites de Marine*

##### **Comment se saisit-elle de la modalité écrite sur le temps d'écriture ? Comment s'effectue le passage à l'écrit ?**

Lors de la première séance, Marine se lance relativement rapidement dans la consigne d'écriture après avoir regardé chaque participante. Elle produit un texte de façon autonome et se fait très discrète. Elle produit un texte plutôt long.

A la deuxième séance, Marine ne produit aucun texte, elle reste scruter sa feuille et ne dit rien. Elle ne semble pas en difficulté. Nous la sentons décidée à ne rien faire. Nous pensons qu'elle cherche alors à manifester son opposition aux soins. Nous lui proposons un étayage qu'elle n'utilise pas. Elle répond poliment par un « *oui* » mais ne se saisit pas de nos suggestions. Elle regarde sa montre et joue avec son stylo. Elle semble attendre la fin de la séance. Nous sentons à ce moment qu'elle ne souhaite pas écrire. Lorsque les soignantes l'interrogent sur le fait qu'elle n'ait pas produit de texte, la jeune fille ne répond rien. Elle se ferme et attend que la séance se termine pour pouvoir partir.

##### **Quelle posture corporelle adopte-t-elle sur le temps d'écriture ? Comment est son écriture ? Comment se situe-t-elle au niveau spatial par rapport à sa feuille ?**

Marine adopte une posture très rigide sur le temps d'écriture. Elle est très droite. Un de ses bras repose sur sa jambe pendant l'écriture. Son écriture est souple. Les lettres sont de taille

régulière. Elles sont facilement identifiables. Le trait est précis et fin. Marine utilise l'espace de sa feuille à bon escient : les mots sont espacés selon l'usage, elle va à la ligne et réalise des alinéas pour chaque idée qu'elle développe.

### **Fait-elle des commentaires sur ses écrits ?**

Marine ne fait aucun commentaire sur ses écrits, même lorsque les soignants la sollicitent pour qu'elle s'exprime à ce sujet.

#### *1.4.6 Quelques observations recueillies sur d'autres ateliers fréquentés par Marine*

### **Comment se présente-t-elle sur d'autres groupes, ateliers ? Quelle position occupe-t-elle au sein de ces groupes ? Quelles relations entretient-elle avec ses pairs et les autres soignants qui la reçoivent ?**

Nous n'avons pas eu la possibilité d'échanger avec les soignants qui ont rencontré Marine sur d'autres ateliers. Nous avons consulté le classeur de transmissions de cette jeune fille et avons pu y lire que sur le groupe de psychodrame, Marine s'effondre lors de sa dernière participation, en disant qu'elle ne veut pas venir et qu'elle veut retourner à l'école. Il s'agit d'une démonstration de son mal-être que nous n'avons pas perçu en atelier conte.

#### *1.4.7 Synthèse*

Après une première séance d'atelier conte qui semble lui plaire, Marine change d'attitude. Relativement peu expressive la première fois, elle se ferme à la séance suivante. Elle semble s'opposer et rejeter l'hôpital de jour et par là-même l'ensemble des soins qui lui sont proposés. Concernant l'atelier conte, Marine dit un jour aux médecins : « *Ça ne sert à rien d'écouter des contes, ça ne fait pas grossir !* ». La jeune fille ne semble pas comprendre en quoi les contes peuvent l'aider à aller mieux. Nous nous interrogeons sur la façon dont s'est produit l'arrêt de la prise en charge. Marine est absente à une reprise pour raison médicale et ne revient plus. Habituellement, l'arrêt des soins est préalablement discuté en réunion avec l'équipe soignante. Une fois l'arrêt validé par les médecins, il est demandé à l'enfant de participer une dernière fois aux ateliers pour dire au revoir aux participants et aux soignants. Dans le cas présent, Marine n'a plus participé aux soins depuis mi-décembre dernier. Un de ses parents aurait appelé pour signaler

qu'elle ne viendrait plus. La famille rompt avec la structure du jour au lendemain, sans explication malgré les relances de l'hôpital de jour. On voit que le protocole de fin de soins n'est pas respecté par les parents. Les parents semblent avoir voulu échapper au dialogue, à l'échange avec les soignants. La raison de l'arrêt des soins reste inconnue des soignants. L'équipe médicale se retrouve face au silence de cette famille. Des parents ou de Marine, nous ne savons pas qui a souhaité interrompre les soins. Ce silence produit de l'inquiétude chez les médecins car l'état de santé de Marine est préoccupant. On apprendra trois mois plus tard qu'elle s'est présentée aux urgences avec ses parents, pour un nouvel épisode d'aphagie. Marine est de nouveau hospitalisée en pédiatrie. Elle sort du service deux jours après y être entrée, contre avis médical.

Il y a **une répétition dans les actes** : Marine arrive parce qu'elle est en situation de détresse et repart rapidement sans laisser le temps aux soignants de la prendre en charge. De nouveau, les parents la retirent sans explication. **Que vient dire cette répétition ? Quelles conséquences l'arrêt des soins a-t-il pour la jeune fille ?** Nous pouvons formuler les questions suivantes :

- **Marine en disant qu'elle n'est pas malade, n'est-elle pas dans le déni de sa maladie ?** La jeune fille peut exprimer son refus des soins mais dans la réalité, il nous semble nécessaire pour la jeune fille que les parents garantissent la mise en place et le maintien de l'alliance thérapeutique.
- **Pourquoi ces parents interrompent-ils les soins ?**  
Il peut y avoir plusieurs raisons à cet arrêt brusque des soins. Nous ne sommes pas en mesure d'avoir la réponse à cette question.
- Lors de la consultation d'entrée, **les parents ont-ils eu peur d'être mis en défaut ? Se sont-ils sentis en « danger » lors de cet entretien familial ?** Les questions qui leur ont été posées portaient sur leur fonctionnement personnel et sur celui de leur famille. Dans ce cas, le fait de retirer leur enfant des soins peut être une manière, pour eux, de se protéger.
- **Les parents ont-ils compris l'intérêt des soins ? Ont-ils donné du sens à ces soins ?** Les parents sont peut-être eux-mêmes dans le déni de la maladie de leur fille.

- Tout arrêt de prise en charge vient questionner le soignant sur manière d'accueillir et d'écouter le patient, de l'investir dans les soins, de le mettre en confiance.

Pour conclure, Marine et/ou ses parents ne donnent pas le temps aux soignants de la prendre en charge et de l'aider à guérir. Un départ après 3 semaines n'est pas sans incidence pour la jeune fille. En effet, Marine prend le risque de se rigidifier dans ses comportements, de diminuer l'estime d'elle-même, de ne pas adhérer aux prochains soins (Vinogradov & Yalom, 1989, cités par Marcelli & Braconnier, 2009). En abandonnant les soins, Marine impacte son pronostic vital.

Par ailleurs, son départ a aussi des conséquences sur le groupe. Cela déstabilise les autres participantes qui se demandent pourquoi elle n'est plus là. Marine reste présente dans l'inconscient de l'ensemble des membres du groupe. Son départ peut amener les autres jeunes filles à s'interroger sur leur propre prise en charge. La sortie rapide d'un enfant sur un groupe perturbe la cohésion de groupe, déconcerte les différentes membres, inhibant ainsi leur participation. Le processus de maturation du groupe est alors interrompu (Vinogradov & Yalom, 1989, cités par Marcelli & Braconnier, 2009). Lors de la séance qui a suivi le départ de Marine, nous avons vu les jeunes participantes se questionner quant à son absence. L'orthophoniste a expliqué que Marine ne viendrait plus. Océane et Noémie ont écarquillé grand les yeux et se sont exclamés : « *Pourquoi elle ne vient plus ?* ». Nous les avons ensuite entendu parler de leurs prises en charge respectives. Ainsi, Océane a dit à sa voisine : « *moi je viens encore trois demi-journées..* ». Les jeunes filles nous ont semblé moins présentes sur l'atelier ce jour-là.

Nous allons maintenant passer à la dernière participante faisant partie de notre étude.

## 1.5 Lola, 10 ans, en CM2

### 1.5.1. Anamnèse et suivi proposé

Lola est une petite fille de 10 ans scolarisée en classe de CM2. Elle vit avec ses deux parents et sa petite sœur de 4 ans. Il s'agit d'une enfant qui pratique de nombreuses activités extra-scolaires comme la chorale, la musique et le dessin. Par ailleurs, elle est diagnostiquée précoce et souffre d'hyperactivité.

Concernant l'histoire de la maladie, les parents relatent des antécédents de troubles de l'oralité avec vomissements volontaires de l'âge de 6 mois à 1 an. La fillette pratique le tri alimentaire par couleur depuis l'enfance. A l'automne 2013, les parents observent des angoisses et une certaine tristesse chez Lola. C'est durant l'été 2014 que se manifestent les troubles du comportement alimentaire. Lola perd 2 kilos très rapidement. Elle est hospitalisée en pédiatrie de fin décembre 2014 à mi-février 2015 pour une majoration de la perte de poids associée à des angoisses. Elle pèse alors 30 kilos et 550 grammes pour 137 cm. Un traitement anti-dépresseur est mis en place pour remédier à ses angoisses. A sa sortie d'hospitalisation, Lola est très fatiguée et dit, en consultation médicale, avoir du mal à reprendre le rythme de la maison. Pour elle, cette sortie est difficile. Elle l'explique notamment en disant qu'elle ne sait plus où se trouve la nourriture chez elle. Nous pensons alors que Lola a développé une hyper-vigilance à l'égard de la nourriture. Il semble y avoir, chez cette enfant, une certaine intolérance au changement et une rigidité à ce que les choses restent au même endroit. Le fait de ne plus savoir où se trouve la nourriture doit l'angoisser. Elle se dit triste le soir avant de prendre son repas. Elle décrit ses crises d'angoisse et évoque des « *nœuds dans la gorge et une envie de vomir* ». Elle lit, regarde la télévision ou pleure pour s'apaiser lors de la survenue des crises. De plus, elle dit penser « *à des choses* » comme par exemple, le fait que les autres ne l'aiment pas. Lola semble fragile psychologiquement et envahie par des pensées négatives. Peut-être se sent-elle également persécutée ? Elle a conscience de ses troubles et dit ne plus vouloir être malade. Elle est capable de livrer ses ressentis. Lola dénonce aussi une certaine rivalité avec sa petite sœur qui fait des crises à la maison, qui prend beaucoup de place. Elle l'énonce aux médecins avec une certaine culpabilité.

La poursuite des soins à l'hôpital de jour vise à traiter une anorexie secondaire à un syndrome dépressif. Lola est accueillie sur cette unité deux jours par semaine. Un temps d'école lui est proposé et elle participe à différents ateliers : l'atelier d'ergothérapie, l'atelier jeux de société, le groupe de parole réservé aux patients souffrant de troubles du comportement alimentaire, l'atelier conte, l'atelier de kinésithérapie ainsi que le goûter thérapeutique. Les objectifs visés sont la reprise de poids pour grandir et la reprise progressive de l'école. Depuis décembre 2014, Lola a repris du poids mais les angoisses sont toujours présentes au moment des repas. Par ailleurs, elle paraît contente de venir à l'hôpital de jour. Les médecins et l'ensemble de l'équipe soignante la trouvent souriante et relativement détendue. La pédopsychiatre du service pense que l'anorexie de cette enfant est grave et qu'elle va nécessiter cinq ans de soin à minima. Actuellement, Lola a repris tout son poids.

Nous allons maintenant présenter une analyse clinique détaillée du comportement de Lola. Elle débute l'atelier conte en février 2015. Les observations ayant servi à rédiger ce cas ont été recueillies sur une période de deux mois. Durant ces deux mois, nous avons rencontré Lola sept fois.

### *1.5.2 Analyse du comportement verbal de Lola*

#### **Comment se positionne-t-elle dans l'échange ? Investit-elle l'espace de parole ? Quelles sont ses intentions de communication ?**

Lors de sa première participation, Lola prend rapidement part au temps de présentation de l'atelier. Elle salue les membres du groupe et accepte de se présenter. Elle nous donne son âge et dit aimer les chevaux. Elle respecte les tours de parole et est capable d'exprimer qu'elle a compris le fonctionnement du groupe qui vient de lui être présenté. Elle participe aux commentaires à la suite de la lecture du conte et apporte des éléments de compréhension. Lola est très attentive aux propos des autres participantes, elle les reprend et les complète. Elle est bienveillante et rassure même parfois ses pairs. Lola les encourage parfois à développer leurs idées, elle semble chercher à les inciter à poursuivre leurs propos. Elle semble vouloir s'investir dans ce temps d'échange. Elle ne cherche pas à imposer ses idées au groupe. Elle répond spontanément.

#### **De quoi nous parle-t-elle ? Que nous dit-elle sur elle ? Quelles sont les thématiques auxquelles elle se réfère ?**

Lola fait du lien entre le conte du Petit Poucet et celui de Jeannot et Margot qui vient de lui être lu : elle dit que Jeannot et Margot sont tous les deux, qu'ils se soutiennent alors que le Petit Poucet, lui, même s'il avait des frères, il était tout seul. C'est lui qui les a sauvé tout seul. On sent une capacité à raisonner importante chez cette enfant. Elle fait des liens cohérents assez rapidement et les partage aux autres. Lors d'une autre séance, Lola fait des commentaires sur sollicitations au groupe. Elle livre son approche du pardon, en lien avec l'histoire racontée. Pour elle, « *on pardonne une fois, deux fois, trois fois mais peut-être que la quatrième fois on ne pardonnera pas* ». Elle déclare que « *Tout le monde a droit à une deuxième chance* ». Lola est capable de livrer des ressentis et des pensées en lien avec l'histoire entendue. Lola est issue d'une famille catholique pratiquante, nous ressentons cette influence dans son discours. Sur un autre récit entendu dans lequel il était question de vivre sur une île dont le vent est absent et où règne l'inertie, elle déclare

qu'elle se plairait « *un peu* » à vivre dans un lieu similaire. Elle l'explique en disant : « *C'est tranquille quand on veut être tout seul, quand on est triste, mais j'aimerais pas tout le temps* ».

Dernièrement, Lola est relativement attentive et restitue un bon nombre d'éléments de l'histoire. Elle fait un parallèle entre un corbeau, dans l'histoire entendue, qui vient en aide à un alchimiste et les soignants présents sur l'hôpital de jour qui aident les patients : « *C'est un peu comme ici cette histoire. On n'est pas bien et vous nous aidez aussi* ». Elle déclare : « *Vous aussi vous êtes comme le corbeau* ». Quand l'orthophoniste lui demande ce qu'elle veut dire, Lola répond : « *Vous voyez en nous, vous nous comprenez* ». Lola semble penser que les soignants sont des « *devins* ». L'orthophoniste lui dit que les soignants n'ont pas tout à fait cette faculté. Lola semble avoir compris la portée de cette histoire.

### *1.5.3 Analyse du comportement non verbal de Lola*

#### **Comment se positionne-t-elle au sein du groupe ? Comment occupe-t-elle l'espace ? Qu'exprime-t-elle par le corps ?**

Lors de sa première participation, Lola semble à l'aise et plutôt contente d'intégrer le groupe. Elle se présente souriante et observe beaucoup les soignants et les participantes. Elle découvre la salle et le fonctionnement du groupe. Elle balaye du regard la pièce et les différents éléments perceptibles qui y sont présents. Elle s'installe en tailleur, dos au mur, sur le côté droit. Elle ne prend pas de coussin. De l'endroit où elle est assise, elle peut avoir une vision globale de la pièce et de chacun des participants. Elle est calme et silencieuse lors de l'écoute du conte. Elle semble présente et assez vivante. Des mimiques se dessinent sur son visage : elle esquisse un sourire, elle pince ses lèvres, écarquille les yeux selon les événements relatés dans le conte. Elle semble donc bien se saisir des éléments racontés, d'une certaine façon, elle exprime sa compréhension par son corps. Elle adopte une attitude qui fait comprendre au soignant qu'elle suit l'histoire, par exemple lorsqu'elle sourit à l'annonce d'un épisode loufoque de l'histoire. Elle ne manifeste pas de gêne ou d'anxiété particulière. Sur le temps d'échange suivant la lecture du conte, elle semble attentive aux propos des autres participantes ainsi qu'à ceux des soignants. Sur le temps d'écriture, elle regarde beaucoup comment procèdent les jeunes participantes. Elle essaye de lire les productions que rédigent ces jeunes filles. Elle fixe l'horloge et semble chercher l'inspiration. Elle réfléchit à ce qu'elle pourrait produire. A l'issue de cette première séance, nous trouvons Lola relativement bien adaptée à la situation de groupe et aux règles de fonctionnement de l'atelier.

Par la suite, Lola se présente le plus souvent à l'aise. Elle semble présente et détendue. Elle s'installe maintenant sur le bord gauche du tapis, dos au mur à côté de ses pairs et face aux soignants. Elle s'assoit en tailleur et s'empare d'un coussin qu'elle met systématiquement sur ses pieds de manière à cacher ses chaussettes, décolorées par la semelle de couleur foncée de ses chaussures. Visiblement, elle ne souhaite pas que l'on voit l'état de ses chaussettes. Elle a mis en place cet automatisme pour que ce détail ne nous interpelle pas mais aussi, peut-être, pour qu'elle-même en vienne à l'oublier. Nous percevons un jour une certaine agitation psychomotrice chez cette enfant : elle passe un certain temps à essayer de trouver la position qui lui convient, elle allonge ses jambes devant elle puis pose les pieds sur le coussin. Elle retire le coussin, le pose sur ses genoux puis finalement elle s'installe en tailleur. Tous ses mouvements sont assez bruyants, le tapis bruissant à chaque fois qu'elle change de position. Une fois installée, elle s'aperçoit qu'un fil dépasse de son pull, au niveau du coude, et passe tout le temps de l'écoute du conte à vouloir le remettre en place. Elle lève le coude puis après avoir fait passer le fil dans la maille, elle tire dessus avec ses dents. Elle reproduit ces schèmes d'action plusieurs fois d'affilée. Elle semble assez contrariée de ne pas arriver à camoufler ce fil qui dépasse. Cela la préoccupe fortement et elle dépense beaucoup d'énergie à vouloir y remédier. Elle abandonne finalement en ayant plus ou moins réussi à remettre le fil en place. A la suite de l'écoute du conte, lors du temps de transition, Lola prend beaucoup de temps à se rechausser. Elle défait ses longs lacets et les enfile de façon très méticuleuse un par un. Elle veille à ce qu'ils se croisent bien, à ce qu'ils ne tournent pas. Elle les lisse et les aplatit. Les soignants lui font remarquer que nous sommes toutes installées pour le temps d'écriture et que nous l'attendons. Elle n'a alors enfilé qu'une chaussure. A la demande du soignant, elle nous rejoint avec cette deuxième chaussure tout juste enfilée, dont les lacets n'ont pas été encore serrés. Elle s'installe et cherche à terminer son laçage mais les soignants lui disent de reprendre son laçage en fin de séance. Elle nous paraît alors très contrariée. Elle fronce les sourcils et jette un coup d'œil à cette chaussure délassée. Cela lui semble inconfortable. Durant la suite de la séance, elle met encore plus de temps que d'habitude à se lancer dans l'écriture, nous avons la sensation que c'est parce qu'elle est préoccupée par ses lacets. Elle ne nous semble pas disponible pour la consigne d'écriture. Cet épisode nous paraît révélateur du fonctionnement psychique de cette jeune fille qui se présente toujours d'une manière très carrée et ritualisée.

#### 1.5.4 Analyse des relations de Lola avec les membres du groupe

##### **Quelles relations entretient-elle avec les membres du groupe ? Comment se positionne-t-elle face à ses pairs, face aux soignants ?**

Lola semble à l'aise et avec les jeunes participantes de l'atelier et avec les soignants. Elle ne semble pas en rivalité avec l'une de ses pairs. Elle ne rejette pas l'autre, ne l'agresse pas non plus ou n'a pas une attitude déplacée. Elle semble curieuse et cherche à savoir ce que fait ou pense l'autre. C'est une petite fille qui réfléchit beaucoup sur ce qui se passe autour d'elle et sur les autres. Elle est capable de nous dire, d'une manière déconcertante, le programme de soin d'un enfant suivi à l'hôpital de jour ; programme qu'elle n'est pas supposée connaître. Elle arrive à intégrer des informations qui ne la concernent pas.

Elle paraît bienveillante à l'égard de Noémie lorsque celle-ci s'est blessée à la cheville : « *Oh ben qu'est-ce qui t'es arrivée ? Cela doit faire mal* », en lui faisant une tape douce sur l'épaule pour la reconforter. Elle semble avoir une relation différente avec Océane. En effet, Lola semble s'intéresser particulièrement à Océane. Elle a dû percevoir qu'Océane possède un caractère assez fort, qu'elle prend beaucoup de place au sein de cet atelier. La petite fille lui laisse la parole, par exemple, lorsque celle-ci la coupe. Elle ne cherche pas à négocier avec elle, ni à parler avant elle. C'est comme si elle lui octroyait une certaine autorité. Lola semble intriguée par Océane, elle souhaite d'une certaine façon attirer son attention. Elle la sollicite à l'extérieur du groupe, allant jusqu'à lui faire la bise à son départ : « *Salut Océane !* ». Ce qui ne semble pas intéresser Océane qui n'y prête pas grande attention.

Lola peut solliciter les soignants de manière adaptée. Cependant, elle dépasse très souvent le cadre horaire. Elle est toujours la dernière à s'installer, à remettre ses chaussures, à terminer son écrit, à quitter la pièce... Les soignants lui ont plusieurs fois demandé de rejoindre le groupe pour ne pas être en retard. Lola commence à s'ajuster. Elle semble avoir pris ces remarques en considération.

**Comment se saisit-elle de la modalité écrite sur le temps d'écriture ? Comment s'effectue le passage à l'écrit ?**

Concernant le temps de passage à l'écrit, Lola met un certain temps avant de se lancer dans l'écriture. Bien souvent, elle commence à écrire lorsque les autres participantes sont déjà bien avancées. En effet, elle semble avoir besoin de temps pour élaborer chacun de ses écrits. Elle a pu s'exprimer à ce sujet et dire : « *C'est plus facile à l'oral qu'à l'écrit* ». Nous trouvons cette remarque de Lola très intéressante. La petite fille ne semble pas éprouver de difficulté particulière pour raisonner et faire du lien. Cependant, elle est rapidement bloquée sur ce temps d'écriture. Elle dit même parfois « *manquer d'inspiration* ». Nous ne sommes pas réellement sûre que ce soit le manque d'inspiration qui lui fasse défaut comme elle le prétend mais plutôt qu'il est difficile pour elle de passer à l'écrit. En effet, écrire, c'est laisser une trace, une marque de soi à un moment donné. Par l'écrit, nos pensées et nos mots se retrouvent figés et fixés sur la feuille. Nous ne pouvons plus, d'une certaine manière, les contrôler. Ils peuvent être lus, compris par d'autres, voire incompris aussi et ce, sans que nous ayons vraiment de prise sur l'interprétation qu'en fait l'autre. D'une certaine manière, à travers l'écrit, elle prend le risque que ses propos soient lus et interprétés différemment par d'autres. Il est peut-être plus facile pour elle d'assumer ses propos à l'oral plutôt qu'à l'écrit. A une reprise, suite à l'écoute du conte du Petit Chaperon Rouge, Lola doit raconter ce conte du point de vue de la mère du Petit Chaperon. Elle dresse alors, à l'oral, un portrait peu flatteur de cette mère : « *Elle est moche, vilaine* ». Elle dénonce cette femme qui laisse son enfant livrée à elle-même. Puis, lors du passage à l'écrit, elle change de position et évoque une femme « *gentille et douce* ». Nous avons trouvé cet exercice d'écriture intéressant car à cette période, Lola elle-même en vient à dénoncer la dépression de sa mère, les manies de celle-ci qui l'insupportent. Elle commence à dénoncer ce qui lui semble dysfonctionner chez sa propre mère.

Par ailleurs, Lola n'éprouve pas de difficulté à partager son texte. Elle lit toujours ses productions au groupe. Elle utilise le temps de latence qu'il lui faut avant de démarrer sa production pour regarder furtivement ce que ses pairs écrivent. Il lui arrive de s'en inspirer pour démarrer son texte. Elle reprend notamment certaines amorces des textes de ses pairs sans les modifier. Cherche-t-elle à se conformer aux autres ? A-t-elle envie de bien faire, de faire comme les autres ? A-t-elle besoin de voir ce que produisent les autres pour s'autoriser à écrire, elle, quelque chose ? Cela la rassure-t-elle quant à la qualité de ses propres productions ? Jusqu'à présent, Lola n'a jamais terminé

un texte dans son ensemble. Comme elle prend du temps avant de rédiger, bien souvent elle n'a pas le temps pour terminer. Elle s'arrête ainsi après avoir développé seulement le contexte de son texte, ce qui fait que les éléments dressés restent en suspens. Nous n'avons pas connaissance du dénouement, Lola elle-même n'en ayant soit peut-être pas connaissance, soit elle a très vite saisi où le soignant voulait en venir mais elle ne peut développer cela. Cela ne lui est pas possible. C'est peut-être trop effrayant. Peut-être prend-t-elle volontairement plus de temps que les autres au début pour faire en sorte de ne pas terminer ? Nous pouvons dire que ses récits ne sont jamais résolus, d'une certaine manière. Les personnages sont laissés là, sans recours. C'est comme si, en n'écrivant pas la suite, elle se préservait de tout conflit, de tout événement à venir possiblement conflictuel. Elle n'écrit pas la suite, elle n'a donc pas à se positionner, à prendre parti sur un aspect en particulier. Lola écrit lentement ses textes. Elle passe aussi beaucoup du temps à réfléchir sur l'orthographe. Elle semble y attacher beaucoup d'importance. Lorsque les participantes lisent leurs textes, Lola cherche souvent à compléter son texte, à le modifier. Elle a pu inventer la fin d'une histoire pendant qu'elle partageait son texte. Elle a ensuite cherché à retranscrire à l'écrit ce qu'elle venait de rajouter oralement, empiétant alors sur le temps de clôture de l'atelier. Nous remarquons aussi qu'elle aime dessiner. Elle réalise souvent des dessins sur sa feuille. Il lui arrive de recopier des dessins réalisés par ses pairs. Lola regarde alors comment sa pair procède et reproduit fidèlement le dessin qu'elle s'approprie.

**Quelle posture corporelle adopte-t-elle sur le temps d'écriture ? Comment est son écriture ? Comment se situe-t-elle au niveau spatial par rapport à sa feuille ?**

Lola est très souvent la dernière à s'installer autour de la table lors du temps d'écriture. Elle ne choisit donc pas sa place, elle prend celle qui reste. Lola a pour habitude d'écarter ses jambes une fois assise et de les enrouler autour des pieds de la chaise. Elle se retrouve souvent loin de la table et donc de son support papier. Elle avance son buste en avant pour pouvoir écrire. Nous lui conseillons à plusieurs reprises de s'avancer, pour être plus confortable. Lola ne se redresse pas et utilise la force de ses bras pour faire avancer son siège. L'écriture de Lola est très soignée. Elle s'applique. Elle écrit lentement pour réaliser des lettres régulières. Elle cherche à ce que son écriture soit bien proportionnée et bien lisible. Le trait est net et précis. Il présente parfois des retouches. Lola barre dès qu'une lettre est ramassée ou raturée. Les lignes sont bien tenues. Lola fait des fautes au niveau de l'orthographe lexicale des mots. Elle semble avoir conscience de ses erreurs et prend un temps relativement important avant d'être sûr de la manière dont le mot s'écrit. On la sent douter face à ce qu'elle écrit. Elle semble être très exigeante avec elle-même, elle ne s'autorise pas à faire de fautes

d'orthographe. Lola utilise la partie supérieure de sa feuille. Elle n'utilise pas la partie basse de sa feuille n'ayant pas le temps de terminer ses écrits. Ses textes sont relativement bien centrés sur la feuille. Lola aime proposer un titre à ses écrits et le place en haut de la page. Elle veille à ce que ses phrases soient bien alignées.

### **Fait-elle des commentaires sur ses écrits ?**

Lola commente parfois ses textes. Elle peut dire si elle les trouve bien ou non. Elle dit également souvent « *je n'ai pas pu finir* » ou « *je n'ai pas terminé* ». Cela semble parfois l'embarrasser. De plus, il lui arrive de commenter le texte des autres participantes. Elle dit alors qu'elle a aimé leur texte, qu'elle l'a trouvé bien. Lola est très positive quant aux réalisations de ses pairs.

#### *1.5.6 Quelques observations issues d'autres ateliers fréquentés par Lola*

Nous avons obtenu des informations sur le comportement de Lola auprès des professionnels l'accueillant sur les autres ateliers qui s'inscrivent dans son parcours de soins.

Lors d'une séance de l'atelier jeux de société, Lola est mise en difficulté sur un jeu où il faut duper adversaire. Elle dit ne pas aimer mentir dans le jeu car cela « *pourrait être vrai* ». Nous pensons qu'elle n'aime pas mentir, qu'il s'agit de quelque chose de mal, qu'elle rejette. Lola est perçue comme petite et en décalage, les autres participants la regardent d'un air interrogateur.

Sur l'atelier de kinésithérapie, Lola se présente, lors de sa première séance, comme aimant beaucoup le cheval et détestant les manipulateurs. Cela fait écho à son dégoût pour le mensonge. Sur ce groupe, Lola est la cadette de trois participants : elle se retrouve avec un jeune homme et une jeune fille de 13 et de 15 ans. Elle semble rechercher des liens avec ses pairs bien qu'elle échange peu avec eux. Durant les premières séances, Lola a cherché à montrer à l'adulte et à ses pairs qu'elle connaissait de nombreux exercices proposés, se mettant ainsi en avant. Pour elle tout était « *trop facile* » et elle voulait faire comme les grands. Elle évoluait dans une certaine toute-puissance. Cependant, il a fallu adapter les exercices à ses possibilités, certains exercices la mettant en difficultés (des postures en yoga notamment). Elle s'est saisie des adaptations proposées. Elle n'aime pas la relaxation et ouvre très rapidement ses yeux. Elle gigote beaucoup sur ces temps de relaxation, des gestes parasites apparaissent. Elle est douloureuse au niveau des épaules et n'arrive pas à détendre son corps. C'est une enfant qui a du mal à parler de son ressenti corporel. Elle se dit

maladroite, elle dit par exemple qu'elle se brûle souvent. Elle rapporte des douleurs au niveau des jambes qu'elle met en lien avec sa pratique du cheval. Cette pratique remonte à l'été dernier. Depuis, Lola n'a plus pratiqué d'activités sportives. Désormais, elle est dispensé de sport du fait de sa maladie, comme la plupart des jeunes filles suivies sur l'hôpital de jour. Elle propose des liens qui ne sont pas forcément plausibles. L'incohérence lui est difficilement percevable. Malgré tout, elle s'adapte aux exigences de l'adulte et reste volontaire. C'est une enfant qui rit beaucoup. Son rire survient de façon assez défensive, comme un éclat dans le silence des autres participants peu loquaces et dans le calme de la relaxation. Ce rire ne perturbe pas les autres participants, qui sont bienveillants vis-à-vis de cette petite fille mais il se manifeste très souvent dans les situations où Lola est en difficulté.

Sur l'atelier d'ergothérapie, Lola est très soucieuse de réaliser un travail ordonné et esthétique. Il faut que chaque élément soit à sa place, au bon endroit.

#### *1.5.7 Synthèse*

Lola est une enfant souriante et dynamique que l'on sent cependant dans le contrôle. Elle semble très ritualisée. Elle semble aussi en proie à des pensées envahissantes et manifeste une certaine manie de l'ordre au niveau de ses vêtements. Elle a su trouver sa place au sein de l'atelier conte. Elle répond de manière spontanée aux questions des soignants. Elle évolue plutôt positivement au sein du groupe bien qu'elle ne soit pas toujours respectueuse du cadre. En effet, elle dépasse assez souvent le cadre horaire en s'attardant sur les temps de transition. Elle semble s'interroger sur les autres enfants présents à l'hôpital de jour. Elle se montre très observatrice et est vigilante à ce qui se passe autour d'elle. Nous observons un début d'amorce dans son travail à l'hôpital de jour. Elle commence à livrer des éléments personnels qui semblent la préoccuper, « *Ce qui est important c'est ce qu'on a dans le cœur* » rapporte-t-elle souvent, ou bien des éléments qui semblent lui déplaire comme les manies de sa mère au niveau de son habillage. Lola a pu dénoncer une certaine rivalité avec sa petite sœur lors d'un entretien avec les médecins. Elle peut évoquer ses ressentis et se sait malade. Elle voudrait d'ailleurs que cette maladie n'existe pas. Nous trouvons qu'elle adhère relativement bien aux soins proposés. De plus, elle semble y prendre un certain plaisir.

## 2. Analyse globale de la dynamique de l'atelier conte

L'atelier conte dispose d'un bon ancrage au sein de l'institution. C'est un atelier qui est connu de l'équipe soignante et soutenu par les médecins qui en sont à l'origine. Le groupe se réunit dans la même pièce depuis la création de l'atelier. Son espace est donc stable et repérable dans la structure. Par ailleurs, le groupe s'inscrit dans la chronologie de l'atelier : les différents temps de l'atelier sont garantis par les soignants. Ces temps ont été identifiés par les participantes.

En début d'année, lorsque nous intégrons le groupe, nous rencontrons Océane, Noémie et Agathe. Océane est déjà présente sur le groupe depuis juin 2014 et Agathe depuis juillet 2014. Noémie les rejoint en septembre 2014. Les trois jeunes participantes ont alors une expérience de ce groupe. A notre arrivée, il nous semble qu'elles ont intégré les règles et le fonctionnement de l'atelier. Océane et Noémie sont, par exemple, capables de dérouler l'atelier dans ses grandes lignes pour nous le présenter. Nous observons que, dans ce groupe, les relations entre les membres sont essentiellement duelles. Qu'il s'agisse des soignantes ou des participantes, les échanges se font principalement à deux. Les soignantes semblent peu échanger entre elles sur le temps de l'atelier. Elles ne s'adressent pas directement l'une à l'autre. Elles s'adressent essentiellement aux enfants. Cependant, l'une corrobore les propos de l'autre pour soutenir le travail psychique qui est amorcé. Toutes deux partent d'abord d'un échange global adressé au groupe avant de solliciter individuellement chacune des participantes. Concernant les interactions entre participantes, nous remarquons qu'Océane et Noémie fonctionnent en binôme, laissant une pair de côté : Agathe en début d'année puis Lola en milieu d'année se retrouvent toutes deux écartées de cette dyade formée par les deux plus grandes patientes.

Au fil des séances, la dynamique de groupe nous semble dépendre, en grande partie, d'Océane. En effet, la jeune participante cherche à être au centre du groupe. En cours d'année, à l'arrivée de Lola, nous percevons un léger changement dans cette dynamique. Lola participe de façon active sur le temps d'échange. Océane n'a alors plus le monopole sur ce temps de discussion.

En fin d'année, du fait du départ d'Océane, nous trouvons que les relations entre participantes ne se font plus sur le mode de la dualité. Les participantes échangent peu entre elles au sein du groupe. Cependant, elles s'expriment davantage sur le temps d'échange faisant suite à l'écoute du conte. Noémie, en particulier, prend la parole plus souvent. Peut-être est-ce dû au départ d'Océane ?

Par ailleurs, tout au long de l'année, nous avons observé que les participantes n'avaient pas la même implication sur le temps d'écriture. Océane et Noémie se lancent très rapidement dans l'écriture et cherchent à produire des textes très longs, tandis qu'Agathe et Lola ont besoin de plus de temps d'élaboration et produisent des textes relativement courts. Agathe et Lola vont progressivement prendre de l'assurance à l'écrit. Elles ont moins besoin de l'étayage de l'adulte et elles proposent des textes d'une longueur croissante répondant plutôt bien aux consignes.

Sur le temps de lecture, que ce soit au début ou en fin d'année, nous observons qu'il est très rare qu'une participante soit spontanément volontaire pour lire son écrit. Les soignantes désignent fréquemment les lectrices. Il arrive parfois qu'elles choisissent la première lecture puis qu'elles demandent ensuite à cette participante de passer la parole à la pair de son choix. A ces occasions, nous voyons que les participantes font leur choix selon leurs affinités. Ainsi, Noémie et Océane se choisissent mutuellement. Agathe est souvent la dernière à lire son écrit. De même, Lola choisit les pairs qu'elle côtoie depuis plus longtemps que celles qui viennent d'arriver sur le groupe.

Pour conclure, selon nous, sans les interventions des soignantes, les participantes ne parleraient pas d'elles-mêmes. Elles ont besoin que l'adulte initie l'échange. De même, si l'adulte ne leur demandait pas de lire leurs productions écrites, nous nous demandons si ces jeunes filles accepteraient de les partager au groupe. Ainsi, nous nous rendons compte que la dynamique de groupe est liée certes, aux participantes présentes sur le groupe mais dépend de l'action des soignantes. La présence et la participation des soignantes permettent la mise en place de la dynamique de groupe. Les soignantes veillent à ce que cette dynamique se maintienne dans le temps.

# **DISCUSSION**

## 1. Validation des hypothèses

Rappelons l'objectif de notre mémoire qui est de déterminer ce qu'apporte un atelier conte à de jeunes patientes anorexiques. Nous avons alors formulé la problématique suivante :

**Qu'apporte un atelier conte proposé en hôpital de jour à de jeunes patientes souffrant de troubles du comportement alimentaire de type restrictif ?**

Au vu de nos analyses, nous allons maintenant répondre à nos hypothèses :

*– l'atelier conte est une aire transitionnelle pour expérimenter le symbolique*

Le conte est utilisé comme médiateur pour permettre notamment l'émergence de représentations mentales chez le participant à l'atelier. De par les thématiques, l'inconscient collectif qu'il véhicule, le conte est un vecteur de symboles. Ainsi, il nous semble que l'atelier conte constitue bien une aire transitionnelle pour faire l'expérience du symbolique. Cependant, nous ne sommes pas en mesure de dire si cette expérimentation du symbolique a été opérante chez les jeunes filles. Nous avons très peu eu accès à leurs représentations au cours de l'année. Ainsi, nous validons partiellement cette hypothèse car nous ne pouvons la vérifier entièrement.

*– l'atelier conte permet d'entrer en relation avec l'autre, de se positionner comme sujet*

Les jeunes patientes se retrouvent à évoluer en groupe, sur indications médicales, au sein de l'atelier conte. La mise en groupe permet la rencontre d'un autre qui traverse une situation similaire à la sienne mais aussi la rencontre d'adultes, de soignantes avec lesquelles l'enfant va être amenée à échanger. La discussion proposée à la suite de l'écoute du conte permet à l'enfant de découvrir ou de redécouvrir son statut de sujet, d'être parlant. L'enfant est invitée à parler en son propre nom. Les soignantes s'adressent au groupe mais également à chaque participante de façon individuelle. Chacune d'entre elles peut prendre la parole. Ainsi, elles trouvent dans l'atelier un espace où elles peuvent dire ce qu'elles ont compris ou non des contes, les questions qu'elles peuvent se poser à propos de l'histoire entendue. Nous pouvons alors valider cette hypothèse.

*–l'atelier conte permet à l'enfant de trouver et de prendre sa place dans le groupe*

Les soignantes présentent chaque nouvelle arrivante sur l'atelier et tentent ainsi de les intégrer au groupe. Elles les invitent à prendre place sur le groupe. C'est ensuite à l'enfant de reconnaître chaque participante, qu'il s'agisse des soignantes ou des patientes, comme membre du groupe. Elle doit se considérer elle-même comme étant membre du groupe. Les soignantes veillent à ce qu'aucune enfant ne s'impose trop par rapport aux autres, ni à ce qu'aucune enfant ne soit exclue du groupe. Les soignantes régulent les interactions mais aussi la place occupée par chacune des patientes. C'est justement par l'espace de parole proposé à ces jeunes patientes que ces dernières vont prendre leur place au sein du groupe. De fait, cette hypothèse est validée.

*–l'atelier conte permet d'expérimenter le langage oral et le langage écrit d'une manière différente*

Deux médiateurs sont utilisés sur l'atelier : le conte et l'écriture. Ils vont amener les participantes à utiliser le langage oral et le langage écrit. Les contes constituent un support pour faire émerger le langage oral chez des jeunes filles qui parlent peu. Les consignes d'écriture proposées sont différentes de ce que l'enfant peut faire dans un cadre scolaire. Ici, ce qui est écrit n'est ni soumis à une évaluation scolaire ni à une appréciation. Les thérapeutes invitent les jeunes filles à prendre plaisir à écrire. Les participantes ne retrouvent cette situation de réflexion et d'élaboration qu'au sein de ce groupe. Ainsi, cette dernière hypothèse est également validée.

## **2. Intérêts du travail réalisé**

A travers ce mémoire de recherche nous avons pu découvrir le fonctionnement d'un hôpital de jour relevant à la fois des services de pédiatrie et de pédopsychiatrie et recevant pour une grande majorité des pré-adolescents et adolescents souffrant de troubles des conduites alimentaires. Plus particulièrement, nous avons découvert et suivi le travail d'une orthophoniste dans cette structure. En tant que future professionnelle, nous connaissions les rééducations « classiques » réalisées par les orthophonistes. Au sein de cet hôpital de jour, l'orthophoniste pratique des groupes à médiations thérapeutiques. Nous avons connaissance de l'existence de tels groupes pouvant être encadrés par des orthophonistes. Cependant, nous ignorions jusque-là toute la réflexion antérieure nécessaire à la mise en place de ces groupes. Nous avons découvert tous les phénomènes psychiques inhérents à la situation de groupe. En parallèle, nous avons mesuré toute l'importance du cadre qui se doit d'être

suffisamment contenant et sécurisant. Utiliser un médium dans un groupe nécessite des connaissances approfondies de cet outil. Nous retenons que le thérapeute doit lui-même expérimenter le médiateur qu'il souhaite proposer et être convaincu des bénéfices thérapeutiques qu'il peut apporter aux patients. Tout soignant doit faire preuve d'empathie, d'écoute, d'attention, de bienveillance et de neutralité. Face à un groupe, ces compétences trouvent encore plus leur importance. En effet, le soignant n'est pas sollicité de la même manière sur un groupe qu'en séance individuelle. Encadrer un groupe nous semble plus difficile que de recevoir une personne en séance individuelle.

### **3. Limites**

Nous avons rencontré des contraintes sur notre terrain de recherche. Nous aurions souhaité rencontrer les jeunes patientes pour échanger à propos de leur vécu au sein de l'atelier conte. De la même façon, il aurait été plus aisé pour nous si nous avions pu remplir notre grille d'observation et prendre des notes directement lors des séances. Nous n'avons vu les participantes à l'atelier conte qu'une heure par semaine, ce qui est peu. Nos observations se sont déroulées sur 7 mois tandis que le travail de ces patientes nécessite plusieurs années. Nous n'aurions certainement pas observé les mêmes comportements sur une autre période. Nos analyses en auraient été différentes.

### **4. Améliorations possibles**

Nous avons choisi de nous intéresser à tous les temps de l'atelier conte, de la situation de contage à la consigne d'écriture afin d'appréhender l'atelier dans sa globalité. Ceci nous a demandé un travail préalable important. Nous aurions pu choisir de cibler nos observations sur un seul médiateur : soit le conte, soit l'écriture. Nous aurions alors pu affiner davantage nos observations. Nous aurions également pu centrer nos observations sur les interventions des soignantes. Nous avons choisi d'observer essentiellement les enfants du groupe.

Notre travail aurait été facilité si nous avions déjà eu une expérience au sein de cette structure et de cet atelier comme nous l'avait suggéré l'orthophoniste, avant le début de notre étude. Notre calendrier ne nous avait pas permis de le faire.

L'élaboration d'une grille d'observation ouverte et comportant peut-être moins d'items, aurait permis un remplissage plus facile. Nous aurions aussi pu proposer à l'orthophoniste et à

l'ergothérapeute intervenant sur l'atelier conte de remplir avec nous cette grille.

Il aurait été souhaitable de rencontrer plus régulièrement les médecins référents du service à l'origine de l'atelier conte. Nous aurions, par exemple, aimé échanger avec la pédopsychiatre sur le groupe de parole et le psychodrame qu'elle co-anime avec l'ergothérapeute et l'interne en pédopsychiatrie.

## **5. Prolongements**

Il serait intéressant de réaliser un travail mettant en évidence les spécificités langagières des jeunes anorexiques que nous avons pu pointer.

Il serait intéressant de travailler davantage sur le temps d'écriture et ainsi de se concentrer sur les productions écrites des jeunes filles.

## **6. Vécu de stagiaire au sein de l'hôpital de jour**

A travers ce stage, nous avons découvert le fonctionnement d'une unité : l'hôpital de jour. Nous avons ainsi intégré une équipe pluri-disciplinaire constituée de 17 professionnels, majoritairement des femmes. Cette équipe, dont la direction est assurée par deux médecins, fonctionne essentiellement en binôme. La pratique de l'unité est essentiellement groupale. En effet, les soins proposés sont en majorité des groupes thérapeutiques. Nous avons, de fait, découvert la pratique des groupes thérapeutiques en co-animation. Tout au long de l'année, nous avons participé à l'atelier conte, objet de notre étude, mais aussi à l'atelier d'écriture thérapeutique se déroulant sur une autre journée, adressé à des adolescentes souffrant de pathologies psychosomatiques et de troubles du comportement alimentaire. Cette participation à un deuxième atelier destiné à des patientes plus âgées nous a confronté à la variété de la symptomatologie anorexique et aux différents modes d'entrée dans la maladie. L'aspect physique des adolescentes rencontrées sur l'atelier d'écriture nous a marqué car leurs corps portent les stigmates de la maladie contrairement aux jeunes pré-pubères évoluant au sein de l'atelier conte qui, elles, conservent leurs traits et mimiques d'enfants ; ces dernières ne paraissent pas malades de prime abord. La rencontre avec ces patientes nous a fait nous interroger sur notre propre vécu d'enfant et d'adolescente. De fait, nous nous sommes posé des questions sur notre propre image du corps et sur notre rapport à l'alimentation. Cette confrontation à l'anorexie mentale chez ces patientes a suscité en nous des

émotions. Avant ce stage, nous ne nous étions jamais vraiment interrogée sur les troubles du comportement alimentaire. Nous nous sommes retrouvée plongée dans cet univers particulier, parfois même déconcertant. Par moment, le mal-être des patientes est sidérant. Ces jeunes qui sont dans le contrôle d'elles-mêmes ne laissent rien paraître. C'est au cours des réunions de synthèse que nous découvrons l'univers familial dans lequel elles évoluent et que nous prenons connaissance des problèmes psychoaffectifs qui les touchent. Ces informations livrées pendant la réunion ont pu provoquer chez nous des sentiments d'incompréhension, de compassion et nous ont parfois peiné. Ces réunions d'équipe qui durent toute une matinée, ont l'avantage d'apporter aux différents professionnels qui y assistent, des informations nécessaires pour les prises en charge. Mais, dans ces réunions, les cas graves sont majoritairement traités. Ainsi, les annonces fréquentes de rechute créent une atmosphère pesante. Certains jours, nous quittons cette réunion épuisée et étourdie par tout ce que nous avons entendu. Parmi les professionnels avec qui nous avons pu échanger, certains partagent ces impressions. Dans le métier de soignant, la mise à distance par rapport au patient est nécessaire. Cela est d'autant plus vrai face à certaines patientes anorexiques qui présentent une forte pulsion de mort, une négation de leur corps et d'elles-mêmes et de fait une résistance au changement. Le soignant doit préserver son élan vital face à la passivité voire à l'inertie de ces patientes. Une bonne distance permet donc de protéger l'équilibre psychique du soignant, condition *sine qua non* pour garantir la qualité des soins. Nous avons nous-même trouvé qu'il fallait beaucoup d'énergie pour prendre en charge ces patientes. La pathologie anorexique engage les soignants dans un travail de longue haleine. La compréhension de la symptomatologie du patient et de son mode de fonctionnement prend du temps. Le processus de guérison est long, il n'est jamais linéaire, il est parfois chaotique. L'équipe soignante ne peut pas prédire l'évolution du patient. Lorsque le pronostic vital est engagé, il y a urgence et le personnel médical est amené à gérer sa propre inquiétude et l'angoisse de la famille. Le soignant espère une amélioration chez le jeune patient mais ne peut savoir quand elle va se produire ni si elle va se produire. L'évolution n'est pas forcément vérifiable sur l'instant. Le soignant doit donc faire preuve de patience. Parfois des améliorations de l'état physique et psychique du patient apparaissent soudainement. De ce fait, ne pas percevoir d'améliorations de l'état de santé du patient ou voir le patient revenir à un mode de fonctionnement antérieur peut être frustrant pour le soignant.

Il n'a pas toujours été simple de trouver notre place et de nous sentir à l'aise. Comme nous n'avions jamais fait de stage en pédopsychiatrie auparavant, nous avons eu du mal à trouver notre identité de future thérapeute au sein de cette structure. En effet, nous n'avions, jusque-là, jamais rencontré d'orthophoniste exerçant en pédopsychiatrie. Nous avons le désir de découvrir le travail

de cette professionnelle dans ce domaine. Nous pensions que l'observation liée à notre recherche exploratoire allait pouvoir se faire relativement facilement. Or, les jeunes patientes que nous avons rencontrées sont peu expressives. Nous nous sommes retrouvée face au silence, ce dernier produisant de la frustration voire de l'angoisse. Ce silence étant gênant, nous nous sommes questionnée à son sujet. Nous avons dû accepter son existence. Le silence, en réalité, est signifiant comme nous le rappelle Lacan (cité par Guillaume, 2013). Il s'agit d'un vide rempli de sens. Nous avons donc essayé d'être vigilante, de repérer ces silences, de les décoder car ils nous disent quelque chose de ces jeunes filles. Ils sont, pour certaines d'entre elles, un moyen d'expression. Nous pensons que les silences peuvent être une forme de résistance au soin et au thérapeute, voire même une manière indirecte, non audible, de s'opposer. Par ailleurs, le silence peut également être une stratégie adoptée par l'enfant pour ne pas prendre le risque d'être remarqué ni d'être rejeté par ses pairs au sein du groupe. En ne disant rien, l'enfant peut chercher à cacher sa différence. Il peut alors se confondre à l'ensemble des participants. Par ailleurs, d'autres silences sont le signe d'une passivité de l'enfant qui peut ainsi participer à l'atelier sans réel investissement. Il le fait parce que l'adulte lui demande.

Nous avions le désir d'observer un maximum de comportements verbaux et non-verbaux chez les patientes rentrant dans notre étude. Or, très vite, nous avons remarqué que les jeunes patientes s'exprimaient très peu que ce soit au niveau verbal ou au niveau infra-verbal. Nous avons alors la crainte de ne pas relever suffisamment de matériaux, ce qui entraverait la qualité de nos analyses. Cette situation a généré chez nous de l'angoisse. Dans son œuvre, G. Devereux (2012) y fait référence en écrivant « *plus l'angoisse provoquée par un phénomène est grande, moins l'homme est capable de l'observer correctement, de le penser objectivement et d'élaborer les méthodes adéquates* » (Devereux, 2012, p.25). Une prise de conscience nous a permis de travailler différemment. Il nous a fallu nous remettre en question, apprendre à observer et à écouter différemment : d'une manière plus fine, avec plus de patience, en étant moins à l'affût des signes observables. En effet, nous avons remarqué que plus nous avions envie d'observer les phénomènes qui nous intéressaient, moins notre écoute était attentive et moins notre attitude était spontanée. D'une certaine façon, nous avons dû lâcher prise. L'angoisse a alors laissé place à une plus grande disponibilité sans toutefois disparaître complètement. En effet, selon Devereux « *le chercheur est émotionnellement impliqué dans son matériau, auquel il s'identifie, ce qui, en dernière analyse rend l'angoisse inévitable* » (Devereux, 2012, p.28). Nous avons compris que l'angoisse était inhérente à toute situation de recherche. A partir du moment où nous avons compris qu' « *observer c'est vivre avec ou, du moins, être proche, à portée ; c'est regarder de près* » (Combessie, 2007, p.14), comme

l'écrit Combessie, nous étions dans de meilleures dispositions pour nous inscrire dans le groupe et mener à bien notre travail de recherche. En étant inscrite dans ce groupe, nous étions à la fois observatrice et observée.

Pour conclure, nous pouvons dire que ce stage nécessite une période d'adaptation importante. Ce n'est pas un terrain de stage habituel pour une étudiante en orthophonie. Ce stage, très riche d'enseignement, nous a autant apporté sur le plan personnel que professionnel.

# **CONCLUSION**

Nous nous sommes intéressée à un atelier conte proposé à de jeunes patientes anorexiques, dans un premier temps, par désir de découvrir l'aspect thérapeutique du conte. En fin de compte, c'est sur le groupe que nous avons orienté nos observations. Nous avons cherché à repérer ce que pouvait apporter un atelier conte à ces jeunes patientes. Nous pouvons dire que cet atelier, tel qu'il a été pensé par l'orthophoniste et l'ergothérapeute qui le co-animent, présente des avantages pour l'enfant qui y participe. En premier lieu, l'atelier conte offre la possibilité aux patientes de faire leurs propres expériences au niveau symbolique par le biais du conte et de l'écriture. La variété des contes proposés ainsi que les différentes consignes d'écriture sollicitent l'attention, la réflexion et la créativité de jeunes filles dont le fonctionnement est bien souvent opératoire. L'atelier conte permet ainsi l'assouplissement et l'enrichissement de leur psychisme. Par ailleurs, la situation de groupe permet de rencontrer l'autre tout en étant protégé par les soignants et le cadre qu'ils ont élaboré. Il nous semble que l'intérêt majeur de cet atelier conte réside dans ce qu'il cherche, par le biais des médiations qu'il emprunte, à donner ou à redonner le statut d'être parlant à des jeunes filles en mal avec le langage. Ainsi, l'atelier conte est un support pour l'émergence du langage. Il tente de susciter l'échange sur une base commune à toutes les participantes du groupe. Le but de l'atelier est également de se relier à son corps, à ses émotions et de chercher à les mettre en mots.

A travers ce travail, nous nous rendons compte que la mise en place de groupes thérapeutiques nécessite une bonne expérience professionnelle initiale en tant qu'orthophoniste. C'est un travail qui demande patience, neutralité, bienveillance et humilité. Encore plus que dans la pratique orthophonique traditionnelle, la curiosité et la créativité sont de rigueur lorsque l'on souhaite proposer un médium dans une prise en charge groupale.

Cette expérience en hôpital de jour ainsi que la réalisation de ce mémoire, nous rappellent combien il est important de prendre du temps pour accueillir, pour observer le patient, pour analyser son fonctionnement. La rencontre avec ces jeunes filles anorexiques qui s'expriment peu, nous aura marqué. En effet, nous serons encore plus vigilante face à un enfant qui ne parle pas ou qui s'exprime très peu. Le silence est à prendre en considération chez le patient et il est aussi un outil pour le thérapeute.

# BIBLIOGRAPHIE

## Ouvrages

Aarne, A., & Thompson, S. (1987). *The types of the folktale : A classification and bibliography*, (4e éd.). Helsinki, Finland : Suomalainen tiedeakatemia.

Amado, G., & Guittet, A. (2012). *Dynamique des communications dans les groupes*, (6e éd.). Paris, France : Armand Colin.

American Psychiatric Association. (2003). Troubles des conduites alimentaires. In American Psychiatric Association (Eds.), *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (pp.675-689), (4e éd. rév., traduit par J.-D. Guelfi & M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.

Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (2013). *La dynamique des groupes restreints*, (2e éd. « Quadrige »). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Anzieu, D. (1999). *Le Groupe et l'Inconscient*, (3e éd.). Paris, France : Dunod.

Brun, A. (2013). Spécificités du transfert dans les médiations thérapeutiques. In A., Brun, B., Chouvier & R., Roussillon (Eds.), *Manuel des médiations thérapeutiques* (pp.159-184). Paris, France : Dunod.

Bydlowski, S. (2007). Conscience émotionnelle et alexithymie dans les troubles du comportement alimentaire de l'adolescent. In H. Chabrol (Eds.), *Les troubles des conduites alimentaires chez l'enfant et l'adolescent* (pp.95-112). Marseille, France : Solal.

Canguilhem, G. (1992). *La Connaissance de la vie*, (2e éd.). Paris, France : Librairie philosophique J. Vrin.

Chabrol, H. (2011). Anorexie, boulimie, troubles du comportement alimentaire subcliniques. In H., Chabrol (Eds.), *Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent* (pp.213-279). Paris, France : Dunod.

Chidiac, N. (2013). *Ateliers d'écriture thérapeutique*, (2e éd.). Paris, France : Elsevier Masson.

Chiva, M. (2012). Aspects psychologiques et socioculturels des pratiques alimentaires. In O., Goulet, M., Vidailhet & D., Turck. (Eds.), *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique* (pp.25-34), (2e éd.). Rueil-Malmaison, France : Doin.

Chouvier, B. (2013). Le conte. In A., Brun, B., Chouvier & R., Roussillon (Eds.), *Manuel des médiations thérapeutiques* (pp.232-258). Paris, France : Dunod.

Combessie, J.-C. (2007). *La méthode en sociologie*, (5e éd.). Paris, France : Ed. La Découverte.

Cook-Darzens, S. (2002). *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique : Approche systémique intégrée*. Paris, France : Dunod.

Corcos, M., Lamas, C., Pham-Scottez, A., & Doyen, C. (2008). Données cliniques. In Corcos, M., Lamas, C., Pham-Scottez, A. & Doyen, C. (Eds.), *L'anorexie mentale : déni et réalités* (pp.3-25). Rueil-Malmaison, France : Doin.

Corcos, M. (2010). *Le corps absent : Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*, (2e éd.). Paris, France : Dunod.

Corcos, M. (2011). *Le corps insoumis : Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*, (2e éd.). Paris, France : Dunod.

Dejong-Estienne, F. (1997). *Conter les contes ou l'utilisation des contes et de la métaphore en logopédie-orthophonie*. Louvain-la-Neuve, Belgique : Academia-Bruylant.

Delaroche, P. (2007). *L'adolescence : Enjeux cliniques et thérapeutiques*. Paris, France : Armand Colin.

Delarue, P., Tenèze, M.-L. & Bru, J. (2000). *Le conte populaire français : contes et légendes*. Paris, France : Comité des Travaux Historiques et Scientifiques.

Devereux, G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Malherbes, France : Flammarion.

Dor, J. (2002). *Introduction à la lecture de Lacan*. Paris, France : Denoël.

Doyen, C. (2011). Phases du développement du comportement alimentaire. In M.-C., Mouren, C., Doyen, M.-F., Le Heuzey & S., Cook-Darzens (Eds.), *Troubles du comportement alimentaire de l'enfant, du nourrisson au pré-adolescent* (pp.3-11). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Doyen, C. (2011). Troubles du comportement alimentaire prépubertaires : 7-13 ans. In M.-C., Mouren, C., Doyen, M.-F., Le Heuzey & S., Cook-Darzens (Eds.), *Troubles du comportement alimentaire de l'enfant, du nourrisson au pré-adolescent* (pp.37-57). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Estienne, F. (2001). *Utilisation du conte et de la métaphore*. Paris, France : Masson.

Freud, S. (2001). *Résultats, idées, problèmes* (7e éd., traduit par P. Cotet, J. Laplanche, J. Altounian & al.). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Freud, S. (2014). *Trois essais sur la théorie sexuelle* (traduit par C. Cohen Skalli, A. Weill & O. Mannoni). Paris, France : Payot & Rivages.

Geissmann, N. (2011). *Penser l'adolescence avec Melanie Klein*. Toulouse, France : Érès.

Golse, B. (2007). Oralité et nourrissage : d'une bouche à l'autre. In D. Blin, E. Thoueille & M. Soulé (Eds.), *L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre* (pp.31-46). Ramonville-Saint-Agne, France : Érès.

Guérin, C. (2012). Le conte et la fonction conteneur. In R., Kaës (Eds.). *Contes et divans : Médiations du conte dans la vie psychique* (pp.73-120), (4e éd.). Paris, France : Dunod.

Jeammet, P. & Corcos, M. (2010). *Evolution des problématiques à l'adolescence : L'émergence de la dépendance et ses aménagements*. Rueil-Malmaison, France : Wolters Kluwer.

Kaës, R. (2010). *L'appareil psychique groupal*, (3e éd.). Paris, France : Dunod.

Kaës, R. (2012). *Contes et divans : Médiations du conte dans la vie psychique*, (4e éd.). Paris, France : Dunod.

Lacan, J. (1966). *Ecrits*. Paris, France : Ed. du Seuil.

Lafforgue, P. (2002). *Petit Poucet deviendra grand : Soigner avec le conte*. Paris, France : Payot & Rivages.

Lamas, C., Shankland, R., Nicolas, I. & Guelfi, J.-D. (2012). Historique : les troubles des conduites alimentaires au fil des siècles. In C., Lamas, R., Shankland, I., Nicolas & J.-D., Guelfi (Eds.), *Les troubles du comportement alimentaire* (pp.3-10). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2002). *Vocabulaire de la psychanalyse*, (3e éd. « Quadrige »). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Lévi-Strauss, C. (1974). *Anthropologie structurale*. Paris, France : Plon.

Marc, E., & Bonnal, C. (2014). *Le groupe thérapeutique : Approche intégrative*. Paris, France : Dunod.

Marcelli, D., & Braconnier, A. (2013). *Adolescence et psychopathologie*, (8e éd.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.

Marcelli, D., & Cohen, D. (2012). *Enfance et psychopathologie*, (9e éd.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Nandrino, J.-L. et al. (2015). *L'anorexie mentale : des théories aux prises en charge*. Paris, France : Dunod.

Nasio, J.-D. (2013). *Mon corps et ses images*. Paris, France : Payot & Rivages.

Propp, V. (1970). *La morphologie du conte* (traduit par M. Derrida, T. Todorov & C. Kahn). Paris, France : Ed. du Seuil.

Privat, P., & Quélin-Souligoux, D. (2005). *Travailler avec les groupes d'enfants : Approche thérapeutique*, (2e éd.). Paris, France : Dunod.

Quélin-Souligoux, D. & Privat, P. (2007). *Quels groupes thérapeutiques ? Pour qui ?* Ramonville-Saint-Agne, France : Érès.

Raich, R. M. (2007). L'image du corps dans les troubles du comportement alimentaire : Développement d'une image négative chez l'enfant et l'adolescent. In H. Chabrol (Eds.), *Les troubles des conduites alimentaires chez l'enfant et l'adolescent* (pp.113-140). Marseille, France : Solal.

Roussillon, R. (2013). Une métapsychologie de la médiation et du médium malléable. In A., Brun, B., Chouvier & R., Roussillon (Eds.), *Manuel des médiations thérapeutiques* (pp.41-64). Paris,

France : Dunod.

Schilder, P. (1968). *L'Image du corps* (traduit par F. Gantheret & P. Truffert). Paris, France : Gallimard.

Vacheret, C. (2002). Groupes à médiations et processus de liaison. In C., Vacheret et al. (Eds.), *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques* (pp.147-155). Paris, France : Dunod.

Vacheret, C. (2010). *Le groupe, l'affect et le temps*. Paris, France : L'Harmattan.

Vidailhet, C. (2012). Troubles du comportement alimentaire. In O., Goulet, M., Vidailhet & D., Turck. (Eds.), *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique* (pp. 337-347), (2<sup>e</sup> éd.). Rueil-Malmaison, France : Doin Editeurs.

Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité : L'espace potentiel* (traduit par C. Monod & J.-B. Pontalis). Paris, France : Gallimard.

## **Articles**

Legrand, D., & Taramasco, C. (2014). Le paradoxe anorexique : quand le symptôme corporel s'adresse à l'autre. *L'évolution psychiatrique* 2016;81 (2).  
Doi : 10.1016/j.evopsy.2014.09.003

## **Mémoires**

Guillaume, M. (2013). *La place accordée au silence en séance d'orthophonie avec les enfants*. Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Université de Nantes. Repéré à <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=57b209c2-f0bc-4545-b995-11a5cab8c384>

Jouanno, N. (2011). *La création d'un atelier d'écriture en orthophonie libérale : un espace pour s'ouvrir à l'écrit, à sa pensée et aux autres*. Observation et études de cas d'enfants de 8 à 12 ans. Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Université de Nantes. Repéré à <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=8ff8ca3c-b0d5-415c-946e->

[628f8f296b34](#)

Maugin Ameloot, V. (2011). *Apports spécifiques du travail orthophonique en groupe thérapeutique à media artistique dans la prise en charge des patients cérébrolésés adultes : Etude clinique du groupe musical et vocal du Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de l'Hôpital Saint-Jacques à Nantes*. Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Université de Nantes. Repéré à <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/1de1e7d0-aaaa-4709-bbb3-0a4536da7f8d>

Péresse, M. (2011). *Psychose infantile, Orthophonie et Groupe thérapeutique*. Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste. Université de Nantes. Repéré à <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=a542308e-3dee-42c7-a52a-bfdb8335c05b>

### **Sites Internet**

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

Dictionnaire Larousse en ligne, dernière consultation le 8 mai 2015.

<https://images.google.com/>

Google Images, dernière consultation le 17 février 2015.

# **ANNEXES**

## **Sommaire des Annexes**

**ANNEXE 1** : Les critères diagnostiques du DSM-IV-TR pour la boulimie et les troubles du comportement alimentaire subcliniques.

**ANNEXE 2** : Les 31 fonctions du conte selon V. Propp.

**ANNEXE 3** : Grille d'observation.

**ANNEXE 4** : Grille d'analyse des productions écrites.

**ANNEXE 5** : Questionnaire pour les entretiens semi-directifs.

**ANNEXE 6** : Liste des ouvrages utilisés pendant l'année et consignes d'écriture.

## ANNEXE 1

Le DSM-IV-TR a défini des critères diagnostiques pour la boulimie et pour les troubles du comportement alimentaire subcliniques.

### Pour la boulimie, doivent être présents :

- des épisodes fréquents d'ingestion d'aliments associés à un sentiment de perte de contrôle ;
- des conduites d'évitement de prise de poids telles que les vomissements, l'utilisation de laxatifs ou de diurétiques, le recours aux lavements et la pratique intensive du sport ;
- les crises de boulimie et les comportements de compensation alimentaire se produisent en moyenne deux fois par semaine *a minima* et ce depuis trois mois ;
- le trouble n'apparaît pas seulement durant des périodes d'anorexie mentale.

Deux types de boulimie ont été identifiés : le *purging type* avec présence de vomissements, usage de laxatifs et de diurétiques et le *nonpurging type* avec présence de jeûne et pratique sportive excessive.

### Pour les troubles du comportement alimentaire subcliniques :

Cinq types de troubles subcliniques pour les troubles alimentaires, non autrement spécifiés figurent dans le DSM-IV-TR. Il s'agit de l'anorexie avec menstruation, de la boulimie subclinique, de la boulimie sans hyperphagie, du *binge-eating disorder* et enfin, du comportement de mâcher et de recracher.

- L'anorexie avec menstruation ou *menstruating anorexia* est identique au tableau d'anorexie à l'exception de l'aménorrhée. La jeune fille a ses règles.

- La boulimie subclinique ou *subthreshold bulimia* est identique au tableau de boulimie mais les crises boulimiques ou les comportements de compensation ont lieu au moins deux fois par semaine ou sur une durée inférieure à trois mois.
  
- La boulimie sans hyperphagie ou *purging disorder* où l'individu adopte des conduites de compensation au moins deux fois par semaine pendant trois mois.
  
- Le *binge-eating disorder* correspond à des crises de boulimie ayant lieu au moins deux fois par semaine pendant trois mois sans conduites de compensation. Ce trouble est associé à un surpoids ou à une obésité.
  
- Le comportement de mâcher et de recracher ou *chew/spitters* où l'individu mâche puis recrache une grande quantité de nourriture. Le sujet n'avale pas les aliments.

## ANNEXE 2

### Liste des 31 fonctions du conte selon V. Propp

S'appuyant d'un corpus constitué d'une centaine de contes merveilleux russes, V. Propp (1970) dégage les 31 fonctions présentées ci-dessous. Ces fonctions ne sont pas toutes présentes au sein d'un même conte, cependant, elles se déroulent dans un ordre identique.

1. **Absence ou éloignement** : un des membres de la famille s'éloigne de la maison.
2. **Interdiction** : le héros se fait signifier un interdit.
3. **Transgression** : l'interdit est transgressé.
4. **Interrogation ou demande de renseignements** : l'agresseur essaye d'obtenir des renseignements.
5. **Information ou renseignement obtenu** : l'agresseur reçoit des informations sur sa victime.
6. **Tromperie** : l'agresseur tente de duper sa victime pour s'emparer d'elle ou de ses biens.
7. **Complicité** : la victime se laisse tromper et aide involontairement son agresseur.
8. **Méfait** : l'agresseur nuit à l'un des membres de la famille ou lui porte préjudice.
- 8a. **Manque** : quelque chose manque à l'un des membres de la famille.
9. **Médiation, moment de transition** : la nouvelle du méfait ou du manque se répand. Le héros est envoyé pour réparer le méfait ou on le laisse partir dans sa quête.
10. **Début de l'action contraire** : le héros-quêteur accepte ou décide d'agir.
11. **Départ** : le héros quitte sa maison.

Un nouveau personnage entre dans le conte : le donateur.

12. **Première fonction du donateur** : le héros subit une épreuve préparatoire au don d'un objet ou auxiliaire magique.
13. **Réaction du héros** : le héros réagit aux actions du futur donateur.
14. **Réception de l'objet magique** : l'objet magique est mis à la disposition du héros.
15. **Transport dans l'espace entre deux royaumes, voyage avec guide** : le héros est transporté près du lieu où se trouve l'objet de sa quête.
16. **Combat** : le héros et son agresseur s'affrontent dans un combat.
17. **Marque** : le héros reçoit une marque.

- 18. **Victoire** : l'agresseur est vaincu.
- 19. **Réparation** : le méfait initial est réparé ou le manque est comblé.
- 20. **Retour** : le héros revient.
- 21. **Poursuite** : le héros est poursuivi.
- 22. **Secours** : le héros est secouru.

C'est après cette fonction que peut débiter un autre récit qui donne lieu à une seconde séquence redémarrant à la fonction 8 pour une nouvelle quête.

- 23. **Arrivée incognito** : le héros arrive incognito chez lui ou dans une autre contrée.
- 24. **Prétentions mensongères** : un faux-héros fait valoir des prétentions mensongères.
- 25. **Tâche difficile** : le héros se voit proposer une épreuve.
- 26. **Accomplissement de la tâche** : l'épreuve est accomplie.
- 27. **Reconnaissance** : le héros est reconnu dans sa réussite de l'épreuve.
- 28. **Découverte** : le faux-héros ou l'agresseur est démasqué.
- 29. **Transfiguration** : le héros reçoit une nouvelle apparence.
- 30. **Punition** : le faux-héros ou l'agresseur est puni.
- 31. **Mariage** : le héros se marie et monte sur le trône.

### ANNEXE 3

#### **Grille d'observation Atelier conte**

Les appréciations vont de : 0 (jamais) , 1 (rarement), 2 (de temps en temps), 3 (régulièrement), 4 (souvent) à 5 (toujours).

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Appétence à la communication</b>						
L'enfant initie l'échange						
L'enfant enrichit la discussion, s'investit dans l'échange						
L'enfant maintient l'échange						
L'enfant utilise la parole comme moyen de communication						
L'enfant est attentif au discours de l'autre						
Interagit avec les autres lors d'échanges spontanés						
Répond aux sollicitations lorsqu'elles sont adressées au groupe						
Répond aux sollicitations lorsqu'elles lui sont adressées						
Donne son avis						
<b>Pragmatique du langage</b>						
L'enfant salue les membres du groupe à son arrivée						
Cherche à rentrer en relation avec l'autre						
Respecte les tours de parole						

Adapte son vocabulaire de manière à être compris de tous, reformule						
Adopte une posture adaptée (corps, gestes)						
Regarde le conteur						
Regarde les autres participants						
Soutient le regard de l'autre						
Salue les membres du groupe à son départ						
<b>Qualité du discours</b>						
Montre qu'il a compris l'histoire						
Exprime son intérêt						
Les propos de l'enfant sont en cohérence avec le texte entendu						
Accède au double sens et à la métaphore						
Exprime ses ressentis, représentations, angoisses						
Pose des questions, demande des précisions, a besoin de clarifications						
Fait du lien avec une autre histoire entendue, avec son vécu personnel						
Partage son avis sur l'histoire entendue						
Manifeste physiquement de l'angoisse, de la gêne						
<i>Concernant le temps d'écriture suivant l'écoute du conte</i>						
<b>Attitude lors de l'écoute de la consigne</b>						

Manifeste un certain intérêt pour la proposition d'écriture						
Donne son avis sur cette proposition						
Montre qu'il a compris la consigne						
Demande des précisions						
Émet des propositions d'écriture, formule des demandes						
<b>Attitude lors du passage à l'écrit</b>						
Se lance rapidement dans l'écriture						
Produit un texte						
Est en difficulté face à l'écrit et le manifeste au niveau corporel						
Demande de l'aide						
Écrit en un jet						
Change de thème						
Corrige ses fautes						
Prend un temps de relecture						
<b>Attitude lors du temps de partage des écrits</b>						
Se propose de lire son texte						
Lit son texte à la demande de l'adulte						
Accepte de lire son texte						
Commente son texte						
Répond aux questions portant sur son texte						
Écoute attentivement les autres lire leur texte						
Commente le texte des autres						

## ANNEXE 4

### Grille d'analyse de contenu Productions écrites

<b>Items soumis à l'observation</b>	<b>Observations de l'enfant</b>
<i>Passage à l'écrit : rapide, lent, difficile</i>	
<i>Demande d'aide : verbale, non-verbale, utilisation de l'étayage proposé</i>	
<i>Temps d'écriture : rapide, lent, laborieux entravé par des fautes d'orthographe, de syntaxe</i>	
<i>Posture pendant l'écriture : raide, souple, proche du support, loin du support</i>	
<i>Rapport spatial à la feuille : utilisation de tout l'espace, d'une partie</i>	
<i>Éléments personnels livrés dans le texte</i>	
<i>Signifiants fréquemment retrouvés dans les textes</i>	
<i>Lecture du texte : lecture acceptée, refusée</i>	
<i>Mise en voix du texte</i>	
<i>Commentaires sur son texte</i>	

## ANNEXE 5

### Entretien semi-directif

date : ... /.../...

#### Remarques préalables :

Rappeler le projet de mémoire et l'intérêt d'une rencontre ce jour.

Préciser que les propos du professionnel seront fidèlement retranscrits.

Expliquer l'intérêt d'enregistrer l'entretien pour permettre une discussion plus agréable et spontanée. Demander l'accord du professionnel pour cet enregistrement audio.

Rappeler la fonction du soignant interrogé, les renseignements concernant l'atelier thérapeutique qu'il mène, à travers lequel il rencontre l'enfant faisant l'objet de notre étude :

- les indications médicales de participation à l'atelier;
- le nombre de participants,
- la durée de l'atelier.

#### 1. Le soignant

**Quel est votre rôle au sein de l'atelier ?**

**Comment permettez-vous à l'enfant de s'inscrire au sein du groupe ?**

**Comment ponctuez-vous le départ d'un enfant du groupe ?**

#### 2. L'enfant au sein de l'atelier

**Quelle position occupe-t-elle dans le groupe ?** (exemples de propositions si besoin : *isolée, leader, élément moteur du groupe, en retrait*).

**Lorsque vous vous adressez à elle, comment répond-t-elle ?**

**Lorsque vous vous adressez au groupe, comment répond-t-elle ?**

**Comment voyez-vous l'enfant à sa sortie définitive du groupe ?**

#### 3. L'enfant et ses pairs

**Quelle(s) relation(s) cette patiente a-t-elle établie avec ses pairs ?** (propositions : *elle cherche à dominer l'autre, elle est effacée, elle ignore ses pairs, est distante, est en rivalité avec un pair, complicité avec une ou plusieurs pairs, relations amicales*).

**Si des échanges existent avec un/une/des pair(s), sur quoi portent-ils ?** (thèmes de discussion : *Parlent-elles de leur maladie ? De choses plus légères ?*).

## ANNEXE 6

Nous avons participé à dix-neuf séances sur vingt-quatre, entre octobre 2014 et avril 2015. Nous avons été absente aux séances n°3, 4, 9, 10 et 21.

Voici la liste des contes utilisés et des consignes d'écriture pensées par l'orthophoniste et l'ergothérapeute pour les séances auxquelles nous avons participées :

### Séances n°1 et n°2 (Histoire travaillée sur deux séances)

Moncomble, G., & Cachin, C. (2005). *Izabal, l'enfant oiseau*. Toulouse, France : Milan Jeunesse.

consigne d'écriture, séance 1 : Raconter la suite de l'histoire d'Izabal.

consigne d'écriture, séance 2 : Expansion : il s'agit de transformer un texte déjà écrit en rajoutant des mots et des phrases.

### Séance n°5

Piquemal, M. (2004). *Mon miel, ma douceur*. Paris, France : Didier jeunesse.

consigne d'écriture : Que devient Khadija adulte ? Que transmet-elle à ses enfants quand elle devient mère ?

### Séance n°6

Andersen, H.C., & Clément, C. (2009). *Poucette*. Paris, France : Ed. du Seuil Jeunesse.

consigne d'écriture : Ecrire les différentes étapes du parcours de Poucette.

### Séance n°7

Piquemal, M. (2009). Les bons côtés du malheur et les mauvais côtés du bonheur. In M., Piquemal (Eds.), *Les philo-fables pour vivre ensemble* (pp.40-42). Paris, France : Albin Michel Jeunesse.

consigne d'écriture : Penser à une situation qui a pu vous arriver ou qui est imaginaire, décrivez-la, faites une liste des pour et des contre.

### Séance n°8

Perrault, C. (1990). Le Petit Poucet. In A., Grisot (Eds.), *Mille ans de contes* (pp.224-232). Bordeaux, France : Milan.

consigne d'écriture : reprise de la consigne d'écriture sur *Poucette*, conte vu en séance n°6 : Après la noce, Poucette écrit à sa mère pour lui donner de ses nouvelles.

### **Séance n°11**

Andersen, H.C. (1845). *La petite vendeuse d'allumettes*. En ligne: <http://legende-et-conte.com/la-petite-marchande-dallumettes-conte-en-ligne/>

**consigne d'écriture** : Ecrire un conte avec les éléments narratifs suivant : jadis, un jour, pendant ce temps, depuis ce jour. Brainstorming sur le thème des contes de Noël, chacun doit donner un mot en référence avec les contes de Noël.

### **Séance n°12**

Salomé, J. (2008). Le conte de la petite fille qu'on appelait toujours « ma grande ». In J., Salomé (Eds.), *Contes à guérir, contes à grandir* (pp.53-56). Paris, France : Le Livre de Poche.

**consigne d'écriture** : vous êtes une vieille dame, vous rassemblez vos petits-enfants autour de la cheminée et vous leur racontez l'enfant que vous étiez.

### **Séance n°13**

Piquemal, M. (2009). Le lézard. In M., Piquemal (Eds.), *Les Philo-fables pour vivre ensemble* (pp.132-133). Paris, France : Albin Michel Jeunesse.

**consigne d'écriture** : Ecrire une acrostiche avec les termes lutte, résistance, force de vie.

### **Séance n°14**

Courgeon, R. (2012). *Brindille*. Toulouse, France : Milan.

**consigne d'écriture** : Le soir du match, Pavlina fait un rêve dans lequel apparaît sa mère. Imaginez le rêve qu'elle pourrait faire.

### **Séance n°15**

Herbauts, A. (2012). *Theferless*. Paris, France : Casterman.

**consigne d'écriture** : Que représente chaque personnage ? A quoi pense chaque personnage ? (écrit sur calque, autour du visage du personnage concerné).

### **Séance n°16**

Grimm (1987). Jeannot et Margot. In Grimm (Eds.), *Contes merveilleux* (pp.43-51). Paris, France : Le Livre de Poche.

**consigne d'écriture** : Brainstorming en groupe sur les forces et faiblesses de Jeannot et Margot. Dresser le portrait de chaque enfant.

**Séances n°17 et n°19**  
**(Conte utilisé sur deux séances)**

Perrault, C. (2004). Le Petit Chaperon Rouge. In C., Perrault, J., Grimm & W., Grimm (Eds.), *Raconte-moi une histoire* (pp.78-87). Paris, France : Tourbillon.

**consigne d'écriture, séances 17 et 18** : Tirer au sort un personnage : la mère, le petit chaperon ou le loup et réécrire l'histoire du point de vue de ce personnage. Travail en binôme avec un soignant : l'orthophoniste avec Noémie, l'ergothérapeute avec Lola et nous avec Océane. Poursuite du travail sur la séance 18.

**Séance n°18**

Kamanda, K. S. (2006). Le coq merveilleux. In K. S., Kamanda (Eds.), *Contes africains* (pp.40-51). Paris, France : Ed. Gründ.

**consigne d'écriture** : caviardage sur texte.

**Séance n°20**

Perrault, C. (2004). Cendrillon. In C., Perrault, J., Grimm & W., Grimm (Eds.), *Raconte-moi une histoire* (pp.108-117). Paris, France : Tourbillon.

**consigne d'écriture** : écrire l'histoire d'une Cendrillon des temps modernes.

**Séance n°22**

Puybaret, E., & Sustrac, D. (2010). *Le capitaine Pff et le dragon rouge*. Paris, France : Thomas Jeunesse.

**consigne d'écriture** : inventer un conte qui reprend les mêmes étapes que l'histoire entendue : 1) Commencer « Il y a longtemps de cela... ». 2) Survient un événement qui bouleverse la vie des gens. Décrire cet événement. 3) Un secret est induit par l'événement. 4) Mais un jour quelqu'un lève le secret. 5) Que se passe-t-il ?

**Séance n°23**

Elzbetia (1990). Le Corbeau. In Elzbetia (Eds.), *Le grimoire de la sorcière, recettes usages et histoires secrètes* (p.26). Etterbeek, Belgique : Pastel.

**consigne d'écriture** : Ecrire une potion pour rendre monstrueux ce qui est merveilleux.

**Séance n°24**

Solotareff, G. (2009). Le Petit Chaperon Vert. In G., Solotareff (Eds.), *Anticontes de fées* (pp.9-43). Paris, France : L'Ecole des Loisirs.

**consigne d'écriture** : Après cet épisode, les petits chaperons poursuivent leur vie jusqu'à ce qu'un jour le petit chaperon rouge soit amenée à révéler quelque chose qui lui est arrivé. De quoi s'agit-il ? Comment réagit son entourage ?

### Résumé :

Ce mémoire de recherche s'intéresse à un atelier conte destiné à de jeunes patientes anorexiques suivies en hôpital de jour. Cet atelier élaboré autour de deux médiateurs -le conte et l'écriture- est co-animé par une orthophoniste et une ergothérapeute. Dans ce travail, nous cherchons à mettre en évidence l'apport d'un atelier conte pour des patientes anorexiques. L'utilisation systématique d'une grille d'observation nous a notamment permis d'étudier les comportements verbaux et non-verbaux des participantes. Leurs écrits réalisés en deuxième partie d'atelier ont été analysés succinctement par le biais d'une grille d'analyse de contenu. En parallèle, les entretiens menés avec les professionnels rencontrant ces enfants ont contribué à apporter un éclairage à notre travail. Cinq études de cas ont été élaborées à partir des données recueillies. Cette étude montre que l'atelier conte permet à la jeune anorexique de prendre sa place de sujet parlant dans le groupe. Le conte en tant que vecteur de symbolique et d'imaginaire, permet à la patiente anorexique d'enrichir ses pensées. Sur cet atelier, le langage oral et le langage écrit sont expérimentés d'une manière différente.

Mots-clés : hôpital de jour, co-thérapie, groupe, atelier conte, écriture, langage oral, langage écrit, anorexie.

### Abstract :

This research paper focuses on a storytelling workshop intended for young patients with anorexia nervosa who undergo a follow-up at a day hospital. This workshop is structured around two mediums –writing and storytelling- and is run by a speech therapist and an occupational therapist. With this work, we tried to demonstrate the benefits a storytelling workshop may provide to patients with anorexia nervosa. The systematic use of an observation chart helped us for instance to study the participants' verbal and non-verbal behaviours. Their writings, made in the second part of the workshop, were succinctly analysed using a content analysis grid. At the same time, we met the practitioners that cared for the children, which shed new light on our work. Five case studies were made taking the gathered informations as basis. This study shows that the workshop helps the young patient with anorexia nervosa assert herself as a speaking subject in the group of children. Becoming a vector of symbolic and fantasy, the tale offers the patient new ways of thinking. During this workshop, oral and written languages were treated in a different way.

Keywords : Day hospital, co-therapy, group, storytelling workshop, writing, oral language, written language, anorexia nervosa.