

**INSTITUT REGIONAL DU TRAVAIL SOCIAL
LANGUEDOC-ROUSSILLON**

**DC2. Conception et conduite de projet
éducatif spécialisé**

Communiquer : lorsque le corps « s'en mêle ».

CAPON BRAVO Laëtitia

Diplôme d'état d'Educateur Spécialisé
SESSION - 2014

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je souhaitais adresser ici tous mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont ainsi contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, je tiens à remercier l'équipe du Centre Médico Educatif pour enfant, pour son investissement durant ce stage à responsabilité.

Merci en particulier à Monsieur Franck Montiton, tuteur de stage, et éducateur spécialisé, et à Madame Oliva, éducatrice spécialisée, qui m'ont écoutée, conseillée, aidée à mettre des mots sur ma réflexion et à organiser ma pensée durant ce stage.

Merci à Madame Marchand Julie, psychologue clinicienne, pour son écoute bienveillante et pour m'avoir permis d'être moi-même...

Merci à l'équipe du groupe Play Back avec qui j'ai mis en place mes ateliers, pour la confiance accordée à mon projet éducatif, et pour leur investissement au sein de ce dernier. Enfin, merci aux enfants du groupe Play Back que j'ai pu accompagner. Ils ont eu le courage d'investir ces ateliers et m'ont prouvé que tout peut toujours changer.

Je souhaite aussi remercier les formateurs qui m'ont suivie ces trois années, pour leurs enseignements et leurs encouragements.

Merci également à Monsieur Didier Villain, qui m'accompagnée sur une partie du chemin et Monsieur Bertrand Lauvergne, pour avoir repris le flambeau jusqu'à la fin de cette guidance de mémoire.

Enfin, un immense merci à ma famille et en particulier à mon mari qui a été d'un grand soutien, emprunt de patience et d'encouragement et qui a su être discret tout en étant présent, me permettant de réfléchir et d'écrire. Et bien sûr, merci à mes filles, Antonella et Camila qui du haut de leurs neuf ans aujourd'hui, ont su durant trois années, accepter de partager leur maman avec ce qu'imposent les études.

Et...merci à toi Emilie.

SOMMAIRE

Introduction	p 1
PARTIE I : Institution et diagnostic socio-éducatif	p 3
I. L'institution.	p 3
1/ <u>Le cadre institutionnel du Centre Médico Psychologique pour Enfants (CMP)</u>	p 3
1.1. Le cadre juridique.....	p 3
1.2. Le public accueilli.....	p 6
1.3. Les missions du CMP : une réponse en adéquation avec le public accueilli.....	p 6
1.4. Le parcours type d'un enfant orienté au CMP.....	p 7
2/ <u>rappel du contexte psychiatrique sur le département</u>	p 10
2.1. Définition de la psychiatrie.....	p 10
2.2. La psychiatrie dans le département du lieu de stage.....	p 10
3/ <u>L'équipe du CMP</u>	p 11
3.1. Une équipe pluridisciplinaire.....	p 11
3.2 Le rôle de chacun des membres de l'équipe.....	p 11
4/ <u>Le rôle de l'Educateur Spécialisé dans le CMP : un soignant comme les autres ?</u>	p 13
4.1. Une période d'observation.....	p 13
4.2. Le rôle de l'éducateur spécialisé en CMP, ses missions.....	p 13
II. Diagnostic socio-éducatif, problématique et hypothèses	p 16
1/ <u>Observations cliniques et constats</u>	p 15
1.1. Observations cliniques des enfants dans la salle d'attente.....	p 16
1.2. Observations cliniques dans le groupe Play Back.....	p 16
1.3. Analyse des observations cliniques dans le groupe Play Back.....	p 17
2/ <u>Constats</u>	p 17
2.1. Une communication difficile, des comportements souvent « inadaptés ».....	p 17
2.2. Réflexion sur le terme « communication ».....	p 18
3/ <u>Emergence de la problématique et hypothèses</u>	p 19
PARTIE II : Mon projet	p 21
I. Le groupe thérapeutique à médiation « art Dramatique », ou dramathérapie, théâtre Playback	p 21
1/ Le besoin de réadapter le pré-projet.....	p 21
2/ Origines de ce nouveau projet.....	p 21
3/ Le choix du groupe.....	p 22
4/ La présentation du projet à l'équipe pluridisciplinaire du groupe Play Back.....	p 23
5/ Le groupe Play Back et son cadre d'intervention.....	p 23
5.1. Objectifs spécifiques du groupe 2013-2014.....	p 23

5.2. Les moyens mobilisés.....	p 24
5.3. Le déroulement.....	p 24
6/ La mobilisation des intervenants pour mettre en place le projet.....	p 25
7/ Les problématiques des enfants accueillis dans le groupe.....	p 26
8/ La présentation du projet aux enfants.....	p 27
II. Concepts théoriques.....	p 28
1/ Le « moi-peau » de Didier Anzieu. Le lien entre le corps et la psyché.....	p 28
2/ La préoccupation maternelle primaire de Donald Wood Winnicott.....	p 29
2.1. Le rôle de miroir joué par la mère.....	p 29
2.2. Le holding.....	p 30
2.3. Le Handling.....	p 30
2.4. L'object Presenting.....	p 30
2.5. Le Vrai-Self.....	p 30
2.6. Le Faux Self.....	p 31
3/ Le langage analogique ou non verbal. L'école Palo Alto.....	p 32
4/ La pyramide de Maslow : un résumé des besoins fondamentaux de l'être humain.....	p 33
III. La mise en place du projet.....	p 33
1/ Le projet en lui-même, ses objectifs.....	p 33
2/ Des objectifs différents pour chaque enfant.....	p 35
3/ Deux exemples d'ateliers proposés dans le projet.....	p 36
4/ La place de l'éducateur spécialisé lors du déroulement de l'atelier.....	p 39
PARTIE III : Evaluation.....	p 40
1/ L'évaluation du projet, un travail en deux temps.....	p 40
2/ Les outils d'évaluation.....	p 40
3/ Une adaptation constante, selon l'évolution des besoins et des demandes.....	p 41
4/ Points positifs observés et limites du projet.....	p 42
5/ Bilan général.....	p 45
6/ De la difficulté de se détacher mais aussi se servir de ses expériences passées.....	p 47
7/ Les perspectives d'évolution de l'atelier.....	p 47
CONCLUSION.....	p 49
Bibliographie.....	p 52
Sitographie.....	p 53
Liste des sigles.....	p 54
Annexes 1.....	p 55
Annexe 2.....	p 56
Annexe 3.....	p 57

« Ceux qui méprisent le corps n'ont qu'à s'en débarrasser ce qui les rendra muets. Nul ne saurait contester la dimension corporelle de l'existence humaine. Nous vivons dans et par notre corps qui s'impose comme une évidence ». Nietzsche

Introduction :

J'ai toujours été intéressée par ce qui empêche un enfant de communiquer correctement ou ce qui l'amène à le faire. Pendant une longue période de ma vie, j'ai favorisé mon expression corporelle au détriment de mon expression verbale. Au cours de ma carrière de danseuse, j'entrais en relation avec un public ; par le geste, je libérais les émotions, les joies et les angoisses que je ne parvenais pas à exprimer par la parole. Pourtant, je ne communiquais que partiellement. Emmurée à l'intérieur de moi-même, j'avais l'impression que ce public ne me percevait qu'en partie: comme une illusion, une apparence. Lorsque j'ai entrepris d'enseigner et que j'ai dû verbaliser mes ressentis, je me suis sentie en difficulté. J'ai alors commencé un travail visant à améliorer mes capacités verbales. Ces trois années de formation m'ont appris que la qualité de ma verbalisation devra sans cesse s'enrichir afin de m'adapter à la diversité des usagers.

Dans ce mémoire, je m'appliquerai à démontrer, qu'il est difficile et essentiel de rendre cohérent ces deux modes de langage (verbal ou non verbal) pour optimiser la communication.

La communication m'apparaît comme un phénomène social, avec des règles et des codes qui rendent possibles et prévisibles les relations humaines. Elle est primordiale, elle est un des éléments de l'altérité. Paul Watzlawick explique : *« on ne peut pas ne pas communiquer, car l'être est par constitution, un système de communication »*. Par conséquent, tout comportement est porteur de sens. Le vecteur essentiel de communication est d'abord le langage parlé ; néanmoins, les comportements non verbaux, véhiculent des informations, celles-ci passent toutes par le corps. Durant cette formation, j'ai travaillé dans différents lieux de stage. Le premier s'est déroulé dans un Institut d'Education Motrice (IEM), où les enfants, adolescents et jeunes adultes que j'accompagnais avaient tous de grandes difficultés à s'exprimer verbalement et où, par conséquent, le corps et son langage particulier, revêtait une grande importance.

J'ai effectué mon stage à responsabilité dans un Centre Médico Psychologique (CMP) pour enfants. Ici, je me suis aperçue que le langage verbal ne pouvait être interprété de manière linéaire. En effet, certains comportements corporels étaient en totale opposition avec le langage verbal exprimé. Mon postulat est que ces deux modes de langage sont indissociables. Je me suis donc interrogée : comment serait-il possible d'ajuster, de mettre en adéquation ces deux modes d'expression, afin que l'utilisateur s'exprime au mieux. Marcel

Mauss¹ consacre une partie de sa réflexion aux « techniques du corps » et à la façon dont les Hommes s'en servent selon les époques, les sociétés et les cultures. Le corps représente une partie importante de la communication dans les relations sociales, relations elles même déterminées par la société.

Xavier Gallut² explique que l'éducateur « *ne peut ignorer la dimension corporelle de l'être humain puisque son action implique le corps, le sien et celui des autres* ».

J'ai donc choisi de travailler ces deux axes : le corps et la parole, en proposant un projet socio éducatif pour le CMP où j'ai travaillé avec un groupe d'enfants présentant des problèmes relationnels et/ou des troubles du comportement, avec des troubles de la communication. Ils communiquaient souvent de manière inadaptée pour diverses raisons : des carences éducatives et/ou affectives, des troubles des liens d'attachement, de la maltraitance physique et psychologique, des abus sexuels. Leur parole est perturbée, ils parviennent difficilement à exprimer leurs désirs, si ce n'est par le corps et souvent par un mode agressif. En effet, pour se distancier de leurs angoisses, leurs actes sont fréquemment destructeurs. L'éducateur spécialisé doit donc aider les usagers à mettre des mots sur leurs souffrances et « déplacer » l'expression du corps à la parole ; comme il doit tenter de les relier de manière cohérente.

Mes différentes lectures à propos des théories de l'attachement, de l'enveloppe corporelle, des interactions parents/enfants, ont orientées mon projet. Celui-ci a été pensé comme un lieu de rencontre et d'apprentissage de la réflexion, et de cohérence de l'expression verbale et corporelle. C'est un espace relationnel produisant du sens à partir des émotions et des sensations. Ces différentes réflexions construisent ma problématique :

En quoi, dans le cadre d'un accompagnement socio-éducatif, un travail du corps participerait à améliorer la communication d'un enfant et, par conséquent, augmenter l'estime qu'il a de lui-même, permettant des relations sociales plus « normalisées » ?

¹ MAUSS Marcel, Les techniques du corps » Sociologie et anthropologie, éditions Quadrige /PUF, Paris, 2003

² GALLUT Xavier, Educateur spécialisé, doctorant en sciences de l'éducation, chargé de cours à l'université Victor Segalen Bordeaux 2. Les cahiers de l'actif- N° 348-349.

J'envisage trois hypothèses:

- Le corps est vecteur de communication, il participe à l'expression de la relation à l'Autre.
- L'éducateur spécialisé est un « Autre », celui qui permettra à l'utilisateur d'expérimenter l'altérité à travers ses ressentis corporels.
- Le contrôle du corps, son appropriation, incite l'utilisateur à mieux s'exprimer et à mieux s'affirmer en tant qu'individu.

Cet écrit se présentera de la façon suivante : un premier chapitre à propos de l'institution, avec le diagnostic socio éducatif effectué, et l'émergence de ma problématique. Dans le second chapitre, je décrirai le groupe thérapeutique dans lequel j'ai ensuite mis en place mon projet. J'introduirai des éléments théoriques et présenterai mon projet. Le dernier chapitre évaluera la pertinence des mes ateliers.

PARTIE I : Institution et diagnostic socio-éducatif

I. L'institution.

1/ Le cadre institutionnel du Centre Médico Psychologique pour Enfants (CMP).

1.1. Le cadre juridique.

Pour comprendre le fonctionnement d'un Centre Médico Psychologique, il faut connaître le cadre législatif s'y rapportant. Ce cadre nous aide à mieux appréhender nos missions. En ce sens, je vais m'attacher à présenter les différentes lois encadrant le CMP.

La fonction d'un CMP :

« Les CMP participent à la mise en œuvre de la politique de santé mentale en faveur des enfants », c'est ce qu'annonce la **circulaire du 11 décembre 1992**. Plus précisément encore, un **arrêté ministériel du 14 mars 1986** définit les CMP comme des « *unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile mises à la disposition de la population (...)*³ ».

³ <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-86.pdf>

Ce texte vient en application de l'article de la **loi du 31 décembre 1985**, stipulant que chaque établissement assurant le service hospitalier dans le cadre des secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés, a la responsabilité de lutter contre les maladies mentales, et ce, à l'intérieur de l'établissement, mais aussi en dehors de celui-ci.

Les CMP ont un rôle essentiel dans le dispositif de soin. La **circulaire du 14 mars 1990**, relative aux orientations de la politique de santé mentale stipule que le secteur doit « *se centrer sur les CMP afin d'offrir des soins de santé primaire près de la population, et faire contrepoids à l'hospitalo-centrisme.* »⁴

Le Code de la Santé Publique :

Les CMP sont régis par le Code de la santé Publique. A ceci s'ajoute un cadre réglementaire plus général dans lequel s'inscrivent différents textes de loi :

- **Les Droits de l'Homme et du Citoyen.** Ce texte se base sur la question de l'égalité des droits et des chances. Il implique donc que toute personne puisse être reçue au CMP, quelle que soit son milieu social, sa problématique, ou encore sa culture. La gratuité des prises en charge dans les CMP, permet d'accéder à ces valeurs.
- **la loi 2002-2**, rénovant l'action sociale et médico sociale et plaçant l'utilisateur au centre du dispositif, permet à l'utilisateur d'affirmer et de redéfinir ses droits. Il peut désormais accéder à toute information le concernant, choisir son accompagnement et l'établissement dans lequel il recevra ses soins. Cela implique pour les professionnels, un véritable travail de partenariat avec l'utilisateur. Cette loi exige des professionnels qu'ils repensent leurs pratiques, rénovent leur culture, déploient des réseaux et qu'ils s'évaluent régulièrement. De plus, le professionnel doit maintenant s'appuyer sur des procédures qui permettent à ce dernier d'être protégé par des textes et à l'utilisateur d'être informé de manière formelle
- **la loi 2002-303 du 4 mars 2002** (ou loi Kouchner) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, garantit aux usagers un accès universel aux soins de qualité. Il donne aux usagers le droit au respect de la dignité, de la vie privée et du

⁴ <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-86.pdf>

secret médical, il informe et prend en compte le consentement du patient, et fait participer les usagers au système de santé.

- **la loi du 4 mars 2002** sur l'autorité parentale stipule que « *L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant (...) Elle appartient aux père et mères jusqu'à la majorité de l'enfant (...) Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.* ». Nous ne pouvons ignorer cette loi lorsque nous travaillons avec les usagers. En effet, sans le consentement des parents, l'accompagnement ne pourra avoir lieu. Il faudra pour cela établir une relation de confiance avec eux qui permettra à l'enfant de s'investir dans le soin.
- **La loi du 11 février 2005** reprend ce même concept de l'égalité des droits et des chances, mais pour les personnes en situation de handicap. Ici, le handicap psychiatrique en particulier, mais pas seulement.
- **La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009** qui impose une modernisation des établissements de santé, des soins de qualité pour tous, propose une organisation territoriale du système de santé et impose une politique de prévention et de santé publique. Je l'expliquerai par la suite lorsque j'aborderai la psychiatrie dans le département où j'ai effectué mon stage ainsi que le module d'appui.
- **La loi du 5 juillet 2011** relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Leur financement :

Leur financement est assuré par la Sécurité sociale comme l'indique la **circulaire Sécurité Sociale 35 Bis SS du 16 avril 1964**, consacrée à la définition et la conception des CMP, à leur fonctionnement général et à leur financement. Les prescriptions de prises en charge individuelle ou de groupe sont prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

Les missions des assistants sociaux éducatifs de la fonction publique hospitalière :

Le décret n° 93-652 du 26 mars 1993, dans son article 2, précise que les éducateurs en CMP sont des assistants socio-éducatif et qu'ils ont « [...] pour mission d'aider les personnes, les familles ou les groupes qui connaissent des difficultés sociales à retrouver leur autonomie, et de faciliter leur insertion. Dans le respect des personnes, ils recherchent les causes qui compromettent leur équilibre psychologique, économique ou

social. Ils participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet de l'établissement dont ils relèvent ainsi que des projets sociaux et éducatifs. [...] Les éducateurs spécialisés, qui participent, en liaison avec les familles, à l'éducation des enfants ou adolescents en difficulté d'insertion et sont chargés du soutien des personnes handicapées, inadaptées ou en voie d'inadaptation. Ils concourent à leur insertion scolaire, sociale et professionnelle au moyen des techniques et activités appropriées."⁵

1.2. Le public accueilli :

Le CMP accueille des enfants présentant des symptômes concernant les grandes fonctions : alimentation, contrôle sphinctérien, sommeil, activité et motricité, fonctions cognitives et conscience, retards et troubles des acquisitions psychomotrices. Sont également accueillis des enfants dont les situations socio-familiales nécessitent des soins psychologiques et/ou psychiatriques: difficultés scolaires, problèmes familiaux et relationnels, maltraitance et abus sexuels, difficultés liées aux conditions d'environnement social. Peuvent aussi recevoir des soins, les enfants présentant des symptômes, des signes et des manifestations comportementales ; des symptômes thymiques, des symptômes anxieux, névrotiques et à expression corporelle, des idées délirantes, des hallucinations, des troubles de la personnalité, du développement de la personnalité.

Les enfants sont adressés par des professionnels médicaux, paramédicaux, scolaires, éducatifs, de la justice, par des demandes directes (parents)...etc.

1.3. Les missions du CMP : une réponse en adéquation avec le public accueilli.

Le CMP accueille des enfants âgés de 0 à 12 ans. Il a une file active d'environ 1000 enfants. Les principales missions du CMP, comme le stipule la circulaire du 15 mars 1960, sont la prévention des troubles psychoaffectifs et intellectuels, l'évaluation, le diagnostic, le soin ambulatoire, les interventions à domicile, l'orientation des troubles et des souffrances des enfants liés à une problématique de la mise en place de la parentalité, de l'attachement, de l'interaction. Elles traitent des désordres psychosomatiques, des évènements de vie, des troubles du comportement, de la conduite ainsi que des troubles du développement. Le CMP propose des soins : relationnels, éducatifs, préventifs et curatifs, au travers de différents médiateurs. Egalement des soins de rééducation en orthophonie et

⁵ Décret n° 93-652 du 26 mars 1993, article 2
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000544137>

en psychomotricité, des consultations familiales. Les soins vont de la simple consultation, aux soins en hôpital de jour en passant par les suivis individuels, les groupes thérapeutiques et les Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).

1.4. Le parcours type d'un enfant orienté au CMP:

Premier contact :

Une demande est formulée par les parents en appelant le standard téléphonique du CMP. Les secrétaires la reçoivent et la transmettent au cadre de santé. Cette demande est exposée lors de la réunion clinique hebdomadaire du lundi après midi en équipe pluridisciplinaire. En fonction de la demande, un professionnel, médecin-pédopsychiatre, psychologue ou soignant, secondé par un médecin référent va prendre en charge cette situation. Un rendez vous sera proposé aux parents et à l'enfant. En général, l'attente est d'environ trois semaines entre la demande formulée et le rendez-vous.

La première rencontre :

L'enfant est accueilli en premier entretien avec un ou deux de ses parents. (L'acceptation au soin des deux parents est indispensable en référence à la loi du 4 mars 2002 du code civil, relative à l'autorité parentale). Ce premier entretien permet une vision globale de la situation et une première approche de l'enfant et sa famille.

Les rencontres suivantes :

Après ce premier entretien, suivent des entretiens d'évaluation où l'on créera une relation soignant/patient et où l'enfant est observé cliniquement afin de cerner sa problématique. Si nécessaire, on propose des entretiens de suivi pour travailler sur l'accompagnement de l'enfant. Celui-ci est reçu seul ou accompagné de son ou de ses parents (comme dans les entretiens d'évaluation). Cette étape est particulière car elle définira si l'enfant a besoin de soins autres que ceux prodigués en consultation individuelle. A la fin de cette période de suivi, soit le soignant considère que le soin a été suffisant (les consultations s'arrêtent), soit que l'état de l'enfant nécessite d'autres soins, plus ciblés, en ateliers ou en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Tous ces soins sont groupaux. D'autres propositions de soins sont possibles : individuel et groupal, individuel et familial, de la rééducation en plus de la thérapie. L'important est que le projet de soin soit réadapté pour chaque enfant. En effet il est régulièrement évoqué en réunion clinique.

Il existe divers ateliers en groupe :

D'une durée d'une demi-heure à une heure et quart selon les ateliers. Ils sont proposés aux enfants ayant des difficultés de relation et de communication. Ils visent à permettre aux enfants une compréhension de leurs difficultés relationnelles et une expérimentation d'autres modes de communication entre enfants et entre adultes et enfants. Certains d'entre eux ont également une relation particulière avec leur corps (trouble du développement et perception morcelée, agitation psychomotrice, hypersensibilités dues à leur trouble ou leur histoire) et certains de ces ateliers leur permettent de travailler sur différents points : l'attention conjointe, l'apaisement, la reconnaissance, le fait de pouvoir nommer ses sensations, prendre soin de son corps et de celui des autres...). Les équipes qui les animent sont constituées de 2 ou 3 soignants du CMP avec des formations diverses. Les médiations proposées varient en fonction de l'âge et des difficultés des enfants.

Les enfants nécessitant des soins plus « intensifs » :

Ces enfants sont pris en charge en CATTP durant deux heures. C'est un lieu d'observation et de soin qui permet d'affiner les diagnostics et les orientations ainsi que le projet de soin futur. On y travaille en particulier la mise en situation groupale. Une importance est donnée à la notion de soin dans un cadre contenant, notion développée par Donald Winnicott, avec le concept du « holding ». Grâce au cadre contenant, les enfants acquièrent une confiance de base qui leur permettra de faire de nouvelles expérimentations et des apprentissages, dont la séparation d'avec l'autre, l'exploration et le développement de l'identité propre, mais aussi de fortifier leur identité et de créer un espace transitionnel entre le dedans et le dehors, un espace de création.

De plus, la fonction de tiers (ou fonction Alpha de Wilfried Bion, sensée être apportée par la mère expliquant le monde à l'enfant afin de lui donner du sens), indispensable à l'enfant pour se construire, est représentée par le référent médical, l'équipe qui fait ici fonction maternelle, organisatrice de sens, ce qui permet de ne pas s'enfermer dans une relation exclusive. Cette aire transitionnelle qu'est le CATTP est en continuelle construction, jamais totalement acquise. Dans cet espace, peuvent être questionnées la capacité de vivre en lien avec soi-même et ses émotions (capacité de ressentir, rêver, de créer et de jouer), et la capacité de repérer la réalité externe comme étant bien réelle, extérieure et pouvant être partagée, contactée, utilisée. Les intervenants « contiennent » l'enfant (holding) tout en conservant une « distance professionnelle », (la plus adaptée possible), pour se centrer sur

l'enfant, sur ses besoins, son rythme. On lui procure un environnement « suffisamment bon », où son image de lui-même puisse lui être renvoyée et réfléchie (au sens du miroir).

Les enfants accueillis ont tous une problématique relationnelle et de communication. On y retrouve en grande majorité des enfants présentant des troubles envahissants du développement (TED), un spectre autistique et parfois des troubles du comportement, liés à des contextes socio-familiaux difficiles, à des carences affectives, des troubles de l'attachement...etc. Ces soins peuvent être réalisés conjointement par les soignants du CMP et ceux de l'Hôpital de jour.

Accompagnements thérapeutiques plus spécifiques :

Ils sont effectués à l'hôpital de jour généralement durant des demi-journées. L'Hôpital de Jour est un maillon central de la prise en charge des pathologies autistiques et psychotiques de l'enfance et des Troubles Envahissants Du Développement (TED).

Permanence « Petite Enfance » :

Le CMP met en place une permanence pour les 0-3 ans et les femmes enceintes. Ce public est en général dirigé au CMP par la Protection Maternelle Infantile (PMI), le service de pédiatrie, de néo natalité et la maternité de l'Hôpital du département, mais aussi par le Centre d'Action Médico-sociale Précoce (CAMSP). Ce service, sans délais d'attente, offre une réponse rapide et adaptée aux besoins de cette catégorie de la population.

Le module d'appui :

Afin d'améliorer le travail de prévention et les actions dans le champ de la santé mentale des enfants habitant les quartiers les plus en difficulté de la ville, un module d'appui a été mis en place suite à une convention signée entre l'Etat et le Centre Hospitalier dont dépendent les CMP en 2005. Il met en place des actions individuelles adaptées aux contextes particuliers de chaque enfant et de sa famille, au plus près du quotidien pour un public ayant de la difficulté à venir vers le soin. Il propose une approche des problématiques collectives identifiées à partir de ces actions.

2/ rappel du contexte psychiatrique sur le département.

2.1. Définition de la psychiatrie.

En premier lieu, qu'est ce que la psychiatrie ? C'est une spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales, des troubles psychologiques. Le champ de la psychiatrie s'étend de la prévention au traitement, en passant par le diagnostic des troubles mentaux, incluant les divers troubles cognitifs, comportementaux et affectifs.

La discipline recouvre la psychiatrie Infanto-Juvénile qui concerne les enfants, la psychogériatrie destinée aux personnes âgées, et la neuropsychiatrie ainsi que la psychiatrie adulte.

2.2 La psychiatrie dans le département du lieu de stage.

Dans le département, l'hôpital psychiatrique de la ville, à vocation généraliste, traite tout ce qui concerne les troubles psychiatriques. C'est un hôpital public qui dépend des orientations de l'Agence Régional de Santé (ARS). Les structures de soins sont réparties dans le département. Ils vont de la simple consultation à l'hospitalisation à temps plein, pour adultes, adolescents ou enfants. Un projet de soin individualisé est proposé à chaque patient. Il existe également une structure privée psychiatrique (subventionnée en partie par l'état) : La Clinique D. dans une ville à proximité.

Les soins psychiatriques concernent :

- 1- La psychiatrie Adultes (à partir de 16 ans)
- 2- La psychiatrie Infanto-Juvénile (de 0 à 16 ans)

La psychiatrie Adulte dépend du centre hospitalier. Elle comprend 4 secteurs qui assurent le suivi des patients en ambulatoire dans le cadre des modalités d'hospitalisation de jour à temps plein. Un centre d'accueil et de crise (CAC 48) situé à l'hôpital permet de réaliser des hospitalisations sur une courte durée (environ 48 h), évitant des hospitalisations en psychiatrie et la stigmatisation de certains patients. Des prises en charge spécifiques sont réalisées en direction de certaines populations, notamment par l'équipe mobile de psychogérontologie pour les personnes âgées et par l'équipe d'une clinique accueillant les personnes adultes autistes.

Le pôle de psychiatrie Infanto-Juvenile est composé des deux inter secteurs Nord et Sud. Il s'articule avec le service Médico psychologique pour Adolescents qui assure la prise en charge des 12-16 ans sur la ville où mon stage s'est effectué et son agglomération.

Ce service adolescent compte deux CMP, un dans la grande agglomération et un autre dans une unité d'hospitalisation de jour au sein de l'hôpital psychiatrique même. Pour les adolescents difficiles, avec des problématiques particulièrement complexes, un réseau met en lien différents partenaires de l'éducatif, de la justice, du médico-social, du sanitaire et de l'associatif afin de trouver des solutions concertées et personnalisées. Le service Infanto-juvenile est divisé en deux secteurs : Sud et Nord.

3/ L'équipe du CMP.

3.1. Une équipe pluridisciplinaire

L'équipe pluridisciplinaire : ce terme me fait toujours penser à une fourmilière : un groupe de personnes appartenant à une même catégorie, ici les soignants, mais ayant tous une fonction et des rôles distincts, avec un objectif commun : le bien être de l'enfant, son insertion ou sa réinsertion dans la société, et son entourage familial si possible.

Au sein du CMP, différents professionnels de l'enfance et de l'adolescence se côtoient : 3 pédopsychiatres, 2 cadres de santé, 2 psychologues cliniciennes, 1 psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie, 1 interne, 2 orthophonistes, 2 psychomotriciennes, 3 infirmières, 2 éducateurs spécialisés, 2 assistants sociaux, 2 secrétaires médicales, un Agent de Service Hospitalier (ASH). Cette équipe a pour mission de travailler avec l'ensemble des partenaires concernés par les enfants et leurs parents (médecins généralistes, pédiatres, praticiens libéraux, maisons sociales de proximité, crèches, milieu scolaire, protection de l'enfance, justice...). Elle travaille en lien avec le Centre d'Action Médico-social Précoce (CAMPS) et la Prévention Maternelle Infantile (PMI).

L'ensemble du personnel est soumis au secret médical, à l'obligation de réserve, au secret médical partagé et au secret professionnel.

3.2. Le rôle de chacun des membres de l'équipe.

Finalement, chaque corps de métier, qu'il appartienne au social, au médical ou au paramédical, s'imbrique l'un dans l'autre pour permettre à l'enfant accueilli et à sa famille d'être accompagné de la meilleure manière possible.

Les secrétaires médicales sont la « plaque tournante » du CMP. La majorité des informations passent par ce lieu. Elles assurent le lien, l'accueil et la prise en charge de l'utilisateur à son arrivée. Enfin, elles contrôlent la cohérence, la confidentialité et la sécurité des données.

Les pédopsychiatres sont les médecins référents des enfants. Ce sont eux qui supervisent les situations suivies par d'autres intervenants, en plus de leurs consultations. Ils animent également des thérapies familiales parfois en binôme avec un éducateur spécialisé. En tant que médecin, ils sont habilités à délivrer des médicaments.

Les cadres se partagent deux rôles distincts. Il y a le cadre supérieur de santé qui dirige et coordonne le pôle de psychiatrie Infanto Juvénile du département et le cadre de santé responsable du CMP

Les orthophonistes, ont trois pôles d'intervention au CMP : la prévention, l'évaluation et le soin. L'orthophoniste travaille en lien avec d'autres professionnels ayant déjà reçu l'enfant.

Les psychomotriciennes, rééduquent les troubles liés à des perturbations d'origine psychologique, mentale ou neurologique. Elles interviennent sur des dysfonctionnements du mouvement et du geste.

Les infirmiers, assurent une permanence, un accueil de l'enfant, de ses parents et/ou de son entourage, informent et orientent. Ils travaillent avec les partenaires. De par leur formation, ils sont à même de repérer et formuler des pré-diagnostic.

Les psychologues, tentent de comprendre la difficulté actuelle de l'enfant et d'en retracer l'histoire. Il s'agit de comprendre ce que l'enfant essaie de signifier et que lui-même ignore. Des tests intellectuels ou projectifs sont proposés en fonction de la demande des parents, du médecin référent (et de l'enfant) mais aussi en fonction de ce qu'auront apporté les précédentes consultations.

Les assistants de services sociaux, accompagnent les parents dont l'enfant poursuit un soin au sein de la structure CMP. Ils apportent une aide aux demandes administratives de prise en charge des familles. Ils se placent dans un travail d'interface entre le sanitaire et le social, d'accompagnement des familles, d'information et d'orientation s'il y a nécessité de placement en institutions spécialisées. Le travail en partenariat est donc important.

L'interne intervient sur une période plus ou moins courte (de 6 mois à 1 an). Tout comme les pédopsychiatres, c'est d'abord un médecin. Il est en situation de « stage » de manière particulière : il apprend mais il a une place en tant que professionnel qualifié.

L'ASH, a pour fonction de maintenir les locaux propres.

4/ Le rôle de l'Éducateur Spécialisé dans le CMP : un soignant comme les autres ?

4.1. Une période d'observation :

Il m'a semblé essentiel de réserver un espace éloquent à cette partie. En effet, la place de l'éducateur spécialisé dans une structure de soin m'a questionnée à mon arrivée. J'avais du mal à comprendre pourquoi les éducateurs spécialisés disaient qu'ils étaient des soignants, et me demandais donc ce que j'allais faire dans ce stage. Je me suis alors appuyée sur des recherches, des lectures, de la documentation, afin d'étayer mes connaissances du terrain. Pourtant, cela ne m'a pas réellement permis d'appréhender l'ampleur du travail de l'éducateur en CMP. Il m'a fallu expérimenter, me plonger au cœur de ce travail passionnant, être en relation avec l'équipe, les enfants et leurs familles, pour y trouver du sens, et comprendre. C'est à ce moment là que j'ai trouvé ma place, et réellement pris part dans le travail en équipe.

Après un an passé dans la structure à observer puis expérimenter mon futur métier, je me suis fait une opinion sur le travail de l'éducateur dans une structure comme le CMP. Cela a été au début, déroutant de s'entendre dire que l'éducateur est un soignant... nous passons la majeure partie de notre formation à entendre que notre rôle est éducatif, jamais je n'avais entendu dire qu'il pouvait être également thérapeutique.

4.2. Le rôle de l'éducateur spécialisé en CMP, ses missions :

L'éducateur spécialisé accompagne les enfants de manière tantôt individuelle tantôt groupale. Le soin est individualisé mais les prises en charges « [...] sont basées sur une perception globale de l'enfant : ce qu'il présente, ce qu'il est, ce qu'il fait, ce qu'il accepte de donner et de recevoir. Son rythme est respecté, ses capacités sont valorisées, l'éducateur encourage l'enfant à chaque étape. »⁶. Il participe à la mise en œuvre du projet thérapeutique en réalisant des entretiens avec les enfants, avec la famille. Son intervention s'appuie sur l'observation clinique, sur son expérience et il utilise différents outils afin d'entrer en relation avec les enfants. Cela lui permet de mener à bien un accompagnement, en créant une relation de confiance et de proximité. Pour cela il s'appuie et « travaille en utilisant des supports de médiations variés et adaptés aux besoins des enfants et pré-

⁶ Le journal de l'E.P.S. Charcot Plaisir, n°25 février 2007. *Le dossier : la filière socio-éducative, 2^{ème} partie*
www.ch-charcot78.fr/documents/journal/Journal0207.pdf

adolescents tels que le dessin, les contes, les jeux de société, les légos, le soutien scolaire, les activités d'éveil... »⁷.

L'éducateur spécialisé, ne travaille pas seul mais en équipe et en partenariat. C'est ce maillage qui permet de rendre l'accompagnement le plus pertinent et le plus adapté aux besoins des personnes concernées. Cela « *nécessite une concertation régulière avec les parents, les différents membres de l'équipe du CMP, les partenaires extérieurs au CMP (écoles, médecins, orthophonistes, AS...)* ».

Des missions complémentaires qui se chevauchent :

En début de stage, j'ai eu du mal à « saisir » le rôle particulier de l'éducateur. Ce qui me perturbait le plus était que je ne voyais pas de manière évidente la différence entre les rôles de chaque intervenant. Hormis les rééducateurs de la structure (psychomotriciennes et orthophonistes), et les psychologues, qui exerçaient précisément leur discipline, les rôles des autres intervenants (infirmières, et éducateurs en particulier) me semblaient confondus et interchangeables. Dans les groupes et dans les CATTP, je ne voyais pas de grandes distinctions dans les interventions. « *Les Éducateurs Spécialisés, au sein de l'institution hospitalière sont positionnés sur des missions thérapeutiques qui les « rapprochent » des catégories professionnelles soignantes. De ce fait, l'exercice de la profession prend une autre dimension et trouve son sens dans un encrage thérapeutique et non plus seulement éducatif. On peut donc observer une complémentarité dans les domaines d'interventions.* »⁸

Avec le temps, mon regard s'est affiné et j'ai pu voir les choses différemment, observant des spécificités. J'ai appris, en côtoyant mes collègues de travail du CMP, que le soin est lié à l'éducatif et l'éducatif au soin et plus précisément que tout acte éducatif porté à un enfant est à visée thérapeutique, enfin que le thérapeutique, vient au service de l'éducatif.

Le travail en équipe :

Le travail d'un éducateur au CMP s'effectue dans une équipe pluridisciplinaire constituée de personnels médicaux et paramédicaux, dits « soignants ». Leurs actions sont souvent complémentaires, mais elles se chevauchent également. J'ai remarqué au cours de mon stage, que les infirmiers et les éducateurs sont ceux qui s'interrogent le plus à propos de

⁷ Le journal de l'E.P.S. Charcot Plaisir, n°25 février 2007. *Le dossier : la filière socio-éducative, 2^{ème} partie* www.ch-charcot78.fr/documents/journal/Journal0207.pdf

⁸ Le journal de l'E.P.S. Charcot Plaisir, n°25 février 2007. *Le dossier : la filière socio-éducative, 2^{ème} partie* www.ch-charcot78.fr/documents/journal/Journal0207.pdf

leurs rôles et de leurs fonctions dans un CMP. Les premiers tiennent à garder une identité thérapeutique, bien qu'en relation étroite avec les missions de l'éducateur. Les seconds, se revendiquent soignants. Selon moi, ce qui fait l'intérêt d'une équipe pluridisciplinaire, c'est la manière d'aborder l'utilisateur, qui diffèrera de par la sensibilité et la personnalité de chacun, mais aussi de par leurs formations respectives. En CMP, comme partout ailleurs, cette équipe est complémentaire et c'est ce qui fait sa richesse et sa force, c'est ce qui permettra à l'utilisateur d'être considéré dans sa globalité pour un meilleur accompagnement. Lorsque j'ai eu évolué suffisamment de temps au sein du CMP, et pris suffisamment d'autonomie, j'ai pu trouver ma place d'éducatrice dans cette structure de soin. Alors, comme mes collègues éducateurs, je me suis sentie éducatrice et soignante.

Cœur de métier :

Pour moi, le CMP et les soins qui y sont prodigués ont été une rencontre avec ce que je crois être l'essence même de notre métier : le travail avec l'Autre, sa rencontre, le respect de ce qui l'a construit, mais aussi le respect de ses droits. La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico sociale nous le stipule : nous devons prendre en compte l'utilisateur dans sa globalité et le placer au centre du dispositif. Ce décret, m'a confirmé que l'éducateur avait sa place dans un CMP car il gardait ses missions spécifiques en œuvrant pour l'autonomie et l'insertion sociale des usagers. En effet, « *L'aide thérapeutique que celui-ci peut apporter est une démarche d'accompagnement afin de développer les capacités relationnelles et d'apprentissage de l'enfant* »⁹.

Conforter l'Autre qu'il a sa propre place dans la société, est à la fois un acte éducatif et soignant qui m'est devenu, difficilement dissociable. Serge Kurts, éducateur spécialisé en hôpital de jour dira d'ailleurs : « *Il est bien difficile pour moi de dire à quel moment j'éduque et à quel moment je soigne, tant les actes de soins et d'éducation sont intimement liés.* »¹⁰.

⁹ Le journal de l'E.P.S. Charcot Plaisir, n°25 février 2007. *Le dossier : la filière socio-éducative, 2^{ème} partie*
www.ch-charcot78.fr/documents/journal/Journal0207.pdf

¹⁰ KURTS S. Article « soigner et éduquer » Empan n°26, juin 1997.

II. Diagnostic socio-éducatif, problématique et hypothèses

1/ Observations cliniques et constats:

J'ai effectué différents types d'observations lorsque je suis arrivée sur ce lieu de stage. Celles-ci m'ont permis d'appréhender les diverses problématiques des enfants accueillis au CMP et de pouvoir mieux envisager ma place et mes interventions.

1.1 Observations cliniques des enfants dans la salle d'attente

Dans un premier temps, mon observation s'est basée sur le comportement et sur la manière de communiquer des enfants entre 8 et 11 ans dans la salle d'attente, qu'ils appartiennent à un groupe avec lequel je travaillais ou non, ou qu'ils soient ici pour de simples consultations. Je me suis contrainte pour cette analyse clinique à n'observer que les enfants présentant des troubles du comportement et ne parvenant pas à communiquer de manière adaptée.

1.2 Observations cliniques dans le groupe Play Back :

Dans un second temps, pour affiner mon analyse clinique, j'ai observé plus particulièrement les enfants accueillis dans le groupe Play Back (deux filles et trois garçons), auquel j'avais participé comme observatrice l'année précédente en première partie de stage, et où j'ai mis en place mon projet cette année. Le théâtre Play Back est une école fondée depuis 1979 à New York par Jonathan Fox et transposé au théâtre de la réminiscence par JP. Klein. C'est un groupe de dramathérapie, thérapie médiatisée par des outils issus de l'art dramatique avec un temps dédié spécifiquement à une technique qu'est le théâtre Play Back. Il est utilisé ici à vocation thérapeutique mais était à l'origine du théâtre de lien social.

Problématiques repérées :

- **Des enfants très agités**, gesticulant énormément, parlant fort, criant presque, provoquant leurs congénères par des coups de coudes, des brimades, etc. Sur les cinq enfants observés, deux appartenaient à cette première catégorie. Les deux enfants étaient des garçons, en surpoids, et leur problématique était liée à l'attachement, à une carence affective et éducative, ainsi qu'à des violences subies dans leur petite enfance.

Ces enfants ne communiquaient verbalement que lorsqu'ils invectivaient leurs camarades. Le reste du temps, c'est leur corps qui parlait pour eux, de façon souvent brutale et incontrôlée. Le regard était généralement fuyant.

- **Des enfants inhibés** ou d'apparence inhibée, silencieux, la tête baissée assis sur leur siège, absorbés dans la contemplation de leurs mains, ou étudiant attentivement leurs camarades, en retrait. Ici, pas de contact physique volontaire. Dans cette seconde catégorie entraient deux filles et un garçon.

1.3 Analyse des Observations cliniques dans le groupe Play Back :

J'ai observé deux manières de se montrer, deux manières de communiquer, deux attitudes corporelles distinctes voire opposées et toutes « inadaptées ». Les observations repérées dans la salle d'attente se sont transférées jusqu'à la salle où se déroule le groupe à une exception près. Un des garçons de la seconde catégorie, c'est-à-dire parmi ceux qui avaient un comportement inhibé et calme, s'est avéré être en fait un enfant avec des comportements agressifs, dès que l'un de ces camarades l'approchait de « trop » près. A certains moments, il donnait l'impression d'une extrême violence contenue, comme s'il vivait un conflit intérieur douloureux. Il m'a semblé que son retrait était une façade qui empêchait l'altérité, un mécanisme de défense. C'est également une forme de communication, un langage clair : « ne m'approchez pas, laissez moi tranquille, vous pourriez le regretter...etc. » Pendant le temps du groupe, les enfants exprimaient des demandes explicites : « On fait un truc qui fait bouger ? », « on danse ? ». Il me semble qu'ils exprimaient de l'angoisse face à la demande relationnelle directe, mais aussi la possibilité de trouver un contenant dans des formes corporelles. Rester assis à écouter les autres ou à devoir parler était très difficile pour eux. Je pense qu'ils avaient besoin de communiquer par le corps, leur permettant ainsi de libérer leurs ressentis. Toutefois, leur gestuelle n'était pas adaptée, souvent violente ou désorganisée ou, à contrario, quasi inexistante. La communication qu'ils pensaient développer de cette manière était de nouveau altérée, qu'elle soit verbale ou corporelle

2/ Constats :

2.1. Une communication difficile, des comportements souvent « inadaptés ».

La plupart des enfants reçus au CMP ont un point commun : Ils communiquent peu et/ou de manière inadaptée. Ces difficultés nous renseignent souvent sur la mauvaise perception

qu'ont ces enfants de leur schéma corporel, sur un défaut de contrôle de leur corps, cela les entrave, ou au contraire les « déborde » et les empêche de communiquer de manière adaptée. Ces problématiques sont souvent des symptômes de troubles du comportement, ou de troubles envahissants du développement...etc. majorées par des carences affectives et/ou éducatives importantes¹¹. Fréquemment, ils sont repérés par l'école en raison de leur comportement, mais aussi par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), l'Institut Départemental de l'Enfance et l'Adolescence (IDEA), ou par demande directe des parents.

2.2. Réflexion sur le terme « communication »

Cela m'a amenée à réfléchir sur ce qu'était réellement la communication. Etymologiquement, le mot vient du latin « communicare » qui signifie : partager quelque chose, mettre en commun. Le mot est formé de CUM : « ensemble, avec » et MUNIS ou MUNIA : « charge, fonction ».

Définitions :

Je pense que la communication est un ensemble de facteurs. Le **Larousse** définit la communication comme une : « *Action d'être en rapport avec autrui, en général par le langage : échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse. (...) Action de mettre en relation, en liaison, en contact, des choses.* ». La communication est selon moi automatique, dès lors que l'on se trouve en présence d'une personne : nous communiquons et entrons en relation. Le **Larousse** dit encore que communiquer c'est « *faire passer quelque chose, le transmettre à quelqu'un d'autre. (...) Faire partager à quelqu'un un sentiment, un état (...). (...) Entrer en contact avec quelqu'un, lui faire part de sa pensée, de ses sentiments.* »

Paul Watzlawick, co-fondateur de l'école Palo Alto donne en 1981, la définition suivante : « *Ensemble des dimensions de notre monde réel qui résultent du fait que des « entités » en général (avant tout, bien évidemment, des hommes) entrent en relation les unes avec les autres et se mettent à agir les unes sur les autres.* »¹² Ici, la dimension d'interaction est importante. L'Autre s'impose comme une évidence dès lors que l'on parle de communication, il y a échange.

¹¹ Je mets à part les enfants ayant ces mêmes troubles mais en raison d'une maladie génétique. Dans ce mémoire, je ne traiterai que des enfants sans pathologie génétique.

¹² R. Legendre, *Dictionnaire actuel de l'éducation*.

Eugène Henriquez donne la définition suivante dans l'ouvrage la formation psychosociale dans les organisations¹³ : « *Communication : Fait de manifester sa pensée ou ses sentiments, par la parole, l'écriture, le geste, la mimique, dans le but de se faire comprendre. Scientifique : Processus par lequel une source d'informations A tend à agir sur un récepteur B de manière à provoquer chez celui-ci l'apparition d'actes ou de sentiments permettant une régulation des activités de B ou du groupe auquel appartenant A et B.* ». Ici, la communication est considérée dans sa globalité. Le corps y a une place importante (mimiques du visage, geste). La notion d'interaction y est très forte puisqu'elle implique que « la source d'information » attende une réponse du « récepteur » pour ajuster les actes qui suivront. L'Autre est primordial.

Une théorie basée sur la synergologie¹⁴, discipline récente qui a pour objet l'identification et l'interprétation de la communication humaine à partir de l'analyse du langage corporel des individus, explique que lorsque nous réfléchissons, nous ne faisons pas de geste. Ces derniers apparaissent lorsque l'on est en relation avec quelqu'un. Le geste serait donc lié à la relation, stimulant la production verbale et aidant à trouver ses mots. Pour la synergologie, le geste n'est plus seulement un support informationnel, mais devient un support relationnel pour entrer en communication.

Comme j'ai pu l'expliquer plus haut dans cet écrit, il existe différentes manières de communiquer. Il me semble que la communication, est déterminée par le langage verbal et/ou non verbal et se différencie selon l'environnement dans lequel elle a lieu. Ce qui est certain, c'est que le langage non verbal a une place au moins aussi importante que le langage verbal. Le milieu social et les vécus personnels influent sur les modes de communication.

3/ Emergence de la problématique et hypothèses :

Mon vécu en tant que professionnelle de la danse, mes rencontres avec des enfants « différents » lors de mon expérience d'AVS, mon stage en IEM avec des enfants en situations d'handicap moteur ou de polyhandicap, enfin, mon dernier stage en CMP, m'ont amenées à me questionner sur différents points. Dans un premier temps, j'ai voulu savoir

¹³ *La formation psychosociale dans les organisations*. Collection SUP, le psychologique. Presses universitaires de France. De CAVOZZI J., DUBOST J., ENRIQUEZ E., et GOGUELIN P. (1971).

¹⁴ Définition de la synergologie. www.linternaute.com> Dictionnaire.

quel était le rôle du corps dans le processus de communication, et je me suis ensuite interrogée sur les particularités propres à la communication corporelle qui induisent la transmission des émotions. Pour cela, je me suis attachée à une observation attentive des enfants, de leurs manifestations corporelles, des facteurs qui pouvaient les amener à réagir, de leurs réactions, de ce qu'ils tentaient de communiquer et de ce qu'ils communiquaient effectivement. Les théories liées à ces comportements m'ont beaucoup apportées, nous le verrons par la suite.

Dans un second temps, je me suis demandée en quoi la réappropriation de son corps facilitait t-elle la relation à l'Autre, et quel rôle pouvait tenir l'éducateur spécialisé à travers une activité de médiation corporelle ? Ici, je me suis servie de mes expériences professionnelles et j'ai fait « revenir à la surface » tout ce que j'avais déjà mis en place lors de divers ateliers de danse où j'avais reçu différents publics. Cette phase m'a permis de commencer à visualiser mon projet.

Ensuite, je me suis interrogée sur la place du corps dans l'acte éducatif et sur la posture à adopter face aux réactions corporelles de l'utilisateur. En effet, chaque corps est unique et chaque personne a une approche et une perception différente de celui-ci. Le corps de l'utilisateur et celui de l'éducateur spécialisé sont deux entités distinctes, mais qui sont souvent amenées à être en contact, à se toucher.

Pour terminer, je me suis questionnée quant aux bienfaits thérapeutiques d'un travail sur le corps, puisque j'inclusais un projet socio-éducatif au sein d'un CMP.

Ces divers questionnements m'ont amenés peu à peu à élaborer une problématique que je formulerai ainsi : **En quoi, dans le cadre d'un accompagnement socio-éducatif, un travail du corps participerait à améliorer la communication d'un enfant et, par conséquent, augmenter l'estime qu'il a de lui-même, permettant des relations sociales plus « normalisées » ?**

Pour répondre à cette problématique, j'aborderai les hypothèses suivantes :

- Le corps est vecteur de communication, il participe à l'expression de la relation à l'Autre.
- L'éducateur spécialisé est un « Autre », celui qui permettra à l'utilisateur d'expérimenter l'altérité à travers ses ressentis corporels.
- Le contrôle du corps, son appropriation, incite l'utilisateur à mieux s'exprimer et à mieux s'affirmer en tant qu'individu.

PARTIE II : Mon projet

I) Le groupe thérapeutique à médiation « art Dramatique », ou dramathérapie, théâtre Playback.

1/ Le besoin de réadapter le pré-projet...

En amont du stage, j'ai réfléchi à ma place et à mon intervention sur le terrain. J'ai construit un pré-projet afin de réfléchir à l'institution m'accueillant et au public que j'allais rencontrer. Il avait pour objectif de me permettre, une fois sur place, de me rendre compte de sa compatibilité avec les représentations que j'avais du lieu m'accueillant. J'avais prévu de travailler sur la relation parents-enfants et de les impliquer lors d'un atelier. Je me suis aperçue après quelques semaines d'observation, que si les relations parents-enfants étaient évidemment maintenues au CMP, elles n'avaient pas leur place dans le groupe Play-Back, où je souhaitais intégrer mon projet. J'y reviendrai dans une prochaine partie. Ils ne pouvaient pas être physiquement présents dans les ateliers. Les histoires de vie de certains des ces enfants, ne me permettaient pas d'inclure les figures parentales. En effet, certains d'entre eux étaient placés dans des établissements de protection de l'enfance et ne voyaient pas ou peu leurs parents. Pour d'autres les parents avaient des pathologies qui ne leur auraient pas permis de participer. Enfin, le groupe avait été conçu pour que les enfants puissent exprimer leurs ressentis librement sans avoir à craindre d'être brimés par la suite, de se sentir jugés ou de se retrouver en situation de conflit de loyauté vis-à-vis de leurs figures d'attachement. J'ai donc gardé en tête que je devrais travailler le lien parents-enfants, mais en l'abordant d'une autre manière, plus implicitement.

2/ Origines de ce nouveau projet :

Lorsque j'ai dansé puis enseigné la danse et mené des ateliers de « thérapie corporelle » de 1996 à 2007 à la faculté d'art de l'Université du Chili à des personnes venant de tous horizons (du théâtre, de la faculté de médecine, de la faculté de lettres...etc.), je me suis rendue compte de l'impact qu'avaient ces ateliers sur mes élèves. J'ai travaillé par la suite comme Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) avec une jeune fille victime d'une infirmité

motrice cérébrale (IMC). J'ai, à la demande de sa mère, appliqué quelques unes des techniques que j'avais enseignées lors de mes ateliers à la faculté. Les résultats ont été surprenants : Cette jeune fille complexée et angoissée, a commencé à s'exprimer et à entrer en contact avec ses camarades de classe, elle a aussi pu communiquer verbalement avec ses parents, ce qui jusque là avait été très difficile. Plus récemment, lors de mon premier stage effectué à l'Institut d'éducation Motrice, je me suis de nouveau posée la question de savoir en quoi le mouvement, même minime, et le travail sur le corps de ces enfants et jeunes adultes en grande difficulté physique, pourraient améliorer leur quotidien, et leur communication parfois très difficile.

Aujourd'hui, en m'appuyant sur le stage effectué au Centre Médico Psychologique (CMP) aux ateliers mis en place, et sur l'observation clinique que j'ai réalisée, je m'intéresse à la façon dont les enfants en souffrance psychologique, ponctuelle ou inscrite dans leur jeune histoire, pourraient par le contrôle des mouvements conscients et/ou inconscients de leur corps activer ou réactiver une communication qui a été rompue ou altérée. Le fait de travailler avec le corps, de le « sentir », de le contrôler et donc de le posséder, pourrait permettre en partie, d'améliorer leur vie quotidienne, en abordant d'une manière différente, leurs problèmes, leurs peurs, leurs limites, les autres, le monde. Tout en gardant leur personnalité, ils pourraient gagner une liberté dans le contrôle de leurs mouvements, et donc de leur corps, leur permettant de s'intégrer avec plus de facilité dans la société et par la même, communiquer de manière adaptée

3/ Le choix du groupe.

J'ai proposé que mon projet soit inséré dans le groupe Play Back, car il est indiqué pour des enfants présentant des troubles de la relation et de la communication, des troubles de l'attachement, des vécus traumatiques, des troubles du comportement. En effet, ces troubles impliquent souvent le corps dans ses manifestations les plus « archaïques » : inhibition, impulsivité, agressivité, et empêchent le langage de se manifester de manière adaptée. De plus, l'organisation du groupe me permettait une certaine liberté d'action et une intervention individualisée bien qu'au sein d'un collectif.

4/ La présentation du projet à l'équipe pluridisciplinaire du groupe Play back :

Lorsque j'ai proposé le projet à l'équipe, celui-ci avait déjà été longuement réfléchi. En effet, durant la première partie de mon stage j'avais participé au groupe Play back en tant qu'observatrice. Cela m'avait amenée, séance après séance, à penser cet atelier. Par le diagnostic socio éducatif que j'avais effectué des enfants lors des diverses analyses cliniques réalisées en salle d'attente, puis depuis mon poste privilégié d'observatrice, je pensais que ce projet pouvait correspondre aux besoins des enfants et serait complémentaire des autres ateliers proposés lors du déroulé du groupe. De plus, les ateliers auxquels je pensais semblaient s'adapter aux objectifs déjà posés du groupe « Play back ». C'est l'approche qui était un peu différente. Mon objectif n'était pas de faire un atelier de psychomotricité, mais bien de proposer à ces enfants un travail qui passerait par le corps, et qui allierait le geste à la parole afin qu'ils prennent conscience de leurs difficultés et de leur mode de communication. En les faisant évoluer, et développer plus de cohérence individuelle, en créant des liens (et en les gardant), ils pourraient ainsi mieux communiquer et retrouver une estime de soi. L'équipe a adhéré immédiatement au projet, le considérant comme un élément s'incluant logiquement au théâtre Play Back.

5/ Le groupe Playback et son cadre d'intervention.

L'objectif de ce groupe est de faciliter les capacités d'empathie, d'écoute de l'autre, ses mots, ses affects, ses gestes et ses non-dits ; de développer les capacités d'expression verbale, émotionnelle et corporelle ; de permettre de « se raconter » par la métaphore, sous le masque d'un objet médiateur ; de faire prendre conscience de la multiplicité des perceptions et des réactions face à une même situation, de manière différentes d'y réagir, de la vivre ; d'amener à expérimenter des rôles et situations qui ne sont pas dans son répertoire habituel.

5.1. Objectifs spécifiques du groupe 2013-2014.

Les enfants du groupe ont des troubles de l'attachement, du comportement. Ils ont des difficultés de gestion émotionnelle avec des passages à l'acte : fugues, mises en danger, violences envers l'autre...etc. Il faut les aider à s'ancrer dans la réalité, à ce qu'ils réalisent les conséquences possibles de leurs actes, et à éviter qu'ils soient dans l'impulsivité. Pour cela, les intervenants devront les accompagner pour qu'ils tentent de gérer leurs émotions,

qu'ils puissent verbaliser leur mal être, et travailler sur la relation de confiance qu'ils peuvent avoir en l'adulte, entre autre.

5.2. Les moyens mobilisés.

Les cinq enfants (deux filles et trois garçons), sont accueillis dans un espace contenant, équipé de fauteuils en mousse amovibles positionnés en « L » afin de faciliter la communication. Les espaces sont virtuellement séparés en deux parties : l'espace « vie quotidienne ou vie réelle », où s'assoient les enfants, et l'espace de « fiction » où se mettent en scènes les différents récits des enfants ou des intervenants. Quatre intervenants animent le groupe : une neuropsychologue clinicienne qui propose et dirige les activités, une infirmière, une éducatrice spécialisée et une stagiaire en éducation spécialisée (moi-même). Lorsque j'occupe le poste « d'observatrice » je ne peux pas intervenir.

Cette équipe pluridisciplinaire, offre une approche globale des enfants puisque ces derniers sont perçus à travers différentes perceptions professionnelles complémentaires. Ces visions distinctes sont au service d'un cheminement allant dans la même direction, en corrélation avec les objectifs du groupe thérapeutique.

5.3. Le déroulement :

Les intervenants viennent chercher les enfants réunis dans la salle d'attente du CMP située au rez de chaussé, puis les accompagnent jusqu'à la salle prévue pour le groupe Play back, au 1^{er} étage. La durée du groupe thérapeutique est de 1h15.

L'accueil : Lorsqu'ils entrent, les enfants s'assoient sur les fauteuils disposés en « L » dans la salle contre deux pans de mur. (Lors de la première rencontre, il est important de signaler que les enfants ont accepté un « contrat » selon lequel ils s'engagent à ne pas s'insulter, ni se frapper, ni se moquer des personnes incluant ce groupe. Ils se doivent respect mutuel ainsi qu'ils le doivent aux soignants. Il leur est également demandé une totale confidentialité.

Le temps de parole : Le groupe commence à fonctionner par un temps de parole donné à chacun. Les enfants choisissent le sujet. Souvent il s'agit du déroulement de la semaine, à l'école, dans leur famille ou bien des relations avec leurs pairs. Ils évoquent leur vécu affectif. Chaque enfant est libre d'intervenir si celui qui parle est respecté et qu'il n'est pas interrompu à mauvais escient. Des débats surgissent alors, ainsi que des échanges constructifs.

L'espace de fiction : La deuxième étape consiste à entrer dans l' « espace de fiction ». Il est nécessaire de clarifier la particularité de ce moment « hors de l'espace de la vie quotidienne » où l'on peut se montrer sous une nouvelle facette. C'est à ce moment là que je suis intervenue et que j'ai proposé mes ateliers. Ils ont été en fait, la liaison entre la mise en corps et la mise en parole et parfois les deux. J'ai proposé un « échauffement » qui se fait au rythme de la dynamique du groupe, à l'écoute de ses émotions. J'ai fait en sorte que les enfants aillent à la rencontre de leurs perceptions et mobilisent leur corps. Ainsi, ils passent dans l'imaginaire et dans la spontanéité.

Médiation du théâtre playback : Cette phase est constituée par la médiation: un des participants « monte » sur scène aidé par un adulte (facilitateur) et raconte une histoire « vraie ». Il désigne ensuite parmi les autres membres du groupe, dont les adultes, des représentants des personnages de son histoire. En fonction de la « représentation », la scène peut être stoppée sur un temps fort. Cela permet un « arrêt sur image » qui permet de montrer plus précisément les émotions ou les interactions vécues par les personnages (Les personnages sont comme des doubles). A la fin de la scène jouée, le narrateur évoque ses ressentis durant la représentation. Ensuite, les acteurs racontent eux aussi ce qu'ils ont ressenti, et parfois, font le parallèle avec des histoires personnelles similaires.

La sortie de l'« espace de fiction » : A ce moment là, il est nécessaire de clarifier que ce qui s'est passé dans cet espace particulier appartient au groupe. On rappelle ici le respect de l'espace confidentiel. En dehors de celui-ci, c'est l'espace présent (réel) où l'on poursuit sa vie. Il faut ramener chaque participant vers son espace de vie réelle. C'est un moment de rituel. On le symbolise sous la forme d'une « marmite » où chacun laisse une trace parlée et en mouvement, en lien avec la séance. Chacun devient témoin.

Le « check out » : Les intervenants s'informent de l'état émotionnel de chacun avant leur départ.

6/ La mobilisation des intervenants pour mettre en place le projet.

Les professionnels du groupe m'ont laissée libre du contenu du projet. Chaque semaine, avant de débiter le groupe, je sollicitais la neuropsychologue qui le dirigeait, à se joindre à moi. L'objectif de cette rencontre était de nous assurer que l'atelier que j'avais préparé pour le jour, était une continuité de la semaine antérieure. Par exemple, si la séance de la semaine passée s'était terminée par un sentiment de tristesse ou de joie, ou encore de colère ou d'angoisse, je proposais alors quelque chose permettant aux enfants de l'évoquer

à nouveau et de l'exprimer corporellement en premier lieu, puis verbalement, en terminant par tenter de leur faire associer les deux langages, en concluant par leurs ressentis. Les apports de la neuropsychologue m'étaient d'une grande importance car ils me permettaient de mieux ajuster mon atelier ou de modifier l'approche choisie avec plus de finesse. Ensuite, j'informais les autres intervenants des pistes de travail choisies, et je leur demandais si cela leur convenait. Malheureusement, il a été difficile de se rencontrer ensemble chaque semaine, car chacune d'entre elles étaient occupées avec d'autres groupes ou en consultations. Nous nous sommes organisées, afin de ne pas perturber le déroulement des divers ateliers du groupe lorsque j'intervenais. L'infirmière s'est proposée pour me remplacer dans mon rôle d'observatrice lorsque j'animais. Nous étions quatre intervenants à assurer le bon déroulement de l'atelier : une éducatrice spécialisée, une neuropsychologue, une infirmière et moi-même.

7/ Les problématiques des enfants accueillis dans le groupe :

J'ai choisi après une phase d'observation plus ou moins longue, de m'axer plus particulièrement sur l'observation de l'évolution de trois enfants, une fille et deux garçons : Carine, Yohann et Romuald¹⁵. Ces enfants ont des problématiques très distinctes avec des réactions qui leurs sont propres. Ils présentent des troubles du comportement et des difficultés à communiquer de manière adaptée. Ces différences m'ont permis de voir l'évolution de leur communication verbale et/ou analogique tout au long de la mise en place du projet, sans avoir à les comparer. De plus, bien que l'objectif global soit le même pour le groupe : mieux communiquer et augmenter son estime de soi grâce à une cohérence du geste et de la parole, il n'en est pas moins évident que chaque enfant, avec l'aide de l'équipe, devra mettre en place un travail particulier, en relation avec sa problématique.

La situation de Carine :

Elle est âgée de 11 ans et sa mère, dépressive est régulièrement hospitalisée. Carine est très inhibée, elle a beaucoup de mal à parler, que ce soit d'elle-même ou de tout autre chose. Elle se tord la bouche et les mains et roule des yeux dès qu'on lui demande de s'exprimer, sans qu'aucun son ne sorte pour autant. Chez elle, elle prendrait beaucoup de choses en main. Elle n'aurait pas sa place d'enfant. Elle serait le prolongement de sa mère.

¹⁵ Les noms des enfants ont été changés afin de préserver leur identité.

La situation de Yohann :

Il est âgé de 11 ans et demi, il a été adopté à l'âge de 3 ans. Il a des excès de violence en particulier envers sa mère d'adoption : il la frappe et casse tout ce qui se trouve à proximité à la moindre contrariété. Ses parents adoptifs sont séparés depuis peu. Il a des problèmes de comportement à l'école, il se bat beaucoup. Un dossier pour une entrée en Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP) est en cours. Il est en pleine crise identitaire et se pose des questions sur sa filiation.

La situation de Romuald :

Il est âgé de 11 ans et demi, et a été témoin de violences verbales et physiques de la part de son père envers sa mère. Il a subi un viol et une tentative de noyade de la part de son père. Sa mère et ses frères, après plusieurs années de tortures ont fui le pays où ils vivaient pour échapper à leur bourreau. Romuald vit actuellement avec sa mère et son beau père. Il a des problèmes de comportements à l'école et se bagarre beaucoup. Il est facilement influençable et plaque beaucoup son comportement sur celui qui parle le plus fort. Il est très mal à l'aise dans son corps (il présente un surpoids). Il « gigote » énormément et a souvent un rire défensif.

8/ La présentation du projet aux enfants.

Quinze jours avant la mise en place dans le groupe de mes ateliers, la neuropsychologue a prévenu les enfants de mon intervention auprès d'eux. Cette annonce a suivi un événement en lien avec une communication inadapté d'un enfant. Je me suis joint à eux pour leur expliquer de quoi il s'agissait.

Les enfants ont écouté avec intérêt, certains posant des questions :

Romuald : - « *on va bouger pour parler ? Mais comment ça ? On sait parler ! Mais je sais bouger moi ! Regarde !* ». S'ensuivait un petit rire défensif et un corps qui gesticulait.

D'autres, comme Yohann et Carine restaient silencieux et me regardaient fixement. Ce sont les filles qui montraient le plus d'intérêt et semblaient comprendre la nécessité d'une adéquation du geste et de la parole.

Odine : - « *C'est vrai que des fois, je sais pas comment me mettre quand j'parle !* ». « *Y a un amoureux à F. qui lui crie toujours après... alors qu'il est amoureux...moi j'comprends pas !* »

Carmen : - « *Moi je trouve ça intéressant ! C'est toi qui va le faire ? On commence quand ?* ». « *ça doit pas être facile !* »

Yohann est alors intervenu : - « *Et c'est qui qui va écrire ce qu'on fait alors ? Tu le feras après qu'on soit parti ?* ». La trace écrite semblait importante pour lui, autant que la personne qui la transcrivait. Je l'ai rassuré, lui expliquant que l'infirmière (qu'il connaissait et appréciait bien) prendrait ma place durant mon intervention.

II) Concepts théoriques :

1/ Le « moi-peau » de Didier Anzieu¹⁶. Le lien entre le corps et la psyché :

Les enfants accueillis dans ce groupe ont une problématique d'enveloppe corporelle. Tous ces enfants ont été meurtris dans leur chair, abandonnés d'une manière ou d'une autre. Tous ont vécu des ruptures affectives, parfois de manière répétitive, survenues très tôt dans leur petite enfance. Didier Anzieu définit le Moi-peau par « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps [...] Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif.* ».

Pour lui, la peau n'est pas qu'une enveloppe physiologique, elle a une fonction psychologique qui permet de contenir, de délimiter, d'avoir conscience de soi en tant qu'individu unique, de faire émerger la pensée, de mettre en contact, d'inscrire. La peau, par ses propriétés sensorielles, garde un rôle déterminant dans la relation à l'autre.

En partant de ce précepte, comment ces enfants dont nous connaissons une partie de leur l'histoire, et dont nous savons qu'ils ont eu un rapport à leur corps peu constructif par les premières figures de soins, peuvent-ils se construire harmonieusement et avoir des relations adaptées à l'Autre ? Didier Anzieu nous montre que tout s'organise à partir de la sensation. Il indique que le Moi-peau peut aussi agir comme « *une tunique empoisonnée, toxique* ». Je pense ici à Romuald pour qui l'enveloppe corporelle est à l'évidence devenue cette « tunique toxique ». Le viol qu'il a subi ne lui permet plus de reconnaître son propre

¹⁶ ANZIEU Didier, *Le Moi-Peau*, Paris, éditions Dunod, 1985.

corps. Il ne peut s'en servir qu'en le martyrisant à son tour, en se battant régulièrement. Souvent il arrivait aux ateliers avec des blessures, des éraflures. Je l'ai entendu plusieurs fois dire qu'il voulait « crever ». Anzieu signifie que « *tous les processus de pensée ont une origine corporelle. C'est donc la spécificité des expériences corporelles qui va se traduire par la spécificité des processus de pensée et par les angoisses et les inhibitions correspondantes* ».

Selon Anzieu, le groupe est aussi une enveloppe narcissique collective, un objet libidinal, un Moi-idéal dont l'appareil psychique est participant. La peau de chacun constitue une frontière. Le groupe a une fonction de contenant pour les liens des membres d'un groupe ou d'une famille. Nous le verrons plus tard lorsque j'aborderai le groupe Play Back dans lequel j'ai mis en place mon atelier.

2/ La préoccupation maternelle primaire de Donald Wood Winnicott¹⁷ :

La plupart des enfants reçus dans le groupe Play Back ont eu un rapport particulier avec la mère, comme Yohann, abandonné à 3 ans devant un orphelinat et dont on ne sait rien des relations avec sa mère biologique avant cette période. Il est ensuite adopté par une mère blessée de ne pas avoir eu d'enfant légitime et qui est en quête de perfection maternelle. On peut citer également Carine, qui n'est vue par sa mère que comme son prolongement et qui a beaucoup de mal à penser par elle-même. Enfin Romuald, qui, tout comme sa mère, est en alerte permanente face au danger potentiel que représente le père, et qui ne cesse d'avoir des comportements agressifs ou défensifs, même si ces derniers n'ont pas lieu d'être. D.W. Winnicott, apporte un éclairage sur ce qui peut amener un enfant à avoir des troubles du comportement amenant des difficultés relationnelles et de communication.

2.1. Le rôle de miroir joué par la mère

Dans les premiers stades de son développement le nourrisson vit l'environnement comme un prolongement de lui-même ; c'est progressivement que celui-ci va percevoir sa mère comme un individu différencié. C'est en étant baigné de gestes maternants et d'échanges verbaux que l'enfant va se sentir être et s'organiser. Le visage de la mère est le premier miroir de l'enfant. Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ?

¹⁷ Winnicott D.W. La mère suffisamment bonne. 2006. Editions Payot et Rivages, Paris.

Généralement ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et « *ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit.* »¹⁸

2.2. Le Holding

Le holding signifie le maintien, la façon dont est porté l'enfant physiquement et psychiquement. Ce sont les soins maternants qui soutiennent le MOI de l'enfant encore immature. Cette notion est centrale. Le holding met en place chez l'enfant le sentiment d'exister et de se sentir comme une unité différenciée.

2.3. Le Handling

Le Handling, c'est la manière dont l'enfant est traité, soigné et manipulé par sa mère. Il participe au développement du fonctionnement mental ainsi que la reconnaissance des interactions qui existent entre le somatique et la psyché.

2.4. L'Object-Presenting

C'est la façon dont est présentée la réalité à l'enfant via son environnement. C'est la phase des premières relations à l'objet, permettant à l'enfant par leurs qualités, de s'approprier et de les utiliser.

2.5. Le Vrai-Self

C'est le « SOI », l'image que le sujet se fait de lui-même, qui correspond à ce qu'il est. Chez l'enfant, il n'apparaît que si la mère a réussi à répondre de manière répétée, soit aux gestes du nourrisson, soit à son « hallucination sensorielle » (faculté de jouer et d'imaginer du nourrisson), ce qui lui permettra d'accéder au symbolique. La mère donne l'illusion de l'omnipotence du nourrisson. « *La mère suffisamment bonne répond à l'omnipotence du nourrisson et dans une certaine mesure, elle lui donne une signification, et ce maintes et maintes fois. Par l'intermédiaire de la force que donne au Moi faible du nourrisson l'accomplissement de ses expressions d'omnipotence, un vrai self commence à prendre vie.* »¹⁹

¹⁸ WINNICOTT, D.W, MONOD Claude et PONTALIS, J.B, Jeu et réalité, éditions Folio essais, 2002, p.155

¹⁹ WINNICOTT, D.W, *La mère suffisamment bonne*.2006. Editions Payot et Rivages, Paris.

2.6. Le faux-self

Si la mère est incapable de répondre à son enfant, elle substitue son propre geste à celui de son du bébé. Ce dernier est alors contraint de s'y soumettre. Cette situation maintes fois répétées favorise le développement d'un faux self. Celui-ci peut prendre une place essentielle dans la personnalité du sujet : l'environnement le détermine. En grandissant, il s'adapte et peut ressembler à la personne qui occupe alors le premier plan. On comprend que l'expérience des phénomènes transitionnels, puis de toute expérience créative, soient compromises. La mère ne s'adaptant pas, l'enfant est en prise directe avec l'environnement. Ses propres réactions, vont entraîner des ruptures dans son développement et dans sa « continuité d'être » car il ne peut les décrypter du fait de l'absence de symbolisation de sa mère. L'enfant ne peut mettre du sens sur ce qui lui arrive : «... *Les carences maternelles provoquent des réactions aux empiètements et ces réactions interrompent la continuité d'être de l'enfant [...] Un excès de cette réaction n'engendre pas la frustration mais représente une menace d'annihilation.* »

Carine : Cette notion est particulièrement adaptée à sa situation. Il me semble que sa mère dépressive se complait à voir que son enfant est un double d'elle-même. Carine est dans une écoute parfaite des besoins de sa mère. La mère raconte d'ailleurs comment Carine n'a pas besoin de dire ce qu'elle pense, puisqu'elle dit savoir ce que sa fille a en tête dès qu'elle la voit. Carine, on le verra par la suite, amène très peu de données personnelles spontanées. Elle oscille entre angoisse de ce qu'il pourrait arriver à ces parents et attaque contre ces figures qui ne sont pas contenantes. « *La mère qui n'est pas suffisamment bonne n'est pas capable de rendre effective l'omnipotence du nourrisson et elle ne cesse donc de faire défaut au nourrisson au lieu de répondre à son geste. A la place, elle y substitue le sien propre, qui n'aura de sens que par la soumission du nourrisson. Cette soumission de sa part est le tout premier stade du faux self et elle relève de l'inaptitude de la mère à ressentir les besoins du nourrisson. (...) Lorsque la mère ne peut pas s'adapter suffisamment bien il y a séduction du nourrisson (...) par l'intermédiaire de ce faux self, il en arrive à faire semblant d'être réel*»²⁰

²⁰ WINNICOTT.D.W. *La mère suffisamment bonne*. Editions Payot et Rivages, Paris, 2006 (Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self) p.106-108.

Yohann : Là encore, je repère un faux-self dans cette situation. Sa mère adoptive était tellement dans le désir d'être une mère parfaite, qu'elle a appliqué les consignes de livres tout en se coupant de ses ressentis et de ceux de son enfant. Celui-ci s'est alors retrouvé face à une demande impossible : combler les attentes, être « le bébé jamais eu, fantasmé et parfait », il essaie d'y correspondre et forcément devient décevant. Déçu, il retourne l'agressivité contre sa mère.

Quant à Romuald, sa mère, bien qu'il dise le contraire, a pendant des années été dans l'incapacité de le protéger des dangers réels. La situation s'est même retournée puisque ce sont les frères aînés qui se sont retrouvés à protéger leur mère de leur père. On est là dans l'impossibilité de créer une sécurité interne et dans la nécessité de se maintenir en alerte constante, ce qu'il décrit très bien d'ailleurs, puisque la seule position qu'il reconnaît est celle du « combattant ».

Si l'ensemble des processus cités ci-dessus relève d'un mauvais ajustement maternel, Winnicott avance alors que l'identification et le sentiment d'exister seront défailants.

3/ Le langage analogique ou non verbal. L'école Palo Alto :

Je ne pouvais parler de communication dans ce mémoire sans parler de l'école Palo Alto. En effet, elle a apporté de nouvelles définitions de nos modes de langages, les repérant et les analysant. Au cours de mon écrit, je ferai souvent allusion au langage dit analogique ou non verbal. Dans ce petit explicatif, j'ai donc choisi d'axer mon propos sur ce langage. Le mouvement dit de Palo Alto est constitué autour d'un groupe de penseurs parmi lesquels Paul Watzlawick (1921), Edward Hall (1914-2009) et Grégory Bateson (1904-1980). Ils vont travailler ensemble autour de la théorie de la communication et de la relation entre les individus, et imposer l'idée que la communication fonctionne comme un système. Gregory Bateson donne à la communication non verbale ses lettres de noblesse avec la théorie de la « double contrainte ». Il explique qu'une personne envoie parfois deux messages contradictoires. Dans ce cas, le langage analogique, celui du corps peut amplifier le sens des mots prononcés, comme il peut également le contredire, brouiller le message et amener une confusion dans la compréhension de ce dernier.

Cette théorie de la double contrainte est facilement repérable chez les enfants du groupe Play Back. En effet, ils ont souvent un langage corporel en totale opposition avec ce qu'ils

ressentent. Par exemple ils rient et gesticulent lorsqu'ils sont tristes, ou encore agressent le corps de l'autre lorsqu'ils veulent entrer en relation, communiquer amicalement.

4/La pyramide de Maslow : un résumé des besoins fondamentaux de l'être humain ^{20bis}:



Ces besoins constituent la base des motivations des individus et sont hiérarchisés. Chaque besoin supérieur ne devient conscient que lorsque les besoins inférieurs sont satisfaits. En l'occurrence chez la plupart des enfants du groupe, le besoin de sécurité est déjà altéré. Il leur est donc difficile d'accéder comme tout un chacun au niveau supérieur qui est le besoin de vie sociale, et encore moins à celui de l'estime de soi, du respect des autres.

III. La mise en place du projet

A partir de mes observations, j'ai, en tant qu'éducatrice spécialisée en formation, réfléchi sur la façon d'accompagner ces enfants, d'améliorer une communication altérée, à travers un travail induisant le corps, grâce à sa réappropriation et en tentant d'associer le langage verbal à l'analogique, afin d'obtenir un message clair et cohérent. Mon objectif a également été d'augmenter l'estime de soi de ces enfants, et de leur permettre d'entrer en relation en communiquant de manière adaptée. Grâce à ces axes de travail, je tenterai au fil de ce mémoire, de répondre à ma problématique et à mes hypothèses.

1/ Le projet en lui-même, ses objectifs.

Lors de ce stage à responsabilité, j'ai proposé différents ateliers pour mon projet, en complément d'outils déjà utilisés, avec des préadolescents présentant aussi des

problématiques de communication et d'expression des émotions. Les objectifs pour ces enfants sont, entre autres, de développer des capacités d'expressions verbales, émotionnelles et corporelles ; de prendre conscience qu'il existe des perceptions multiples d'une même situation, des manières différentes de la vivre et d'agir. Il m'est évident que la communication est par le biais du corps, au centre de la relation entre les usagers et l'éducateur. En effet, que ce soit par des manifestations somatiques, des comportements agressifs voire auto-agressifs ou même régressifs des usagers (énurésie par exemple), le corps parle, parfois de manière ambiguë. Grégory Bateson, co-fondateur de l'école Palo Alto, explique dans sa théorie de la « double contrainte qu'une personne envoie parfois deux messages contradictoires. Dans ce cas, le langage analogique, celui du corps, peut amplifier le sens des mots prononcés, tout comme il peut le contredire, brouiller le message et amener parfois l'entourage qui le reçoit à le désapprouver²¹. L'éducateur est là pour recevoir ce langage, tenter de le traduire, « faire corps » justement, afin de contenir si nécessaire, verbaliser, pour ceux qui ne le peuvent pas. Souvent, le corps prend une grande place lorsque la parole est difficile à exprimer. Ici aussi, je pense que l'éducateur peut intervenir : il peut créer des espaces de parole, des liens, un espace relationnel où l'usager, sécurisé, cheminera vers plus d'autonomie, avec une estime de soi augmentée.

Le corps, comme l'expliquent D. Anzieux, ou D.Winnicott, est un élément primordial, il construit notre identité. Lorsque celui-ci n'a pas été normalement investi (on peut reprendre la théorie d'Anzieux et du « Moi Peau » ou encore celle Winnicott, du Holding et du Handling), que des carences affectives et/ou parfois éducatives perturbent le développement psycho affectif de l'enfant, les relations avec les Autres, sont défailtantes.

Les enfants du groupe Play Back manifestent par le corps (langage analogique et langage corporel) ce qu'ils n'arrivent pas à exprimer verbalement (langage digital, verbal). Ce langage est rarement en adéquation avec ce qu'ils voulaient réellement exprimer. Cette inadéquation exprime de la souffrance, celle de ne pouvoir mettre du sens à leur vécu. Cette souffrance se transforme ensuite en souffrance relationnelle, puisqu'ils communiquent de manière « erronée ».

Je pense que l'éducateur, peut souvent se trouver en difficulté avec les modes de relation qui s'établissent majoritairement par le corps. Pourtant, il est à même de proposer les mots qui manquent, afin de guider l'enfant en difficulté. La difficulté réside dans le fait de

²¹ http://orientation.ca/wp-content/uploads/2012/12/mukamuserni_double_contrainte.pdf. Compte rendu de l'ouvrage *La double contrainte : l'influence des paradoxes de Bateson en sciences humaines*, éditions De boeck.

trouver les bons mots, ceux qui permettront d'apporter du sens et une meilleure adéquation corps/langage. Le travail de l'éducateur sera alors de proposer un travail autour du corps, et de la parole. Avec le corps, l'éducateur partagera un espace sensoriel et émotionnel. Par celui de la parole, il donnera du sens.

J'ai souvenir d'un des enfants que nous accueillions dans le groupe en début d'année qui, dès qu'il était frustré, était dans la provocation avec ses pairs ou les intervenants, et agissait violemment, (parfois même en se confrontant à l'adulte). Il ne parvenait pas à verbaliser sa souffrance. Il agissait, et ne s'exprimait que très peu verbalement. Dans ces cas là, les intervenants n'avaient pas d'autre choix que d'être attentifs au corps. Pour protéger le groupe, il fallait isoler le jeune, le sécuriser et parfois le contenir. Ce n'est que dans un deuxième temps, lorsque c'était possible, que nous pouvions parler et mettre du sens, une fois son corps apaisé.

La notion du toucher trouve ici toute son importance. En effet, contenir un enfant implique un contact physique. Dans ces ateliers, j'ai laissé une place particulière au toucher, l'amenant peu à peu, d'abord de manière individuelle, puis duelle et groupale. J'ai été particulièrement attentive à respecter le rythme de l'enfant afin de ne pas être intrusive.

Il me semble que l'éducateur spécialisé, tout comme quiconque veut communiquer, entre en relation par le biais du corps. Seulement alors il pourra tenter de mettre des mots, du sens. Il pourra également « être » ce corps, et/ou « prêter » ces mots, ou les deux en même temps, selon les problématiques des usagers qu'il accompagnera.

2/ Des objectifs différents pour chaque enfant.

Comme je l'ai précisé plus haut, chaque enfant a une problématique distincte et donc des objectifs différents à atteindre. Je vais ici les citer pour les trois enfants sur lesquels je vais particulièrement axer mon observation.

❖ Carine :

- Qu'elle puisse parler d'elle-même,
- Qu'elle puisse être elle-même et dire « Je »,
- Qu'elle puisse exprimer une idée, la partager,
- Qu'elle puisse bouger librement son corps,

- Qu'elle ait conscience de son schéma corporel²² et s'approprie son corps.

❖ Yohann :

- Qu'il s'exprime sur sa filiation et les questions liées à celle-ci, et y mette du sens
- Qu'il réduise cette violence en lui, qu'il s'apaise,
- Qu'il accepte ses limites,
- Qu'il augmente son estime de soi.

❖ Romuald :

- Qu'il puisse mettre des mots sur sa souffrance,
- Qu'il prenne conscience de son schéma corporel.
- Qu'il s'accepte tel qu'il est, et augmente son estime de soi.
- Qu'il puisse réduire son agressivité
- Qu'il puisse communiquer autrement que par des comportements violents.
- Qu'il remplace son vocabulaire « brutal » par un vocabulaire « apaisé ».
- Qu'il puisse regarder son corps comme un objet de communication bienveillante, et pas seulement comme un objet de souffrance.

3/ Deux exemples d'ateliers proposés dans le projet.

Les ateliers que j'ai proposés, de courtes durées (maximum 15 à 20 minutes) ont été pensés comme un outil de plus au travail d'introspection et de communication proposé au groupe thérapeutique Play Back.

Ils se déroulent sous différentes formes : Les enfants sont seuls, à deux, à trois ou en groupe entier. Les usagers sont soit debout, soit au sol, en contact corporel ou non avec les autres, en interaction ou non, soumis à un public (leurs pairs et les soignants) ou non. Je vais ici, présenter deux ateliers que les enfants ont particulièrement investis et qui ont permis d'amorcer un réel travail de réflexion tant de la part des enfants que de celle des intervenants. En effet, les problématiques ont trouvé ici un endroit pour se révéler avec force. Les intervenants ont pu aider les enfants à prendre conscience de leurs corps, que ce

²² Le schéma corporel est la perception que l'on a de son propre corps, de ses différentes parties et de sa position dans l'espace. Il est essentiellement tactile, visuel et postural. Il évolue dans le temps et l'espace.

soit dans l'espace ou de manière plus « interne », et par les mots, à entrer dans la symbolisation, en leur donnant du sens.

Exemple n°1 d'atelier proposé :

- ✚ Deux personnes se tournent le dos.
 - ✚ L'une est l'émettrice du message tandis que l'autre le reçoit (récepteur).
 - ✚ Un public (reste du groupe) observe.
-
- L'individu situé derrière l'autre vient émettre un message corporel en « touchant » cette personne avec une intention de message claire pour celle-ci. Souvent les intentions sont liées à l'émotionnel, par exemple : « tu es triste, je suis là pour toi ». Dans ce cas précis, l'émetteur peut par exemple, arriver avec une démarche tranquille, et mettre sa main sur l'épaule du récepteur, en « imprimant » le message plus ou moins intensément.
 - La personne à qui l'on a « imprimé » le message doit transcrire à voix haute ce qu'elle a compris de celui-ci.
 - Le public doit dire ce qu'il en a compris également.
 - L'individu ayant transmis le message doit ensuite expliciter son intention de message et rendre compte si ce dernier a été compris ou non. Si ce n'est pas le cas, celui-ci propose alors une autre approche. S'il n'y parvient pas, le public offre d'autres possibilités.

Objectifs de l'atelier :

- Aider les participants à se rendre compte que le message que l'on souhaite transmettre n'est pas toujours conforme à celui que le récepteur perçoit, tout comme il peut ne pas l'être par le public.
- Accompagner le jeune à contrôler, clarifier son geste, et donc sa corporalité afin qu'il y ait adéquation entre le message émis avec une certaine intentionnalité et le message reçu, et ce pour le récepteur comme pour le public.
- Se réapproprier sa corporalité afin de s'en servir comme outil de communication. (lien entre perception, émotion/intention et notion d'introspection d'un regard)
- Permettre au jeune de s'exprimer sur son intentionnalité ou non intentionnalité, mais aussi sur sa perception de la situation vécue (perception sensorielle, émotionnelle, etc.), de mettre du sens par la parole.

- Prendre conscience de sa corporalité et par là même, de celle de l'Autre.

Réactions des enfants :

J'ai choisi de présenter cet atelier pour mon mémoire, car les enfants y ont réagi fortement. Ils s'y sont beaucoup investis, demandant à le reprendre diverses fois.

- Yohann a beaucoup axé ses interventions sur des sentiments d'empathie comme celui que j'ai proposé plus haut.
- Carine a proposé des sentiments maternels. Emettrice, elle est arrivée en appliquant ses mains sur le ventre de sa camarade, lui stipulant qu'elle « savait » qu'elle était enceinte. Son geste était protecteur, emprunt de douceur.
- Romuald lui, oscillait entre des messages assez violents et d'autres se voulant rassurants. Il avait du mal à contrôler l'intensité de ses gestes. Emetteur, il arrivait derrière son camarade et le poussait rudement, ou alors il le serrait dans ses bras, mais si fort que l'émetteur avait du mal à respirer !

Si la mise en parole a été parfois complexe, j'ai été surprise de voir que le contact physique n'a pas posé de réels problèmes. Le contact a d'abord été réservé, puis après quelques essais, beaucoup plus franc.

Exemple n° 2 d'atelier proposé : (Cf. annexe 3)

- ✚ Les enfants sont au sol, assis puis allongés sur le dos puis sur le ventre.
- ✚ Les yeux sont ouverts puis fermés.
- On demande aux enfants d'examiner leur ressenti de certains mouvements **suggérés par l'animateur**, d'arriver à les penser en les visualisant et d'exprimer ce ressenti à haute voix.
- Par la suite, on demande aux enfants de **donner une intentionnalité** à leurs mouvements en reprenant les mouvements suggérés **puis en en inventant d'autres**. Ils doivent ensuite fermer les yeux et visualiser à nouveau leur mouvement en essayant de percevoir si leurs sensations sont différentes après leur avoir donné une intentionnalité.

- La dernière étape demandée aux enfants est celle-ci : exprimer oralement ce qu'ils ressentent pendant qu'ils font les gestes, à quoi ils pensent, pourquoi ils font ce geste et pas un autre... etc.

Objectifs de cet atelier :

- ✓ L'élément sol est ici très important, il permet au jeune de « sentir » le poids de son corps et de se rendre compte de son enveloppe propre, de le délimiter, de lui donner vie ou non (par inertie). Il permet d'entrer en réelle communication avec son « Moi Peau ».
- ✓ De plus, l'intentionnalité et le travail demandé à la fin de l'atelier, doit permettre aux enfants d'associer le geste à la parole et de lui donner du sens.

Les réactions des enfants : elles ont été assez surprenantes pour moi et révélatrices de leurs problématiques.

- Yohann a éprouvé la nécessité de se positionner tout contre un mur, de profil à celui-ci. Il disait s'y sentir mieux.
- Carine a eu beaucoup de mal à s'allonger sur le dos. Elle s'est installée après un certain temps. Il m'a semblé qu'elle se sentait trop exposée dans cette position. Il lui a été plus simple de se mettre sur le ventre.
- Romuald quant à lui, a replié ses jambes à peine au sol, et a appliqué ses mains sur son sexe. Il s'est rapproché d'un des murs et a positionné sa tête dans les plis du rideau qui sépare « l'espace de fiction », de l'espace où sont situés les fauteuils. Il a réussi après un certain temps à sortir sa tête du rideau et à tendre ses jambes. Il gardera toujours une main sur son sexe, ne travaillant qu'avec un seul bras.

4/ La place de l'Éducateur Spécialisé lors du déroulement de l'atelier.

Mon rôle, lors du déroulement des ateliers était d'observer et d'accompagner les enfants du groupe Play Back. La mise en place des ateliers ne pouvaient pas s'effectuer avec beaucoup d'anticipation. En effet, il me fallait attendre de voir quelles situations les enfants allaient amener, pour avoir une idée du travail que j'allais proposer lors de la prochaine séance. Pour cela, je devais observer le groupe avant et après mon intervention, et considérer le « pendant » également. Pourtant, parfois, des enfants évoquaient des histoires de vie induisant des émotions impossibles à ignorer. Alors, je recherchais du regard l'approbation des autres intervenants, et je modifiais nos intentions de départ. Je

parvenais souvent à les relier au fil des ateliers ; cela n'était pas toujours possible. La priorité était l'accompagnement éducatif fixé initialement : la possibilité, par les enfants de mettre du sens à leurs souffrances, par le corps et par les mots. Lors de ces ateliers, la cohésion de l'équipe du groupe Play Back, notre confiance réciproque, ont produit une ambiance agréable, une grande liberté d'action, un cadre contenant, un lieu sécurisé où les enfants pouvaient exprimer librement leurs émotions.

PARTIE III : Evaluation

1/ L'évaluation du projet, un travail en deux temps.

Lors de la réalisation d'un projet, on évalue généralement celui-ci durant sa mise en place, pour qu'il soit réadapté. Un projet n'est pas linéaire, il est soumis à des contraintes, des obstacles, provoquant des réadaptations fréquentes. L'évaluation est donc considérée comme « *un processus dynamique qui suit l'action tout au long de son développement* »²³ Toutefois, l'évaluation est aussi « une appréciation de l'écart existant entre les règles incarnées par le projet et les réalisations effectives. »²⁴ Il existe donc deux types d'évaluation : Une, durant le projet pour le réajuster si nécessaire, et l'évaluation finale permettant de faire un bilan et d'estimer si les objectifs ont été atteints.

J'ai précédemment décrit pourquoi les contraintes provoquées par les ressentis émotionnels des enfants m'avaient conduit à réajuster le projet pendant les séances. Je présenterai maintenant les outils mis en place pour l'évaluation et continuerai ensuite sur les adaptations que j'ai dû apporter. Je terminerai par l'évaluation finale.

2/ Les outils d'évaluation.

Pour évaluer le projet de communication, j'ai utilisé un outil existant déjà pour le groupe : Le cahier de « l'observateur », et j'ai mis en place une fiche d'évaluation pour chaque séance.

En ce qui concerne la grille d'évaluation :

Pour effectuer un bilan après chaque atelier, j'ai conçu une grille d'appréciations où étaient répertoriés plusieurs critères : l'observation du langage corporel et ses

²³ Dirigé par RUIILLAC.S, DC2, *Conception et conduite de projet éducatif spécialisé DEES*, éditions Vuibert 2008, p 135

²⁴ BOUTINET.JP, *anthropologie du projet*, éditions Quadrige-puf 2008, p 264

manifestations ; la cohérence du langage verbal et du langage non verbal ; le respect des règles et de l'autre (du corps et du langage verbal) ; la qualité des échanges, de la participation (Cf. Annexe 1,2 et 3).

La lecture de ces fiches, m'a permis de me distancier et de porter un regard global sur l'évolution des trois enfants que j'ai particulièrement observés ; leur analyse a montré si les objectifs fixés pour chacun d'entre eux avaient évolués et de quelle manière.

J'ai constaté que les ateliers ont généralement favorisé l'adéquation du langage analogique à celui de la parole. Ils ont également généré un langage plus fluide. L'entrée en relation s'est améliorée, leur rapport à l'Autre est différent. J'ai pu faire ici un parallèle avec ce que prône la synergologie²⁵. En effet, ce courant stipule que le geste est lié à la relation et qu'il aide à trouver ses mots. Pour la synergologie, le geste est un support informationnel et relationnel. Toutefois, les ateliers ont montré leurs limites. Ce que je m'attacherai à démontrer par la suite.

En ce qui concerne le cahier de l' « observateur » :

Ce cahier a pour objectif de laisser une trace après chaque séance. C'est un outil que j'utilisais déjà avant la mise en place des ateliers de communication, depuis ma place d'observatrice du groupe Play Back. Pendant que j'animais les ateliers, une collègue me relayait comme observatrice. Il y avait une continuité dans l'observation. Quand je parle de continuité, je parle de celle de l'écrit, car il est évident que le regard posé n'est pas le même. En effet, chaque personne est différente et verra donc des choses différentes. De plus, bien que l'on tente d'être le plus neutre possible, il est difficile d'être totalement objectif, et ce, parce que nous sommes humains et que nous travaillons avec nos affects. C'est ce qui a rendu le croisement des deux outils intéressants. Nous avons pu nous rendre compte si les notes prises par l'infirmière durant l'atelier que j'animais, se recoupaient avec les fiches d'évaluation que j'établissais après celui-ci.

3/ Une adaptation constante, selon l'évolution des besoins et des demandes.

Très vite, je me suis aperçue que je ne pouvais travailler que sur un seul type d'atelier pour cette problématique de communication. Lorsqu'ils arrivaient dans le groupe, certains enfants ne voulaient rien faire, ou au contraire souhaitaient « bouger ». Puis lorsqu'un atelier leur était proposé, il arrivait qu'ils rechignent à le faire, du moins au début (en

²⁵ Cf. Voir II, 3.2. Réflexion sur le terme communication.

particulier les garçons). Je me suis alors attachée à proposer des ateliers liés à leurs humeurs du moment, à leur émotivité présente, à ce qu'ils ressentait sur le moment actuel. Je me suis donc servie de ces « états d'âme » pour travailler sur l'expression de ces derniers en demandant aux enfants de les mettre en scène corporellement et non en leur demandant de choisir un sentiment et de l'exprimer, comme je l'avais expérimenté lorsque j'avais débuté mon projet. Ces ateliers ont donc été plus ou moins statiques selon la manière dont je percevais les enfants. Il s'est avéré qu'en agissant de la sorte, ils rechignaient parfois à commencer mais adhéraient très vite à l'atelier et même, demandaient à réexpérimenter l'atelier de la semaine précédente. Le temps de reprise effectué sur l'atelier précédent et sur ce qui semblait avoir fonctionné m'a beaucoup aidée. Il m'a permis de mettre en acte ce que je voulais leur transmettre, d'être à l'écoute de leurs besoins, et dans le respect de leurs limites, tout en gardant un cadre stable et contenant notamment les rituels, les interdits. Ce cahier où est noté ce qui est observé est en quelque sorte la mémoire du groupe, mais aussi un regard qu'ils peuvent peu à peu intégrer et faire leur, comme celui de la mère dans un développement positif (Cf, D.W.Winnicott).

4/ Points positifs observés et limites du projet.

Jean Pierre Boutinet²⁶, dans son livre *Psychologies des conduites à projet*, dit qu'évaluer un projet revient à analyser la « réussite et les échecs globaux que contient tout le projet aux regards des conditions d'ensemble de son implantation. »

Le projet a commencé en octobre 2013 et j'ai pu accompagner les enfants jusqu'au mois de mars 2014, à la suite de quoi, j'ai terminé mon stage au CMP.

Je vais par la suite dresser un bilan sur les 17 séances sur lesquelles j'ai accompagné Carine, Yohann et Romuald. Je tenterai d'en dégager les éléments positifs comme les négatifs afin d'en faire un bilan le plus objectif possible. Ce bilan pourra permettre de dégager des pistes d'amélioration possibles en vue d'une éventuelle reconduite du projet les années suivantes.

Yohann qui ne parlait que très peu s'est avéré être un enfant ayant une grande empathie envers les autres. Il s'est saisi des divers ateliers proposés et est arrivé à s'exprimer de façon claire et précise sur la douleur qu'il ressentait, douleur qui comme il l'a exprimé, est liée à l'adoption et au sentiment d'abandon qu'il a vécu. C'est donc maintenant un enfant qui met du sens à ses actes et qui est beaucoup moins agressif. Il

²⁶ BOUTINET Jean Pierre, *Psychologie des conduites à projet*, Collection Que sais-je ? Edition 2006, p 105

contrôle son impulsivité. Il pose énormément de questions et s'intéresse aujourd'hui aux autres, il s'est ouvert sur l'extérieur. Il est dans l'altérité. Pour en arriver là, il a eu besoin de temps. Il a fallu qu'on respecte son besoin de ne pas participer, et celui d'être lui même spectateur. En se positionnant comme prenant soin des autres, un rôle positif où il pouvait s'oublier, il a pu se révéler peu à peu, d'abord envers ses pairs, puis envers les adultes. Lors d'un exercice, il a blessé son partenaire en voulant jouer avec lui (l'a insécurisé), mais le cadre a permis que les deux s'expriment à ce sujet et que cette « erreur » ne reste pas l'élément central.

L'atelier a aussi permis de donner la place à l'Humain, pour tenter de faire au mieux, de s'adapter à la singularité de chaque histoire, aux limites de chaque corps et sensibilités. Chacun reçoit, voit et vit différemment les événements de vie ; l'apprentissage pour la différenciation et la solidification de chaque identité est long et parfois difficile.

Dans le cas de Yohann, les difficultés se sont trouvées dans le fait que ce dernier était sous médication. Cela se traduisait par une nonchalance parfois excessive et une réelle difficulté à se mouvoir et à parler. Lier le geste à la parole était alors compliqué, car un décalage apparaissait.

Romuald, bien qu'ayant progressé dans son ouverture aux autres et dans la communication verbale, a encore beaucoup de chemin à parcourir. Il reste sur « la défensive », ce qui semble adapté à son histoire et à son mode de survie...Il est encore « prisonnier » de son corps dont il semble se servir pour se distancier du monde qui l'entoure (que ce soit par le biais de la nourriture ou de la violence). Il a malgré tout pu parler du viol qu'il a subi à deux des personnes travaillant avec lui dans les ateliers dans un premier temps (l'infirmière et Yohann), en demandant à être seul avec eux. Puis un autre jour, alors qu'il attendait sa maman dans la salle d'attente, et que je l'ai invité à venir parler de tout et de rien dans un des bureaux libre, il a lancé cette phrase brutalement sans me regarder : « j'ai été violé par mon père ». S'il est donc évident qu'il réussit maintenant à s'exprimer verbalement, il n'arrive toujours pas à contrôler son corps et ses pulsions violentes. Dans le cadre de l'atelier il a pu expérimenter d'autres manières d'être, prenant soin du corps de l'autre et faisant des demandes de soin ; il a pu recevoir d'autres regards positifs. « Doux, gentil, sensible », sont des mots qu'il ajoutera certainement à son répertoire de rôles, même si pour ne pas montrer ses failles, il les gardera peut être cachés. Il a pu accepter plus de proximité avec l'autre, tolérer un regard qui n'est plus toujours vécu

comme moqueur ou attaquant. Romuald a très vite pris conscience de cette inadéquation entre son langage verbal et non verbal, c'est un de ceux qui a démontré le plus d'intérêt à l'améliorer.

Carine est celle qui me laisse perplexe. Cette enfant était pratiquement mutique. Il lui était très difficile de s'exprimer et en particulier de répondre à une question directe. Le changement opéré en elle a été presque « brutal », nous donnant l'impression qu'il était advenu du jour au lendemain. Elle qui entrait généralement dans le groupe en silence et en baissant la tête, est arrivée un jour en retard (ce qui était souvent le cas) en lançant un « salut ! » et a continué sur la même lancée durant toute la durée des ateliers. Carine parlait ! Elle s'exprimait, prenait des initiatives, parlait spontanément et semblait prendre plaisir à partager ces moments avec le groupe. Cela a duré trois semaines. Et puis un jour, nous avons appris que la maman avait appelé et que Carine ne viendrait plus... Elle avait toujours eu du mal à exprimer quelque chose de personnel dans le groupe ce que les autres avaient noté : « *elle va encore dire qu'elle ne sait pas* » et ses tics visuels pouvaient amener à déranger mais ses pairs la questionnaient : « *pourquoi tu fais cela?* ». Cette enfant dont la mère disait qu'elle n'avait même pas à lui poser de question puisqu'elle savait ce qu'elle allait dire, a pu expérimenter le fait qu'elle existait comme identité propre, même si elle se racontait au travers de sa fratrie. Dans les exercices sur scène, elle se montrait très volontaire et ses capacités physiques (elle avait fait de la gymnastique) avaient pu être mise en valeur, elle a pu s'exprimer assez spontanément dans les rôles qui lui ont été attribués, montrant une finesse émotionnelle et un certain plaisir. D'autres facteurs ont pu évidemment interférer sur les transformations de Carine (sa mère ayant annoncé qu'elle allait mieux). Il est également possible que cette tentative d'expression ait marqué une possibilité de changement, que la mère a préféré freiner par l'arrêt du soin. Cela m'a rappelé que nous ne pouvons rien faire sans le consentement parental (Cf. loi du 4 mars 2002). L'éducateur spécialisé ne doit pas attendre de changement rapide, en effet il est plus difficile de changer des comportements ancrés depuis longtemps. C'est une modification de la famille dans son ensemble qui est nécessaire, mais pas toujours possible. En effet, on s'aperçoit souvent que ce « que l'enfant montre ne pourrait être que le symptôme d'un dysfonctionnement familial »²⁷

²⁷ NGUANDU KAMUNGA Jean François, *L'action éducative à domicile*, éditions ASH, 2012, p.27

Cet arrêt m'a pourtant surprise. Je me suis sentie impuissante, ne pouvant plus maintenir l'accompagnement.

Je me suis alors beaucoup questionnée : pourquoi avait elle stoppé les soins ? Etait-ce une demande personnelle ou maternelle ? Avait-elle eu peur de parler, peur des mots ? Le fait qu'elle ait réussi à déclencher la parole était-ce suffisant pour elle ? Avait-elle atteint ses objectifs ? Percevait-elle le projet, la relation à l'Autre comme un danger, un ennemi ? Avais-je été trop intrusive ? Cette situation en particulier, m'a permis de percevoir les limites de mon projet, le fait de ne pouvoir travailler avec les parents en relation directe en a fait partie.

5/ Bilan général:

On travaille avec les enfants, mais on ne peut agir que succinctement sur les parents, on ne fait que « semer » en espérant que « la plante grandira » et que le travail effectué se répercutera dans la famille, c'est le principe de la systémie. Dans le cas de Yohann, il faut espérer que sa mère accepte de ne pas être parfaite et qu'elle puisse ainsi le laisser grandir comme un enfant devrait pouvoir le faire, avec ses qualités et ses défauts, en commettant des erreurs et en jouissant de ses réussites. Romuald, pourra évacuer ses peurs lorsque sa mère pourra lui assurer une sécurité psychique, mais pour le moment, elle se positionne en victime. Quant à Carine, j'espère sincèrement que les raisons de son départ ne sont pas liées à sa mère et qu'elle tout simplement souhaité s'arrêter là, ne sentant plus la nécessité de venir. Quoiqu'il en soit, le travail effectué avec Carine n'aura pas été vain, en effet, je reste convaincue que *« ce sont cependant ces comportements inexplicables qui sont souvent susceptibles de produire des changements, par les fluctuations qu'ils introduisent dans le fonctionnement du système, les bifurcations que cela entraîne et les changements possibles qui en résultent. »*²⁸ De plus, les enfants, que j'ai accueillis dans mes ateliers, sont en période de préadolescence et donc avec une difficulté physiologique liée à cette période difficile.

Le corps, est un élément perturbant et perturbateur sur lequel il est difficile d'intervenir. Accepter de le bouger, de le toucher, de se laisser approcher et toucher est un défi difficile à relever pour eux comme pour nous. Ils commencent tout juste à construire leur identité. L'autre défi était la fragilité des relations entre les enfants (les garçons en particulier).

²⁸ AUSLOOS Guy, *La compétence des familles, Temps, chaos, processus*, éditions Eres, 2012

L'ambiance était souvent à la violence, Romuald et un autre enfant étaient enclins à perdre contrôle au risque de se blesser eux même, d'autres enfants, ou les intervenants. Même si la structure rituelle du Play Back et des différentes phases le composant, (dont mon atelier) ont pu créer un climat de sécurité, il y a eu plusieurs occasions où un enfant a du être sorti pour éviter un passage à l'acte. Cela compliquait la mise en place du projet car les enfants étaient perturbés, déconcentrés par ce qu'il venait de se produire. Récupérer leur attention était difficile. Malgré tout, J'ai constaté que les ateliers composant mon projet ont permis d'encourager les capacités expressives, l'écoute de l'Autre, la confiance en soi, l'estime de soi, la créativité, l'esprit d'équipe, le ludique, la capacité à la création esthétique et le plaisir. Les enfants, ont tous avec des périodes plus ou moins probantes, expérimenté le fait que la concordance du langage corporelle avec le langage verbal était non seulement primordiale, mais aussi rassurante et permettant d'entrer dans le relationnel.

L'aspect ritualisé des ateliers a également joué d'une grande importance dans le fait que les enfants se sentent sécurisés, contenus, tout comme le cadre de l'espace (arrangement simple mais formel de la scène), le temps à respecter, le respect demandé aux acteurs comme aux spectateurs, le regard bienveillant des intervenants enfin, le guidage que j'ai assuré avec le soutien de l'équipe.

J'ai conscience que mes ateliers se sont inscrits dans un groupe où d'autres ateliers étaient déjà mis en place, comme le théâtre Play Back. Pour cela, il est difficile d'évaluer les progrès en ne tenant compte que des ateliers que j'ai proposés, car ils font parti d'un tout. Je sais également que l'espace sécurisant du groupe Play Back leur a permis de développer leurs potentiels, et qu'une fois sortis de ce cadre, les mécanismes de défenses, ancrés depuis longtemps, risquent de reprendre le dessus. Pourtant, je pense que le travail fourni au sein des ateliers leur aura donné des clés dont ils pourront se servir dorénavant, permettant à ces mécanismes de perdre de leur force avec le temps et la continuité des ateliers. Je pense que les ateliers que j'ai proposés auront été une introduction, un travail préparatoire et nécessaire aux ateliers Play Back. Le passage au théâtre se faisait d'ailleurs très logiquement et naturellement. Le fait d'avoir travaillé en amont sur le corps et le verbe a permis aux enfants de se raconter plus aisément et d'être plus justes quant aux gestes proposés lors des mises en scènes Play Back.

6/ De la difficulté de se détacher mais aussi se servir de ses expériences passées.

Je ne souhaitais pas utiliser le langage dansé pour la mise en place de cet atelier. J'aurais pu entreprendre un tel projet, mais je ne l'ai pas fait pour une raison principale : je ne suis pas « art thérapeute ». C'est un métier avec des objectifs précis qui donnent du sens à l'acte posé. Une autre raison était que je ne souhaitais pas que l'on confonde mon approche avec celle d'un psychomotricien.

J'ai mis en place et animé mon atelier dans une optique socio éducative et non rééducative, visant à ce que les enfants puissent faire un travail d'introspection les amenant à avoir envie de communiquer, et d'être en adéquation avec leur corps, avec eux mêmes et les messages qu'ils voulaient envoyer. Mon expérience au niveau corporel, s'est avérée d'une grande aide, car pour danser, ce travail d'introspection, de recherche de sensations internes est important. Ce travail, permettant ensuite, de porter ces émotions intériorisées à être vues, ressenties et comprises par le spectateur. C'est en fait, une forme de communication. Cette communication nous lie au spectateur, à l'Autre, nous fait entrer en relation avec lui. C'est cela que j'ai voulu utiliser dans mon atelier, cette adéquation, avec cette fois le langage verbale associé.

Pour cette raison, mon atelier a dévié au fur et à mesure du temps sur l'utilisation des émotions des enfants, afin qu'ils puissent les exprimer corporellement, verbalement, analyser ces deux langages et le retranscrire ensuite, et souvent, de manière très juste.

7/ Les perspectives d'évolution de l'atelier.

Les différents ateliers que j'ai pu mettre en place dans le groupe Play Back m'ont semblé être en parfaite cohésion avec ce qui fait l'essence du travail de ce groupe : développer les capacités d'expressions verbales, relationnelles, émotionnelles et corporelles des enfants. Les ateliers que j'ai proposés ont permis aux enfants de s'exprimer sur leurs ressentis émotionnels, seuls ou aidés par les intervenants. Ils ont pu faire la liaison entre leur langage corporel et leur langage parlé, et se sont rendu compte de l'inadéquation existante de ces deux langages à certains moments de leur vie, tout comme des conséquences dans l'incompréhension et les frustrations. Travailler sur l'adéquation de ces langages a permis qu'ils entrent dans un espace relationnel, qui jusque là, était perturbé.

Il me semble pertinent de continuer à travailler sur ces ateliers, qui ont été un travail d'introduction logique au théâtre Play Back, leur permettant de trouver mieux leurs mots et d'avoir une gestuelle adaptée et pleine de sens.

Il me semble que la continuité du travail pourrait employer le même schéma : L'éducatrice présente reprenant le type d'ateliers proposés, la neuro psychologue en soutien de ses interventions et l'infirmière au poste d'observateur à ce moment là. Cette organisation pourrait rester telle quelle jusqu'à la fin de l'année scolaire pour ne pas perturber les enfants. Je suis en contact régulier avec l'équipe, elle m'a fournie des informations à propos de la pérennité de mes ateliers. La neuropsychologue en charge du groupe Play Back m'a indiqué qu'à ce jour :

- la question de donner de la place au temps de « préparation » corporelle et émotionnelle avant les histoires et leurs jeux, a pris de l'ampleur après mon intervention. Les temps d'échauffement pouvant se poursuivre sur des séances entières.
- les enfants ont pu redemander certaines expériences : le toucher, les massages, se laisser « porter » par l'autre, avec la possibilité d'évoquer aussi les limites, (ce qui était très compliqué auparavant): « *j'ai perdu confiance en toi lorsque tu m'as fait peur alors que je me laisser aller* » ; les enfants peuvent réévoquer ces expériences vécues qui leur sont restées comme des souvenirs émotionnels forts sur lesquels ils mettent petit à petit des mots et du sens.
- Les intervenants ont pu reprendre et voir l'évolution de certains points apportés par les enfants, notamment le respect des besoins de l'autre et de ses propres besoins, tout comme l'expression de ces derniers. Ils ont notamment repris un exercice où l'enfant se déplace les yeux fermés et l'autre est juste présent à côté pour empêcher qu'il ne se blesse, impliquant également la notion du regard positif de l'autre.
- Le thème de la sécurité a continué à être exploré : Ils ont mis en scène des tableaux vivants où apparaissent les personnes les sécurisant et comment. Les jeunes ont pu davantage être en adéquation corps/parole et se confier sur leurs vies personnelles : Yohann a pu dire : « *je n'ai jamais vu mes vrais parents* » au sein du collectif. Cela a produit des ressources d'empathie les uns pour les autres : « *ça me rend triste ce que tu dis* ».

CONCLUSION :

J'ai introduit ce mémoire en parlant de ma propre expérience du vécu corporel et verbal. En effet, c'est cette expérience, cette relation particulière que j'ai au corps, qui m'a donné l'envie d'approfondir mes connaissances à ce sujet et d'accompagner des enfants en difficulté relationnelle, à pouvoir dépasser leurs blocages, qu'ils soient corporels ou verbaux. Le titre que j'ai choisi n'est pas anodin, notre corps est là, quoiqu'il arrive, il se mêle de tout mais s'emmêle aussi parfois ! Les troubles somatiques qui peuvent nous compliquer la vie (maux de ventre, énurésie, encoprésie, nausées, allergies, dos bloqué, bégayement, langage inadéquat...etc.) sont autant de symptômes nous signifiant que le corps est présent. C'est à travers lui, que l'« alerte » est donnée.

« Démêler » ce corps est un travail fastidieux mais extrêmement intéressant, qui nous demande des qualités d'observation, d'écoute et la capacité de mettre des mots sur les causes qui provoquent ces troubles, de donner du sens. Françoise Dolto soutient une théorie intéressante, celle de « l'image inconsciente du corps ». Pour elle, « *le corps est le traducteur universel de la vie intérieure* »²⁹. Elle stipule qu'il existe un lien très fort entre le corps et le moi, entre le corps et l'être psychique, permettant sans doute la structuration du sujet. Pour elle, sans les mots, il reste « *une souffrance qui est une souffrance relationnelle* »³⁰.

L'éducateur spécialisé a donc bien une place dans les structures de soin. En effet, si le travail de l'éducateur est d'établir une relation, que ce soit dans un CMP mais aussi dans d'autres structures comme les IEM, celle-ci passe le plus souvent par le corps, pour aller vers le symbolique. Eduquer vient d'ailleurs du latin *educare*, qui signifie conduire vers, guider. Son infinitif *educere* signifie : faire sortir de soi, développer, épanouir. C'est exactement ce que fait l'éducateur spécialisé dans un CMP comme partout ailleurs : il accompagne l'enfant et sa famille « *a devenir son propre créateur, à sortir de lui-même pour devenir un sujet qui choisit son devenir, et non un objet qui subit sa fabrication* »³¹. Dans un CMP par exemple, il a un rôle éducatif dont les retombées sont thérapeutiques : Il relie le corps et l'esprit.

²⁹ DOLTO Françoise, *L'image inconsciente du corps*, 1984, p 23

³⁰ DOLTO Françoise, *C'est la parole qui fait vivre, une théorie corporelle du langage*, éditions Gallimard, 1999, p.85

³¹ JACQUARD Albert, *l'Héritage de la liberté, de l'animalité à l'animalitude*, maternage.free.fr/definition_eduquer.htm

J'ai aussi expérimenté que l'institution donne un cadre, un contenant pour ces enfants et ces familles en détresse ; qu'à l'intérieur de ce cadre, il en existe un autre : celui du groupe, et qu'à l'intérieur de ce groupe, on en retrouve encore un : celui de la peau, qui comme le dit D. Anzieu délimite l'individu. Ce dernier, contrairement aux deux autres est « inviolable ».

A ce jour, il me semble que la mise en place de mon projet a répondu à mes hypothèses : le corps est bien vecteur de communication : il réagit, s'exprime et traduit, comme nous l'avons vu, les tumultes de la vie psychique. Il peut envoyer des messages erronés, mais aussi en totale adéquation avec ses ressentis. Quant à l'éducateur spécialisé, je pense qu'il participe à la possibilité d'expérimenter l'altérité au travers de ses propres ressentis corporels. Il propose des mots, donne du sens.

Enfin, en finalisant ce mémoire, il m'apparaît que le fait de s'approprier leur corps, a été essentiel aux enfants pour mieux s'exprimer et s'individualiser, pour qu'ils sachent poser les limites, mais aussi respecter celles des autres. Ce projet en particulier, a pris une place importante dans ma formation professionnelle. Grace au travail en équipe pluriprofessionnelle j'ai pu le vivre et le faire vivre, me nourrissant de leurs apports, m'appuyant sur leur soutien, trouvant des ressources dans leur regard bienveillant et osant la créativité par la confiance qu'ils m'ont offerte. Enfin, j'ai pu créer une relation particulière avec les enfants du groupe Play Back, me permettant d'expérimenter, puis d'être convaincue que le soin n'est pas qu'un acte médical, qu'il porte bien plus sur l'Homme dans sa globalité.

Pour accompagner l'Autre, nous devons d'abord le rencontrer. Par la suite, nous devons travailler avec ce qu'il est, et ce que nous sommes. Seulement alors pourrons-nous guider cet autre sur une partie du chemin qui le mènera à l'autonomie. Tout au long du projet, j'ai été attentive à respecter les rythmes et les ressentis des enfants, mais aussi ceux des intervenants. Le travail consistant à mettre en corrélation le langage verbal et non verbal, il fallait que nous aussi, soyons à l'écoute de nos propres ressentis pour les analyser et accompagner les enfants de la manière la plus adéquate possible.

Cette expérience, m'a donné envie d'aller plus loin. Je me suis donc intéressée durant ces trois années à la recherche de thérapies liées au mouvement, qu'il soit dansé ou non. A

Montpellier notamment, il en existe certaines. En Espagne et en Angleterre, des compagnies de danse contemporaine investies par des personnes en situation de handicap ont vues le jour et relatent le bien être et la sensation de liberté que la pratique de la danse engendre grâce à la réappropriation de son corps. En effet, l'implication des enfants et celle des professionnels m'ont permis d'entrevoir ce que pourrait apporter un atelier lié au corps mais cette fois en me servant de l'outil « danse », un outil que je connais bien, mais que je n'ai jamais utilisé à des fins éducatives et thérapeutiques. J'ai donc l'intention de compléter mes études par un master en art-thérapie. Nous avons tous des connaissances particulières; ce qui est parfois difficile, c'est de les utiliser à bon escient. Je pense que l'éducateur spécialisé, tout comme les autres intervenants, doit tenter de les mettre en avant et échanger ses compétences avec l'équipe, ce qui ne pourra être, il me semble, que bénéfique pour les usagers.

Bibliographie

Livres :

- MAUSS M., « *Les techniques du corps* » Sociologie et anthropologie, éditions Quadrige PUF, Paris, 2003
- R. Legendre, *Dictionnaire actuel de l'éducation*.
- CAVOZZI J., DUBOST J., ENRIQUEZ E., et GOGUELIN P. (1971). *La formation psychosociale dans les organisations*. Collection SUP, le psychologique. Presses universitaires de France.
- ANZIEU D, *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 1985.
- Winnicott D.W. *La mère suffisamment bonne*. 2006. Editions Payot et Rivages, Paris.
- WINNICOTT, D.W, MONOD Claude et PONTALIS, J,B, *Jeu et réalité*, éditions Folio essais, 2002.
- RUILAC.S, DC2, *Conception et conduite de projet éducatif spécialisé DEES*, édition Vuibert 2008.
- BOUTINET.JP, *anthropologie du projet*, édition Quadrige-puf 2008.
- BOUTINET Jean Pierre, *Psychologie des conduites à projet*, Collection Que sais-je ? Edition 2006
- DOLTO Françoise, *C'est la parole qui fait vivre, une théorie corporelle du langage*, éditions Gallimard, 1999.
- NGUANDU KAMUNGA Jean François, *L'action éducative à domicile*, éditions ASH, 2012, p.27
- AUSLOOS Guy, *La compétence des familles, Temps, chaos, processus*, éditions Eres, 2012
- DOLTO Françoise, *L'image inconsciente du corps*, 1984, p 23

Articles :

- KURTS S. Article « soigner et éduquer » *Empan* n°26, juin 1997.
- GALLUT X., Educateur spécialisé, doctorant en sciences de l'éducation, chargé de cours à l'université Victor Segalen Bordeaux 2. *Les cahiers de l'actif*- N° 348-349.

Sitographie

- Site de la FD CMPP. les textes fondamentaux <http://www.fdcmpp.fr>
- <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-86.pdf>
- www.ch-charcot78.fr/documents/journal/Journal0207.pdf. Le journal de l'E.P.S. Charcot Plaisir, n°25 février 2007. *Le dossier : la filière socio-éducative, 2^{ème} partie.*
- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000544137>
Décret n° 93-652 du 26 mars 1993, article 2, consulté en date du 2 avril 2014 sur la Page internet.
- La Cynergologie Définition de la synergologie. www.linternaute.com>
Dictionnaire.
- JACQUARD Albert, *l'Héritage de la liberté, de l'animalité à l'animalitude*, maternage.free.fr/definition_eduquer.htm
- Compte rendu de l'ouvrage *La double contrainte : l'influence des paradoxes de Bateson en sciences humaines*, éditions De boeck.
http://orientation.ca/wp-content/uploads/2012/12/mukamusoni_double_contrainte.pdf.
- <http://www.google.fr/imgres?imgurl=http://les-ressources-du-changement.fr>.

Liste des sigles

IEM : Institut d'éducation Motrice

CMP : Centre Médico Psychologique

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

TED : Troubles Envahissants du Développement

PMI : protection Maternelle Infantile

CAMSP : Centre d'Action Médico Sociale Précoce

ARS : Agence régionale de santé

CAC 48 : Centre D'accueil et de Crise (Pendant 48h maximum)

ASH : Agent de Service Hospitalier

ORL : Etude de l'Oreille, du Nez et du Larynx

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

MSP : Maison Social de Proximité

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CCAS : Centre Communal d'aides et Services

ASH : Agent de Service Hospitalier.

IDEA : Institut Départemental de l'Enfance et de l'Adolescence

AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

IMC : Infirmité Motrice Cérébrale

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

ANNEXE 1

Langage corporel, manifestation					
	Agitation Motrice	Transpiration	Rougeur	Affalement	stress
Y					
C					
R					

Communication en début/fin de séance								
	Mauvaise		Moyenne		Bonne		Très Bonne	
	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin	début	Fin
Y								
C								
R								

ANNEXE 2

Cohérence du langage verbal avec le langage non verbal						
	Pas cohérent du tout		Parfois en cohérence		Cohérent	
	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin
Y						
C						
R						

ANNEXE 3

Respect des règles posées				
	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon
Y				
C				
R				

Participation durant les ateliers				
	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne
Y				
C				
R				