

# DESSINE- MOI UN HÔPITAL DE JOUR

## DESSEIN DU CADRE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital de Jour Universitaire « La Clé »  
Bd. de la constitution 153  
4020 Liège  
Belgique  
i.izzi@skynet.be

Mireille CLOSE, Valérie LANDAUER, Stéphanie NOIRFALISE, Isabelle IZZI,  
Pr Jean-Marc TRIFFAUX

*Le cadre est identifié comme l'outil de la thérapie institutionnelle : il soutient les élans pulsionnels et offre une contenance aux angoisses et conflits.*

*L'Hôpital de Jour « La Clé » a mis en place un atelier « Jeux Coopératifs » afin de travailler la dynamique de groupe dans un cadre établi par les animateurs.*

*Le plaisir et les craintes font partie intégrante du jeu.*

*Grâce à différents stimuli sensoriels, les patients vont utiliser au mieux leurs ressources intrapsychiques et intersubjectives pour atteindre un objectif commun.*

*Mots-clés : Cadre, contrat thérapeutique, charte, jeux coopératifs, dynamique de groupe, estime de soi, rôles, compétence, communication, temporalité*

### **Draw me a Day-care Hospital Purpose of a therapeutic Framework**

*The framework is identified as the institutional therapy tool: it supports the instinctual impulses and gives a representation for anxieties and conflicts.*

*The day-care hospital « La Clé » set up a workshop called « Cooperative Games » in order to improve group dynamics in an established framework previously set up by the activity leaders.*

*Pleasure and fears are integral part of the game.*

*Thanks to various sensory stimuli, patients will use their intrapsychic and intersubjective resources in the best way, in order to reach a common goal.*

*Keywords: Framework, therapeutic agreement, a charter, cooperative games, group dynamic, self-esteem, roles, skill, communication, temporality*

## INTRODUCTION

L'Hôpital de Jour psychiatrique Universitaire (H.J.U.) « La Clé » a été créé en 1969 par le Pr. J. Bertrand. C'est le Pr. J.-M. Triffaux qui lui a succédé en 2001.

Ce service, agréé pour 25 lits aigus, s'adresse à un public d'adolescents (dès 16 ans) et d'adultes, depuis 1991.

Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont : les troubles névrotiques, les assuétudes y compris le jeu, les troubles graves de la personnalité, les troubles bipolaires, les troubles psychosomatiques et les troubles psychotiques.

Une prise en charge pluridisciplinaire intensive est proposée aux patients du lundi au vendredi, de 8h30 à 16h00, pour une période maximale de 3 mois.

Chaque patient bénéficie non seulement de prises en charges individuelles telles que la psychothérapie sur rendez-vous avec un assistant psychiatre et, à la demande, les entretiens de soutien avec un référent hospitalier.

Parallèlement, il jouit de prises en charges groupales transdisciplinaires, par le biais des différents ateliers proposés par l'équipe thérapeutique comme des jeux, de l'expression par les techniques d'art graphique, de l'ergothérapie, de la relaxation, du sport ou des ateliers d'expression (ex. : résolution de problèmes, la gestion des émotions, la discussion libre...)

## DESSEIN DU CADRE THÉRAPEUTIQUE À L'H.J.U. LA CLÉ

*« Le cadre consiste en l'ensemble des mesures et prescriptions qui établissent des limites aux comportements, de même qu'il consiste en la matrice sensée favoriser l'élaboration psychique ou l'articulation au champ social » (Chaperot & al., 2003, p. 501).*

Nous ne nous étendons pas ici sur les exigences liées au cadre thérapeutique en général mais insisterons sur la spécificité de deux outils incontournables en notre structure de soins, le contrat et la charte, qui constituent véritablement les leviers du cadre thérapeutique.

### **Le Contrat thérapeutique à l'H.J.U. La Clé**

A l'admission, un contrat thérapeutique est réalisé entre les partenaires : le patient, le médecin et le référent hospitalier. Ce document se présente en deux parties.

La première consiste en la présentation succincte du *règlement d'ordre intérieur* en vigueur en notre institution. Il dresse le cadre général en précisant les obligations à respecter telles que la présence ponctuelle et régulière de 8h30 à 16h du lundi au vendredi, la participation aux activités institutionnelles (le sport, le menu, le repas thérapeutique et les ateliers d'expression du mardi et surtout, le bilan) et la collaboration active aux tâches de la vie

communautaire (vaisselle, rangement). Il exige aussi le respect du programme personnalisé hebdomadaire. C'est que, chaque semaine, un programme personnel est établi par le patient avec ou sans l'aide de son médecin et/ou référent, en fonction des objectifs thérapeutiques qu'il poursuit personnellement.

La seconde partie consiste en l'engagement personnel du patient ; il est invité à y énumérer explicitement et de façon détaillée, ses objectifs personnels d'hospitalisation.

Une fois rédigé, ce document est cosigné par les trois parties.

Nous soulignons ici l'aspect "singulier" de ce contrat. En effet, ces objectifs s'adressent à une personne précise ; ils apparaissent comme identifiants, étayants, contenant et interprétatifs. Le cadre singulier consiste en les mesures thérapeutiques spécifiques à un patient particulier, mesures de sécurité, projet thérapeutique, élaborés en l'institution et dont une part reste souvent inconsciente (d'où l'intérêt de l'analyse institutionnelle). Outre cet aspect partiellement inconscient, le cadre singulier est modulable, adaptable et évolutif (Chaperot & al., 2003, p. 504).

Les patients sont réévalués tous les 15 jours avec l'infirmière de référence et plus souvent si cela s'avère nécessaire. Ce contrat, "levier thérapeutique" en notre institution, permet de rappeler le cadre dans sa fonction limitante. « On ne peut parler de Cadre sans évoquer sa transgression : manipulation ou subversion du cadre général ou jeu d'appropriation du cadre singulier » (Chaperot & al., 2003, p. 501).

En effet, il n'est pas rare que des règles de la vie communautaire soient transgressées. Prenons l'exemple courant des consommateurs d'alcool ou de substances illicites qui ne respectent pas leur contrat d'abstinence. Dans ce cas de figure, un travail de confrontation et de verbalisation de l'expérience conflictuelle s'impose. Le cas-échéant, notre action est légitime au vu du *cadre singulier* relatif au patient en question et *légitimée* par le *cadre général* de l'Institution.

### **La Charte de l'H.J.U. La Clé**

R. Kaes qualifie le Cadre de tiers organisateur de la vie psychique, « par ses

*invariants structureaux, il régule la jouissance en épousant diverses formes possibles* » (Chaperot & al., 2003, p 503).

La charte, cadre général, reprend un ensemble de règles institutionnelles qui valent pour tous, à la façon de l'énonciation explicite d'un règlement. Elle est le fruit d'expériences passées, de mésaventures qui font désormais jurisprudence.

La charte est affichée dans la plupart des endroits de passage. Elle sert de contrepoint au contrat thérapeutique. En le signant, le patient s'engage à respecter la charte tout au long de son hospitalisation (cf. figure 1 en annexe).

### LA THÉRAPIE INSTITUTIONNELLE À L'H.J.U. LA CLÉ

Comme explicité *supra*, les patients hospitalisés en notre institution bénéficient principalement d'activités de groupe.

Dans la rencontre thérapeutique, le patient préexiste en tant qu'individu. Par contre, un groupe ne préexiste pas en tant que tel. « *Son self n'a pas de fonction de personnalité. Pour en acquérir une, les individus doivent introjecter une identification appropriée au statut de membre du groupe.* » Cette dynamique est complexe et pour y parvenir, les patients développent une dynamique systémique d'agglomérat. Ils échangent des signaux, qui deviennent rapidement conventionnels, des signes de ralliements à des valeurs communautaires. Ils élaborent des identifications projectives collectives en général inconscientes, etc. Les participants secrètent également des phénomènes réactifs, des produits de *dé-fusion*, voire de sabotage du groupe : ainsi en est-il des jalousies de préséance, des formations de sous-groupes conflictuels, etc. (Mendiburu, 2003, p. 19).

La dynamique de groupe constitue un des outils incontournables de la thérapie de groupe. On entend par dynamique de groupe « *l'ensemble des phénomènes, mécanismes et des processus psychiques et sociologiques qui émergent et se développent dans les petits groupes sociaux appelés aussi groupes restreints (3 à environ 20 individus), durant leur activité commune* » (Leroy, 2002).

Au-dessus de ces phénomènes spécifiques et complexes, le thérapeute fait autorité. C'est lui qui fait respecter les clauses de fonctionnement ; c'est leur ensemble cohérent qui constitue le cadre. Ce dernier vise la sécurité, le respect mutuel, la confidentialité, la responsabilité personnelle et la coresponsabilité qui favorisent le bon fonctionnement du groupe. Néanmoins, chacun reste responsable de son degré

d'implication et de réserve (MENDIBURU, 2003, p. 20).

### Les « Jeux coopératifs » à l'H.J.U.

#### La Clé

Les jeux coopératifs trouvent leur origine aux Etats Unis avant la guerre 1940-1945 où ils ont été développés à des fins militaires. Les précurseurs sont John Von Neuman (mathématicien et physicien) et Oskar Morgenstern (mathématicien et économiste). De nos jours, ils ont trouvé de nouveaux domaines d'application : les stratégies militaires, les sciences économiques et sciences politiques à des fins de négociations, en sociologie, en philosophie sociale, dans le cadre de la pédagogie et les sciences de l'éducation incluant les questions d'apprentissage et d'enseignement. (Morgenstern, 1953).

Un jeu coopératif, ou jeu de coopération, implique par définition l'action conjointe et synergique des protagonistes ou, du moins, la concertation de ces derniers pour atteindre un objectif commun ; les joueurs gagnent ou perdent ensemble. Ce type d'activité s'oppose radicalement au principe du jeu "compétitif". En effet, les jeux coopératifs favorisent la socialisation en incitant à l'entraide plutôt qu'à l'affrontement et la concurrence. Les jeux coopératifs peuvent, selon leur nature, solliciter un éventail plus ou moins important de compétences. Certains ciblent davantage les facultés mentales tandis que d'autres viseront les capacités physiques ou l'éveil artistique.

L'atelier « *Jeux coopératifs* » à l'H.J.U. La Clé a été conçu de manière exploratoire en 2010, en vue de travailler explicitement et objectivement la dynamique de groupe en milieu hospitalier.

L'atelier comporte trois séances de deux heures qui se déroulent sur l'espace d'une semaine, ceci afin d'éviter de cliver le groupe patients, membres de l'atelier / non-membres.

Le groupe cible varie entre huit et douze patients, afin d'assurer une dynamique soutenue d'interactions et d'échanges.

Nous déconseillons cette activité aux patients psychotiques et *maskaphobiques*, susceptibles d'être incommodés par la mise en scène de cet atelier.

La première partie consiste en une approche théorique. Nous commençons par un *brainstorming* relatif au concept de dynamique de groupe et de ses enjeux ; il s'en suit de nombreux débats relatifs aux questions de positionnements relationnels (thèmes : entraide, collaboration, synergie / clivage, tension, conflit, repli...) et aux notions de rôles (tels : actif/passif, leader, meneur / suiveur, aidant). Sans oublier les concepts de pouvoir et cohésion, intrinsèquement liés à l'objet des débats.

Ensuite, nous abordons la question de la polyvalence des rôles qui reste souvent fonction du contexte de vie. En effet, une même personne peut revêtir des fonctions antagonistes voire contradictoires selon le milieu qu'elle côtoie. Un homme peut à la fois incarner le rôle de père *autoritaire-rigide*, au sein de sa famille et le rôle d'employé *soumis-souple*, au travail.

Nous invitons les participants à se pencher personnellement sur la question suivante : *Quel est mon rôle au sein de la famille, au travail et dans le groupe patient à l'H.J.U. La Clé ?* Durant cet exercice, les patients argumentent leur position en se fondant sur leurs forces et leurs faiblesses ; indirectement, ils nous font part de leur *auto-bilan* de compétences. Nous soulignons ici, le fait qu'en groupe les faiblesses des membres peuvent être aisément effacées au profit de leurs forces (Mouton, 2004, p.4).

Nous insistons, ici, sur l'importance d'être attentif aux forces et faiblesses de leurs partenaires ; en effet, ces sensibilités *ustensilisées* peuvent s'avérer excessivement efficaces lors de l'élaboration d'un stratagème. Sans oublier que les résolutions de problèmes se soldant par un échec, résultent généralement d'une distribution inadéquate des rôles au sein du groupe ou, plus précisément, d'une utilisation erronée et inefficace des ressources respectives de chacun de ses membres (Mouton, 2004, p. 8).

Ceci nous permet alors d'introduire le postulat de Belbin selon lequel la performance d'une équipe dépend principalement de l'équilibre subtil des rôles tenus par chacun de ses membres ; soit, la qualité de la productivité dépend de la façon dont les ressources intra-groupe se complètent et du sérieux avec lequel les coéquipiers s'acquittent de leurs rôles (Mouton, 2004, p. 5).

Ensuite, nous invitons les participants à prendre connaissance de la classification des rôles de Belbin (cf. tableau I en annexe). Ses études ont permis d'isoler neuf rôles distincts, nécessaires au bon fonctionnement d'une équipe ; chaque rôle se structurerait sur des constances de comportements mises en œuvre dans un contexte spécifique, par des types de personnalité parfois tout à fait différents

Enfin, nous rappelons les règles de base des jeux coopératifs :

- un objectif commun à atteindre à l'unanimité ;
- une unité de temps définie ;
- une présentation unique des consignes ouvertes (non exhaustives) par le canal audio-visuel (spécificité de nos dispositifs) ; aucune intervention des professionnels n'aura lieu durant le jeu, sauf pour un motif de sécurité ;

- le Cadre doit être respecté.

Au terme de ce premier module, nous percevons déjà la hâte des patients de découvrir la suite de l'atelier. Ils sont à la fois curieux et inquiets. Désormais, ils parlent à la première personne du pluriel, soit "nous". Ils s'interrogent : « *qu'est-ce qu'ils vont nous faire? Ce n'est pas risqué? Y aura-t-il des insectes ou des araignées?...* ». Le cadre à peine posé, un groupe est créé ! En effet, tous sont réunis en même temps en un même lieu dans un même but. Ils partagent dès lors un intérêt commun : réaliser un challenge. Ils acquièrent progressivement une meilleure connaissance des autres ce qui entraîne, consciemment ou inconsciemment, une représentation précise de chacun des membres. Ils partagent à présent un sentiment d'*entativité* ; ils forment un tout différencié.

Dans le cadre du présent article, nous avons souhaité vous présenter le jeu coopératif intitulé : « *La prison* ».

Selon R. Delhez (1999, p. 43-44) « *le dispositif assure à tous les acteurs des repères fixes ; il réduit l'incertitude et contient les angoisses les plus profondes : nul ne pourrait supporter une situation imprévisible. C'est un rôle essentiel de l'animateur de garantir le maintien du dispositif* ». Il importe dès lors de ne pas négliger la phase de conception de l'atelier afin d'assurer la cohérence de tous les éléments et ainsi ne laisser aucune place au hasard.

Aussi, notre jeu nécessite un dispositif bien précis. Dans une salle, nous plaçons une corde en triangle au moyen de 6 tables superposées, plateau contre plateau, les pieds dressés, enlacés d'une corde. Chacun des côtés à une hauteur différente ; la hauteur la moins élevée s'élève à environ 85 cm du sol. Un gyrophare orange est placé dans l'angle de la pièce, à hauteur d'homme.

Un animateur portant un panneau « *Jeux Coopératifs* » se rend dans les communs ; il attend, sans mot dire, que tous les participants soient réunis devant lui pour se diriger vers la salle précitée. Durant le trajet, nous notons que certains participants sont pressés d'arriver, d'autres par contre appréhendent l'activité et traînent. Fréquemment, on entend des remarques telles que : « *Qu'est ce qui nous attend?* », « *J'ai peur!* », « *Reste près de moi!* »... Lorsque les patients arrivent dans la pièce, ils sont généralement surpris par son aménagement mais surtout par la présentation des intervenants. Nonobstant le fait que nous sommes en grand nombre (3 à 5 animateurs), silencieux, masqués et en position figée, l'ambiance générée par la musique de fond est de nature à accentuer le suspens.

Généralement, ils partagent leurs impressions quant au dispositif, s'encouragent voire se rassurent mutuellement. Il arrive fréquemment qu'ils tentent de deviner l'identité des professionnels voire d'entrer, en vain, en contact avec eux. En neutralisant les observateurs, les interférences de la communication non-verbales sont limitées et, de ce fait, les protagonistes se recentrent exclusivement sur leur activité commune. En effet, lors des premières séances de cet atelier exploratoire, nous avons constaté que les patients cherchaient constamment des réponses dans nos attitudes et comportements ; ils étaient constamment dans l'interprétation et tentaient sans cesse de nous interpellier. Une fois dans la salle, les participants se mettent côte à côte, et attendent tout en observant autour d'eux. Généralement, ils rusent, espérant obtenir de l'information chez les professionnels, soit en posant des questions, soit en riant mais cela ne dure pas. Nous attendons quelques instants et lançons la présentation Power Point. Un film défile où l'on peut voir des images de prisons, de prisonniers, le Fort d'Alcatraz, etc... Une musique accompagne la présentation ; il s'agit de « *Requiem for a Dream* » de C. Mansell. C'est que la musique a la capacité « *d'éclairer le cinéma de l'intérieur* » (Morin, 1956, p.89). La musique intensifie les ressentis profonds qu'éveillent, en nous, les images, les mots, les effets... délivrés par le support visuel. (Close & al., 2010, p. 121).

Ensuite arrivent les consignes.

« *Rassemblez-vous immédiatement dans le triangle de corde* »

Un patient comprend et se place au centre, les autres suivent en enjambant la corde ou en passant dessous. Les consignes continuent à défiler mais certains, perturbés par les déplacements, perdent une partie de l'information. Il arrive que certains participants recadrent le groupe en attirant son attention sur le fait que les consignes ne peuvent être réitérées.

« *Vous êtes en prison.* »

« *Vous devez vous évader.* »

« *Plusieurs points s'opposent à vous : une clôture électrique vous retient prisonniers.* »

« *Vous devez passer par-dessus pour vous évader. A chaque fois que vous la touchez ou que vous passerez dessous, vous vous ferez siffler et l'ensemble du groupe devra retourner au point de départ (au centre du triangle de corde).* »

« *Vous devez toujours maintenir le contact entre vous (toucher les vêtements, tenir la main etc.). En cas de rupture de la chaîne vous vous ferez siffler et retourner au point de départ.* »

« *Enfin si vous vous mettez en danger les gardiens se permettront de vous rappeler à l'ordre.* »

« *Et ne perdez pas de vue le principe fondamental des jeux coopératifs : TOUT LE MONDE GAGNE OU TOUT LE MONDE PERD!* »

« *A vous de jouer et n'oubliez pas que c'est un jeu!* »

Et là, le décompte des 30 minutes commence.

Pendant le jeu, les animateurs veillent au bon déroulement du jeu et au respect du cadre. Ils prennent notes des comportements observables : actions/réactions, remarques, interactions, silences, rôle et positionnement relationnel de chaque membre. Pour maximiser la qualité de l'évaluation, les professionnels se répartissent d'emblée les patients. Généralement, le jeu coopératif est rapidement résolu ; le plus souvent les participants forment des pyramides humaines de petites tailles ou se servent d'une chaise ou deux pour faciliter le passage.

Une fois le jeu réalisé, lorsque tous les patients sont sortis de la prison, nous posons une feuille blanche, le tableau de Belbin (cf. tableau I en annexe) ainsi qu'un stylo, au milieu du triangle de corde. Toujours dans le silence, nous quittons la salle et les laissons debriefier entre eux, durant 15-30 minutes. Ce n'est qu'une fois à l'extérieur, que nous enlevons nos masques et réinteragissons. Nous profitons de cette petite demi-heure pour échanger entre observateurs et préparer le *feedback* à rendre aux différents acteurs. Une seule question s'impose : *Quid du positionnement relationnel de chacun, de son/ses rôles, de son mode de communication, de son rapport au cadre?*

Selon Barthélémy-Ruiz, « *l'après-jeu est plus important encore que le moment du jeu. C'est l'instant du transfert à la réalité, du pontage avec le réel. C'est là qu'on valorise l'action de jouer, par la verbalisation et l'analogie* » (Gérard, 2003, p. 14-15). En effet, il est indispensable qu'un transfert puisse être fait entre le jeu et la vie réelle. La qualité du transfert dépend du dispositif mis en place, d'une part, et des capacités d'animation du personnel thérapeutique, d'autre part. Il doit effectivement aider les participants à analyser les événements et les interactions qui se sont déroulés au cours du jeu ; dans cette optique, la discussion structurée s'avère être un bon outil. Elle ordonne et dynamise l'atelier, en obligeant les membres du groupe à participer de façon égale et démocratique au débat, provoquant échanges et enrichissement mutuel. Voilà en quoi consiste le *debriefing* de l'atelier.



Habituellement, les patients entament la discussion en partageant avec nous leur sentiment général sur la singularité de l'atelier. Le dispositif "surprenant" intrigue et suscite la curiosité chez les participants. La majorité des participants qualifie l'expérience de positive et d'enrichissante. Ils évoquent un plaisir partagé et souhaitent la continuité de ce type d'activité.

Les patients soulèvent le danger des consignes non exhaustives. En effet, ces dernières font souvent l'objet de nombreux débats voire de tensions au sein du groupe. Ceci nous permet d'aborder la question du cadre en général, des règles explicites/implicites, sans oublier l'amplification de la complexité des modes de communication en situation de stress et, en occurrence, des interprétations abusives qui en découlent.

La notion de rôle et de son mode d'acquisition prend maintenant tout son sens. Exemple : Le physique des fugitifs influence inévitablement l'attribution des rôles. Les patients tiennent compte, consciemment voire inconsciemment, des sensibilités et forces, de leurs coéquipiers. Chaque membre par sa seule présence est un élément incontournable au bénéfice de la réussite de la tâche. Les patients définissent leurs rôles en référence à ceux des autres, ils forment un tout différencié.

Ceux qui avaient une faible estime d'eux-mêmes prennent conscience de l'importance de leur fonction. « *Un bon coéquipier est une chance pour l'équipe, même s'il ne possède qu'un minimum de connaissances techniques, car il fournira sa part d'effort et veillera à ne jamais porter atteinte à la contribution des autres* » (Mouton, 2004, p. 10).

De plus, cet exercice nous apprend que certaines personnes qualifiées de compétentes, voire brillantes individuellement, peuvent s'avérer décevantes combinées entre elles, alors que d'autres, considérées comme moins performantes au départ, atteignent en coopérant, un haut niveau de performance. Ceci résulte du fait que la compétence n'est, le plus souvent, envisagée que sur les modes de réflexion et d'action au mépris du mode de relation et de communication, si cher à Watzlawick. Il envisage, en effet, dans son premier axiome, l'impossibilité de ne pas communiquer. Selon lui, « *il n'existe pas de non comportement et si tout comportement a valeur de message : on ne peut pas ne pas communiquer.* » Cela ne signifie pas pour autant que toute communication est intentionnelle, consciente ou réussie. Les modes de communication sont multiples et emploient polyphoniquement différents canaux : verbal, postural, facial, ... (Gabriel-Touzet, 2011, p. 10).

Ceci nous permet d'introduire la notion d'*intelligence sociale*, instance sans laquelle nos relations et interactions à autrui restent vaines.

Ce type de jeux illustre bien la contre-productivité de la multiplication des forces individuelles similaires en intra-groupe. En effet, si tous les membres d'une équipe sont motivés par les mêmes aspirations, ils risquent de détruire les liens de coopération mutuelle. Cette rivalité offre peu d'atouts collectifs et invalide inévitablement la dynamique du groupe (Mouton, 2004, p. 4). « *Ici, il n'est pas question de rivalité, mais bien de solidarité!* », dit un patient. En effet, il importe de rappeler le principe fondamental des jeux coopératifs : « *Un pour tous, tous pour un!* » Les patients font tous partie de la même équipe et poursuivent à l'unanimité le même but collectif commun.

En revanche, l'hétérogénéité des personnalités, des compétences et des rôles favorise les capacités de réponse d'une équipe, tout en diminuant les frictions stériles qui surviennent lorsque des membres rivalisent entre eux. En effet, l'équipe ne pourra tirer le meilleur parti de ses ressources techniques qu'à condition de posséder en son sein la gamme requise de rôles qui lui permette d'être efficace (Mouton, 2004, p. 5).

Enfin nous concluons, en soulignant les bienfaits de la dynamique de groupe. La complémentarité des tempéraments et personnalités, les forces des uns palliant aux faiblesses des autres et *vice-versa* sont autant de ressources susceptibles de favoriser la productivité du groupe.

« *Une équipe peut comprendre en son sein toutes les caractéristiques antagonistes qui ne peuvent être rassemblées chez un seul individu* » (Mouton, 2004, p. 3).

## CONCLUSION

La thérapie Institutionnelle propre à notre structure est la plupart du temps axée sur une prise en charge groupale. Si la vie communautaire est par définition source de tension celle d'un groupe hétérogène, tel un groupe-patient est encore plus difficile à équilibrer. C'est que dans un groupe de personnes psychologiquement fragilisées, les pathologies individuelles, les différences philosophiques et culturelles ou même, plus simplement, les inégalités de situations socio-économiques, sont de nature à générer subtilement de réels conflits latents et même patents. Ceci engrange la *dé-fusion* des membres du groupe et crée un climat peu propice à la thérapie de groupe. Les enjeux sont importants, les jeux de forces et de pouvoir se font sentir, le groupe de patients se

clive et, le plus souvent, tente de prendre le personnel soignant à partie. C'est ici que la notion du cadre thérapeutique prend tout son sens. En effet, compte tenu de notre philosophie de travail, la dynamique de groupe se doit d'être *soutenue et soutenante*. Elle nécessite un levier thérapeutique qui soit connu et reconnu par chacun et surtout susceptible de rétablir l'ordre dans ce système chaotique : c'est le dessin du cadre thérapeutique. Le règlement d'ordre intérieur et la charte institutionnelle constituent le *cadre général*, tandis que, d'autre part, le contrat thérapeutique personnalisés forme pour chaque patient, un *cadre singulier*. « *Si le cadre est contractuel entre les deux parties, c'est le thérapeute qui en reste le garant* » (Mendiburu, 2003, p. 24). Voilà les outils favorisant le bon fonctionnement de l'hôpital.

L'utilisation des jeux coopératifs au sein de notre structure a permis, de travailler directement la dynamique et la cohésion de groupe. Elle a surtout aidé à sensibiliser les patients à la complexité des modes relationnels et communicationnels interpersonnels. Nous soulignons ici la validité externe des observations réalisées dans cet atelier puisque, la qualité de la thérapie institutionnelle y apparaît intrinsèquement liée à la dynamique *intragroupe-patients*.

## BIBLIOGRAPHIE

1. CHAPEROT C., PISANI C., GOULLIEUX E., GUEDJ Ph., Réflexions sur le cadre thérapeutique et l'institution : médiatisation et caractère partiel, *Evol psychiatr*, 2003 ; 68.
2. CLOSE M., SERVAIS C., QUERTEMONT E., TRIFFAUX J.-M., Du corps à la parole. *Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles* 13, 2010, p. 119-127.
3. DELHEZ R., Essai sur l'animation à la consultation de groupe, *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 1999, p. 43-44.
4. GABRIEL - TOUZET V., Fiche de lecture : « Une logique de communication » de P. WATZLAWICK, J. HELMICK BEAVIN et don D. JACKSON, [http://mip-ms.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utilis.LectureFichiergw?ID\\_FICHIER=1295877017813](http://mip-ms.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utilis.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1295877017813), consulté le 10 septembre 2011.
5. GERARD L., Pédagogies ludiques : se former en jouant, *Entreprise et Carrières*, juillet 2003, 676, p. 14-15.
6. LEROY J.-F., Dynamique des groupes, Notes de cours non publiées, Université de Liège, Liège, 2002.
7. MENDIBURU J.-P., La Fonction du cadre, *Gestalt*, 2003/2, 25, p. 11-25.
8. MOUTON E., La Théorie des Rôles en Équipe de Belbin : Un outil pour la Complémentarité des Forces, Congrès francophone du management de projet : « Projets, Entreprises, Intégration », 2004, <http://www.afitep.org/files/documents-lies/congres/2004/Actescongres04/Mouton.pdf>, consulté le 5 septembre 2011.

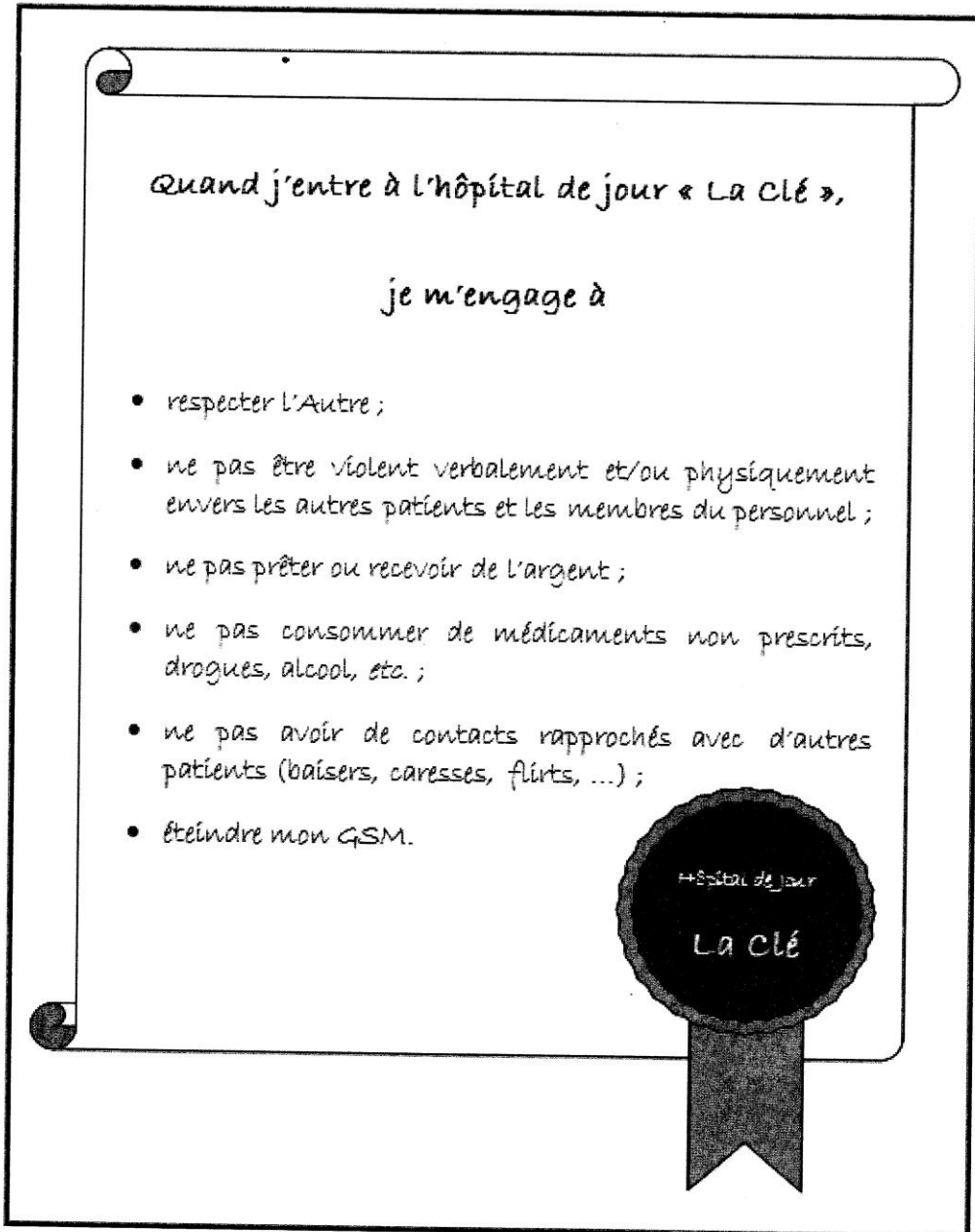
9. MORGENSTERN O., Theory of games and economic behavior, Princeton University Press, 1953, publié en français sous le titre

Théorie des jeux et comportements économiques, Université des Sciences Sociales de Toulouse, 1977.

10. MORIN E., Le cinéma ou l'homme imaginaire, Essai d'anthropologie, Les Editions de Minuit, Paris, 1956.

## ANNEXES

**Figure 1** : Charte de l'H.J.U. *La Clé*



**Tableau I** : Classification des rôles selon Belbin

(Support de l'atelier « *Jeux Coopératifs* » de M. Close, H.J.U. *La Clé*, 2011)

ROLES DE REFLEXION	<b>Le priseur</b>	Envisage toutes les options, évalue avec précision et de manière objective si les idées sont réalistes et bénéfiques.
	<b>Le concepteur</b>	Créatif, imaginatif, peu orthodoxe et surtout anticonformiste. Propose des nouvelles idées, résout les problèmes complexes.
	<b>L'expert</b>	Autonome dans son domaine, il possède des connaissances et une expérience métier peu communes et utiles à l'équipe.
ROLES D'ACTION	<b>Le propulseur</b>	Extraverti, enthousiaste et communicatif. Moteur qui pousse à l'action, à l'atteinte de résultats tangibles/concrets. Explore les opportunités et développe les contacts. Tire profit des idées et des informations du monde extérieur.
	<b>L'organisateur</b>	Transforme les idées en actions concrètes et pratiques → Opérationnalise, concrétise.
	<b>Le perfectionneur</b>	S'assure que le travail est bien fini, recherche les erreurs et les omissions, veille au respect du cadre (délais, consignes...) → Fonction de contrôle
ROLES D'E RELATION	<b>Le propulseur</b>	Clarifie les buts, favorise la prise de décision, délègue les tâches. Sensible au but assigné, à la clarification, à l'explicitation.
	<b>L'organisateur</b>	Explore les opportunités et développe les contacts. Tire profit des idées et des informations du monde extérieur.
	<b>Le perfectionneur</b>	A l'écoute, évite les frictions et recherche les consensus. → Bâtit le relationnel dans l'équipe.