

INSTITUT PROFAC 19 rue Avenue Lafayette 13200 ARLES

Marion ROUSSEAU

ART-THERAPIE

Rencontre et la juste distance thérapeutique

Mémoire Professionnel
2014

Directeur de recherche: Jean-Pierre ROYOL, Docteur en Psychologie Clinique

INTRODUCTION

J'ai eu l'opportunité de découvrir l'art-thérapie dans le cadre de mon cursus scolaire aux Beaux-Arts de Clermont Ferrand. Je souhaitais parvenir à une meilleure adéquation de mes compétences en art et les exigences du métier d'art thérapeute. Ma phobie scolaire m'a amené très jeune à me rendre compte que l'expression artistique a permis de m'aider à surmonter mes difficultés, d'appréhender le monde scolaire et ce tout ce que cela induisait.

Le questionnement sur les enjeux de l'art-thérapie en dépit des diverses pathologies ou chaque personne y trouve sa singularité n'a cessé de m'habiter.

De plus, la rencontre avec le patient en proie à une souffrance physique et psychique durant mon stage a éveillé en moi un intérêt tout particulier qui m'a questionné, et qui m'a amené à orienter la thématique de ce mémoire autour de deux axes : **La Rencontre** et la **Juste distance thérapeutique**.

La thématique de ce mémoire est la **Rencontre** et la **Juste distance thérapeutique**.

Annonce du plan

| | |
|---|-----------|
| Remerciements í í í í í í í í í í í í í í í í | p 3 |
| I- Présentation de l'expérience de stage í í í í í .. | p 4 à 12 |
| a- Présentation du centre hospitalier psychiatrique | |
| b- Les pathologies rencontrées | |
| c- Place du Moi dans les structures psychiques | |
| II- Rencontre í í í í í í í í í í í í í í í í .. | p 13 à 23 |
| 1) Dispositif art-thérapeutique et analyse de cas | |
| a- Définition général de la rencontre | |
| b- Dispositif art-thérapeutique | |
| c- Jeu, créativité et poétique en art-thérapie | |
| d- Lieu de rencontre | |
| 2) Proposition aventure multiforme et multicolore | |
| a- Le choix du médium | |
| b- L'objet créé et son devenir | |
| 3) La relation transférentielle au sein de la rencontre | |
| III- La juste distance thérapeutique í í í í í í | p 24 à 27 |
| 1) Définition | |
| a- La juste distance dans la relation thérapeutique | |
| b- La juste place | |
| c- Supervision | |
| 2) La bonne distance ni trop, ni trop peu | |
| 3) Exister en tant que sujet | |
| IV- Projet professionnel í í í í í í í í í í í í í í í . | p 29 - 38 |
| Conclusion í í í í í í í í í í í í í í í í . | p 39 |
| Bibliographie í í í í í í í í í í í í í í | p 40 |
| Rapport de stage í í í í í í í í í í í í í í í í . | p 41 à 60 |

Remerciements

Je remercie tout d'abord l'Institut PROFAC d'exister, de m'avoir permis de faire cette formation. La qualité d'enseignement des intervenants et son directeur Jean-Pierre ROYOL.

Grand merci aussi à l'Institut où j'ai pu faire mon stage, à toute l'équipe pluridisciplinaire pour les échanges que nous avons eu et particulièrement ma référente de stage P.S.A. pour m'avoir consacré du temps et de son soutien. Sans oublier les patients qui m'ont fait confiance lors de dispositifs.

1) Présentation de l'expérience de stage

a ó Présentation du Centre Hospitalier Psychiatrique

Le centre hospitalier psychiatrique est structuré en 6 pôles d'activités de soins :

- Pôle ambulatoire
- Pôle court séjour et addictologie
- Pôle médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent
- Pôle soin psychiatrique longue durée
- Pôle personnes âgées
- Pôle de logistique.

C'est un établissement intercommunal de santé mentale. Implanté sur 27 sites différents tant pour la psychiatrie adultes, que pour les enfants et les adolescents. Ce centre hospitalier est ouvert à l'art-thérapie puisque qu'il y en a en place dans plusieurs pôles.

C'est un établissement public de santé. A ce titre il est en charge de plusieurs missions d'intérêt général : la prévention et l'information, la formation et l'éducation, les soins des patients avec des objectifs de sécurité et de qualité, dans le respect de la personne humaine et de ses droits fondamentaux. Dans ce centre existe 4 postes d'art-thérapie, dont deux art-thérapeute chez les adultes et deux art-thérapeute chez les enfants.

Malgré mes appréhensions au début, qui se sont très vite annihilées au fil des rencontres, j'ai choisi d'effectuer mon stage en psychiatrie dans le cadre institutionnel, car je tenais à découvrir l'art-thérapie dans un univers de soins à part entière. Mon stage a été un moment d'observation, de pratique, de réflexions, de rencontres.

b - Les pathologies rencontrées :

Il a été pour moi important en tant qu'art-thérapeute en devenir, de connaître les différentes formes de maladies mentales que je pouvais rencontrer lors de mon stage.

Au fil du temps, je me suis rendu compte lors de mes lectures et durant mon stage qu'il y a des états de transition, des états limites, qui ne permettent pas d'affirmer l'appartenance d'un tableau donné à une catégorie stricte de maladie mentale. En effet, des maladies théoriquement distinctes peuvent coexister chez un même sujet.

C'est pour cela que je vais parler de la distinction la plus classique rencontrée en hôpital psychiatriques : **Névrose ó Psychose.**

Les névroses & les psychoses :

Les **névroses**, sont des dysfonctionnements psychiques de formes très variables ou sont atteints à des degrés divers, l'affectivité, l'émotivité, ainsi que les comportements, toutefois les fonctions mentales ne sont pas perturbées dans leur complétude, ce qui permet notamment une conscience pénible de ces troubles, par le sujet.

Les névroses sont nommées d'affections psychogènes ou les symptômes sont l'expression symbolique de conflits intra-psychiques, inconscient habituellement. Ces conflits peuvent remonter à l'enfance du sujet et réaliser des compromis entre les désirs et les défenses. Les ajustements entre désirs et défenses ne peuvent se réaliser, dans la névrose sans exprimer un ou des symptômes pathologiques.

Les mécanismes de défenses en sont nombreux : (refoulement, régression, isolement, sublimation, déplacement...). L'adéquation de ces ajustements entraîne l'émergence de symptômes névrotiques, cependant ces symptômes ne sont pas à priori spécifiquement liés à la névrose ; cela dépend de leur contexte de survenue, de leur détermination psychique qu'ils pourront être rapportés à un tel état pathologique.

Les troubles en sont nombreux:

- ❖ Anxiété et angoisse
- ❖ Agressivité
- ❖ Trouble de conduites alimentaire
- ❖ Trouble phobique
- ❖ Trouble du sommeil (insomnie, hypersomnie)
- ❖ Asthénie

La **psychose** (*psychose du mot grec psyché « esprit, âme »*), est une maladie mentale où le psychisme de l'individu s'organise différemment, il serait dû à une défaillance narcissique et un échec de l'organisation de l'ego. Le sujet psychotique a du mal à échafauder son intégrité psychique et corporel, il ne fait pas la différence entre le monde interne et externe ainsi qu'entre soi et l'autre.

Le sujet est submergé par des angoisses et craint à tout moment le morcellement. Or les fonctions défensives du sujet psychotique sont structurées par le clivage, le déni et la projection, ce qui est contraire au mode d'organisation du névrotique où le refoulement permet au sujet de garder ce qui lui échappe au sein de sa psyché, tandis que le psychisme du sujet psychotique expulse au dehors; en effet, ce qu'il lui échappe ne serait pas refoulé dans l'inconscient, mais fait retour sous une forme hallucinatoire dans le réel du sujet.

C'est dans un accident dans le registre du signifiant, à savoir la « forclusion du Nom du Père », que nous désignons le défaut qui donne à la psychose sa condition essentielle avec la structure qui la sépare de la névrose, (Lacan)¹

En art-thérapie, je suis d'accord avec Jean-Pierre Royol lorsqu'il dit dans « l'art-thérapie au fil de l'éphémère » que l'art-thérapeute doit faire avec la structure de celui

¹ Art-thérapie au fil de l'éphémère, Jean-Pierre Royol.

qu'il rencontre en effet ces deux types de structures psychiques : structure névrotique, ainsi que la structure psychotique, se différencient par leur rapport à l'infini. Du fait du refoulement originaire, « le névrosé est coupé de l'infini et de l'indéterminé car il est fixé dans un langage structuré par un signifiant du phallus alors que le sujet psychotique loge dans l'infini et ne cesse d'en rendre compte avec les moyens du bord ». ²

En art-thérapie, il s'agit d'accueillir le sujet dans sa singularité, de reconnaître le sujet en tant que tel, c'est-à-dire, l'écouter, accueillir l'angoisse qu'il exprime avec les moyens dont il dispose. Dans la psychopathologie, il est question de ce « Mal-à-dire » qui caractérise la souffrance que le patient subit tant qu'il ne lui donnera pas forme et sens.

Présentation des différentes maladies mentales rencontrées en hôpital psychiatrie :

Maladies à manifestations aiguës :

- Dépressions et mélancolies :

Humeur triste : désintérêt, goût à rien, douleur morale, pleur, idées de suicide

Etat dépressif : asthénie, anorexie, anxiété, inhibition sexuelle, trouble du sommeil.

La mélancolie (dans la forme la plus grave) : signes cliniques très marqués, ralentissement psycho-moteur important, idées délirantes d'auto-accusation,

Les origines: affections physiques graves, réactionnelles à un événement, en lien avec une psychose maniaco-dépressive.

- La manie : Humeur euphorique, expansive, les émotions (joie, tristesse) sont plus vives, y compris dans la douleur morale.

² Jean-Pierre Royol (Art-thérapie au fil de l'éphémère).

Les états maniaques se traduisent par : une insomnie sans fatigue, un fonctionnement psychique accéléré (logorrhée, fuite des idées), hyperactivité, tenus débraillés, contact facile, hypersensibilité affective.

La manie constitue l'une des phases du trouble bipolaire.

- La psychose maniaco-dépressive : Alternance de phases dépressives et de phases maniaques

Entre ces deux phases le sujet retrouve une période d'accalmie.

Il y a une *forme bipolaire* : alternance manie ó dépression.

Forme unipolaire : dépression récurrente

- Les bouffées délirantes : Apparition soudaine d'idées délirantes qui sont multiples sans cohésion et sans systématisation, elles se caractérisent par des idées fausses et hors de la réalité. Le délire peut être polymorphe avec des thèmes variables.

Thèmes variés : persécution, mystique, de grandeur, filiation imaginaire

Les mécanismes sont multiples : intuitif, hallucinatoire, imaginaire.

- La confusion mentale : Trouble aigu qui se caractérise par un désordre de tous les processus psychiques.

Se traduit par : trouble de l'attention, désorientation temporo-spatiale, perturbation de la mémoire.

Les causes (elles sont de plusieurs ordres) : neurologique, infectieuses (méningites), carence de vitamine B1, intoxication (antidépresseurs, psychotropes..), traumatisme.

Maladies à manifestations chroniques :

Concernant **les névroses**

- Névrose d'angoisse : Fond d'anxiété plus ou moins permanent avec crises d'angoisses et troubles somatiques (cardiaques, digestif, respiratoires...).
- Névrose phobique : Anxiété due à un objet ou une situation, n'ayant pas en eux un caractère dangereux. Ce n'est qu'en présence de cette situation phobogène qu'apparaît l'angoisse. Types de phobies : claustrophobie, agoraphobie, phobie-social.
- Névrose hystérique : Conflits psychiques inconscients, l'hystérique s'exprime par des symptômes corporels (conversion somatique).

Crises hystériques : crises de nerf, évanouissement, crise de larmes..

Manifestations plus durables : trouble de la vision et de la parole, douleur, symptômes digestifs, anesthésies, paralysies..

- Névrose obsessionnelle : Toutes les craintes du sujet se cristallisent sur des idées obsédantes que le sujet tente de combattre par des rites obsessionnels.

Les compulsions et les rites : actes que le sujet ne peut s'empêcher d'accomplir de façon répétitive à visée protectrice.

Types d'obsessions : phobique (peur obsédante de la saleté), idéative (peur d'une erreur due à vérifications interminables), impulsive (peur de commettre un acte absurde).

Fatigue psychique énorme pour le sujet ainsi qu'une grande souffrance.

Les psychoses délirantes chroniques : Perte de cohésion et d'unité de la personnalité, discontinuité du cours de la pensée. Les dimensions psychiques sont touchées (intellectuelle, affective et comportementale) avec inconscience du trouble et idées délirantes permanentes.

On distingue d'une part que la schizophrénie est le trouble psychotique le plus classique ainsi que l'évolution le plus déficitaire c'est-à-dire qu'elle s'accompagne d'un esprit scindé. On distingue aussi les délires chroniques, c'est-à-dire les paranoïas, les psychoses hallucinatoires chroniques ainsi que les paraphrénies qui sont sans évolution déficitaire.

- **La schizophrénie :** (*terme schizophrène du grec « fendre, cliver, et esprit »*)

- Psychoses dissociatives, qui se distinguent sous différentes formes, (paranoïde/ hébéphrénique/ simple/ catatonique/ dysthymique).
- Dissociation de la personnalité
- Repliement sur soi (autistique)
- Délire paranoïde

Syndrome dissociatif

- Rupture de l'unité psychique, impression de bizarrerie des comportements, ambiguïté des sentiments et détachement du réel.
- Dissociation de la pensée (coq à l'âne, contamination d'une idée par l'autre)

- *Forme et début*

- Chez un sujet jeune, adolescent (15, 25 ans)
- *Début brutal* : bouffées délirantes ou actes impulsifs
- *Début progressif* : modification insidieuses des comportements et de la personnalité

- **les psychoses paranoïaques :** psychoses non dissociatives

- *Les délires* : caractérisés par un délire systématisé sans hallucination et sans détérioration intellectuel. La non bizarrerie des idées délirantes (cohérent) permet de la différencier des états schizophréniques.

➤ *Types de délires* : délires de persécution, délires passionnels, délires d'interprétation.

- **Les psychoses hallucinatoires chroniques :**

Importance des hallucinations dans la constitution du délire :

- ❖ Il entend des voix au contenu injuriant ou comminatoire et cherche à s'en protéger.
- ❖ L'automatisme mental est constant : production involontaire et mécanique d'idées et d'impressions.
- ❖ Assez souvent, il existe un syndrome d'influence : impression d'être commandé par une force extérieure.

- **Les paraphrénies :** Elles se caractérisent par l'importance des mécanismes imaginatifs dans l'élaboration d'un délire de nature fantasmatique.

c- Place du Moi dans les structures psychiques :

La place du Moi est essentielle dans la compréhension des structures psychiques. A ce sujet, Didier Anzieu nous éclaire :

« Le moi est une instance psychique en double continuité respectivement avec le Ça et le Surmoi. Il est l'agent des processus psychiques secondaires (généralement conscients) et des mécanismes de défense (généralement inconscients). Cet agent constitue le noyau solide du Moi, qui résulte de l'introjection de l'objet primordial : le Moi a, complémentirement, une configuration d'enveloppe, qui sépare et relie le monde intérieur et le monde extérieur : c'est le système perception-conscient. Cette enveloppe remplit des fonctions dont j'ai provisoirement arrêté la liste de huit : maintenance, contenance, pare-excitation, individuation, inter sensorialité, soutien sexuel, recharge libidinale, inscription des traces.

Le Moi-agent, une fois constitué, tend à se représenter comme le centre de l'appareil psychique chez l'individu normal ou névrosé. Plus on va vers les états limites et les psychoses, plus le noyau du moi tend à se localiser à la périphérie, c'est-à-dire sur l'enveloppe, voire en position d'exterritorialité. Dans ce cas, le Moi n'habite pas le psychisme. Se dédoublant de celui-ci, il observe de l'extérieur ; le sujet-qui n'est pas un vrai sujet-se regarde vivre, il vit une vie automatique, mécanique, discontinue, agitée par d'imprévisibles déferlements pulsionnels. »³

Pour Didier Anzieu, la peau est l'enveloppe du corps, comme le Moi qui tend à envelopper l'appareil psychique.

En art-thérapie, l'espace art-thérapeutique vise à mettre en place un espace contenant « une peau de mot » ; quelle que soit la structure psychique du patient, l'espace art-thérapeutique faisant de cet espace un espace contenant, amène à calmer la souffrance, la douleur, les angoisses.

³ Didier Anzieu, *Le Moi-peau*, Dunod, 1995, p263

I - RENCONTRE

1) Dispositifs Art-Thérapeutique et analyse de cas :

a - Définition générale de la rencontre :

Qu'est-ce qu'une rencontre ?

Le dictionnaire Larousse en donne les définitions suivantes :

La rencontre peut concerner des individus, dans ce cas-là on distingue deux formes de rencontres : une forme de rencontre inattendue et une forme de rencontre programmée :

- *Fait de rencontrer quelqu'un, de se trouver en sa présence sans l'avoir cherché.*
- *Entrevue, conversation concertée entre deux ou plusieurs personnes.*

La rencontre concerne également l'interaction entre des choses :

- *Fait, pour deux choses, de se rencontrer, d'entrer en contact ou en collision.*

Enfin, le terme rencontre est aussi utilisé dans les domaines sportifs et militaires. Dans ce cas-là il est teinté de la notion d'affrontement, de jeux de pouvoirs et d'objectif de victoire :

- *Compétition sportive : Engagement, combat imprévu entre deux détachements ennemis en mouvement : Duel, combat singulier.*

Le dictionnaire médical en ligne parle de « *Circonstances qui font que des choses ou des personnes se trouvent en présence les unes des autres* ». ⁴

⁴ <http://www.mediadico.com/dictionnaire/definition/rencontre>

Plusieurs points apparaissent dès à présent concernant la notion de rencontre et le fait de rencontrer.

Tout d'abord, la rencontre est caractérisée par la mise en présence de deux personnes ou deux choses distinctes. La rencontre c'est la rencontre de l'Autre, du différent, de l'extérieur. C'est l'articulation intérieur-extérieur qui est moteur d'évolution dans la rencontre. Une rencontre peut avoir lieu de façon inattendue ou de façon programmée.

Cependant dans l'art-thérapie la rencontre initiale est une rencontre programmée. Deux individus, l'art-thérapeute et le patient ont pris rendez-vous. Le lieu et l'heure du rendez-vous sont fixés et connus de chacun, mais c'est l'inattendu dans la rencontre et la création qui caractérise l'art-thérapie.

Chaque séance d'art-thérapie est avant tout une rencontre. De cette rencontre, qui se joue dans l'ici et le maintenant, va émerger une possibilité pour le patient de rejouer son rapport au monde, de se « dire » autrement.

b- Dispositif art-thérapeutique :

Patients inscrits :

C, 35 ans, crise de bouffée délirante

Etat stable

Hospitalisé depuis 7mois

M, 27 ans, schizophrène

Faisait des études d'art appliqué

Dispositif en temps successifs : Présentation du matériel, passation de la consigne, phase d'échange oral si il le souhaite, nettoyage et rangement du matériel.

Dans ce premier dispositif en groupe, l'expression est libre :

Peinture-pastel gras/sec

Crayons de couleur

Pigment

Tissus différents

Encre

Pâte à modeler

Feuille format raisin

Toile

Planche en bois

Temps 30 mn

Première consigne (identique pour toutes les séances) :

Je rappelle au groupe présent que je ne suis pas là pour les corriger, les juger, ni les diagnostiquer, mais je les accompagne à s'exprimer le plus librement possible et que nous ne cherchons pas à faire du beau.

La séance commence : mercredi 16h.

C explore les différentes matières mis à sa disposition, tout en me posant des questions sur les différents medium. C commence par prendre une planche en bois de 50/30 cm, ou doucement elle explore, mélange, teste les différents mediums présents devant elle (tissus, encre, pigment, peinture, papier absorbant) ses gestes sont appliqués. Au cours de la séance elle est surprise des différentes rencontres avec l'« *amas-tiers* » (la matière). C'est cette matière qui, intermédiaire, me rappelle l'objet transitionnel qui constitue une sorte de pont relationnel, matériel et chargé de sens, entre l'art-thérapeute et le patient. L'objet transitionnel (Winnicott) : permet de faire le lien entre la vie intérieure de la personne (vie psychique) et l'extérieur, par le biais du symbolique.

Ce que je ressens en art-thérapie, quand on parle de la place de l'objet, de l'objet créé, n'est qu'un effet, qui reflète autre chose. Cette autre chose que l'on peut définir comme Lacan nomme l'objet «a» l'objet «cause du désir» afin de cerner le manque fondamental chez l'être humain autour de la « chose » impossible, et qui structure la psyché.

« *Il y a désir de ce qui manque.* »⁵

C réceptive aux nouvelles techniques est demandeuse. Elle me dit «ne pas avoir l'habitude de peindre, que souvent elle préfère dessiner, notamment des portraits, chat, chien » Demandé par des tiers personnes. Sa peinture est tissée, entrelacée de différentes matières. A travers ce bricolage elle dit voir *une porte*, cela m'incite à lui demander ce qu'est cette porte ? : Elle réfléchit puis me répond «la porte de l'âme», nous arrivons en fin de séance, elle me fait part de son bien être «cela m'a apaisée» dit elle.

A posteriori, je me suis interrogée sur ma question « quelle est cette porte ? » Comme me l'indique ma référente de stage (art-thérapeute), chez un patient qui « ne désire plus», qui est dans la perte, le sentiment de vouloir « réveiller » le désir est alors consécutif chez le thérapeute de ce que le patient lui fait vivre. Là se situe un point essentiel lié au transfert et contre-transfert où l'art-thérapeute ne doit pas aller trop vite et laisser émerger le ressenti du patient sans interférer par ses propres affects. Ainsi, prendre du recul et de se fait « maintenir la juste distance » entre art-thérapeute et son patient.

Un des éléments essentiels en art-thérapie est le paramètre temps, nous sommes du côté du temps psychique, du côté du sujet de l'inconscient.

« *L'inconscient est structuré comme un langage* » Lacan

⁵ (Platon) philosophie grec, phrase extraite : « le banquet » (Edition Flammarion, Paris, 1995) page 132.

Patient inscrit :

C

M

L, 31 ans, schizophrène

Dispositif en temps successifs : Présentation du matériel, passation de la consigne, phase d'échange oral si il le souhaite, nettoyage et rangement du matériel.

Le dispositif :

Argile

Outils de modelage

Il s'agit de faire un masque.

Temps 30 mn

Première consigne (identique pour toutes les séances) :

Je rappelle au groupe présent que je ne suis pas là pour les corriger, les juger, ni les diagnostiquer, mais je les accompagne à s'exprimer le plus librement possible et que nous ne cherchons pas à faire du beau.

La séance commence :

Les trois patientes sont très motivées par ce dispositif, attentives aux recommandations techniques.

C est demandeuse de techniques, joue avec les « amas-tiers » (la matière) elle est très impliquée dans ce qu'elle fait et concentrée durant ce dispositif. Durant le temps de création elle me confie des bribes de sa vie, j'écoute (vacance psychique) tout ce qui parle en elle, les mots, les silences, les gestes.

L est très contente de toucher la terre, elle a une attitude scolaire et fabrique un masque fourni ; elle me confie les conflits avec ses parents, c'est elle qui a demandé à rentrer à l'hôpital.

M s'exprime peu à l'issue du modelage, discrète, minutieuse, lente pendant le dispositif, son masque est très épuré.

L'objectif de l'espace art-thérapeutique est la fonction contenante.

« L'angoisse fait partie intégrante de l'humaine condition, de son histoire, de son développement.

Plus spécifiquement dans la psychose, le sujet est en proie à un trouble profond du sentiment de sa propre identité, avec une crainte terrifiante d'une disparition du Moi et d'un retour au néant. Dans cette relation duelle avec la mère, l'angoisse de morcellement ou l'angoisse de néantisation exprime le sentiment de dislocation ou de vidage face à une perte inapaisable de l'objet pulsionnel, dont il tentera de se défendre ultérieurement par différent mécanisme. »⁶

Le choix du modelage, du maniement de la terre n'est pas sans me rappeler Camille Claudel (femme du sculpteur Rodin) :

« Et ce n'est pas par hasard si elle choisit la terre, cette matière qui représente si bien l'informe. Elle se doit de chasser l'ombre de l'objet et pour cela elle repart du début, vers les terres archaïques de « pré-objet ». »⁷

d- Jeu, créativité et poétique en art-thérapie :

Lors des dispositifs que j'ai pu mettre en place, il a pu arriver des moments magiques où la personne se surprend elle-même ce qui s'est passé avec C lors d'une séance. Les personnes peuvent se surprendre dans la création comme dans l'après coup de sa création ou encore dans l'après coup de la séance.

Ainsi, faire preuve de créativité, c'est également permettre à l'inattendu de surgir et lui laisser nous donner les réponses.

La créativité est également liée à la poétique et au jeu.

⁶ Jean Bergeret, psychologie pathologique, théorie et clinique, édition Elsevier Masson, 2012, page 181

⁷ Mathilde Royol, Cours Art-Thérapie et psychoses, PROFAC, page 9/9.

Un esprit créatif est, un esprit qui est capable d'associer les choses, les idées et les mots avec originalité si bien que sa perception remaniée influence et modifie le regard de l'autre.

Un esprit créatif est donc un poète, il joue avec les mots et les situations. Capable dans donner un nouveau sens.

Etre poète c'est également être capable d'émouvoir la sensibilité et d'exciter l'imagination. Selon moi, un art-thérapeute se doit d'être un minimum poète. Il pourra par son regard modifier le regard de l'autre. Il devra toujours en être conscient, car ce pouvoir est à double tranchant. De plus, dans certains cas, il devra amener le sujet d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il peut le faire (Winnicott).

Par la sollicitation des capacités de créativité du patient, on active cette capacité à faire des ponts, des métaphores, à jouer avec les mots et les idées. Les nouvelles associations ainsi que la mise en mouvement des images internes de la personne lui permettent de redessiner sa « carte géographique interne » et de changer son regard sur lui-même ainsi que sur les autres.

d- Le lieu de la rencontre :

« Le lieu où se déroulent les séances a bien entendu une importance réelle et symbolique.

Selon que ce sera un espace clos, privé, spécifique dans son utilisation, ou un lieu de Passage, un carrefour entre les autres lieux de service⁸ »

Au cœur de l'hôpital psychiatrique, le lieu de rencontre est un lieu dédié à l'art-thérapie. Il a un impact symbolique fort. Cela se voit déjà dans le comportement des résidents qui le fréquentent mais également du personnel de l'établissement vis-à-vis du lieu. L'espace intrigue, il agit comme un aiguiseur de curiosité. La règle de confidentialité qui le régit venant rajouter à cette curiosité.

C'est un espace qui plus recherché par les résidents que par le personnel. On s'y sent bien, il est vu dans l'imaginaire collectif comme un espace de créativité, où l'on peut

⁸ ROUCHY J.-C., « La conception du dispositif de groupe dans différents cadres institutionnels », *Revue de Psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2006/2 no 47, p 18

venir s'exprimer, faire l'expérience d'une approche ludique et créative de la vie. L'espace est à la fois contenant et lumineux, il est situé en dehors des espaces d'habitation mais contenu dans le bâtiment des activités artistiques et créatives. Il est situé également face à un jardin, et une cafeteria dédiée aux résidents.

Afin de renforcer le marquage symbolique de l'espace, lors de mes dispositifs mis en place, il fut progressivement délimité en espaces ayant des fonctions propres. Ce découpage, effectué aux moyens de rideaux, sert de cadre et permet de mieux structurer les séances. Il y a donc un espace de création, un espace de respiration tout en étant dans l'espace d'art-thérapie, un espace de repos (psychique et physique) pour les personnes qui ont terminé leurs bricolages (Ils attendent ici la fin de la séance afin de ne pas déranger les autres participants) et l'espace de travail de l'art-thérapeute, avec son bureau et ses dossiers. Cette délimitation contribue à favoriser l'établissement d'une symbolique claire et repérable par tous au cours des séances.

2) Proposition créative :

Lors des séances d'art-thérapie au centre psychiatrique, j'ai pu me rendre compte, au fil de mon stage, que j'ai pris l'habitude de concevoir et de faire les propositions créatives sur le moment même. Bien souvent ce sont les premiers instants de la séance qui donnent l'impulsion et nous guident sur la proposition du jour. Parfois j'arrivais avec une proposition (j'en faisais part à l'art-thérapeute). Parfois c'est le résident qui s'orientait et choisissait son médium pour la séance et faisait des propositions de création. Nous sommes alors à son écoute et accompagnons ce processus, s'il nous semble bon et justifié pour la personne.

En tant qu'art-thérapeute, je construis mes propositions créatives avec ce qui nourrit mon imaginaire et ce qui résulte de ma pratique artistique. C'est donc ma créativité qui vient nourrir les séances sans pour autant chercher à inonder la personne de mes marqueurs symboliques et imaginaires qui me sont propres. Selon moi, l'art d'un art-thérapeute c'est de faire jouer des archétypes et signifiants symboliques sans y mettre nos propres signifiés.

Dans *Corps et création*, Michel Ledoux s'intéresse particulièrement à cette faculté de miroir de la création qui, selon lui, nous renvoie d'emblée au stade de la petite enfance.

« Petite enfance ou se fonde l'identité de l'être. Ou tout artiste reconnaît l'enracinement de son art. Moment d'émotions partagées, atmosphère particulière, présence ou non-présence mère, père. Mais plus avant encore dans ce temps ou le tout-petit se confond et puis se trouve dans le visage perdu de sa mère. Visage capable, par sa présence aimante, de le sortir de de néant en mouvance ou le replonge sa disparition. »⁹

a) Le choix du médium :

Chaque médium a sa spécificité, bien que ses effets ne seront pas absolus. Il impliquera un mouvement du corps précis, un rapport à la matière et aux sons particulier. Les premières choses s'inscrivent en premier lieu dans le corps et non dans le langage. Le fait de travailler avec des médiums qui font intervenir un rapport avec la matière dans les sensations corporelles telles que le toucher, l'odorat etc. met en jeu les pulsions archaïques de la personne.

Les différents médiums ne font pas appel aux mêmes sollicitations vis-à-vis du patient. Selon le médium et le patient, des résultats différents seront obtenus. Nous agirons pas sur les mêmes paramètres.

C'est pourquoi, il est préférable que l'art-thérapeute en ait fait lui-même l'expérience auparavant avant de le proposer au patient. De plus, c'est la condition même du patient qui va être prise en compte pour la proposition du médium : l'âge, les capacités motrices, les capacités de élaboration intellectuelle.

Cette matière, il va la travailler, la créer, la « modeler », la ré-agencer afin d'en tirer un **bricolage**. Ce bricolage sera une forme d'expression de lui-même avec laquelle il va se confronter. Cet objet bricolé et tout le processus de création seront autant d'occasions de rencontres avec des parties inexplorées de sa personne, autrement dit avec son inconscient.

« L'utilisation des matériaux art-thérapeutiques peut provoquer fantasmes, envies inconscientes, désirs agressifs, impulsions et peurs, tout ce qui a tendance à relâcher les fonctions défensives. »¹⁰

⁹ Michel Ledoux, Corps et création, les Belles Lettres, 1992

¹⁰ STONE MATHO E., « Comprendre, engager et reconstruire les défenses du Moi en art-thérapie », *Art et thérapie*, n°94/95- octobre 2006, p.88

Il faut le savoir et bien en mesurer les impacts. Cela peut être libérateur tout autant que menaçant selon les personnes.

La surprise de l'objet bricolé sera valable aussi bien pour le patient que pour la thérapeute. Le thérapeute, de par sa place de supposant savoir, peut avoir tendance à interpréter l'objet bricolé. Il pourrait être tenté d'y mettre du sens. Un sens qui lui serait propre, il doit être conscient. Winnicott donne une bonne analyse du phénomène de désir d'interprétation du thérapeute concernant le patient et ses actions.

« Quand nous nous montrons capables d'attendre, le patient parvient alors à comprendre de manière créative, avec un plaisir immense. Et moi, maintenant, je prends du plaisir à ce plaisir plus que je n'en prenais à m'être montré intelligent. Je pense que j'interprète surtout pour faire connaître au patient les limites de ma compréhension. Le principe est le suivant : C'est le patient et le patient seul qui détient les réponses. »¹¹

b) L'objet créé et son devenir :

Dans le cas d'un travail avec les arts plastiques, il est fréquent que la séance d'art-thérapie soit productrice d'objets concrets. Ces objets n'intéressent que peu l'art-thérapeute car c'est l'objet interne du patient qui est à l'œuvre. Il s'intéresse avant tout à l'élaboration de la trace interne que ce travail aura permis.

Cependant, la **production** d'objet n'est pas anodine pour autant. Ni pour le thérapeute, ni pour le patient. D'une part, l'objet est ce qui fait médiation dans le cadre d'un dispositif en art-thérapie. C'est donc autour de celui-ci que la rencontre va avoir lieu. D'autre part, selon sa structure et sa pathologie, le patient aura une relation à l'objet qui sera du côté de la fusion, de l'attachement, de l'identification ou encore de la revalorisation.

C'est pourquoi l'advenir des objets bricolés, s'ils ne sont pas pensés comme éphémères dans le dispositif doit être prévu en amont et doit être indiqué aux patients en amont de la création, sachant que son traitement influencera le temps de création même. Ici encore, l'art-thérapeute doit être conscient d'être le seul à concevoir et définir le cadre du dispositif.

¹¹ WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité*, Folio essais, Paris, 2002

« Demander au patient s'il veut que l'on garde l'objet ou s'il veut l'emporter. Cela induirait des phénomènes hystériques en laissant au patient l'illusion de conduire l'art-thérapie et l'objet mis en avant serait probablement celui contenant le moins d'éléments inconscients. »¹²

Ainsi il se doit de faire le choix en amont du traitement de l'objet créé en séance. Cette décision sera prise en fonction du patient et de son état. Une fois définie, elle se devra d'être constante durant toute la durée du processus. Exceptionnellement l'art-thérapeute pourra, s'il le juge nécessaire, déroger à la règle et proposer un traitement particulier à une production. Dans ce cas-là, il devra bien s'interroger sur les motifs de cette exception (transfert-contre-transfert, objectif thérapeutique, objectif de réparation etc.) et devra indiquer au patient qu'il s'agit bien d'une exception à la règle qui fera alors sens dans le processus de traitement. Le traitement de l'objet créé en art-thérapie est une question majeure qui fait encore grand débat à l'heure actuelle. Il me semble qu'elle est directement liée à l'approche éthique et théorique que l'on pose vis-à-vis de notre pratique d'art-thérapie. Cette question renvoie directement à la conception de la relation d'objet en psychanalyse qui vient se jouer dans le traitement même des objets créés en art-thérapie.

3) La relation transférentielle au centre de la rencontre

Durant tout le processus thérapeutique, la présence du thérapeute aura une importance capitale dans le déroulement du soin. Elle est l'un des principaux facteurs de mise en mouvement au sein du dispositif. « Il n'y a pas d'art-thérapie sans le présence d'un tiers. » Ce tiers, qui est l'art-thérapeute, « est formé à cette méthode, c'est-à-dire qu'il est ouvert aux enjeux inconscients de toute relation thérapeutique. »¹³ « Toute demande de soin induit des phénomènes transférentiels très difficiles à repérer. »¹⁴

¹²ROYOL J.-P., *Art-thérapie, quand l'inaccessible est toile*, Dorval Editions, 2009, p 34

¹³ROYOL J.-P., *Art-thérapie, quand l'inaccessible est toile*, DORVAL Editions, 2009,p.22

¹⁴ROYOL J.-P., *Art-thérapie, quand l'inaccessible est toile*, DORVAL Editions, 2009, p.22

II ó La juste distance thérapeutique

1) Définition :

C'est au fil du stage que j'ai commencé à m'intéresser de la « juste distance » dans le travail de mise en relation en art-thérapie. Mais de quelle distance parle-t-on au juste ?

- De la distance physique ?
- De la distance psychique ?
- Ou de la distance émotionnelle ?

Après analyse, il me semble qu'il s'agit de ces trois formes de distance.

La définition de distance selon Larousse :

« *Intervalle qui sépare deux points dans l'espace.* »

Dans notre cas, c'est l'espace qui sépare deux personnes.

a) La juste distance dans la relation thérapeutique :

Avec le patient je dois être capable d'interagir sans pour autant coller à ce qu'il dit (écoute flottante), me laisser envahir par mes propres émotions, ou encore établir un rapport physique trop familier ou fusionnel. En art-thérapie, nous travaillons ces distances-là. Mais alors, qu'appelle-t-on « juste distance » ? Et surtout qu'est ce qui est « juste » ?

Là encore, la justesse me semble venir d'une capacité à « être avec », entrer en interaction avec la personne sans pour autant se placer du côté du fusionnel ou trop familier, ni de la trop grande distance qui empêcherai toute rencontre. Pour rencontrer une personne cela nécessite une interaction physique et émotionnelle, sans quoi il n'y a pas de véritable rencontre. L'art-thérapeute est là pour « donner (à la personne)

l'occasion d'exprimer et de soulager les angoisses dues à des évènements traumatisants ou éprouvants en lui permettant de revivre émotionnellement dans la situation patient-thérapeute »¹⁵

b) La juste place :

Dans l'institution où j'ai fait mon stage, j'ai utilisé le tablier pour me distancer des autres soignants mais aussi pour me faire reconnaître.

Je vouvoyais systématiquement les patients, je pense que le tutoiement est inapproprié pendant les séances. Le fait est que si l'art thérapeute tutoie ou embrasse le patient, la juste distance sera dès le départ faussée.

Si l'art-thérapeute, assume ce savoir que le sujet ne pourra pas atteindre, elle devient « le gourou ». Elle crée une relation de vénération.

L'objet de la projection (le thérapeute) ne doit surtout pas croire à ce supposé savoir que lui prête le patient.

Le vrai travail de l'art-thérapeute est le travail de démystification.

Le thérapeute doit « tomber » de cette place narcissique à une place normale, si l'art-thérapeute reste dans la position de savoir, l'autre ne peut pas se libérer. Le patient peut au fil des séances prendre la distance avec son thérapeute.

c) Supervision :

La supervision est une règle fondamentale des art-thérapeutes, et elle a pour but d'aider à gérer les phénomènes de transfert et contre transfert qui surgit inévitablement pendant les séances. Cela permet justement de prendre du recul et de ce fait « maintenir le juste distance » entre l'art-thérapeute et son patient. La supervision clinique favorise le développement et l'efficacité thérapeutique.

¹⁵ DOLTO F. et J.D. NASIO, *L'enfant du miroir*, Editions Payot et Rivages, 2002, p.121

2) La bonne distance ni trop, ni trop peu

L'histoire m'a montrée que déjà Aristote parlait de la Juste Distance.

Agir comme il convient, c'est le propre de la vertu laquelle désigne, pour Aristote, un Juste milieu entre deux excès.

L'attitude « vertueuse », serait un milieu entre l'indifférence et une autre attitude qui consisterait à envahir l'autre et à se laisser envahir par lui dans l'intention de lui faire du bien, une sorte donc de bienveillance intrusive.

Winnicott s'intéresse à cette distance entre le bébé et sa mère.

« La mère suffisamment bonne »

On peut résumer « la mère suffisamment bonne » comme celle qui sait donner des réponses équilibrées aux besoins du nourrisson, ni trop, ni trop peu.

La mère trop éloignée, trop distante laisserait l'enfant en souffrance et dans l'angoisse.

A l'opposé, la mère, trop proche, qui répond trop aux besoins de l'enfant, et ne le laisse pas ressentir le manque qui est également essentiel à sa constitution, plus précisément à l'identification du Moi comme différencié de la mère.

Ce trop, maintient l'enfant dans une sensation de toute puissance et d'omnipotence.

Cependant, maintenir la « Juste Distance » pendant la thérapie n'est pas facile, et je pense même que si elle doit être pensée, elle ne peut être toujours juste.

Je dirai qu'il faut plutôt parler de la « distance suffisamment bonne ». Cette distance qui permet au patient d'avancer dans le processus thérapeutique, mais elle peut varier et varie inévitablement en fonction des patients, en fonction des transferts et contre-transfert.

Elle est régulée par le thérapeute avec des outils qu'il a à sa disposition, mais le patient y joue aussi le rôle actif.

4) Exister en tant que sujet :

En institution, j'ai pu constater que l'espace art-thérapeutique met en place des dispositifs destinés à des patients de structures psychiques différentes. Névrosés et psychotiques se retrouvent dans un espace art-thérapeutique qui va leur permettre d'exister en tant que sujet.

Le patient bâtit aussi un monde où il a sa place, ou il peut s'exprimer sans être juger ni mis dans une case.

Les réflexions de Jean-Pierre ROYOL sont significatives :

« Pour le sujet psychotique le nom du père, signifiant qui interrompt l'infini et marque une origine symbolique n'est pas inscrit et demeure ininscriptible si ce n'est sous la forme d'une création qui fera suppléance.

A compter de cette suppléance le sujet peut inventer un nouveau monde autre que celui qui l'exclut, un monde à sa mesure où il peut s'offrir enfin le pouvoir d'exister. C'est bien aussi ce que produit le névrosé dans ses rêves plus ou moins réalisés, car il n'y a pas forclusion, il y a refoulement. Le névrosé commun fait avec le signifiant du Nom du Père tout en pestant contre lui avec ses fantasmes qui sont la conséquence d'une impossible rencontre avec l'objet du désir. Ces fantasmes se résument à de modestes scénarii, de petits arrangements avec les conflits psychiques, des compromis symptomatiques, la marge pulsionnelle comme carburant de création étant logiquement plus maigre que chez le sujet psychotique.

Proposer un espace d'accueil à la pré-formation de ces solutions créative est donc valable pour les deux structures psychiques et cette position me paraît déjà essentiellement thérapeutique puisqu'elle transcende de manière dynamique les éléments de fixations liées au discours social (i) »¹⁶

¹⁶ Jean-Pierre ROYOL-Cours n°2- PROFAC

« Au fond, le seul courage qui nous est demandé est de faire face à l'étrange, au merveilleux, à l'inexplicable, chaque fois que nous le rencontrons. La peur de l'inexplicable n'a pas seulement appauvri l'existence de l'individu, mais encore les rapports d'homme à homme, qu'elle soustrait au fleuve des possibilités infinies, pour les abriter en quelque lieu sur de la rive »¹⁷

¹⁷ *Lettre à un jeune poète*, Rainer-Maria Rilke in *Art-thérapie, quand l'inaccessible est toile* de J.-P. Royol, p62

IV- Projet professionnel

1- Code de déontologie

L'Art Thérapeute dans le cadre de sa pratique professionnelle s'engage à respecter le code de déontologie qui repose sur une réflexion éthique et une capacité de discernement dans l'observance des grands principes. Ce code de déontologie est avant tout de protéger le public et les art-thérapeutes contre les mésusages de l'art-thérapie éclairée par la psychanalyse et contre l'usage de méthodes et techniques se réclamant abusivement de l'art-thérapie.

2- Ethique de l'Art-Thérapie

La réflexion éthique fonde le cadre des séances en art thérapie. Le respect de la personne dans sa dimension psychique et physique est un droit inaliénable.

L'art-thérapie ne se substitue à aucun traitement médical.

Les séances mettent en place des dispositifs d'accompagnement permettant au patient d'exprimer, de mettre en forme et d'élaborer le dicible comme l'indicible.

Chaque dispositif favorise ainsi l'émergence de l'éphémère. C'est l'objet psychique qui est mis au travail dans cet espace de jeux, qui en constitue le fondement et la visée thérapeutique. C'est la subjectivation du sujet qui nous intéresse qui participe à sa propre symbolisation.

L'objet produit ne peut être ni interprété, ni exposé et ne fait aucune preuve à vocation scientifique, statistique ou artistique car l'objet traduit un phénomène transférentiel qui n'a aucune valeur objective.

On respecte le temps du sujet pour garantir cette condition essentielle, il est prévu un espace de repos et un espace de travail art-thérapeutique.

Il peut ainsi décider à tout instant qui lui paraît favorable, d'interrompre la séance tout en garantissant la sécurité des patients. Il peut aussi moduler l'interruption de la séance en fonction de chaque patient d'un même groupe.

Afin de garantir le secret professionnel il convient d'accueillir les sujets en libéral comme en institution dans des locaux adaptés. Avoir les moyens techniques suffisants en rapport avec la nature de nos actes et selon les besoins des personnes.

Chaque séance est autonome, en effet on ne relance jamais sur ce qui s'est passé, de ce fait, chaque séance présente toujours un dispositif différent.

3- Ethique de l'Art-Thérapeute

L'éthique, est la colonne vertébrale de notre pratique dont le code de déontologie en définit son action.

Cela n'autorise donc pas l'usage abusif de méthodes et techniques, se réclamant de l'art thérapie et sans fondement théorique pouvant avoir des conséquences exposant le sujet à de graves préjudices.

L'art-thérapeute ne peut en aucun cas interpréter ni exposer ce que le patient a réalisé au cours des séances. Ces productions étant entendues comme productions transférentielles n'ont aucune valeur objectivable.

Il fait preuve de prudence, de mesure, de discernement et d'impartialité et ce, quel que soit le contexte de son intervention.

L'art-thérapeute s'engage à actualiser et approfondir ses connaissances initiales tant dans le domaine de la psychanalyse que dans le domaine artistique permettant ainsi le meilleur pour le patient.

L'art-thérapeute a un devoir de probité dans toutes ses relations professionnelles.

Dans le cadre de séances groupales il convient que l'art-thérapeute, dans un premier temps, effectue un entretien préliminaire avec chaque membre du groupe, car dans ce cas présent un groupe est exclusivement considéré comme un ensemble de sujets à part entière avec qui la question de la demande doit être abordée.

L'art-thérapeute, dans le cadre d'un groupe, est tenu de demander à chaque patient :

- de ne pas interpréter ni juger les productions des autres participants, ni de dévoiler leur identité et faire preuve de la plus grande discrétion sur le déroulement des séances.

Il convient à l'art thérapeute de ne pas intervenir en tant qu'artiste, ni psychologue, ni médecin, ni psychanalyste etc... Et en aucun cas confondre au cours d'une séance d'art-thérapie ses différentes fonctions professionnelles.

L'art thérapeute est tenu au secret professionnel et au respect de la part sombre du sujet qui doit être protégé de toute intrusion. Il est éclairé du rapport transférentiel dans cette relation intersubjective et ainsi s'engage à travailler la dimension contre-transférentielle, dans un souci thérapeutique.

Il se fait superviser par un psychanalyste ou psychologue expérimenté.

4- Les trois formes d'art-thérapie

L'art-thérapie préventive :

- Elle trouve sa place dans les moments de transition comme l'accouchement, l'entrée en maternelle, l'échec scolaire, l'adolescence, le deuil, l'hospitalisation, la perte d'un emploi, le divorce
- Elle n'implique pas de demande au préalable
- Elle vise à valoriser le sujet pour qu'il retrouve confiance en lui

L'art-thérapie dynamique :

- Elle vise le réconfort et la redynamisation psychique, sans pour autant remettre en question profondément son fonctionnement psychique. Elle permet de dépasser les difficultés rencontrées.
- Elle est utilisée dans le traitement des psychoses où la créativité tient lieu de suppléance et dans le cas de certaines pathologies comme l'autisme, la maladie d'Alzheimer, le cancer, les soins palliatifs, les processus addictifs..

L'art-thérapie curative

- Le sujet effectue un travail approfondi sur soi dont l'issue est la résolution d'une problématique.
- Le sujet en fait la demande.

Art-thérapeute: un métier

1- Différents Statuts (ensemble de textes qui règle la situation d'un groupe d'individus, leurs droits, leurs obligations). Le statut juridique est un élément essentiel à définir au moment de fonder sa propre entreprise

Il en existe plusieurs : salarié, auto-entrepreneur, entreprise individuelle et portage.

Je souhaite exercer avec un statut d'auto-entrepreneur qui me permettra à la fois de proposer des prestations tout en étant pas incompatible avec l'emploi en tant que salarié dans une ou plusieurs institutions.

Le Travail en institution: Comme pour tout professionnel, l'art-thérapeute a le besoin et le souci d'échange avec d'autres professionnels, - pairs ou praticiens référents - pour évoluer et mieux comprendre sa pratique, réfléchir, analyser, prendre du recul, enrichir sa vision et acquérir une meilleure compréhension des enjeux de sa profession.

En art-thérapie, une des garanties fondamentales d'un travail de qualité est la réflexion continue sur la pratique.

L'Auto-entreprise : L'**auto-entreprenariat** n'est pas une forme juridique, mais un régime spécifique dépendant du statut juridique de l'entreprise individuelle. La formulation juridique simplifiée reviendrait à définir l'auto-entrepreneur comme étant un entrepreneur individuel bénéficiant d'un régime simplifié de micro entreprise. On parle donc du « **régime auto-entrepreneur** », c'est-à-dire d'une entreprise individuelle sous régime fiscal simplifié et sous régime dit « micro-social ».

Entreprise individuelle et auto-entrepreneur : les similitudes

Dans un cas comme dans l'autre, il s'agit d'entreprises dites « personnes physiques ». C'est-à-dire qu'il y a confusion entre le chef d'entreprise et son entreprise. Le patron EST son entreprise.

Dans les deux cas également la constitution de l'entreprise est extrêmement simple, rapide et peu coûteuse (même si elle est en fait gratuite pour les auto-entrepreneurs).

Voir le site : <http://www.lautoentrepreneur.fr/>

Les charges sociales sont réglées au fur et à mesure des encaissements (donc pas de cotisations si le CA est nul), chaque mois ou chaque trimestre, sur la base du CA réalisé au cours de la période précédente et sont forfaitaires (selon l'activité). Imposition des bénéfices également forfaitaire (selon l'activité également). Le CA annuel est limité à 32 600 € pour les prestataires de service. Franchise de TVA. Ce qui signifie que les auto-entrepreneurs ne facturent pas la TVA mais ne la récupèrent pas non plus. En cas de déficit réel, comme l'impôt est calculé sur le CA et non sur le bénéfice, il faut tout de même payer des impôts.

2- Démarches effectuées

Pour m'aider à monter mon projet j'ai contacté :

L'Association ANNA qui suscite les initiatives et reçoit les porteurs/euses de projet, les accompagne dans toutes les étapes de la création et suit les nouvelles entreprises, forme et conseille les personnes dans la construction de leur projet professionnel.

J'ai commencé un travail de recherche dans le cadre d'une démarche de coopération de partenaires auprès de plusieurs professionnels, médecins généralistes, orthophonistes, psychologues, IME, foyer de vie, hôpital de jour, unité d'hospitalisation complète, EHPAD, maison de retraite, afin de me présenter, de les informer de mon projet de m'installer en libérale en parallèle d'un travail en institution et connaître les opportunités de travailler ensemble.

J'ai rencontré une orthophoniste avec laquelle il serait possible d'être partenaire en louant une autre partie inoccupée de ses murs.

3- Plan de développement commercial

Celui-ci permet de découvrir les points faibles et les points forts d'un projet et de minimiser ainsi les erreurs que risquent de commettre les créateurs d'entreprises par suffisance, ignorance ou manque de temps.

Mon plan de développement commercial va se tisser sur différentes données:

- Description du cabinet : C'est une salle donnant sur un espace vert peut être utilisée par l'art-thérapeute. Situé en centre ville, le cabinet lumineux sera installé au rez-de-chaussée, disposant d'un espace accueil.
- Il convient de mettre en place un plan de financement pour assurer les loyers des premiers mois et investir dans du matériel pour travailler sur place et éventuellement pour intervenir à l'extérieur.
- Elaborer les tarifs (l'art-thérapeute fixe lui-même ses honoraires en conscience. » Code de déontologie de l'art-thérapeute F.F.A.T.

La moyenne des tarifs établis par plusieurs art-thérapeutes dans ma région, est de 35 euros par séance d'une heure en séance individuelle.

| TARIFS | |
|--|------|
| Entretiens, Séances individuelles, Séances en groupe | |
| Entretiens préliminaires (40mn) | 25 € |
| Séance d'art-thérapie individuelle (1heure) | 35 € |
| Séance d'art-thérapie en groupe de 3 à 4 personnes maximum (1 heure) | 30 € |

- Planning

J'envisage d'organiser les horaires comme suit : mardi, mercredi, jeudi après-midi de 13h30 à 19 h. pour des entretiens préliminaires et les séances. Cette fréquence pourra être modifiée en fonction des demandes et les horaires que l'on me proposera en Institution (en tant que salariée soit en tant qu'intervenant).

- Référencement de l'activité :

- Inscription sur l'annuaire de la Ligue Professionnelle d'Art Thérapie
<http://www.arttherapie.levillage.org/>
- Créer un site internet dédié à l'espace art-thérapeutique qui sera mis à jour fur et à mesure des besoins. Site qui peut être gratuit avec <http://www.hebergement-gratuit.com/>
- Carte de visite avec QR code
- Inscription sur les réseaux sociaux : Facebook
- Inscription à l'association ARAT (Association de Recherche en Art-Thérapie)

- Inscription sur les annuaires tels que : viadeo, 123people, pages jaunes (gratuits) et sur annuaires payants : annuaire des membres actifs accrédités de la Fédération française des arts-thérapeutes (paiement d'une adhésion et nécessité d'une accréditation par la FFAT), annuaire PROFAC 5 (liste non exhaustive)

- Techniques de prospection et gestion de rendez-vous

Avec <http://gestan-standard.softnic.fr/> et <http://www.psyclic.fr/>

Perspectives :

Approfondir ses connaissances initiales tant dans le domaine de la psychanalyse que dans le domaine artistique permettant ainsi le meilleur pour le patient.

« L'échange est soumis à une loi : la loi de l'offre et de la demande, celle-ci stipulant qu'il ne peut y avoir d'échange qu'à la seule condition qu'il y ait, d'un côté, une offre et, de l'autre, une demande »¹⁸ (Christophe Bormans)

Jacques Lacan, reprendra cette formule à son compte dans ses écrits :

« J'ai réussi en somme ce que dans le champ du commerce ordinaire, on voudrait pouvoir réaliser aussi aisément : avec de l'offre, j'ai créé la demande. »¹⁹

(Jacques Lacan)

¹⁸ Christophe Bormans (psychanalyste) psychanalyste et échange : Du complexe d'œdipe à la castration Symbolique. Document web : psychanalyste-Paris.com.

¹⁹ Jacques Lacan (psychiatre, psychanalyste) La direction de la cure et les principes de son pouvoir, 1958, Ecrits, Seuil, Paris, 1996, p. 617.

Conclusion

Mon expérience en Institution lors de mon stage en psychiatrie m'a permis de faire évoluer ma réflexion sur l'art-thérapie. Si au début la théorie ne s'alliait à la pratique, cela s'est mis en place au fur et à mesure du temps. Penser art-thérapeute demande d'être dans une démarche profonde. Cela donne obligation d'être honnête avec soi-même, pousse à la réflexion et l'interrogation. Cela afin de ne pas trahir le patient.

En effet j'ai pu durant mon stage me rendre compte de l'importance de la qualité relationnelle de la Rencontre en art-thérapie. Car de cette rencontre, qui se joue dans l'ici et le maintenant, va émerger une possibilité pour le patient de se « re-créeer » de « re-jouer » son rapport au monde, de se dire autrement.

C'est en m'interrogeant sur ce qui permettra la mise en place d'un travail thérapeutique avec la personne (cadre, dispositif, nature de la création, relation transférentielle) que cela m'a permis d'avancer dans ma recherche et créer mon approche de l'art-thérapie.

Je suis arrivée à la conclusion que pour l'art-thérapeute, la Juste Distance si elle doit être pensée, elle ne peut être toujours juste. Ne faut-il pas plutôt parler de la « distance suffisamment bonne ».

La supervision reste fondamentale permettant de gérer les phénomènes de transfert et contre transfert qui surgissent inévitablement lors des séances. Cela permet de prendre du recul et ainsi « maintenir la Juste Distance entre l'art-thérapeute et son patient.

La supervision clinique favorise le développement et l'efficacité thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

| | | | |
|----------------------------|---|---------------------------------|------------------------------|
| Livres | | | |
| ANZIEU Didier | Le Moi-peau | Dunod | 1995 |
| BACON Francis | Entretiens avec Michel Archimbaud | Gallimard | Paris 1996 |
| BATTLE Sylvie | L'Art-Thérapie au quotidien | Jouvence | 2007 |
| DOLTO Françoise | Psychanalyse et pédiatrie | Seuil | Paris 1971 |
| DOLTO Françoise | Tout est langage | Gallimard | 1994 |
| ELUARD Paul | Capital de la douleur | Gallimard | Paris 2004 |
| FREUD Anna | Le Moi et les mécanismes de défense | Presses Universitaires | Paris 1949 |
| FREUD Sigmund | Deuil et mélancolie | Payot-Rivage | Paris 2012 |
| FREUD Sigmund | Cinq leçons sur la psychanalyse | Payot | Paris 2012 |
| FREUD Sigmund | Psychopathologie de la vie quotidienne | Payot | Paris 1967 |
| FREUD Sigmund | Le moi et le ça | Payot-Rivages | 2010 |
| KLEIN Jean-Pierre | L'Art-thérapie | Que sais-je | 2012 |
| LACAN | Le séminaire livre XI les 4 concepts fondamentaux de la psychanalyse | Seuil | 1973 |
| NASIO Juan David | Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse | Payot-Rivages | Paris 2011 |
| NASIO Juan David | L'Inconscient c'est la répétition | Payot-Rivages | Paris 2012 |
| NASIO Juan David | Cinq leçons sur la théorie de Jacques Lacan | Payot-Rivages | 2001 |
| PLATON | Le banquet | Flamarion | 1995 |
| RAINER-MARIA RILKE | Lettres à un jeune poète | Bernard Grasset | 1980 |
| ROYOL Jean-Pierre | Art-thérapie au fil de l'éphémère | Dorval édition | 2013 |
| ROYOL Jean-Pierre | Art-thérapie quand l'inaccessible est toile | Dorval édition | 2009 |
| TUSTIN Frances | Autisme et Psychose de l'enfant | Seuil | Paris 1977 |
| WINNICOTT D.W | La mère suffisamment bonne | Payot | Paris 1996 |
| Magazines | | | |
| Le Point Références | Homme, Femme les lois du genre les textes fondamentaux | Le Point Sebdo | Juillet Août 2013 |
| Le Point Références | La psychanalyse après Freud, les textes fondamentaux | Le Point Sebdo | Septembre Octobre 2013 |
| Ressources Internet | | | |
| | BLEGER José , Psychanalyse du cadre psychanalytique | www.psychanali ste-paris.com | |
| | www.cairn.info | | |
| | www.psychanalyse.lu | | |
| Expositions | | | |
| DALI | Centre Pompidou, Paris, février 2013 | | |
| MAGRITTE | Musée Magritte, Bruxelles, Belgique, janvier 2014 | | |

Annexe

RAPPORT DE STAGE

- Prénom Nom du stagiaire: **Marion ROUSSEAU**

- Rapport sur le stage effectué du : **22 Avril 2013** eu **31 Mai 2013**

- Lieu de stage : **Centre Hospitalier Psychiatrique**

- Référent de stage : **Art-thérapeute**

- INTITULE FORMATION: **CERTIFICAT D~~ART~~ART-THERAPEUTE ó CNCP**

- Année : **2012/2013**

-INSTITUT PROFAC 19 Avenue Lafayette 13200 Arles-

Directeur de recherche : Jean-Pierre ROYOL, Docteur en Psychologie Clinique

INTRODUCTION

A l'origine ma demande de stage était qu'il soit auprès d'enfants, mais cela ne fut pas possible l'art-thérapeute étant absente plusieurs semaines. Le centre hospitalier m'a donc proposé de l'effectuer auprès d'une art-thérapeute responsable d'Unité d'Hospitalisation Court Séjour (UHCS), et pôle ambulatoire pour adultes.

La durée du stage demandé est de 140h. J'ai effectué 5 jours par semaine soit 35h pendant 5 semaines soit 175h. Durant ce temps je travaillais avec l'art thérapeute dans son espace où nous avons élaboré les enjeux de l'art thérapie.

Mon appréhension initiale de travailler auprès d'adultes en psychiatrie fut très vite annihilée. En effet, j'ai découvert grâce à la relation avec ces patients prisonniers de leurs démences, leur spécificité, leur propre richesse.

L'objectif de mon stage était d'aborder les enjeux de l'art thérapie en institution auprès de personnes atteintes de pathologies lourdes ainsi que des troubles du comportement et de trouver ma place au sein de l'espace art thérapeutique.

L'art-thérapie était dispensée en individuel ou en groupe.

Emploi du temps :

| Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 9h ó 12h | 9h ó 12h | 9h ó 12h | 9h ó 12h | 9h ó 12h |
| 14h ó 17h | 14h ó 17h | 14h ó 17h | 14h ó 17h | 14h ó 17h |

I- DESCRIPTIF DE L'ENTREPRISE ET DEROULEMENT DU STAGE

1) Présentation du Centre Hospitalier Psychiatrique :

Le centre hospitalier psychiatrique est structuré en 6 pôles d'activités de soins :

- Pôle ambulatoire
- Pôle court séjour et addictologie
- Pôle médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent
- Pôle soin psychiatrique longue durée
- Pôle personnes âgées
- Pôle de logistique.

C'est un établissement intercommunal de santé mentale. Implanté sur 27 sites différents tant pour la psychiatrie adultes, que pour les enfants et de les adolescents.

Ce centre hospitalier est ouvert à l'art-thérapie puisque qu'il y en a en place dans plusieurs pôles.

C'est un établissement public de santé. A ce titre il est en charge de plusieurs missions d'intérêt général : la prévention et l'information, la formation et l'éducation, les soins des patients avec des objectifs de sécurité et de qualité, dans le respect de la personne humaine et de ses droits fondamentaux.

2) Déroulement du stage

Après la visite de l'établissement, la présentation auprès de la cadre du service, j'ai été présentée par l'art thérapeute auprès de chaque patient concerné par l'art-thérapie. Durant ce stage j'ai observé auprès de l'art-thérapeute sa pratique et son approche envers les patients et le fonctionnement de l'institution, ou j'ai ainsi fais la rencontre de patients en leur présentant ma place de stagiaire, je prenais mes marques.

Les patients étaient libres d'arriver et de repartir à l'espace art thérapeutique comme il le souhaitait où le nombre de patients autorisés était de 6 personnes. Les patients présents avaient une prescription médicale de leur psychiatre, pour certains c'est suite à leur propre demande. Chaque patient était libre dans le temps ainsi que dans leur choix du (médiu) pour leur bricolage, car l'art-thérapeute ne souhaite pas donner de consigne.

Cet espace a été conçu pour l'art-thérapie ainsi qu'un petit espace pour faire de la couture. Il comporte une grande pièce dans laquelle se situent différent espaces d'activités. Un espace pour la couture pour lequel une personne autre que l'art thérapeute est en permanence en place pour recevoir les patients désirant recoudre leur vêtement. Un bureau réserve pour l'art thérapeute et la couturière. 2 espaces pour l'art-thérapie et un espace réservé à la coupe de bois.

Cet espace collectif permettait l'organisation de créations extérieures qui se trouve en face de l'espace art-thérapeutique, ou les réflexions et les réalisations sont étalées sur environ deux mois, sur un thème donné mené conjointement par l'art thérapeute, la responsable de l'atelier couture et des tierces personnes (Aides-soignantes). Ce qui occasionnait la présence de plusieurs patients faisant en même temps couture, peinture, séance d'art-thérapie, scier le bois, sur un même lieu. Seul, le personnel médical, visiteurs et patients était conviés à voir la création finale.

3) Résidents et leurs pathologies:

Le public visé est varié. Il y a des jeunes adultes et adultes et des enfants. Mon stage s'est effectué dans le pôle des adultes avec des pathologies suivantes:

- Schizophrénie
- Difficulté d'autonomie
- Trouble du comportement
- Psycho maniaque-dépressif
- Dépression
- Addictologie
- Mélancolie
- Paranoïaque

Cependant, lors de mes rencontres avec les patients je ne souhaitais pas en amont connaître leurs pathologies, motivée par mon désir de faire leur connaissance dans le naturel de la rencontre, de la perception sans jugement, car la rencontre est thérapeutique. Avoir un regard autre que ce pourquoi il est à l'institution lui confère un état d'individu libre.

Chaque être à sa propre singularité son propre langage. Leurs blessures les plongent dans un monde parallèle un espace « entre deux » avec leur histoire à chaque UN à raconter.

Cela peut être un espace « entre deux » entre l'institution et la famille, car j'ai pu observer que certains patients venaient en art-thérapie avant la visite de leur famille. C'est un espace où le patient doit être reconnu en tant que sujet de sa pathologie ainsi d'être accepté avec ses symptômes et ses délires. Un espace de rencontre, où l'on accueille ce « mal-à-dire » avec des bribes de poésie et de métaphore ou toute l'art de l'art thérapie est de reconnaître un sujet.

4) Ma place de stagiaire au sein de l'espace art-thérapeutique:

L'institution dans laquelle j'ai effectué mon stage est ouverte à la pratique de l'art-thérapie. Lors de mon arrivée j'ai pu constater qu'il y avait 4 postes d'art-thérapie, dont deux art-thérapeutes chez les enfants et deux autres art-thérapeutes chez les adultes. J'ai pu par la suite rencontrer deux art-thérapeutes qui m'ont permis en plus des expériences de mon stage de voir les différentes richesses de l'art-thérapie sous toutes ses formes.

Lors de mes premiers jours de stages je me suis tout d'abord posé la question comment prendre place en si peu de temps ou chaque art-thérapeute a sa propre personnalité donc sa propre éthique d'art-thérapie.

Cependant en dépit de nos divergences théorico-pratiques, une confiance se tissait entre nous, où tout au long de mon stage l'art-thérapeute va toujours veiller à ce que je sois bien intégrée et reconnue face aux patients par ma présence ainsi que ma fonction, tout comme face aux équipes médicales (aide-soignante, infirmière). Elle m'a ainsi sollicité à ce que j'apporte mes propositions et remarques, qui m'a permis au fil du temps, grâce à cette intégration pleinement souhaitée par l'art-thérapeute, d'avoir confiance et de prendre ma place en tant que telle où j'ai pu aller à la rencontre des patients et progressivement exprimer des suggestions d'interventions, ou j'ai pu par la suite mener des dispositifs en individuel et en groupe.

II- Travaux effectués et regard clinique

5) A la rencontre des maux :

Tout d'abord lors de mon stage, que ce soit en temps d'observation à mes début et le moment de la mise en place de dispositif, je ne souhaitais pas en amont connaître les pathologies des patients. En effets, lors de mes dispositifs que j'ai pu mettre en place je préférais laisser d'abord la rencontre, c'était une façon pour moi d'éviter, même inconsciemment, mes propres projections sur le patient ainsi qu'un respect de son intimité mais aussi thérapeutique. Car avant d'être des « patients » ils sont avant tout des êtres, des êtres vulnérables en quête d'eux-mêmes. Comme il est précisé à PROFAC « *Tout l'art de l'art-thérapeute consistera à mi-dire en respectant absolument la vie privée de chacun* ».

Il a été important pour moi en tant qu'art-thérapeute en devenir, de connaître les différentes formes de maladies mentales que je pouvais rencontrer lors de mon stage.

Au fil du temps, je me suis rendu compte lors de mes lectures et durant mon stage qu'il y a des états de transition, des états limites, qui ne permettent pas d'affirmer l'appartenance d'un tableau donné à une catégorie stricte de maladie mentale.

En effet, des maladies théoriquement distinctes peuvent coexister chez un même sujet.

C'est pour cela que je vais parler de la distinction la plus classique rencontrée en hôpital psychiatriques : **Névrose ó Psychose.**

Les névroses & les psychoses :

Les **névroses**, sont des dysfonctionnements psychiques de formes très variables où sont atteints à des degrés divers, l'affectivité, l'émotivité, ainsi que les comportements, toutefois les fonctions mentales ne sont pas perturbées dans leur complétude, ce qui permet notamment une conscience pénible de ces troubles, par le sujet.

Les névroses sont nommées d'affections psychogènes où les symptômes sont l'expression symbolique de conflits intra-psychiques, inconscient habituellement. Ces conflits peuvent remonter à l'enfance du sujet et réaliser des compromis entre les désirs et les défenses. Les ajustements entre désirs et défenses ne peuvent se réaliser, dans la névrose sans exprimer un ou des symptômes pathologiques.

Les mécanismes de défenses en sont nombreuses : (refoulement, régression, isolement, sublimation, déplacement...). L'adéquation de ces ajustements entraîne l'émergence de symptômes névrotique, cependant ces symptômes ne sont pas à priori spécifiquement à la névrose ; cela dépend de leur contexte de survenu, de leur détermination psychique qu'ils pourront être rapportés à un tel état pathologique.

Les troubles en sont nombreux:

- ❖ anxiété et angoisse
- ❖ agressivité
- ❖ Trouble de conduites alimentaire
- ❖ Trouble phobique
- ❖ Trouble du sommeil (insomnie, hypersomnie)
- ❖ asthénie

La **psychose**, est une maladie mentale où le psychisme de l'individu s'organise différemment, il serait dû à une défaillance narcissique et un échec de l'organisation de l'ego. Le sujet psychotique a du mal à échafauder son intégrité psychique et corporelle, il ne fait pas la différence entre le monde interne et externe ainsi qu'entre soi et l'autre.

Le sujet est submergé par des angoisses et craint à tout moment le morcellement. Où les fonctions défensives du sujet psychotique sont structurées par le clivage, le déni et la projection, ce qui est contraire du mode d'organisation du névrotique où le refoulement permet au sujet de garder ce qui lui échappe au sein de sa psyché, tandis que le psychisme du sujet psychotique expulse au dehors; en effet ce qu'il lui échappe ne serait pas refoulé dans l'inconscient, mais fait retour sous une forme hallucinatoire dans le réel du sujet.

a- Présentation des différentes maladies mentales rencontrées en hôpital psychiatrie :

❖ Maladies à manifestations aiguës :

- Dépressions et mélancolies :

Humeur triste : désintérêt, goût à rien, douleur morale, pleurs, idées de suicide.

Etat dépressif : asthénie, anorexie, anxiété, inhibition sexuelle, trouble du sommeil.

La mélancolie (dans la forme la plus grave) : signes cliniques très marqués, ralentissement psycho-moteur important, idées délirantes d'auto-accusation.

Les origines: affections physiques graves, réactionnelles à un événement, en lien avec une psychose maniaco-dépressive.

- La manie : Humeur euphorique, expansive, les émotions (joie, tristesse) sont plus vives, y compris dans la douleur morale.

Les états maniaques se traduisent par: une insomnie sans fatigue, un fonctionnement psychique accéléré (logorrhée, fuite des idées), hyperactivité, tenue débraillée, contact facile, hypersensibilité affective.

La manie constitue l'une des phases du trouble bipolaire.

- La psychose maniaco-dépressive : Alternance de phases dépressives et de phases maniaques

Entre ces deux phases le sujet retrouve une période d'accalmie.

Il y a une *forme bipolaire* : alternance manie ó dépression.

Forme unipolaire : dépression récurrente

- Les bouffées délirantes : Apparition soudaine d'idées délirantes qui sont multiples sans cohésion et sans systématisation, elles se caractérisent par des idées fausses et hors de la réalité Le délire peut être polymorphe avec des thèmes variables.

Thèmes variés : persécution, mystique, de grandeur, filiation imaginaire

Les mécanismes sont multiples : intuitif, hallucinatoire, imaginatif.

- La confusion mentale : Trouble aigu qui se caractérise par un désordre de tous les processus psychiques.

Se traduit par : trouble de l'attention, désorientation temporo-spatiale, perturbation de la mémoire.

Les causes (elles sont de plusieurs ordres) : neurologiques, infectieuses (méningitesí), carence de vitamine B1, intoxications (antidépresseurs, psychotropes..), traumatismes.

❖ Maladies à manifestations chroniques :

Concernant **les névroses** :

- Névrose d'angoisse : Fond d'anxiété plus ou moins permanent avec crises d'angoisses et troubles somatiques (cardiaques, digestif, respiratoiresí).
Névrose phobique : anxiété d'un objet ou d'une situation, n'ayant pas en eux un caractère dangereux. Ce n'est qu'en présence de cette situation phobogène qu'apparaît l'angoisse. Types de phobies : claustrophobie, agoraphobie, phobie-social.
- Névrose hystérique : Conflits psychiques inconscients, l'hystérique s'exprime par des symptômes corporels (conversion somatique).

Crises hystériques : crises de nerf, évanouissement, crises de larmes.

Manifestations plus durables : trouble de la vision et de la parole, douleur, symptômes digestifs, anesthésies, paralysie..

- Névrose obsessionnelle : Toutes les craintes du sujet se cristallisent sur des idées obsédantes que le sujet tente de combattre par des rites obsessionnels.

Les compulsions et les rites : actes que le sujet ne peut s'empêcher d'accomplir de façon répétitive à visée protectrice.

Types d'obsessions : phobique (peur obsédante de la saleté), idéative (peur d'une erreur d'où vérifications interminables), impulsive (peur de commettre un acte absurde).

Fatigue psychique énorme pour le sujet ainsi qu'une grande souffrance.

Les psychoses délirantes chroniques : Perte de cohésion et d'unité de la personnalité, discontinuité du cours de la pensée. Les dimensions psychiques sont touchées (intellectuelle, affective et comportementale) avec conscience du trouble et idées délirantes permanentes.

On distingue d'une part que la schizophrénie est le trouble psychotique le plus classique ainsi que l'évolution la plus déficitaire c'est-à-dire qu'elle s'accompagne d'un esprit scindé. On distingue aussi les délires chroniques, c'est-à-dire les paranoïas, les psychoses hallucinatoires chroniques ainsi que les paraphrénies qui sont sans évolution déficitaire.

- **La schizophrénie :** (*mémoire terme schiz du grec « fendre, cliver, et esprit »*)

- Psychoses dissociatives, qui se distingue sous différente forme, (paranoïde/ hébéphrénique/ simple/ catatonique/ dysthymique).
- dissociation de la personnalité
- repliement sur soi (autistique)
- délire paranoïde

Syndrome dissociatif

- rupture de l'unité psychique, impression de bizarrerie des comportements, ambiguïté des sentiments et détachement du réel.
- dissociation de la pensée (coq à l'hâne, contamination d'une idée par l'autre)

Forme et début

- chez un sujet jeune, adolescent (15, 25 ans)
- *début brutal* : bouffées délirantes ou actes impulsifs
- *début progressif* : modification insidieuses des comportements et de la personnalité

- **les psychoses paranoïaques** : psychoses non dissociatives

- *Les délires* : caractérisés par un délire systématisé sans hallucination et sans détérioration intellectuel. La non bizarrerie des idées délirante (cohérent) permet de la différencier des états schizophrénique.

- *types de délires* : délires de persécution, délires passionnels, délires d'interprétation

- **Les psychoses hallucinatoires chroniques** :

Importance des hallucinations dans la constitution du délire :

- ❖ Il entend des voix au contenu injuriant ou comminatoire et cherche à s'en protéger
- ❖ L'automatisme mental est constant : production involontaire et mécanique d'idée et d'impressions.
- ❖ Assez souvent existe un syndrome d'influence : impression d'être commandé par une force extérieure.

- **Les paraphrénies** : Elles se caractérisent par l'importance des mécanismes imaginatifs dans l'élaboration d'un délire de nature fantasmatique.

b- Madame M: (dispositif individuel)

M, 27 ans, faisait des études en art appliqué, elle est atteinte d'une schizophrénie.

A mon arrivée pour mon stage j'ai tout d'abord pris le temps de faire la *rencontre* de chaque patient qui venait en art thérapie ainsi que ceux qui venaient voir comment cela se passait. En effet, ce choix était motivé par mon désir de faire leur connaissance dans l'innocence pur de la rencontre.

- L'entretien préliminaire avec M. s'est fait sur un temps informel, suite à ce temps d'échange et de rencontre où j'ai pu lui expliquer ma place de stagiaire, ma définition de l'art thérapie ainsi que mon cadre, elle a souhaité faire une séance d'art thérapie avec moi en individuel où nous allions faire/créer ensemble, qui a été convenu avec l'art-thérapeute en amont. Nous convenons d'un rendez-vous la semaine suivante pour une séance individuelle (avec l'accord de l'art thérapeute). Le temps que la demande et la prescription médicale soit autorisée.

En amont de sa première séance d'art-thérapie, M. venait à l'atelier, regardait les dessins des autres patients, observait l'espace tout en errant dans l'atelier. Elle dit « venir voir ce qui s'y passe, je regarde » puis repart, me disant « à mardi ».

La semaine suivante mardi 14h30 : je prépare l'espace pour accueillir M. ainsi que les différents matériaux à disposition. Je prends un temps seule, 5 à 10 mn pour déposer hors de la relation mes petites angoisses de bien faire qui pourraient encombrer la relation.

- mardi 15h : M. est arrivée à l'heure, elle est plutôt souriante.

La séance commence : pour la première séance avec M., j'ai pris le temps de discuter avec elle pour faire connaissance, où je lui explique l'art-thérapie et énonce le cadre.

Dispositif : expression libre, peinture, pastel sec/gras, encre, toile 100/100cm, position début, temps 40 min.

Après lui avoir présenté les différents matériaux que j'avais mis à sa disposition, M. choisit de prendre une toile sur laquelle nous allions peindre ensemble. Je la sens un peu angoissée, elle peine à commencer me disant : « Que pourrait-on peindre ? », je lui répondis « ce qu'elle voulait faire elle, si elle avait une idée qu'elle pouvait choisir un thème par exemple » elle réfléchit, puis me répondit « qu'elle adore la mer, ce grand espace » nous commençons à échanger sur ce thème où naturellement elle commence à peindre sur la toile. Elle peint en bas à droite, puis moi en haut à gauche.

Durant le temps de création, elle me confie des bribes de sa vie, j'écoute tout ce qui parle en elle, les mots, les silences, les gestes, puis elle est surprise des effets des différentes matières que j'utilise, qu'elle utilise, je sens une relation qui s'installe, je la sens moins angoissée. Elle peint des formes différentes, colorées, très espacées /aérées. Puis vient la rencontre de nos créations au milieu de la toile, je la sens un peu plus angoissée peut être à l'idée que nos peintures se mêlent, se rencontrent, se tissent ? Je la laisse tranquillement faire le choix de continuer ou pas, elle me dit : « si l'on faisait un pont ? » elle prend du papier cellophane et le pose entre nos deux peintures, je lui demande si elle souhaite s'exprimer sur la production, elle ne le souhaite pas. M se sent fatiguée, elle souhaite arrêter, la séance se termine 10 min plus tôt, il est 15h30. Nous convenons de nous revoir avec M. la semaine suivante en séance groupale.

c- Dispositif groupal mis en place :

Patients inscrits :

M, 27 ans, présentés ci-dessus.

C, 35 ans, hospitalisés depuis 7 mois, crise de bouffées délirantes, état stable.

Dispositif en temps successifs : Présentation du matériel, passation de la consigne, phase d'échange oral si il le souhaite, nettoyage et rangement du matériel.

Dispositif : *Expression libre - technique mixte - 30 min*

Tous d'abord j'ai pu observer lors de ses venues précédentes, que C. faisait souvent des dessins d'illustration (chien, petite fille, fleur ...), que ce soit pour elle ou pour les autres. Elle se mettait toujours à la même place. Lors d'un dispositif que j'avais mis en place, elle est venue voir ce qu'il se passait. A la fin du dispositif elle est venue me dire qu'elle souhaitait faire une séance d'art thérapie. Après avoir entendu sa demande et lui expliqué le cadre thérapeutique, ainsi qu'en avoir fait part à l'art thérapeute nous convenons un rendez-vous.

La séance commence : mercredi 16h : C. explore les différents matériaux avant de commencer, tout en me posant des questions sur tel ou tel medium. Elle finit par prendre une planche en bois de 50/30cm, où doucement elle explore, mélange, teste, les différents mediums présentés devant elle (tissus, encre, pigment, peinture, papier absorbant, ...) ses gestes sont appliqués. Au cours de la séance Elle est surprise des différentes rencontres entre les matières, leurs effets. C. réceptive aux nouvelles techniques est demandeuse. Elle me dit « ne pas avoir l'habitude de peindre, que souvent elle préfère dessiner, notamment des portraits, chat, chien demandés par des tiers personnes » sa peinture est tissés, entrelacée de différentes matières. A travers ce bricolage elle dit voir *une porte* sur son objet bricolé, cela m'incite à lui demander ce qu'est cette *porte* : elle réfléchit puis me répond « la porte de l'âme » nous arrivons en fin de séance, elle souhaite s'arrêter là, elle esquisse un sourire et me fait part de son bien être « cela m'a apaisée » dit-elle.

M. commence à peindre sur une toile posée sur le chevalet, elle peint des formes abstraites et très aérées ses mouvements sont lents. Elle ne parle pas, je la sens concentrée. 15 min plus tard, **M.** me dit avoir terminé. Elle ne souhaite pas s'exprimer sur son ressenti et partira 15 mn plus tôt.

C. reviendra faire 3 séances d'art-thérapie après la première séance en groupe. Elle continuait à poser ses empreintes, tisser, détisser, rencontrer, explorer les différentes matières à travers ses bricolages. Lors de la dernière séance (avant la fin de mon stage) elle ne viendra pas, elle viendra s'excuser de sa non venue le lendemain (rdv médical).

M. reviendra 3 fois en séance d'art-thérapie après la première séance en individuel et en groupe. Elle peignait des formes colorées et scindées. Ses mouvements sont lents. Elle finira 20 mn plus tôt que lors de la dernière séance (durée de la séance 30 mn) M. me dit être trop fatiguée pour continuer.

« C'est en jouant, et seulement en jouant que l'individu, l'enfant ou l'adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi » D.W WINNICOTT

III- Apport de stage

6) Le « suffisamment bon » thérapeute :

Il serait réducteur de décrire en quelques mots ce qui fait « un bon art-thérapeute » car connaissance, savoir-faire et savoir être personnel et professionnel concernant des domaines se chevauchent sans pouvoir être hiérarchisés, disons plutôt qu'ils coexistent !

Si il n'y a pas de « portrait type » de l'art-thérapeute, on peut mettre en avant certains acquis et certaines qualités qui font un clin d'œil à Winnicott, un « suffisamment bon » art-thérapeute.

Lors de mon dispositif individuel (avec M.) et les séances en groupe je n'ai pas eu de problème. La juste distance m'a toutefois interpellée il semble que l'on soit plus proche avec un seul patient qu'avec plusieurs.

L'adaptation du thérapeute est permanente selon la situation. C'est une hérésie de croire qu'il n'y a qu'une seule juste distance. L'art thérapeute est en ajustement permanent.

Après un accueil en toute sérénité des patients, j'ai pu me mettre en « vacance » ce qui est nécessaire me permettant de prendre du recul, ne pas juger.

CONCLUSION

Une des capacités de l'art thérapeute est de trouver la « **bonne distance** » pour soutenir le patient dans sa demande et en même temps l'encourager dans son autonomie afin de lui permettre une meilleure compréhension de lui-même et de sa manière d'appréhender ses relations aux autres.

L'art-thérapeute approche l'autre dans ce qu'il y a de plus vrai et vulnérable : ses émotions. Le thérapeute, bien évidemment, n'en est pas exempt lui-même. Il est confronté à ses propres affects dans chaque nouvelle rencontre et il doit « travailler avec » tout en les mettant à distance, mettant alors en scène la supervision.

Durant mon stage j'ai constaté que la confidentialité et l'intimité n'étaient pas toujours respectées. En effet, l'art thérapeute (maître de stage), tutoyait les patients, les embrassait pour leur dire bonjour. Durant les séances certains membres du personnel de l'établissement entraient dans notre espace, et parfois s'interféraient en donnant leur avis sur les productions des patients en séance. Cela témoigne de la réalité du terrain, on ne peut pas faire toujours comme on l'entend.

C'est à l'art thérapeute de créer de gérer les différents paramètres

Les rencontres

La rencontre avec la matière chez C. a constitué une sorte de pont relationnel, matériel et chargé de sens entre l'art-thérapeute et le patient.

Les autres rencontres existantes sont diverses : institutions, équipes pluridisciplinaires, avec les patients, les maux, avec les divergences théoriques.