

**Pratiques en Psycho Pathologie
Infanto-Juvenile**
Centre Médico-Psychologique
8, Cours Saint-André
38800 Le Pont-de-Claix
Tél : 04 76 98 48 01
Fax : 04 76 99 76 24
Courriel : pdavin@ch-saint-egreve.fr

Le PPPIJ organise un colloque :

« De l'art du détour : les médiations thérapeutiques »

**Jeudi 25 et vendredi 26 novembre 2010
Foyer Municipal de Pont de Claix**

Avec la participation du Dr Pierre Sadoul, graphiatre désaliéniste, qui interviendra tout au long du colloque

Jeudi 25 novembre

MATIN - Modératrice : Mme le Dr Isabelle MAÎTRE-LEWY BERTAUD
Discutant : M. Jean-François REY, Professeur de Philosophie

8 h 30 Accueil des participants.

9 h 00 - « Mais que se passe-t-il derrière cette porte ? – La médiation psychomotrice » :
Mme Isabelle ZILLIOX, psychomotricienne.

- « **On va jouer? - Histoire(s)... de Play-Mobils** » : Mmes Joëlle COTTARD-DENAT, infirmière, et Catherine CLÉMENT-LEDRU, orthophoniste au CMP-CATTP, Villard-de-Lans et à l'Hôpital de jour Petite enfance, Grenoble.

- « **Créativité et fonction symbolique du cadre dans l'approche clinique des médiations - Détour, contour, pour qui, pourquoi ?** » : Mme Annick ESCHAPASSE, Docteur en psychologie clinique, psychanalyste, Directrice de Arcréation-Mot de passe depuis 1987.

- « **Des pinceaux pour la pensée** » : Mme Axelle MARS, psychologue clinicienne, CMP pour enfants et adolescents de Vizille.

12 h 30 Fin de la matinée. Déjeuner libre.

APRÈS-MIDI - Modérateur : M. le Dr Laurent METZGER
Discutante : Mme Annick ESCHAPASSE

14 h - « Inter's'tisse » : Mmes le Dr Marie-Philippe DELOCHE, médecin psychiatre ; Sylvie PERROT, Sylvie FERLAY, Françoise BELTRANO, infirmières, et Corine LEBAUD, ergothérapeute, Hôpital de jour MGEN Grenoble.

« *Nous proposons un témoignage clinique de ce qui se "trame" et se "tisse" à l'hôpital de jour de la MGEN, à travers les ateliers thérapeutiques. Nous développerons les notions de transversalité, d'évolution dans le temps, d'après-coup et de lecture. Nous montrerons comment le repérage et le nouage de ce qui est de la dimension de la pulsion et de ce qui est de la dimension de la parole apportent une possible sédation de l'angoisse. Enfin, la dimension plus spécifique de création sera explicitée.* »

- « **Le partage impossible ou le Médium opérateur - Place de l'in(ter)vention médiatrice soignante comme effecteur thérapeutique** » : Mmes le Dr Maryse DEFRANCE, psychiatre psychanalyste, et Marie-Madeleine DECARPENTRY, infirmière psychodramatiste, Hôpital de jour MGEN de Lille.

- « **Un groupe chant en hôpital de jour** » : Mme Hélène VIALLE-TASSIN et M. le Dr Claude BERTRAND, Hôpital de jour Thiers, Grenoble.

18 h 00 Fin de la journée.

Vendredi 26 novembre

MATIN - Modérateur : M. le Dr Pierre CORNIER
Discutante : Mme Annick ESCHAPASSE

8 h 30 Accueil des participants.

9 h 00 - « L'oeuvre d'art entre nous : penser l'art et la folie avec Henri Maldiney » : M. Jean-François REY, professeur de philosophie à l'université d'Artois/IUFM.
« On s'attachera à dégager l'enseignement que constituent l'exposition et la rencontre de personnes psychotiques avec telle ou telle oeuvre d'art. Qu'en disent les psychiatres et les philosophes ? »

- « À propos d'art thérapie à la maison des adolescents » : Mme Sylvie ALBRESPY, orthophoniste et art-thérapeute. *« Le pourquoi et le comment de cet atelier. Les "croyances" de celle qui accompagne ces jeunes à devenir sujet d'une production en convoquant leurs aptitudes ludiques et créatives. »*

- « Les enveloppements humides et thérapeutiques, un dispositif de représentation » : M. Michel JEAN, psychologue, psychanalyste, Lille.

12 h 00 Fin de la matinée. Déjeuner libre.

APRÈS-MIDI - Modérateur : M. le Dr Vincent RAMEZ
Discutante : Mme Annick ESCHAPASSE

13 h 30 - « Chemin de — » par les Psychopitres du Dingopôle : Mmes Odile JANVRE, Patricia MONTI, Liliane ROUMEGOUX et M. Joël PICART psychologues hospitaliers, Saint-Égrève.

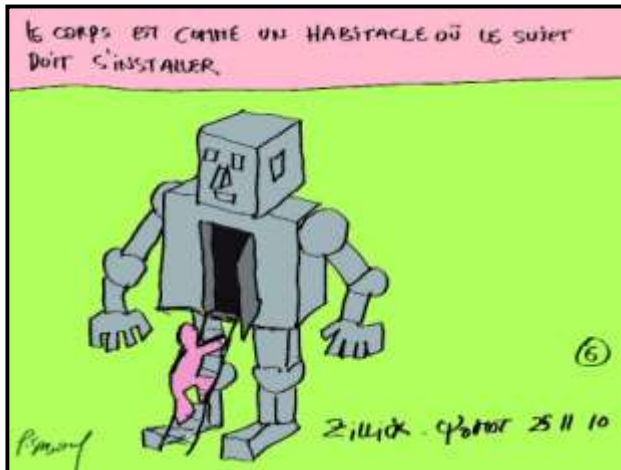
« Dans un contexte de parole contrainte, les Psychopitres du Dingopôle ont choisi la médiation théâtrale pour échapper au discours institutionnel convenu, générateur de souffrance pour les patients comme pour les soignants. »

- « Scéno-langage - Une médiation "sur mesure" pour une première expérience de groupe psychothérapeutique en EHPAD Spécialisé » : Mmes Alexandra BOHUON-MISCIOSCIA, psychologue, équipe mobile de psychiatrie de liaison Saint-Laurent du Pont, pôle PHAR, CHAI Saint-Égrève et Maryline LANFREY-LAPERRIÈRE, psychologue EHPAD de Miribel-les-Échelles.

- « La médiation par l'art martial en thérapie psychomotrice de groupe » : M. Philippe ZAIMECHE et Mme Claire KIRKYACHARIAN, psychomotricien(ne)s au CMP de Fontaine, Isère.

17 h 00 Fin des travaux.

« Mais que se passe-t-il derrière cette porte ? » La médiation psychomotrice



Mme Isabelle ZILLIOX,
psychomotricienne

résumé du film "Mais que s'passe t'il derrière cette porte" colloque médiations thérapeutique

« **Mais que s'passe t'il derrière cette porte ?** » c'est un film sur le cheminement d'une psychomotricienne à travers ses différentes expériences de travail et de formation, dans le cadre d'une équipe de CMP sur le « comment ça fonctionne ».

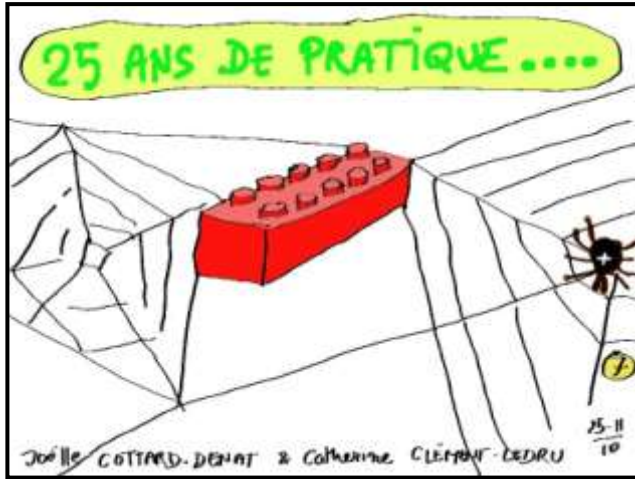
Dans un CMP, il y a une salle d'attente avec des patients et des accompagnants, à l'écoute de ce qu'il se passe en dehors...

Il y a une salle de psychomotricité avec une porte derrière laquelle toute sortes de bruits, de cris et de silences intriguent ou inquiètent...

Il semblerait que le processus d'intégration du schéma corporel, les modifications de l'image du corps, le réaménagement de l'agressivité, se construisent dans un va et vient entre expérimentations corporelles et, représentatives, où le vécu tonico-émotionnel alimente un nouveau discours.

Et cela peut faire du bruit !

« On va jouer » - Histoire(s)... de Play-Mobils



- Mmes Joëlle COTTARD-DENAT, infirmière, et Catherine CLÉMENT-LEDRU, orthophoniste au CMP-CATTP, Villard-de-Lans et à l'Hôpital de jour Petite enfance, Grenoble.

« Play-Mobil, en avant les histoires ! »

Vous connaissez ce slogan publicitaire ? La première fois qu'un enfant l'a chantonné, ce fut en 1987, dans l'atelier play-mobil du Temps Thérapeutique de Soirée au CMP Romanet, prise en charge créée sous l'impulsion du Docteur Claude PY, chef de service de l'époque.

Ce fut aussi ma première expérience en pédopsychiatrie, expérience fondatrice par sa richesse et par le cadre de travail qu'elle m'a apporté, auquel je me réfère encore. Cette prise en charge, pour faire vite, puisque cela n'est pas le sujet de notre propos, avait comme références théoriques les cahiers d'Alfred BINET de l'unité Diatkine du 13ème à Paris. Elle s'adressait à des enfants ayant des difficultés psychologiques (ou troubles du développement ou de la personnalité) scolarisés en milieu ordinaire et présentant des troubles majeurs de l'apprentissage. Elle avait lieu après l'école trois fois par semaine.

Dans ce cadre étaient proposés divers ateliers dont un atelier scolaire. Les enfants circulaient librement entre les différents ateliers. Ce fut dans ce contexte que j'ai utilisé pour

la première fois les play-mobil comme médiation. Plus de 20 ans se sont écoulés et nous entendons encore ce même slogan dans le groupe thérapeutique du mercredi après-midi à Villard de Lans. Un autre enfant le chantonne encore... Ceci pour vous dire l'importance de ces objets.

Les play-mobil âgés d'une trentaine d'années, suscitent toujours autant de plaisir, d'intérêt chez les enfants d'aujourd'hui malgré l'arrivée en masse des jeux vidéos et c'est plutôt une bonne nouvelle ! Je crois qu'ils incarnent l'univers enfantin par excellence, à voire avec le rêve, l'imaginaire. Leurs différents accessoires offrent tout un panel de possibilités de jeux et permettent à l'enfant d'en faire une création personnelle. Très investis par les petits et par les grands et même par les plus démunis d'entre eux pour les avoir utilisés avec des enfants autistes et psychotiques en hôpital de jour. Ils sont le cadeau de Noël, d'anniversaire, et donc mobilisateurs d'affects.

Ils font partie, aujourd'hui, du matériel classiquement utilisé dans le cadre du soin. Ce qui est peut être moins ordinaire, c'est de les utiliser dans un groupe thérapeutique.

La création de ce groupe thérapeutique du mercredi après-midi ainsi que ma collaboration avec Catherine qui date déjà de quelques années, s'inscrit à mon sens, dans l'évolution du travail d'équipe, dans sa pluri-professionnalité, au sein du Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel de Villard de Lans, dans le désir partagé (très soutenu une époque par les Docteurs Danièle BISSUEL et Thierry RIZOUD) de proposer des soins en groupe avec un cadre thérapeutique s'appuyant sur des références psycho-dynamiques. C'est dans cette perspective que Catherine et moi avons décidé de mettre en commun nos pratiques respectives : celles d'une orthophoniste ayant l'expérience de groupes contes et celles d'une infirmière, formée au psychodrame utilisant cette médiation depuis longtemps. Evidemment, notre cheminement à l'une comme à l'autre fait que le dispositif thérapeutique que nous proposons pour ce groupe est assez éloigné de celui de l'atelier play-mobil de 1987, le cadre étant différent. Cependant, il s'en inspire encore, comme il s'inspire du psychodrame.

C'est dans ce contexte que le groupe du mercredi après-midi dit « groupe des grands » a vu le jour. Il est constitué de quatre enfants, deux filles et deux garçons : Yann, Théo, Angèle et Anne. Tous sont en CM2, âgés de 10 et 11 ans. Ce qui les réunit, en dehors de participer à ce groupe, c'est une certaine similitude dans leur histoire en tout cas pour trois d'entre eux, qui depuis leur enfance, pour diverses raisons, sont placés dans une famille d'accueil ou un lieu de vie. Le quatrième enfant vit dans sa famille. Celle-ci accueille des enfants de l'Aide

Sociale à l'Enfance ; les deux parents ayant l'agrément. Ces quatre enfants présentent une problématique abandonnique. La singularité de ce groupe n'est pas une volonté de notre part. Elle est due à la spécificité de la population que nous recevons au CMP de Villard de Lans, du fait de nombreux établissements, lieux de vie et familles d'accueil implantés sur le plateau du Vercors.

Maintenant, je vais vous présenter le cadre thérapeutique de ce groupe et par la suite, la séance en elle-même.

Le Cadre Thérapeutique :

Le groupe a lieu le mercredi après-midi, une fois par semaine et la séance dure une heure. Il se déroule dans la pièce de psychomotricité. Il accueille quatre enfants maximum.

Ce groupe est régi par des règles énoncées lors de la première séance ou à l'arrivée d'un nouvel enfant et rappelées si besoin. Les voici :

- Celle du secret, celle du faire semblant.
- Les personnages et les animaux parlent.
- Il est interdit de se toucher, de se faire du mal, de casser, de détruire.
- Tout peut se jouer : rêve, réalité etc. ...

Au final, il s'agira de représenter une histoire à partir d'une idée personnelle à chaque enfant. Chaque enfant choisira un personnage (animal ou humain) pour le représenter. Catherine ou moi pouvons jouer, ce sont les enfants qui choisissent notre rôle. Celle qui ne joue pas mène le jeu.

Pourquoi jouons-nous ?

Prêter vie, pensées, ressenti à un personnage, le faire dialoguer n'est pas une chose facile pour les enfants du moins lors des premières séances. Notre jeu, nous semble-t-il, leur fournit des représentations sur lesquelles ils peuvent s'appuyer, il soutient leur imaginaire. De

même il contribue à lever certaines inhibitions (nous l'avons souvent constaté) et amène plus de spontanéité dans leur jeu. Les enfants prenant déjà du plaisir si je peux le formuler ainsi par procuration. Enfin, le fait que nous jouons leur permet d'expérimenter, nous semble-t-il, d'autres liens, d'autres positions d'identification notamment lorsque dans leur jeu ils nous donnent un rôle d'enfant, eux tenant celui d'un adulte, dans une relation de filiation par exemple.

Mais revenons au déroulement de notre séance.

Elle se décompose en quatre séquences spatio-temporelles :

- Un temps de parole.
- Un espace de jeu propre à l'enfant.
- Un espace de jeu collectif.
- Un temps de restitution.

Le temps de parole :

Nous commençons la séance par un temps de parole libre que chacun peut utiliser à sa guise (parler de ses préoccupations, de ses soucis, de la semaine écoulée...) De notre point de vue, ce temps de parole est le fil conducteur entre deux séances, il introduit une notion de temporalité qui marque une continuité dans la discontinuité. Il permet aussi la reconstitution du groupe, « les retrouvailles », d'évoquer l'absent si tel est le cas (enfant et/ou adulte).

Enfin c'est le moment où le jeu s'élabore, où chaque enfant exprime son idée, son choix de personnage.

Ce temps de parole s'est institué d'une façon assez empirique. Nous nous sommes ajustées à leur âge, à leurs capacités à verbaliser notamment chez les filles au prix d'une grande agitation pour l'une d'entre elles (en même temps qu'elle parle, Anne se lève sans arrêt, triture des objets, met la capuche de son sweat sur la tête etc. ...). En ce qui concerne les garçons, l'un est plutôt sur le registre de l'inhibition, l'autre à l'inverse sur celui de l'excitation, je dirais en constante représentation. Pour vous dire, nous avions droit régulièrement à un show style « Star-Ac » où il imitait son idole Grégory Lemarchal auquel il s'identifiait d'une façon qui nous paraissait très adhésive. (ce chanteur est décédé à 20 ans de la mucoviscidose, ce qui n'est pas banal comme identification). Il nous appartenait alors,

choix pas toujours facile, de contenir l'agitation, de favoriser la parole sans que l'un d'entre eux ne la monopolise comme Angèle par exemple. Il s'agissait aussi d'éviter les apartés (les filles entre elles, les garçons entre eux).

Ce temps de parole a eu son évolution. Au début, les enfants l'écourtaient. A notre question : « Comment allez-vous ? » ils répondaient « ça va ! », « bon, on peut jouer ? ». Ensuite, ils s'en sont saisi, une relation de confiance s'est nouée entre eux et nous, du au rapprochement entre eux par la similitude de leur histoire peut-être. Ils en sont venus à parler de leur vécu, de leurs parents. Trois d'entre eux ne connaissent pas leur père biologique ; deux n'en avaient qu'une photo. Prise de parole pas toujours facile, chacun exprimant sa souffrance, à sa façon comme Yann un tissu sur la tête (comment montrer son vrai visage ?) de dire : « si je le croise (mon père), je lui casse la gueule ! ».

Pour Angèle qui rejoindra le groupe plus tard : « la vie est injuste » dit-elle, et on ne peut que la comprendre : elle est séparée de sa mère depuis l'âge de cinq ans, bien qu'elle continue à la voir régulièrement le week-end. Le vécu d'Angèle est celui d'une victime qui cherche un coupable responsable de son malheur. Durant l'année, ce coupable a pris plusieurs visages : celui de sa mère, tout d'abord, qui ne tient pas ses promesses, qui lui impose son copain du moment le jour de Noël ; celui de l'assistante sociale ensuite, qui doit organiser des visites chez son père à Paris qui ne se réalisent jamais. Celui enfin de sa famille d'accueil qui la lèse, sans oublier le père responsable finalement, nous dit-elle, d'après sa mère, de son placement.

Un espace de jeu propre à l'enfant :

L'espace de jeu propre à chaque enfant fait partie du dispositif que nous avons pensé pour ce groupe. Cette notion, je l'ai retenue dès ma première utilisation des play-mobil en groupe, qui fut, comme je l'ai dit plus haut, dans le cadre du Temps Thérapeutique de soirée. Je le tiens de l'article sur l'atelier légos (texte d'Alfred BINET) qui montrait l'importance pour l'enfant d'avoir une zone de jeu, à lui, régie par deux interdits :

- Interdit d'y pénétrer sans y être invité.
- Interdit de la détruire.

Cette zone que nous qualifierons plutôt « d'espace », nous la pensons dans ses limites comme une enveloppe contenant (en référence au moi-peau d'ANZIEU) ayant notamment une fonction d'individuation qui offre la possibilité à l'enfant de s'affirmer comme être différencié et différent. De plus, cet espace, le contenu que lui donne l'enfant figure, nous semble-t-il, sa réalité interne. Il parle de lui à travers le jeu qu'il installe. Déjà topologiquement, de la façon dont il organise son espace, des limites qu'il lui donne. Par exemple, s'il a besoin d'un appui, d'une double protection (une table), s'il est très isolé des autres ou très collé à eux. Enfin si son espace est barricadé ou ouvert à tous les vents.

Ensuite, psychiquement, dans ce qu'il projette sur le personnage qui le représente et du choix des objets qui l'entourent. (l'aspect esthétique compte parfois dans le choix du personnage play-mobil, dans le jeu des identifications) Enfin l'histoire, le scénario, les personnages que choisissent les enfants ne sont pas à notre sens purement imaginaires, mais nourris de fantasmes et de contenus psychiques inconscients.

Comment se déroule cette installation ?

Concrètement, chaque enfant installe son jeu dans un espace de la pièce avec le matériel choisi, à partir de l'idée énoncée pendant le temps de parole sans que celle-ci soit forcément très élaborée. En plus des play-mobil, nous possédons plusieurs petites maisons dont une grande (la ville rose) ainsi qu'une caisse contenant des briques en mousse. Cela étant, chaque enfant choisit soit une de ces maisons, soit décide de construire la sienne et dispose les divers objets qu'il souhaite voir apparaître dans son jeu. L'espace est très souvent délimité par des barrières à l'intérieur desquelles se trouvent les maisons.

En règle générale, ils s'installent à la périphérie de la pièce, laissant de ce fait un espace vide, anticipant par là, d'une façon plus ou moins consciente, l'espace de jeu collectif à venir. En ce qui concerne l'évolution du groupe, à ce stade de la séance, nous remarquons qu'au fil du temps, les enfants s'accrochent moins à cet espace. Ils s'en décollent. Le matériel rassurant, étayant car soutenant l'imaginaire et les représentations du monde extérieur du début, semble moins nécessaire par la suite. Le jeu collectif étant plus investi. De même, la durée de l'installation nous paraît souvent proportionnelle à la résistance à jouer. Il y a des séances, souvent les premières, consacrées presque totalement à cette installation. L'évolution

intervient quand il ya frustration devant un jeu à peine commencé qui a suscité du plaisir et qui s'achève prématurément à l'annonce de la fin de la séance.

Pour que vous puissiez en avoir une représentation, nous allons vous donner quelques exemples d'installation de jeu :

Angèle : Son installation est très « spatiophage ». Elle a tendance à envahir un espace comme elle monopolise la parole. Elle installe une maison (la plus imposante que nous possédons) qu'elle appelle « la villa rose ». Elle est entourée d'un grand parc avec piscine. Dans cette villa vit une famille monoparentale (mère-fille). Quand le père est évoqué, il est absent, soit mort, soit en voyage, soit en vacances. Il paraît être accessoire. Elle utilise une multiplicité de petits objets comme décor. Chaque chose semble à sa place : un vrai petit Eden. La famille est riche, vit bio, mange bio etc... La maison aussi est bio. Un jour, voulant certainement dire « bioclimatique », Angèle fait le lapsus et dit « biographique » à la place. Pourtant un jour, un désordre apparaît par un tas de petits objets dont elle ne sait que faire mais qui fait partie intégrante de son jeu, nous précise-t-elle. L'apparition de ce désordre nous semble correspondre à la période où elle a pu parler lors du temps de parole de sa souffrance, de son insatisfaction.

Anne : La maison très investie du début devient impersonnelle, presque en ruine. Cette maison est habitée par des taupes. Seuls quelques vestiges humains subsistent (tableaux, photos). Ces taupes ont recueilli un jeune enfant.

La modification de son installation intervient nous semble t-il au moment où Anne a quitté sa famille d'accueil pour une institution.

Mais poursuivons...

Avant que ne commence le jeu, nous invitons les enfants à découvrir l'installation de chacun. Cette visite guidée est très investie par les enfants. Il y a beaucoup de plaisir, chacun est fier de présenter son personnage. Ceci présente l'intérêt, nous semble-t-il, d'introduire un mouvement, de donner vie à un décor et d'impulser le jeu qui se déroulera par la suite. De même, c'est aussi une façon de resignifier la place de chacun, l'intérêt qu'on lui porte. C'est à ce moment de la séance que nous précisons le scénario ou que nous le modifions, qu'intervient l'attribution de nos rôles, à Catherine ou à moi.

Les trois coups sont tapés, comme au théâtre (élément du dispositif inspiré du groupe conte qui symbolise la césure entre réalité et fiction), moment solennel où le silence s'installe entrecoupé parfois de petits rires. Le jeu peut commencer !

Je vais vous relater un jeu qui s'est déroulé sur deux séances. Le thème dramatique de ce jeu est exceptionnel, cependant, il illustre, à notre sens, l'intérêt de cette médiation thérapeutique. Le voici :

- « Moi, je serai un petit renard abandonné par sa mère ».
- « Eh moi, je serai un ado au lycée qui a des copains ».
- « Moi, une cavalière qui passe des galops ».
- « Eh moi, un jeune adulte qui ne travaille pas, qui ne fait rien, et qui aime ne rien faire »

Je vous présente Anne, le petit renard, Alicia la cavalière, Yann l'ado et Théo le jeune homme oisif. Je ne sais pas si Anne (le petit renard) a associé sur les propos de Théo (le jeune homme oisif) du moins en a perçu la connotation dépressive, si l'absence de Catherine à cette séance l'a renvoyée à une autre absence, celle de sa mère ; en tout cas, elle reprend la parole et ajoute : « le petit renard va se suicider car sa maman lui manque ! »

Alicia (la cavalière) rebondit, associant sur les propos d'Anne et relate un fait divers où deux jeunes femmes, via internet, se sont données rendez-vous sur la voix ferrée pour se suicider. Elle commente : « c'est mal de se suicider ! » Théo ajoute : « il faut être fou pour se suicider » Je parle de souffrance. Après hésitation, Anne maintient son idée et demande que la scène du suicide du petit renard soit représentée. Des regards interrogateurs se tournent vers moi, des petits rires nerveux fusent. Je perçois de l'anxiété, de l'incrédulité aussi, chez les autres enfants à l'idée de représenter une telle scène. Que dois-je faire ? Certes il s'agit d'une fiction, mais jouer le suicide, même celui d'un petit renard, ce n'est pas rien ! Tout de même !

Je me dis en mon for intérieur : « pourquoi n'ai-je pas annulé la séance, pourquoi Catherine n'est-elle pas là ! ». J'ai envie de dire NON à ce jeu, mais comment déroger à la règle énoncée que tout peut se jouer ! Je ne peux m'y soustraire. Nous allons donc jouer cette scène ayant au préalable obtenu l'accord des autres enfants. Il est donc convenu que la scène

se déroule en forêt où les personnages se baladent et se retrouvent, par hasard, au pied d'une falaise d'où le petit renard va se jeter comme l'imagine Anne.

A l'installation du jeu, fait marquant, elle met un casque intégral de moto sur la tête du petit renard (montrant par là son ambivalence).

Dans le jeu, le petit renard se jette comme prévu de la falaise. Les autres personnages, assistent, impuissants, sans aucune parole à cette scène. Devant le silence des enfants qui s'installe dans le jeu et dans l'après-jeu, je parle de sidération. Je demande à Anne si la façon dont celui-ci s'est déroulé lui a convenu. Elle répond : « non » Elle aurait aimé qu'ils interviennent pour le sauver. La séance se terminant, je propose que nous rejouions cette scène la semaine prochaine.

La semaine suivante, tous les enfants sont présents (je suis soulagée !) Catherine est là (même soulagement). On revient sur le jeu de la semaine dernière : Théo ne veut pas rejouer la scène et se précipite, entraînant Yann dans son sillage vers les caisses de play-mobil. Alicia souhaite qu'on le rejoue et dit : « cette fois-ci on sauve le petit renard ! » Yann est ambivalent : il veut à la fois l'enterrer et le sauver. Finalement, il se rallie à l'idée d'Alicia. Anne, elle réitère sa demande que le petit renard, son personnage, soit sauvé.

Nous rejouons la scène : Anne met en scène l'impossibilité, pour le renard à être sauvé, puisqu'elle le fait chuter avant l'arrivée des autres personnages susceptibles de l'en empêcher. Cette fois-ci, les autres enfants, à travers leurs personnages, expriment leur déception, leur colère aussi. Un silence s'installe.

Puis Théo (le jeune homme oisif) s'approche du renard, se penche sur lui et dit :

« Ouf ! il respire encore ! »

Quelques commentaires sur ce jeu :

L'utilisation d'un animal (le renard), ce détour, cette distance nécessaire, l'effet cathartique du jeu, ont permis que soit représentée dans le faire semblant, l'acte auto-agressif, la pulsion destructrice. Que soit représenté l'irreprésentable. Je ne pense pas que ce jeu eut été possible sans cette médiation. Le jeu permet le passage d'un lieu à un autre : effectuer l'acte sans qu'il y ait de passage à l'acte.

Anne met en scène nous semble-t-il, l'ultime violence que l'on peut faire à l'autre. Quitter pour ne pas être quitté. Quitter l'objet aimé, le perdre étant insupportable. A travers ce jeu, Anne nous parle de son problème abandonnique, de la perte.

Dans la réalité, Anne inquiète, d'où sa venue au groupe. Elle inquiète justement par des passages à l'acte (d'où en grande partie mon inquiétude lorsqu'elle annonce son idée de jeu), passages à l'acte qui se manifestent notamment à travers des vols (mise en dangers d'elle-même), au point que sa famille d'accueil ne pouvait la laisser seule à la maison car elle dérobaît bijoux et tous autres objets en leur absence. Il en était de même à l'école.

Aujourd'hui, elle n'est plus dans une famille d'accueil mais en institution avec le projet d'un retour chez sa mère d'ici la fin de l'année scolaire. Elle continue à fréquenter le groupe. Elle met en scène des personnages humains qui « piquent » des crises et ont souvent des comportements agressifs. De même, elle peut évoquer sa peur de la solitude, de la pauvreté, à l'âge adulte.

En ce qui concerne Théo (le jeune homme oisif) on peut penser qu'il s'est identifié au personnage d'Anne dans un rapport empathique ? ainsi qu'à ses propres parents qui, je le rappelle, sont tous les deux famille d'accueil, dans un désir de réparation. Dans la réalité, Théo part souvent de la maison pour marcher dans la forêt. Il a souvent besoin de s'éloigner de sa famille et ses parents respectent cet état de fait. Cependant, ils sont inquiets. Ils craignent un passage à l'acte, une fugue peut-être.

C'est dans ce contexte qu'il est revenu au groupe après l'avoir arrêté. En fait, Théo ne semble pas toujours trouver sa place dans sa famille entre les enfants accueillis et ses propres frères et sœurs, comme il nous l'a confié. Ses résultats scolaires sont très moyens mais il nous dit aimer l'école ; non pas qu'il investisse les apprentissages, mais parce qu'il s'y sent bien, qu'il y a une place, qu'il se sent aimé dans une classe unique à plusieurs niveaux avec la même institutrice depuis plusieurs années. Ce qui peut paraître étonnant, voire paradoxal, c'est de retrouver la même problématique abandonnique chez cet enfant dont les parents sont famille d'accueil que chez les autres enfants séparés effectivement de leur famille.

Pour finir, quelques mots sur le temps de restitution :

La séance terminée, les enfants quittent le groupe comme une envolée de moineaux.... Or, il nous semble important que quelque chose soit dit sur le jeu qui s'est déroulé, afin que chacun puisse exprimer son ressenti par rapport à son entourage et à ce qu'il s'est dit et joué. Nous y parvenons avec plus ou moins de succès. Nous observons beaucoup de résistance encore, nos paroles étant souvent couvertes par le bruit de rangement des play-mobil dans les caisses.

Conclusion :

Mais qu'est-ce qui est thérapeutique dans ce groupe ayant comme médiation les play-mobil ?

La réponse n'est heureusement pas univoque ni exhaustive. Rapidement, on pourrait dire un peu le jeu, un peu le transfert, un peu le cadre thérapeutique. Mais c'est déjà peut-être notre préoccupation, notre intérêt pour la vie psychique des enfants que nous avons en soin, à l'instar si je puis dire de la rêverie maternelle selon Bion (fonction Alpha).

C'est aussi un peu, peut être, la médiation même par le dispositif que nous avons pensé qui, nous semble-t-il crée une aire de jeu, un espace transitionnel entre réalité interne et réalité externe de l'enfant : un entre-deux permettant une rencontre.

Enfin, c'est peut être un peu, par ce qui nous sommes, par nos interventions, nos silences dans le jeu, hors du jeu, qui ne sont pas des interprétations, mais qui prennent la forme de verbalisations, de commentaires, de mises en liens, de récits, d'histoire(s)...

« Créativité et fonction symbolique du cadre dans l'approche clinique des médiations - Détour, contour, pour qui, pourquoi ? » :



Mme Annick ESCHAPASSE, Docteur en psychologie clinique, psychanalyste, Directrice de l'association Arcréation-Mot de passe depuis 1987

Pour répondre à votre proposition, je vais me permettre de vous témoigner quelques réflexions qui j'espère, pourront faire leur chemin selon la fonction que vous occupez auprès des personnes qui vous sont confiées. Pour cela, il m'importe de vous préciser de quelle place je vais vous parler. J'ai débuté en 1975 en tant que psychomotricienne puis en tant que psychologue clinicienne tout en poursuivant un doctorat sous la direction de M. Didier Anzieu. J'ai ainsi exercé dans des lieux de soin en Pédopsychiatrie et des Instituts accueillant des enfants porteurs de handicap ainsi que dans des Hôpitaux de Jour pour adultes où j'ai pratiqué des ateliers à médiation artistique.

Très tôt, j'ai différencié deux démarches : les ateliers en groupe où la proposition artistique est une invitation à « partager » un objet, par exemple un atelier Théâtre qui aboutit à un spectacle en tant qu'objet culturel et puis les ateliers à médiation, artistique ou non, plus proches du cadre thérapeutique qui peut être le vôtre, où quelque chose, de l'ordre de l'objet, est « perdu », le thérapeute assumant alors que l'enfant, l'adolescent ou l'adulte auquel est proposée la médiation, ne transporte pas « ailleurs » ce qu'il va créer au cours de la séance.

Ainsi un atelier Théâtre ou un groupe de psychodrame ont chacun un cadre spécifique qui entraîne un positionnement différent tant dans l'encadrement des séances et leurs modalités que par rapport à ce que j'appellerai le destin du jeu, objet à « partager » ou objet « perdu ». C'est un premier point de repérage essentiel à déterminer. J'ai accompagné ainsi des adolescents en panne de « penser »,

étiquetés à l'époque comme « débilés », jusqu'à la réalisation de spectacle qui a permis un processus d'alphabetisation, et dans d'autres lieux, encadré des groupes thérapeutiques à médiation, comme la relaxation.

Ensuite, le projet associatif qui m'a été confié en 1987, m'a demandé de transformer en « outil » de Prévention un dispositif thérapeutique sur les enveloppes psychiques, que j'avais élaboré dans le secteur de la Santé Mentale : l'Atelier Masques Arcréation s'est ainsi développé. Atelier de Recherche et de Création où chaque participant est invité à créer un masque maquillé sur son propre visage comme support et « pré-texte à penser ». C'est dans ce cadre que Mme Axelle Mars, ici présente, exerçant maintenant à Grenoble, m'a rencontrée et a pu se former et pratiquer cette médiation spécifique. Elle vous en parlera après mon intervention.

A l'initiative de son fondateur M. Hadjadj, qui travaillait à l'époque comme psychanalyste et directeur d'un centre d'accueil et de soins pour toxicomanes, l'objectif associatif est de proposer des Ateliers de Recherche et de Création dans le cadre scolaire, à des enfants et des adolescents dans une perspective de Prévention primaire globale des conduites à risques. Cette invitation à « penser » le monde accompagne le processus pubertaire et participe au développement de ce que les subventionneurs appellent les compétences psycho-sociales. Nous sommes sollicités actuellement par 40 Etablissements scolaires de 5 départements d'Ile de France. Nous avons souhaité « penser » le cadre de la Prévention sanitaire et sociale, suite au travail en « Maison Verte » élaborée par Françoise Dolto, comme un espace intermédiaire entre l'espace social et culturel, et l'espace thérapeutique.

Psychodramatiste et psychanalyste, j'ai eu la chance d'assister à l'élaboration du « Moi-Peau » lors des Séminaires de Nanterre, puis de travailler en supervision avec M. Didier Anzieu, dont je salue ici la disponibilité psychique créative.

L'art du détour.

Tel est le titre que vous avez souhaité donner à ces Journées d'Etude. En effet, la notion de médiation nous invite à quelque chose de l'ordre de la surprise, du décalage. Si « tous les chemins mènent à Rome » nous avons le temps de nous arrêter, de prendre des routes de traverse. Nous savons tous que l'efficacité, dans le champ des sciences humaines ainsi qu'au quotidien, crée souvent des effets contraires. Le détour permet au psychisme d'éviter la frontalité dans la relation à l'autre, mais aussi dans la relation à soi-même.

Proposé comme une indication thérapeutique, la médiation, le « détour » ne se veut pas être du côté de l'évitement ou du passage à l'acte. C'est une invitation à se rencontrer en se surprenant, grâce à un objet médiateur qui peut prendre plusieurs formes. Cela ne se limite pas à la surprise de l'entendement du jeu des associations libres, cela s'enrichit de la production - imprévue et imprévisible là aussi – mobilisée par le médiateur lui-même. Dans certains cas, l'objet médiateur est difficile à cerner parce que non extérieur au sujet, comme dans la relaxation, voire même le théâtre où le corps avec son statut

double de sujet et d'objet n'a pas de véritable place « extérieure » à soi. D'autres objets médiateurs sont plus explicites comme le jeu du squiggle développé par Winnicott, ou les marionnettes, ainsi que dans les médiations artistiques comme la peinture, le modelage, les masques.

Le détour permet de créer ce décalage qui va permettre de se considérer comme autre et apporter ainsi une respiration psychique par l'écart que cela ré-introduit entre soi et son reflet.

Je distingue volontiers la médiation thérapeutique au sens classique, véritable indication de soin, de la médiation artistique qui peut aussi être proposée dans le champ thérapeutique sans pour autant être dévoyée au sens de « psychologisée ». C'est pour cela que le terme d'art-thérapie me semble alimenter une confusion qui ne rend pas explicite le cadre et les objectifs du praticien.

Ce qui enracine la question de l'artistique chez l'humain, est articulé au processus d'humanisation. L'humanité s'origine dans les premiers rituels funéraires, rituel inscrivant la perte, l'absence de l'alter ego. L'homme en représentant le monde qui l'entoure, sur la paroi des grottes, ne se limite plus à se nourrir et à se reproduire. La question d'être Sujet au monde, confronté à la perte, s'inaugure. L'invitation à l'artistique amène tout individu à se relier à la question des origines, au-delà du pathos qui peut le traverser par ailleurs.

Pour inaugurer ces réflexions, on peut positionner la parole comme déjà une médiation, entre soi et l'autre, en tant qu'alter ego, mais aussi, comme je viens de l'évoquer, entre soi et notre autre soi-même. La capacité à penser, la capacité à jouer dont vous avez rappelé l'importance tout à l'heure s'articulent avec la capacité de penser à l'intérieur de soi.

J'ai associé au terme « détour » la question du contour. Cela a été initié par les professionnels qui viennent d'intervenir, à propos des enveloppes psychiques. La médiation a cette fonction de « contenir » ou « d'envelopper » au sens décrit par Bion et Anzieu.

Il y a des médiateurs qui développent plus que d'autres, cette fonction « contenant ». C'est à prendre en compte dans les indications que nous donnons, lorsque nous réfléchissons en équipe, à un enfant, un adolescent ou un adulte pour déterminer le type de médiation que nous allons lui proposer. Il y a des médiateurs qui mobilisent plus l'éprouvé corporel, le sensoriel. Ils sont actuellement, quelquefois, des passages obligés, nécessaires, pour que la personne puisse retrouver un ancrage interne. Je reviendrai, sur ce que le travail de Arcréation-Mot de Passe dans le champ de la Prévention en milieu scolaire depuis 1987, nous a permis d'identifier comme tendances générationnelles concernant le positionnement psychique de l'enfant et de l'adolescent « ordinaire ».

L'art est donc articulé au processus d'humanisation dans cette capacité de représenter le monde et la question de la perte. L'invitation à l'artistique transporte en soi la fonction Paternelle, sorte de « fonction verticale », au sens où elle témoigne de l'histoire de l'humanité, de l'histoire des civilisations. Proposer dans le cadre d'un groupe ou lors d'un suivi individuel, une référence à

l'artistique, amène le thérapeute ou l'intervenant à inscrire l'enfant, l'adolescent ou l'adulte dans une histoire plus large qui dépasse le cadre thérapeutique, et cela a quelque chose de très étayant : « d'autres avant moi, ont mis en forme et en mots leurs butées » : douter est humain, être anxieux est humain, rencontrer des obstacles même mortifères est humain. Le détour par la création, rappelle qu'il n'y a pas de bizarrerie ou de folie à être en souffrance. Chaque initié, pour reprendre un terme utilisé en Afrique, en tant qu'il a réussi à traverser le monde des ombres, et dépassé ses expériences douloureuses, sait l'avancement que cela crée en lui.

Dans l'enjeu artistique comme médiation, il y a aussi la question du code, du rituel qui est à l'oeuvre. On pourrait croire qu'il y a un « Tout » possible qui est activé dans la proposition de créer. Il n'en est rien. L'adulte qui est garant des séances, garant du parcours, introduit des codes, des rituels, qui vont avoir pour fonction de limiter un fantasme du « Tout » possible et baliser la route de la projection. Le « Tout » possible peut renvoyer à un espace sans limite, dangereux, où l'agressivité ou la régression fusionnelle pourraient se développer avec tous les risques que cela comporte. Ce que nous apportent les médiations artistiques, quand on est attentif à leur ancrage spécifique, ce sont tous ces codes servant de règles de jeu. Ainsi dans le travail du clown, l'usage très délimité du « nez rouge » lors des trainings, de même pour les masques de Commedia Del Arte, la distinction Personne / Personnage est très codifiée et marquée par le retrait du masque ou du nez de clown, quand l'acteur ne « joue » plus et parle de son jeu.

En voyageant en Chine, au Japon, ou en Afrique, je me suis intéressée aux rituels concernant l'usage du masque, transmis de génération en génération, « supportant » l'espace du jeu, le délimitant tel un Surmoi régulateur qui balise le psychisme. Il ne s'agit pas alors d'une instance interdiciatrice qui nous empêcherait de déplier notre pensée intérieure vers l'extérieur, mais d'un cadre symboligène relié aux « anciens » qui nous ont précédés, tel un totem « verticalisant » le sujet.

Notre talent, notre compétence dans le cadrage de ce type de séance, réside essentiellement à savoir doser ce que nous allons autoriser du côté de la projection et étayer sur le plan identificatoire. La projection d'un monde interne vers la réalité extérieure peut ramener chacun à ses limites voire à ses symptômes. L'invitation à créer ne doit pas dénigrer le pôle identificatoire rendu possible par l'ouverture sur le monde qu'implique l'artistique.

Tant dans mon travail de thérapeute que dans le champ de la prévention en milieu scolaire je repère l'importance de mobiliser ces processus identificatoires, qui jusqu'ici étaient plutôt laissés aux pédagogues. La proposition d'une médiation artistique permet ce double mouvement d'identification et de projection. L'oeuvre créée par un autre, et proposée comme support à la création permet de métaboliser la projection. Cet aller-retour entre l'extérieur et le monde interne est souvent mis à mal ou délaissé chez des patients repliés sur leur problématique. Pouvoir ré-inventer le monde, avoir l'illusion de créer le monde au sens le plus « Winnicottien » du terme est un signe de « bonne » santé. Pouvoir s'exprimer sans danger pour soi et sans danger pour l'autre, est quelquefois une gageure pour certains. Dans l'enjeu psychotique, la question de la projection est risquée.

Il est important dans le cadre thérapeutique et celui de la Prévention, d'accepter, de développer la part de nous qui peut être support d'identification ; et cela pas simplement dans les interstices qui sont sous-entendus dans toute pratique et dans toute rencontre humaine.

L'enfant d'aujourd'hui est amené, dans son parcours, à traverser plus de discontinuité, même si elle n'est pas forcément traumatique, ni forcément destructrice. Du coup, nous devons plus assumer le pôle identificatoire dans tous les champs professionnels de la rencontre avec l'enfant, de l'enseignant jusqu'au thérapeute. La transmission inhérente à toute médiation artistique permet au participant de s'étayer tout en étant invité à créer, c'est-à-dire à penser le monde.

La pratique des médiations amène le professionnel à ne pas se focaliser uniquement sur la parole et le raisonnement, je viens de rappeler que le jeu des associations libres nous fait nous décaler du raisonnement intellectualisé puisque quelque chose surprend et fait surprise aussi bien pour l'analyste que pour l'analysant. L'invitation à évoquer ses résonances est un point central par exemple en psychodrame. Une proposition de thème peut ne pas être « jouée » si le psychodramatiste repère que la thématique ne fait pas résonance dans le groupe de participants.

Il est important pour tout thérapeute de développer sa capacité à « éprouver » la séance. Le psychanalyste, dans son rapport au signifiant, ne doit pas se couper de cet éprouvé corporel. La médiation renforce cette expérience possible de l'éprouvé corporel qui, à notre époque, me semble extrêmement important. On peut interroger l'augmentation du nombre de jeunes gens qui tentent d'inscrire à même la peau, quelque chose qui ne s'inscrit pas par ailleurs, tatouages, piercing, scarifications, chirurgie esthétique, se développent, certains s'enivrent à l'extrême, s'imbibent, s'embrument pour ne plus penser ou comme pour éprouver corporellement quelque chose, d'autres par l'anorexie, chargent leur corps d'un conflit impossible à élaborer, conflit à Etre ou conflit à Avoir selon les cas.

La créativité du thérapeute dans sa disponibilité à être là « avec », tout en étant garant du cadre, renvoie à la capacité à jouer « avec » dont parle Winnicott dans le jeu du Squiggle.

La capacité de se surprendre, de se mettre au travail, d'accepter l'imprévu et ce qui déroute, tout en étant garant du cadre, participe à la subtilité d'un cadre à médiation thérapeutique.

La fonction symboligène du cadre de séance et la disponibilité psychique à l'intérieur de ce cadre extrêmement repéré et repérable, permet de déplier en interaction avec le groupe ou l'individu que l'on accompagne, quelque chose d'imprévu pour chacun.

Je pense au travail de G.Pankow qui proposait à ses patients adultes de structure psychotique de créer un modelage lors des entretiens. Le passage par la médiation -ici matérialisée dans un objet externe- permet de contenir les projections à l'œuvre. Ce qui parfois n'est pas encore pensé, voire parlé, peut advenir. Médiatiser son monde intérieur par le détour d'un objet médiateur posé entre soi et l'autre est une opportunité pour tout un chacun, dans sa trajectoire.

J'accompagne en supervision plusieurs équipes professionnelles de CATTP, d'Hôpitaux de Jour, d'ITEP..., qui accueillent des enfants ou des adultes, et qui leur proposent des activités à médiation artistique : art plastique, peinture, collage... Ces ateliers permettent à la personne à ancrage psychotique de tisser quelque chose qui fait fonction de lien, de liant. Avec d'autres références, certains ont évoqué la possibilité de suppléance et de 4° rond. Tout ce travail avec divers matériaux permet à la personne de se recentrer, d'éprouver quelque chose d'un ancrage interne au mieux de son possible. Cette créativité peut parfois être le pari ambitieux d'inviter la personne à passer d'un état de non-jeu comme le nomme Winnicott à la capacité à jouer, cela requiert que soyons nous-mêmes dans cette capacité psychique.

Il n'y a pas de psychodramatiste confirmé qui n'ait éprouvé le psychodrame pour lui, de psychanalyste sans traversée d'un trajet psychanalytique. La médiation proposée doit avoir été expérimentée par le praticien au cours d'une trajectoire suffisamment longue sur soi, pour en saisir les ombres et les lumières, en entendre les nuances, s'autoriser à résonner au sens de la résonance avant de raisonner au sens du raisonnement.

La fonction symbolique du cadre est une donnée que nous avons beaucoup développée à Arcréation. On peut faire référence au travail de Françoise Dolto et de ce qu'elle a nommé les castrations symboligènes, qui au cours du développement psychique ordinaire de l'enfant, lui permet de grandir. L'investissement érogène des différents orifices comme la bouche, les yeux, les sphincters, va être dépassé grâce aux limites introduites par l'environnement familial.

Le cadre des séances n'est pas un simple garde-fou à notre propre passage à l'acte, ni un garde-fou pour le participant pour qu'il ne déborde pas, mais un repère qui fait fonction de structuration psychique au-delà d'un cadrage qui permette qu'être ensemble soit possible.

Le premier élément que j'ai évoqué au début de mon propos concernant la fonction symboligène du cadre, c'est que le « Tout » possible va être limité et traversé par la Loi au sens de la Loi symbolique, en tant que Fonction Paternelle articulée à l'interdit de l'inceste au sens le plus large du terme, personne ne va se compléter ou être complété par l'autre.

-Nous savons quand cet interdit fondamental est transgressé dans la réalité, combien l'effraction qui s'en suit, nécessite un travail de tissage autour du traumatisme, au cours duquel il est souvent nécessaire de proposer des médiations thérapeutiques.-

Lors d'un parcours médiatisé, la mobilisation créative peut (ré-)activer « l'illusion » de créer le monde en développant des ressources narcissisantes et notamment avec les médiations artistiques, l'illusion d'être « complet » peut se vivre avec en gain, un certain plaisir. L'intervenant, le thérapeute ne doit pas coller à cette illusion ré-inventée, sans pour autant mettre en effraction ce vécu pour le patient, la

dimension du « Tout » possible est traversée par la Loi, l'illusion n'est pas la réalité. L'écart est fondamental.

La capacité à jouer de l'enfant a souvent été reliée à la disponibilité d'une mère « suffisamment bonne » selon l'expression de Winnicott. Les praticiens utilisant les médiations artistiques ne doivent pas se limiter à ce qui serait une sorte de « fonction maternelle » par la seule fiabilité et sécurité du cadre qu'il garantirait où l'illusion de créer le monde serait possible et développerait l'estime de soi.

Il est important de permettre à l'autre de « jouer » au sens de penser le monde. Mme Mars lors de la dernière Journée d'Etudes de Arcréation, a souligné la dimension de « symboliser en présence de ». Tissage entre ce que j'appelle volontiers une sorte de « fonction maternelle » et la Fonction Paternelle notamment dans la verticalité de la proposition qui passe par la transmission, inscription de la « petite » histoire de chacun dans la « grande » Histoire de l'humanité, Histoire de l'art et histoire des civilisations.

Pourquoi les humains se sont-ils trouvés dans la nécessité de représenter le monde : l'autre, l'animal, eux-mêmes, pour échapper sans doute à ce qu'il y a d'irreprésentable dans la mort ? Les mythes et légendes, la cosmogonie, peuvent être entendues comme des tentatives « créatives » de conter le mystère des origines et l'implacable réalité de la mort. Freud dans « Totem et Tabou » évoque la religion et l'art comme tentatives de réponse à ce qui nous limite.

Les limites, les règles de chaque dispositif, le matériau comme butée d'expérience et rencontre avec la réalité sont autant de points d'appui dans la rencontre avec la Loi.

L'indication d'une médiation ou d'une autre, se fait dans ce qu'elle va permettre un double mouvement accessible au patient : identification et projection. Proposer de la sculpture ou de la peinture, du chant, du théâtre ou de la terre, n'est pas équivalent. Ces médiations ne mobilisent pas le psychisme et le corps de la même façon. Parler de groupe ou d'atelier n'entraîne pas le même positionnement du professionnel. Partir de là où le patient se trouve psychiquement, n'implique pas forcément lui laisser le choix de la médiation.

Nous avons mis en place un stage de formation continue* sur l'approche clinique des médiations artistiques pour permettre aux professionnels de distancier leur pratique, repérer les enjeux spécifiques des différentes médiations, affiner et entendre leur cadre de séance comme symboligène.

Le CHS de Morlaix nous sollicite ainsi depuis plus de 15 ans pour son personnel infirmier. Il s'y pratique, entre autre, depuis des années, un atelier théâtre pour adultes dont la fonction structurante et symboligène étaye des patients très abîmés** dans leur psychose.

* Chaque année en mai dans le cadre de l'association Mot de Passe. arcreation-mot-de-passe@orange.fr

** Au sens de tomber dans l'abîme

Dans chaque institution il y a des ateliers qui perdurent au fil des années et dont la référence à l'histoire même, fait fonction d'étayage, même s'il y a des intervenants différents, des professionnels différents au fil des années. cadre ne soit pas qu'un garde-fou pour maîtriser notre monde intérieur et le monde intérieur de l'autre mais quelque chose qui fasse sens pour nous, et donc soit structurant pour l'autre. Les praticiens artistes ou infirmiers qui rejoignent ce type d'atelier acceptent de se référer à son histoire et à s'inscrire dans un récit. Certains patients se greffent à cette histoire tout autant qu'aux professionnels encadrant l'atelier. Il est important que chaque professionnel qui rejoint un tel « héritage » se re-crée son propre récit et ne cherche pas à se cloner, afin que le J'invite souvent les professionnels à « créer un récit », leur propre « légende » à partir du cadre proposé, pour que, quand l'enfant, l'adolescent ou l'adulte bute, au sens propre et figuré, la « réponse » ne soit pas du côté de la maîtrise mais du côté de la structuration qui en général, apaise parce qu'elle fait sens pour le praticien lui-même.

On pourrait dire que le cadre de séance, par rapport à cet enjeu d'identification et de projection dont je parlais tout à l'heure, pourrait être comparé à des balises qui font fonction de « barrage contre le Pacifique » qui correspondrait à un risque du « vidage » voire de décompensation. A laisser les gens trop se projeter, on atteint le risque que les vannes du barrage lâchent. C'est notre responsabilité thérapeutique d'ouvrir ou non les vannes. Nous devons être « un contenant » au sens de Bion et éviter la fascination face aux contenus ex-primés.

Ainsi de l'enveloppement des émotions. Ce type d'activités donne les moyens aux participants (enfants, adolescents ou adultes) de mettre des mots sur leur monde interne. Souvent submergés par des ressentis contradictoires « la transformation en couleurs » par exemple va permettre de donner forme puis mot à ce monde insolite des émotions qui quelquefois submerge l'enfant et l'agite.

Les mouvements d'humeur à l'adolescence, le charivari émotionnel occasionné par la puberté va pouvoir être contenu dans l'expérience créative ainsi que dans l'expérience groupale, où chacun va se « retrouver » dans l'autre, tout en se différenciant, ce qui va permettre de trouver (sa) place et consistance.

Un autre élément que je souhaitais souligner avant d'accueillir vos questions, et qui est commun à l'artiste et au thérapeute c'est le fait que dans l'un ou l'autre cadre, il n'y a pas de bonne réponse. L'invitation artistique ou l'invitation thérapeutique est une invitation au possible et s'adresse à un sujet. Il n'y a pas de bonne réponse, en cela ces deux démarches se différencient des apprentissages scolaires. Cela peut éminemment apaiser l'enfant en échec scolaire. Dans les indications de médiations artistiques, cela lui permet de se décaler en se ressourçant car l'effet narcissisant peut permettre un nouveau rapport à soi et à l'autre, avant de retrouver l'aventure du savoir.

Les médiations, pour qui, pourquoi ?

J'ai évoqué brièvement la place d'une telle indication pour des patients psychotiques. Je pense aussi à tout ce qui est de l'ordre du « trauma » qui entame le narcissisme, abandon, rupture familiale, maltraitance, abus sexuels, mais aussi maladies, accidents, qui nécessitent des hospitalisations, où le corps est atteint dans son intégrité. La médiation participe à la restauration de l'image de soi sans empêcher un certain travail de deuil. Il y a aussi les troubles psychosomatiques, ces courts-circuits qui font que cela ne se pense pas, ne se rêve pas, troubles avec une impressionnante difficulté à créer du récit. Ces symptômes psychosomatiques s'inscrivent comme « déliés », et hors-pensée. La médiation, dans ce contexte, permet de remettre en route un circuit de pensée à l'intérieur de soi, décalé du symptôme.

Un diagnostic médical sévère peut amener la personne à vouloir prendre soin d'elle ou amène l'hôpital à demander à ses patients de prendre soin d'eux sur un autre plan que médical. Je pense à certains services de cancérologie ou par exemple de rhumatisme articulaire où des professionnels de santé mettent en place en parallèle des protocoles de soin traditionnel, (médicament, hospitalisation, intervention chirurgicale) avec des entretiens psychologiques. Cela peut être présenté comme une double indication faisant parti du protocole de soin: « Si vous souhaitez être suivi dans cet hôpital, vous serez également suivi par un psychologue ». La question du désir n'est pas mise au travail et déleste le patient dans un premier temps de ce poids que peut occasionner la question de la « demande ».

Je trouve intéressant dans certains contextes, de « contractualiser » l'indication. Formuler une « demande » sur le plan psychique est pour certains de l'ordre de l'impensé ou de l'impensable. La médiation s'inscrit souvent alors comme un training mobilisateur.

Ainsi aussi pour les personnes aux conduites addictives, pour lesquelles il est important de replacer cette partie visible de l'iceberg qu'ils nous manifestent, en référence à leur histoire et à l'habitable de leur Etre-au monde.

Hors du champ thérapeutique, dans le secteur social ou scolaire, l'invitation à l'artistique permet au participant de déplier sa créativité, de se rencontrer de façon décalée tout en se ressourçant. Je pense au travail de « la Maison des enfants » à Bordeaux qui ne propose que des ateliers d'éveil artistique dès 3 ans. Je pense aussi aux adolescents accueillis en foyer d'urgence par exemple, pour qui ce travail de créativité peut instaurer un autre rapport à la réalité. Les ateliers d'écriture peuvent ainsi déloger certains de leur échec ou de leur rupture scolaire, s'ils sont proposés dans les règles de l'art, c'est-à-dire en respectant le cadre spécifique de créativité.

Le travail de Prévention en milieu scolaire auquel je participe, dans le cadre de l'association Arcréation-Mot de Passe depuis 1987, m'a amenée à repérer de façon sensible ce que j'ai intitulé des « tendances sociétales » dans lesquelles baigne tout enfant et qui dépassent la réalité de l'histoire individuelle et familiale. Nous avons pu ainsi repérer au fil des années, l'effet de la réalité de l'épidémie du sida avec certaines pratiques de Prévention dont les protocoles participent à ce que j'ai appelé une sorte « d'effraction de l'intime ». Le refoulement n'est plus à l'œuvre et handicape le

travail de la période de latence et la relation aux apprentissages. La frustration est confondue avec la privation. L'immédiateté des modes d'information et de communication proposés souvent « sans limite » rend difficile la concentration et l'élaboration interne. L'agitation, les troubles du sommeil, une violence non canalisée dans l'agressivité, augmentent et sont souvent traités de façon symptomatique et non structurelle sans donner les moyens de prise de parole au sujet, concerné par la question. Le travail mobilisé dans les médiations artistiques active la sublimation des pulsions, pulsion de mort et pulsion sexuelle.

Après une société très névrotisante où la psychanalyse a vu le jour, se développe une société en absence de névrotisation, par ailleurs nécessaire pour un possible « vivre ensemble ».

Au-delà des troubles psychiques graves que nous pouvons continuer d'accompagner, cette tendance sociétale amène beaucoup d'enfants à être en difficulté avec eux-mêmes, en « allergie » à l'autre. La différenciation soi/l'autre, dedans/dehors, intime/public est très ténue, voire inexistante.

Je suis d'une génération d'analystes qui repère nettement que dans les séances il y a quelque chose à arrimer, un ancrage à développer pour le patient. Je m'entends dire : « Vous n'êtes pas obligé de tout me raconter ! » ce qui est un paradoxe pour un psychanalyste ! et aussi « Qu'est-ce que vous ressentez là, dans ce que vous dites ? », plutôt que « qu'est-ce que vous en pensez ? »

Le développement des pratiques psycho-corporelles s'inscrit dans cette réalité clinique qui témoigne que le travail autour du signifiant ne suffit pas pour bon nombre de patients, ce qui nécessite de porter encore plus attention au cadre de séance comme contenant psychique.

Au-delà des populations que nous pouvons rencontrer en CMP, CMPP, hôpital de jour ou CATTP il y a une vingtaine d'années, et encore aujourd'hui, il y a toute une tendance générationnelle qui met en effraction la personne en devenant adulte, avec notamment une discontinuité dans l'histoire de vie qui empêche une certaine illusion créative d'avoir pu se développer, et a occasionné des failles dans les enveloppes psychiques. L'opposition de certains adolescents n'est pas à entendre comme conflit avec l'autre et tentative d'élaboration de la différenciation avec l'adulte mais comme un conflit interne impossible à distancier si ce n'est par une sorte de survie à une menace interne, tel quelqu'un s'agitant pour tenter de s'arrimer à un radeau pour ne pas se noyer dans la tempête.

A l'automne, j'ai sollicité mon équipe d'intervenants spécialisés, psychologues cliniciens, dont a fait partie Mme Mars, à enrichir les dispositifs de prévention de Arcréation, en inaugurant les séances par des exercices d'ancrage corporel pour soutenir l'Être et permettre à chaque participant de se re-centrer sur lui-même, pour sécuriser la rencontre.

Ainsi nous repérons de plus en plus que l'invitation à la parole sans médiation, peut réveiller un matériau dont le contenu met en effraction le sujet.

Les professionnels du champ social et éducatif ont à apprendre des pratiques de médiations thérapeutiques sans pour autant dévier leur axe de travail. Développer sa capacité à contenir, à accompagner l'autre, dans son processus de grandir, peut être enrichi de l'apport des médiations artistiques ou non.

Voilà. Le temps qui nous est imparti étant limité, je dois ponctuer là.

Je souhaitais vous témoigner mes réflexions, et vous inviter au questionnement.

Je vais laisser Mme Mars prendre la parole.

Des Pinceaux pour la Pensée



Mme Axelle MARS, psychologue clinicienne, CMP pour enfants et adolescents de Vizille, CATTP Jenny Aubry, Echirolles.

Ce titre en hommage à Didier Anzieu, à sa pensée créative qui a soutenu ce travail.

D) Introduction :

Des pinceaux pour la pensée, c'est la proposition faite aux enfants qui participent à l'atelier que j'anime au CMP de Vizille depuis 3 ans. Cet atelier masques maquillés est issu d'un travail de recherche initié dans les années 70 par Annick Eschapasse croisant des données du domaine des arts, du théâtre, de l'ethnologie, et de la psychanalyse.

D'abord inscrit dans le champ culturel et artistique, sous la forme d'ateliers de recherche et de Création pour adultes, ainsi que dans le champ de la psychiatrie en hôpital de jour et en psychothérapie individuelle, ce travail a abouti à la fondation d'une association, l'association Arcréation-Mot de passe, constituée de psychologues cliniciens, psychanalystes et professionnels de l'éducation. Celle-ci a pour mission la prévention primaire globale, sous la forme d'ateliers de parole et d'ateliers masques en groupe dans les établissements scolaires des quartiers difficiles de Paris et sa région.

Ayant été formée à ce dispositif, j'ai eu envie de le proposer à des patients consultants en CMP susceptibles d'en bénéficier.

Je vais donc vous le présenter, mais avant tout, pourquoi les masques ?

Depuis qu'il y a des hommes, partout sur la planète, il y a des masques dont la fonction est de poser les questions auxquelles nous n'avons pas de réponse ; tenter de maîtriser ce qui nous échappe et dont nous dépendons (les phénomènes naturels, la mort, la maladie), ou de pacifier les relations avec l'insaisissable (le monde des esprits...). En Amérique du Nord les Kachinas symbolisent le souffle de vie, au Japon, dans le théâtre NÔ le masque représente un esprit

d'Outre tombe, en Chine le masque Nuo revêt des significations diverses témoignant de l'universalité des questions humaines.

Les ateliers masques sont une invitation à s'inscrire dans la filiation des générations d'hommes et de femmes porteurs de ces questions. Créer un masque c'est une occasion qui est donnée de revenir aux origines, dans la mesure où le masque a de tous temps participé à la structuration des sociétés humaines.

Le masque permet de penser et de se décaler, il est une mise en forme de nos terreurs et de nos désirs, il est un porte parole du collectif.

Le masque cache et révèle. Caché, il peut être plus facile de parler de ce qui nous concerne.

II) Présentation du dispositif :

Il s'agit d'un travail sur soi en huis-clos où chacun est invité à créer un masque maquillé sur son visage, à partir d'une contrainte à l'imaginaire (mot, support imagé tels les masques du monde, thème...) différente à chaque séance, susceptible de créer un écart entre soi et son propre fonctionnement.

Il est à la fois travail en groupe avec les intérêts que présente le travail en groupe (étayage, identification et différenciation, dédramatisation de la souffrance...), espace de créativité et espace d'élaboration psychique.

« Atelier » suppose l'idée d'un travail, d'une mise au travail.

Dans l'atelier, les espaces s'articulent à 3 sous la forme des emboitements.

Le groupe, l'intervenant, le maquillage (la médiation, la matière)

Le sujet, l'image le masque

Soi, l'autre, l'espace entre soi et l'autre (l'aire transitionnelle)

Le lieu du travail sur soi (seul en présence des autres), celui du travail photo (soi et son image), le lieu de la parole en groupe.

Je vous invite à entrer dans l'atelier :

- 1- l'ouverture de séance matérialisée par le cercle de chaises
- 2- installation de sa loge, de son espace : ritualisation, faire sa place, prendre sa place
- 3- le mot de passe, ou le thème avec documents : il s'agit de la contrainte à l'imaginaire, qui vient comme une première interprétation

En fonction des indications, les axes de travail orientent vers deux types de thématiques impliquant deux mouvements psychiques différents mais toujours associés dans un maillage : la projection et l'identification.

- Avec des patients psychotiques ou ceux pour lesquels la question de la frontière est au premier plan, l'objectif sera avant tout de nourrir en identifications, primaires (« être

entier, unique et du genre humain » (Winnicott) et secondaires (au trait unaire). Il s'agit donc d'alimenter la pensée, pour, si l'on revient aux origines de la pensée, apporter ce qu'on pense qui a manqué : de la présence de l'objet constituée d'absence. Les identifications sont à la base de la symbolisation. Je pense là aux premières images, les proto-représentations nourries de la relation intersubjective

Pour pouvoir penser, le nourrisson a besoin :

- du réglage « suffisamment bon » de la présence et de l'absence de l'objet
- de pouvoir mesurer l'écart présent dans le fonctionnement et l'état subjectif de l'objet (la mère pas tout à fait comme d'habitude = premier niveau de symbolisation=l'absence dans la présence)
- d'une « quiétude pulsionnelle suffisante » (Bion)
- d'un accordage (harmonie de la tonalité émotionnelle, D Stern)

On considère le travail avec ces enfants comme un travail principalement d'étayage, d'appui sur la fonction symbolique, par la mise en place d'un cadre extrêmement ritualisé et de contenus faisant appel à l'ancrage, la transmission. Les masques du monde, par exemple, mais cela peuvent être aussi les portraits de peintre, les rituels du carnaval dans les civilisations, seront utilisés comme supports identificatoires.

- Si l'objectif est d'amener les participants à projeter, un mot-thème sera le point d'appui du travail de la séance. Ce mot, différent à chaque séance, déclenche une série de permutations psychiques : écrire avec des pinceaux, transformer des mots en couleurs, les traduire en symboles. Ce qui s'opère là à différents niveaux rejoint des conceptualisations de W.Bion, avec la capacité de rêverie et la fonction de transformation alpha de la « mère-thérapeute ». On invite chacun à se raconter en racontant l'autre, on encourage la narrativité.

- 4- Lorsqu'il s'agit du mot de passe, invitation à associer par écrit, ou il est question d'écrire, dans sa langue, « comme ça vous vient » : première permutation psychique : transformer la contrainte à l'imaginaire, la penser, la soumettre, l'entendre...
Accompagnement de ce travail de pensée (l'échauffement en psychodrame), soutien de l'appareil à penser les pensées.

5- le temps de la création :

Le maquillage est un « medium malléable » (R Roussillon) = indestructible (on peut revenir en arrière, corriger, le retrouver intact la séance qui suit), très sensible (plastique), transformable tout en restant le même. « *On met en forme avec « l'objeu », avec le médium-malléable ce qui ne peut pas se jouer directement avec l'objet, avec le clinicien.* » René Roussillon « Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations », *Le Carnet PSY* 1/2010 (n° 141), p. 28-31.

- Le bandeau (définit le cadre), la crème : maintenance (handling). La crème est ce qui va faire intermédiaire, dans le travail de transformation, entre soi et l'autre, entre soi et son personnage, entre soi et son image

- Le fond, passage obligé, préfigure qu'il y a une véritable transformation à opérer
Le fond parle de la surface de projection, projections des parents (ce que l'enfant pense que ses parents pensent sur lui, de lui), projections de l'enfant.
Le fond = on ne peut pas construire sur de l'informe. La figuration du fond, c'est aussi la base narcissique primaire, le socle interne sur lequel chacun s'appuie pour se construire.

Sa qualité parle de la façon dont l'enfant est structuré (émiétté, homogène, la couleur parle plus de la tonalité affective (comme au rorschach))

Surprise

Aller et retours entre l'image et soi-même

Trouvé-crée : cette production, est issue du trouvé-crée, la première création du nourrisson quand la mère procure à celui-ci l'illusion, primordiale, qu'il a crée le sein en le lui présentant : il le trouve au moment même où il l'a « créé », halluciné, puis dans un second temps, pensé (object presenting). Cette création est la première représentation née de l'alternance de l'absence et de la présence de la mère-environnement.

«L'adaptation de la mère aux besoins du petit enfant, quand la mère est suffisamment bonne, donne à celui-ci l'illusion qu'une réalité extérieure existe, qui correspond à sa propre capacité de créer. En d'autres termes, il y a chevauchement entre l'apport de la mère et ce que l'enfant peut concevoir (...) l'enfant perçoit le sein pour autant qu'un sein ait pu être crée exactement ici et maintenant. » (p.22), Jeu et Réalité.

Puis vient la désillusion... un seul être vous manque....

« La tâche ultime de la mère est de désillusionner progressivement l'enfant, mais elle ne peut espérer réussir que si elle s'est d'abord montrée capable de donner les possibilités suffisantes d'illusion » (p.21) Jeu et Réalité.

La sublimation qui est un des buts de la pulsion consistant à dériver l'excitation vers des buts plus élevés. Cet aspect est essentiel dans le travail proposé, lorsqu'on considère qu'aujourd'hui, beaucoup d'enfants semblent échapper voire être privés de la période de latence, période éminemment sublimatoire. P Gutton introduit une définition de la sublimation comme la découverte de l'altérité, puisque sublimer suppose d'en passer par l'autre (dériver l'excitation sexuelle).

Etre seul en présence de l'autre, jouer, rêver

Cette expérience de création se situe dans le champ d'expérience que Winnicott a appelé l'aire transitionnelle, cette aire intermédiaire, ni complètement intérieure, ni complètement extérieure :

« L'aire intermédiaire à laquelle je me réfère est une aire, allouée à l'enfant, qui se situe entre la créativité primaire et la perception objective basée sur l'épreuve de réalité (p. 21) (...) nous supposons ici que l'acceptation de la réalité est une tâche sans fin et que nul être humain ne parvient à se libérer de la tension suscitée par la mise en relation de la réalité du dedans et de la réalité du dehors ; nous supposons aussi que cette tension peut être soulagée par l'existence d'une aire intermédiaire d'expérience » (p.24), Jeu et Réalité, qui subsistera tout au long de la vie au travers des arts, de la religion....

6- Changement de place : l'espace du travail photo :

Pour l'enfant, il s'agit d'une réédition du stade du miroir, de ce temps où le bébé se reconnaît par l'autre, par l'intermédiaire de l'autre c'est-à-dire le regard de la mère associé à la nomination « c'est toi ».

La photo est ainsi prise dans le miroir : c'est l'image, l'autre qu'on photographie.

Le travail photo est ce temps où va pouvoir se faire, ou se saisir ce décollage entre soi et son image. Il vient renforcer l'écart qui existe entre soi et l'autre.

L'enfant est invité à nommer son personnage et le faire parler (qu'est ce qu'il pourrait dire)

Quand l'enfant nomme l'image et le fait parler, l'autre, il fait un écart, entre lui et lui-même, c'est lui et pas lui en même temps.

« Je est un autre » (Rimbaud, repris par Lacan).

L'aliénation à son image, saisissable dans l'après-coup, peut se vivre et se jouer (jouer à être un autre).

Dans la psychose l'enfant peut être saisi par son image, happé par elle. C'est le moment de tenir ce décalage, d'accompagner cette expérience, et de faire en sorte que l'enfant psychotique ne bascule pas dans la confusion Je=l'autre.

Dans la psychose encore plus, et dans les problématiques qui posent la question des frontières, on va s'adresser tantôt à l'enfant à nos côtés « tu penses... », tantôt à l'autre dans le miroir « il pourrait dire... »

Pour le groupe derrière le rideau :

Caché/trouvé

Les fantasmes autour de la scène primitive (se faufiler, faire du bruit, écouter...derrière le rideau)

Le titre est une nouvelle permutation, une nouvelle interprétation, du mot de passe, du masque. Ce qu'il pourrait dire en serait la scénarisation.

La prise de la photo dans le miroir, accentue la ternarisation.

La trace : l'objet créé est inscrit sous la forme d'une photo que l'enfant va retrouver à la fin de la session (bilan photos). L'objet créé est donc perdu, comme dans tout travail thérapeutique, mais une forme de retrouvailles, un succédané de retrouvaille est possible sous la forme d'une trace, les photos, qui seront néanmoins laissées dans l'atelier à la fin du parcours.

7- Retour au groupe

Dans le cercle de chaises, chacun est invité à parler de sa production, il en dit ce qu'il peut/veut en dire aux autres. C'est l'occasion d'échanger sur la façon dont le thème aura résonné chez chacun et en groupe

C'est le temps de la reprise du jeu psychodramatique, on parle du personnage, et du sujet qui l'a pensé

8- Démaquillage, destructivité

Il s'agit de quitter l'autre, son autre, parfois dans la précipitation, ou la langueur.

La façon dont l'enfant va retirer son masque parle de la façon dont il se traite et a été traité.

Parfois la destructivité va tout emporter, dans un mouvement frénétique pour retirer ce qui est insupportable à voir dans le miroir avec l'angoisse que « ça » colle, que « ça » reste incrusté... d'autres auront d'énormes difficultés à se débarrasser des traces traduisant là leur difficulté à se séparer de cette image.

9- Le bilan photo : retrouver une trace de l'objet.

La première étape, individuelle. Chacun se voit remis une enveloppe à son nom qui contient les photos de ses productions. Où il s'agit de se décaler à nouveau, en renommant chacun des masques, mais également en réfléchissant sur le trajet parcouru, l'inscription dans le groupe.

Le second temps groupal est une mise en perspective où à partir d'une sorte de diaporama de toutes les photos, chacun va revisiter son trajet dans le groupe, revisiter les thèmes éventuellement autrement, finalement faire état du cheminement réalisé pendant cette session de 10 séances. C'est aussi ainsi que se ferme ce travail.

III) Vignette clinique :

Noémie a 12 ans lorsque je la rencontre la première fois accompagnée de sa mère au CMP.

Elle m'est adressée par mon collègue médecin qui la suit régulièrement depuis presque 2 ans, et s'inquiète pour elle. Noémie est très inhibée, elle se livre peu, reste globalement sur la réserve. La médiation par une histoire à deux lui permet d'être plus à l'aise.

Par ailleurs, le contact avec ces parents est difficile, ils se plaignent beaucoup de leur fille, il se dégage peu de chaleur de cette relation.

Noémie a été adoptée à l'âge de 4 ans et demi par ce couple qui avait déjà adopté deux autres enfants alors âgés de 3 et 15 mois. Tous ces enfants sont d'origine vietnamienne.

Par ailleurs, peu après l'arrivée de Noémie dans la famille, le couple devient également famille d'accueil d'urgence, pour des placements courts.

Le motif de la consultation au CMP il ya deux ans était des vols sans gravité (bonbons), dans les magasins et à la maison (des affaires de sa sœur). Par ailleurs Noémie ne trouvait pas sa place à l'école, se faisait bousculer par les autres ; les vols étaient selon elle « pour obéir aux autres » sinon elle se faisait taper.

Noémie a un frère biologique qui a été adopté en France dans le Nord, et qui ne connaît pas l'existence de sa sœur, alors qu'elle, oui.

Elle va donc participer à un cycle de 10 séances en atelier masques maquillés, avec 3 autres filles de la même tranche d'âge, tout en continuant à voir ma collègue tous les 15 jours.

Au cours de l'entretien préliminaire au démarrage, Noémie présentait un visage fermé. Elle s'est dite d'accord pour essayer, faisant dans le même temps sentir toute sa réticence. Sa mère dira que « c'est un jour sans ».

Séance 1 : La question

Au cours de la première séance, elle a le regard triste, taciturne. Elle regarde les pinceaux et les couleurs avec un regard morne. Ecrit sur sa feuille quelques mots, les barre...

L'invitation de ce premier jour est de réfléchir à une question importante pour eux et à laquelle ils n'ont pas trouvé de réponse...

Elle hésite, regarde sa voisine de gauche qui s'est mise à se maquiller. Sa volonté l'aide visiblement à commencer.

Elle fait un fond gris, peu homogène, « troué » de part en part. Sur ce fond, elle va dessiner des traits de couleurs sur le front et les joues, qui pourraient aussi bien évoquer des griffures que des larmes.

Elle l'appelle « le blessé » : « il a peur, il pleure, il a peur qu'on le tape ».

Ainsi entre-t-elle dans le « vif » du sujet.

A la séance suivante, la mère de M qui est dans le groupe demande à me parler :

Noémie est la copine de la grande sœur de M. Elle lui aurait fait des confidences, lui aurait raconté le maquillage qu'aurait réalisé M ; elle se serait aussi plainte à son amie de l'atelier disant qu'elle n'aimait pas y venir. M l'aurait raconté à sa mère. Celle-ci est gênée, elle pensait que l'atelier restait confidentiel...

En ouverture du groupe, je demande, comme à mon habitude, s'il y a des choses à dire depuis la dernière fois. Personne ne parle. Je rappelle simplement la confidentialité des ateliers, associée à la liberté de parole concernant soi-même.

Séance 2 : Origine

Je choisis le mot « origine ». C'est un mot que j'aime choisir car il ouvre la porte des théories sexuelles infantiles, mais aussi parce qu'il renvoie au secret, au privé en tant que l'origine est singulière pour chacun ; pour moi, ce mot vient chercher ce qu'il peut en être de la place du sujet.

Noémie pose d'abord un fond blanc puis dessus, un fond rouge, à l'intérieur, comme un double contenant. Sur ce fond à double feuillet, elle trace une croix noire.

Elle a beaucoup écrit sur sa feuille.

Elle l'appelle « le samouraï ». « Le Japon, c'est l'origine. Pour protéger la ville, le pays. Il venge son pays. (?) * Ils ont mis un pied sur son terrain. (?) La France aurait pu faire cela. »

Ce jour elle participe plus aux échanges qui ont lieu avec les masques dans le cercle de chaises, où il sera question de l'origine de l'humanité, Adam et Eve, l'homme de Cro-Magnon, ou les martiens, selon les enfants !

* ? signifie que je lui demande de préciser sa pensée

Séance 3 : limite

Les filles se mettent tout de suite au travail.

Je propose « limite ».

Son fond est rouge, bien posé. Des bleus, sur le front et la mâchoire, et une bande blanche au milieu.

Devant le grand miroir, Noémie noue le tissu qui sert à habiller le personnage et aller un cran de plus vers l'autre, autour de sa gorge, presque à s'en étrangler.

« C'est la violence. Interdiction. Stop à la violence. Il se fait taper, il veut arrêter cela. (?)

Il va les voir et va leur dire « stop à la violence ».

Séance 4 : Révolte

C'est le thème que je choisis, afin de les inviter à déplier leurs défenses, nommer leurs objets de haine, se positionner, libérer l'agressivité.

Elle a posé un fond blanc léger, des joues roses, des sourcils froncés et une bande noire au niveau des yeux avec un trait d'eye-liner bordant la limite inférieure des yeux.

Elle l'appelle « la colère. Contre tout ce qui se passe maintenant. La retraite ».

J'associe silencieusement. « Tout ce qui se passe maintenant », en opposition à avant, la violence de sa mère à son endroit, l'avant d'être adoptée. Et la retraite sonne singulièrement à la manière de l'inhibition qui la décrit pour le moment si bien...

De séance en séance Noémie s'éclaire, participe, sourit. Elle ose investir ce lieu. Elle prend du plaisir.

Séance 5 : Je propose différence.

J'espère introduire du décalage, entre elles, de quelles différences vont-elles être porteuses ?

Lorsque je vois arriver Noémie au travail photo je suis presque choquée. Son masque me rappelle les masques chinois du fou chinois qui amuse le roi.

Noémie a choisi un marron pour le fond. La bande blanche, et la bande noire sont représentées à nouveau, mais aussi un trait horizontal. La bouche est entourée de rouge.

« C'est l'étranger. C'est une personne qui vient dans un pays qu'il connaît pas. C'est un étranger pour les habitants du pays. La personne est blanche et les habitants du pays sont noirs, mats. Il vient à leur rencontre, le français veut apprendre aux enfants à lire et à écrire. Ils sont apeurés puis ils vont essayer de le comprendre ».

C'est son histoire, au fond. La rencontre de l'étranger étranger blanc au Vietnam. Elle est arrivée en France sans parler la langue, et inscrite d'emblée à l'école maternelle. Ses difficultés à apprendre le français, à s'identifier à la langue, sont encore présentes quoique atténuées. La peur, des deux parts dans la rencontre, celle des parents, celle de l'enfant. Une rencontre inédite.

Séance 6 : Féminin-féminité :

Noémie arrive en retard, elle prend le train en marche, se dépêche et rattrape son retard : elle avait vraiment envie de réaliser son maquillage.

Sur ce retard sa mère dira en venant la chercher : « elle a pas vu l'heure ! ». Oui, chez eux, c'est à l'enfant de prendre soin de sa thérapie.

C'est un masque réparateur. Elle fait un fond blanc, dessine des cœurs et des plis au bord des yeux comme les ridules de quelqu'un qui sourit. Elle sourit, et le nomme « l'ange du cœur. Pour des filles plutôt amoureuses. C'est toujours la fille qui est amoureuse en premier ».

Séance 7 : Appui :

« Lorsque vous ne vous sentez pas bien dans votre vie, lorsque vous êtes en difficulté, sur quoi, sur qui, vous appuyez vous pour vous aider ? »

Cette question convoque les étayages, externes mais surtout internes, et comment ils peuvent être entravés. Elle peut aussi situer la place du sujet dans sa relation à l'autre.

Fond blanc et fond bleu sur le fond blanc. Elle y dessine une forêt et l'appelle « la forêt sans problèmes. S'il y a un problème, je m'évade, je rêve de la forêt (son masque me fait rêver du Vietnam) : les animaux, les arbres, la nature ».

Séance 8 : Santé

Pulsion de vie/pulsion de mort.

Noémie dessine pose un fond blanc sur lequel elle a dessiné le symbole de l'opposition au SIDA.

Elle l'appelle « Le SIDA. Il faudrait guérir. Non à la maladie ».

Il faudrait...méthode Coué ?

Séance 9 : Message à transmettre :

Elle est lumineuse au travail photo. Elle a choisi un fond blanc, des sourires sur les joues, les orifices entourés en noir ainsi que le front.

« Sourire mickey. Il faut toujours garder le sourire après la mort de quelqu'un. »

Alors cette formulation me laisse rêveuse. S'agirait-il d'un déni de la dépression ? parle-t-elle d'un faux self ? de la fin des séances ? Comment s'est constituée la position dépressive chez cette enfant séparée précocement de sa mère biologique dans des conditions qui lui sont à elle-même inconnues ?

Je pense à ce moment que l'anamnèse qui figure dans son dossier est très pauvre et que ses parents adoptifs n'ont quasiment livré aucun élément de son histoire avant son arrivée à l'orphelinat. Peut être parce qu'ils n'en avaient pas, peut être parce qu'il ne peuvent pas en parler ?

Le jour du bilan photos :

Noémie va renommer ses personnages, avec une aisance déconcertante :

Le blessé qui a peur est devenu « la tristesse : quelqu'un nous a quitté ».

Le samouraï qui protégeait son pays, devient « la colère « elle veut se venger »

La violence devient « l'épuisement : elle se faisait frapper, elle en avait marre »

La colère est « l'énervement : quelqu'un l'a vraiment... taquiné, malmené »

L'étranger français qui apprend à lire aux enfants est devenu « content de lui : il aime bien ce qu'il a fait » (réparation de l'adoption ?)

L'ange du cœur, c'est « l'amoureuse, elle a des sentiments pour une personne ».

La forêt sans problèmes, c'est « l'oubli, elle veut s'évader, elle rêve » : le refoulement

Le Sida « la mort arrive : la maladie va le faire mourir » : triomphe de la pulsion de mort

Le sourire Mickey (Noémie, on dirait une petite souris), est « heureux, il est content ».

Le bilan photos m'apparaît comme un retour du refoulé *sollicité* du thérapeute, comme une convocation du refoulé.

Le masque tombe, et révèle ce qu'il y a derrière ce maquillage au sens de maquiller, truquer.

C'est un retour produit par le cadre et non par le sujet. Une contrainte qui est faite aux participants de revoir, leurs productions, elles mêmes issues d'aller retour entre le désir et l'interdit, de dialogues entre les différentes instances, qu'un sujet peut percevoir lorsqu'il est face à un miroir et fait parler le « je tu il ».

Comme en thérapie où le thérapeute proposera des liens entre un énoncé actuel de séance et des énoncés, des rêves, un acte manqué lors de séances passées, à faire appel à ce qu'il a entendu du fonctionnement du sujet, attendant le moment propice pour que le lien soit recevable.

Ici, ce sont les enfants qui sont invités à reprendre du recul : « et aujourd'hui, qu'auriez vous à en dire ? » Ce qui a été réalisé sur le moment, est appelé à faire retour, et prend un nouveau sens après-coup. A la manière d'une interprétation, au fond, que le sujet se donne à lui-même, et face à ses images de lui, ces différents miroirs de lui-même.

Chez Noémie, le blessé peut ainsi s'entendre comme la blessure de l'abandon, probablement la perte du premier objet, perte double puisqu'à la fois perte psychique traversée par tout un chacun, et perte dans la réalité, perte toujours culpabilisée.

La colère peut être un rejeton de la haine et de la rage qui n'ont pas pu être dirigés vers ce premier objet abandonnant. Subsiste un désir brut de vengeance.

La pulsion comme souvent, faut de pouvoir se soulager vers l'objet de sa haine est retournée contre le sujet lui-même. Elle se traite comme elle a été traitée, elle est de nouveau la proie de coups, de « taquineries » comme elle dit.

La pulsion de vie est aussi présente et prend sa place, à la fois dans ce qui pourrait être une réparation de l'adoption, au travers de ce blanc qui est content de lui d'adopter par la lecture et l'écriture, les habitants étrangers.

L'amour, en est également une figuration.

Derrière la forêt sans problèmes, se cache la défense primordiale, le refoulement « l'oubli ».

La pulsion de mort reste bien vivace et triomphe, ainsi que l'on le repère au travers des conduites de Noémie qui dit non quand elle veut oui, se refuse des choses qui lui font plaisir, terrorisée par la dépendance que ce plaisir induit dans la relation.

Alors, de la mort de qui sourit-elle avec ce sourire Mickey ?

Ce sourire antidépressif évoque le fonctionnement de sa mère adoptive, que je revois après la séquence des 10 séances pour faire le point. Elle demande s'il y a une bonne ambiance dans l'atelier, sinon c'est dommage. Elle dénie son agressivité, elle est pourtant clairement rude vis-à-vis de sa fille, met en doute ses paroles, l'interroge brutalement « hein Noémie, mais parle ! ».

On sent bien que l'attachement ne s'est pas fait, puisqu'il s'est fait avec « la première », qu'elle a adopté à un jour « je n'ose même pas le dire dit elle en riant, je l'ai connu à un jour. Tous les jours je pensais rentrer avec elle et chaque je jour je repartais déçue. Noémie, c'est pas pareil. »

Eh oui, avec Noémie, ça ne s'est vraiment pas passé ainsi, et elle le lui fait bien sentir.

Noémie est d'accord pour reprendre une session de 10 séances en atelier masques maquillés, ce qui me semble dans ces conditions essentiel à tenir, malgré les réticences de sa mère, couvertes par un « si ça t'aide » où elle s'en remet à l'autre.

IV) Axes de travail :

Ce qui se travaille dans l'atelier : (cf modèle)

L'atelier vise à

- Favoriser, remettre en route la symbolisation, penser, rêver, nommer
- Créer des boîtes psychiques (contenants de pensée, contenants de symbolisation), renforcer l'intimité, les enveloppes psychiques constituées d'un feuillet interne (surface d'inscription) et d'un feuillet externe (relation avec le monde extérieur)
- Renforcer/consolider les défenses
- Etoffer le psychisme
- Grâce au jeu, changer de place, se voir dans les yeux d'un autre, construire un décalage entre soi et son image.
- Renarcissiser
- Se rencontrer, se recentrer, se situer, dans un cadre très ritualisé.

Le groupe est un contenant sur lequel chacun peut s'appuyer pour penser, autrement dit les effets du dispositif sont aussi majorés par le fait qu'il soit groupal, car le groupe est profondément un espace d'élaboration, un creuset pour les représentations, une peau groupale pour les pensées dirait D. Anzieu.

Par un jeu de miroir, les positionnements des uns et des autres peuvent être partagés, élaborés, les, ce qui peut permettre une plus grande souplesse psychique (pouvoir penser que l'autre pense autrement).

En groupe, l'atelier permet de (re)vivre en sécurité le fait d'être seul en présence de l'autre (cf « la capacité d'être seul en présence de l'autre », Winnicott).

Il amène à la possibilité de confronter des points de vue différents.

Il permet de faire l'expérience de parler de soi tout en restant masqué (renforce les limites intérieur/extérieur)

Il constitue aussi un espace de dédramatisation de la souffrance, car les enfants vont s'apercevoir que souffrir c'est être dans l'aventure humaine

L'aménagement des espaces (espace de parole, espace de jeu-espace projectif), le passage par l'autre pour se dire et se voir autrement, rappellent le dispositif psychodramatique.

CONSOLIDATION DU NARCISSISME

Etre entier, unique et du genre humain (Winnicott)
Narcissisme primaire : l'identification au Nom du
père

(traverser les civilisations, s'inscrire dans une
filiation la verticalité
(les hommes préhistoriques déjà, ont eu besoin de
laisser une trace,
penser le monde, partager ces pensées

Le narcissisme secondaire : holding, handling (la
crème, les odeurs, les enveloppes
Olfactives)
Moi-Peau (Anzieu)

CREATIVITE – ARTISTIQUE

Le jeu
Etre seul en présence de l'autre
Capacité de rêverie
Sublimation des pulsions
Aire transitionnelle, espace potentiel

Le stade du miroir (Lacan)

Décollage entre Je et son image,
Désillusion

FONCTION SYMBOLIQUE DU CADRE

L'organisation spatiotemporelle : différenciation
des temps et des fonctions

Jeu avec la distance : la présence et l'absence

Les rituels

Aller voir ailleurs, ailleurs que le thérapeute,
ailleurs que la mère, les masques du monde, les
autres

La ternarité

Projection -Identification

MEDIATION : AIDE A LA SYMBOLISATION

Permutations psychiques
L'Art du décalage, du détour, du pas de côté
Pontage entre l'intérieur et l'extérieur

V) Les indications :

L'atelier masques croise différentes indications :

- Indications **de groupe**, pour des enfants ayant des difficultés dans leurs relations à l'autre (isolement, repli, inhibition relationnelle)

- Indications qui concernent **la médiation** au sens large : pour des enfants en panne de symbolisation (passages à l'acte, agitation, lorsque les limites entre l'intérieur et l'extérieur sont floues, diffuses, aussi bien dans le cadre de problématiques névrotiques ou psychotiques).

- Indications spécifiques au **maquillage sur le visage** : lorsqu'il y a besoin d'enveloppes : Troubles de l'image de soi, du narcissisme, carences, traumatisme.

Enfin, sur un versant technique, quand la psychothérapie par la parole peut être vécue comme intrusive/inhibitrice de la parole, permet d'installer une relation de manière non frontale

Contre indications : situations de crise, délire, mélancolie.

VI) l'invitation à l'artistique, les intérêts et les risques :

L'art, la culture ça structure. Roland Gori disait que « la culture, c'est élaborer les conditions tragiques de notre existence ».

Proposer un atelier à médiation artistique c'est inviter à penser le monde, c'est inviter à se décaler par rapport à son propre fonctionnement. Y participer c'est être de l'aventure humaine dans la nécessité de représenter, dessiner, écrire ses questions, les partager, oser les exprimer. C'est une invitation à s'ouvrir à l'autre, à l'étranger, à aller voir ailleurs, aller voir du côté du Père, de la fonction paternelle.

Mais animer un atelier artistique auprès de personnes en souffrance comporte aussi des risques :

Du côté du thérapeute :

Inviter à la régression (barboter, quand l'invitation à créer devient une invitation à « tout faire, comme vous voulez » sans contrainte) et au déploiement de la toute puissance (libérez votre énergie, toute création est importante, lâchez vous, sans barrières... créer sans contraintes)

La fascination par l'image (l'esthétique des productions)

Le risque d'interpréter les productions : R Roussillon parle très bien de la place du clinicien qui invite un groupe à utiliser une médiation, dans son article « Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations », *Le Carnet PSY* 1/2010 (n° 141), p. 28-31.

« De telles conditions supposent aussi une attitude interne chez le clinicien, il écoute en quoi ce qui se produit contient un signe ou un indice du travail de symbolisation, il cherche à dégager celui-ci, c'est là que se repère la fonction sémaphorisante du travail clinique. L'animateur n'est que le présentateur » (au sens de l'objet presenting de Winnicott).

« Le médium appartient à tout le monde, il n'appartient à personne, il est utilisable pour la symbolisation. Le présentateur se doit de garantir cette fonction, il est le garant de ce cadre. L'animateur est ainsi situé « du même côté » que l'utilisateur par rapport au médium, c'est une pratique du « côte à côte », en « côte à côte », dans laquelle la différence des positions entre patient et clinicien tient dans la fonction de garant de l'utilisation « symbolique » du médium qui spécifie le clinicien. Le médium n'est pas l'objet d'une rivalité possessive. Il est « présenté » et « donné » pour l'utilisation, il doit être « approprié » et « conquis » par l'utilisateur.

L'animateur-présentateur du médium est garant de la tension symbolisante du dispositif, il ne fait *pas d'interprétation de contenu* (qui installe des résistances à la symbolisation), ses interventions sont destinées à optimiser l'utilisation du dispositif et du médium, elles sont centrées sur l'utilisation de « l'objeu » et la survivance et le maintien de l'activité de symbolisation. Les seuls encouragements donnés sont des encouragements à utiliser l'objet et à représenter. L'étayage que le clinicien doit offrir est celui des besoins du moi, seul le processus est déterminant et doit être soutenu ».

Du côté du patient :

Dans la psychose, risque de se perdre dans l'autre, quand soi/non soi n'est pas bien différencié, quand le sujet se prend pour un autre (délire)

Il s'agit avant tout dans la psychose d'un travail fin d'accompagnement et travail sur les identifications, pour structurer, ancrer le sujet, l'inviter à s'identifier aux ancêtres, aux héros....

Conclusion :

Je laisse à Winnicott le soin de conclure :

« Ma description est, en quelque sorte, un plaidoyer pour amener les thérapeutes à favoriser chez leurs patients la capacité de jouer c'est-à-dire d'être créatifs dans le travail analytique (...) Il ne faut jamais oublier que jouer est une thérapie en soi. Faire le nécessaire pour que les enfants (mais aussi les adultes) soient capables de jouer, c'est une psychothérapie qui a une application immédiate et universelle (...) Jouer est toujours une expérience créative, une expérience qui se situe dans le continuum espace-temps, une forme fondamentale de la vie (...) La créativité du patient, le thérapeute qui en sait trop peut, avec trop de facilité, la lui dérober. Ce qui importe, ce n'est pas tant le savoir du thérapeute que le fait qu'il puisse cacher son savoir ou se retenir de proclamer ce qu'il sait », (p.71 et p.81), Jeu et Réalité.

BIBLIOGRAPHIE :

ANZIEU D. « Une peau pour les pensées, Entretiens avec Gilbert Tarrab », Paris, Editions. Agypsée, 1991.

ANZIEU D. Le Moi Peau, Paris, Editions Dunod, 1996.

BION W.R. Réflexion faite, Paris, PUF, 1983.

CHOUVIER B. et Als Les processus psychiques de la médiation, Collection Inconscient et culture. Editions Dunod, 2002.

LACAN J. « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous a été révélée dans l'expérience psychanalytique », *Revue Française de Psychanalyse*, 1949, vol 13, n °4, pp. 449-455.

ROUSSILLON R. « Proposition pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations », *Le Carnet Psy*, 1/2010 (n°141), p.28-«31.

WINNICOTT DW. Jeu et Réalité : l'espace potentiel, Paris, Editions Gallimard, 1975.

Inter's'tisse



Mmes Sylvie PERROT, Françoise BELTRANO, infirmières, Corinne LEBAUD, ergothérapeute, et le Dr Marie-Philippe DELOCHE, médecin psychiatre, Hôpital de jour MGEN Grenoble

Qu'est ce qui se trame à l'hôpital de jour ?

1. Qu'est ce qu'un média thérapeutique ? Docteur Marie-Philippe Deloche.

Ce sujet a fait l'objet de discussion dans notre équipe. ...

Pour certains, mot péjoratif, trop centré sur l'objet, laissant la relation et la parole sur un bord, pour les autres, au contraire, objet intermédiaire, favorisant cette relation intersubjective.

L'objet n'a en effet pas de valeur en tant que tel mais existe dans une rencontre où le transfert est mis en route. Rencontre, mise en résonance d'un objet, d'un média, d'une activité, d'une pratique, d'une technique. Cette résonance a lieu, ou non.

C.L. à partir de son lieu, l'atelier d'ergothérapie montrera cette dimension de résonance dans la clinique.

Elle évoquera aussi la place de ce travail avec un objet dans la clinique si particulière de la mélancolie où le temps s'est arrêté.

L'objet permet de travailler la question de la pulsion, dans son articulation avec la parole. Repérer et nouer ce qui vient de la dimension de la pulsion et de la dimension signifiante de la parole offre très vite une sédation de l'angoisse.

Une autre dimension est celle de la création. La création « agit », en dehors même de la parole. Quelque chose peut se dire par un autre intermédiaire que la parole, en amont de la parole. L'histoire, le pulsionnel se spécifient par des actes créatifs.

Faire face aussi à la destruction possible, d'un objet, hors de soi-même, peut permettre de suspendre la destructivité, appelle à en dire quelque chose.

S.J. et F.B. à partir de leur expérience d'infirmière dans des ateliers où elles tentent de nouer l'intérieur et l'extérieur, d'explicitier la circulation, parleront des notions d'après-coup, de transversalité, d'improvisation.

Elles montreront comment appréhender la dimension de la rencontre à partir du corps : inviter un patient à s'asseoir, boire un verre, comme condition d'une rencontre possible.

La dimension de lecture dans l'après-coup de ce qui se trame dans les ateliers thérapeutiques avec média est bien sur centrale pour comprendre la fonction thérapeutique en hôpital de jour.

2. Présentation de l'atelier -plantation. Françoise Beltrano.

Naissance de l'atelier :

L'atelier plantation est né en août 2005 à partir d'une demande de patients. Cette demande a été provoquée par le geste d'une soignante après qu'on lui ait fêté son départ à la retraite. Marianne, psychologue, animant l'atelier poterie et peinture a donné aux patients une plante qui faisait partie des cadeaux qu'elle avait reçus. Elle l'a installée dans le baratin où il y avait déjà plusieurs plantes qui tentaient de survivre à des « trop ou pas assez d'arrosage ». Quelques jours plus tard, dans cette même pièce, un patient Victor m'a interpellée. « Régulièrement, m'a-t-il dit, des soignants ou des patients offrent des plantes qui ne survivent pas ». J'ai demandé pourquoi. Il a expliqué que prendre soin des plantes exigeait une organisation et surtout de la régularité. Il a employé l'expression suivante : « les patients livrés à eux-mêmes ne peuvent pas s'occuper des plantes. Il faut la présence de soignants ». Cette réflexion a reçu l'acquiescement de patients qui assistaient à la discussion. Je leur ai alors proposé une réunion pour décider de la façon de s'organiser par rapport aux plantes de l'Hôpital de Jour. Ce n'était pas la première fois que Victor m'interpellait à ce sujet avec toujours l'approbation d'autres patients. Avant mon arrivée, des tentatives « de faire quelque chose » n'avaient pas abouti. Les raisons de cet échec, il les évoquait de façons allusives sur un ton désabusé. Persuadé que cela ne servait plus à rien d'en parler, il n'avait pourtant pas perdu espoir et devenait intarissable dès qu'il s'agissait d'améliorer le sort des plantes. Ce qui manifestement semblait insupportable à ce patient, était la part de responsabilité de chacun dans cette mise à mort des plantes. Chacun y était pour quelque chose : l'incapacité des patients... Et aussi la « surdité » des soignants face à cette demande récurrente.

La réunion a eu lieu le vendredi 12 août 2005. Y ont participé : Marie (ergothérapeute), Françoise (infirmière). Parmi les patients, deux Jean et Lise n'étaient pas directement intéressés par les plantes. Jean m'a dit qu'il participait à la création de l'atelier plantation parce que c'était important pour Victor. « Il ne supporte pas qu'on laisse mourir les plantes. Alors, je donne un coup de main pour mettre en route l'atelier. C'est important pour Victor - ça va lui faire du bien » a-t-il répété avec insistance. Ainsi dès le départ, les patients s'inscrivaient dans cette démarche avec leur singularité. Ce qui était en jeu ne relevait pas nécessairement d'un intérêt particulier pour les plantes. D'ailleurs, la notion de mort, de responsabilité et d'engagement ont été les éléments moteurs de leur participation. Sans compter d'autres motivations qui ont dû m'échapper... et qui m'échappent encore. Dans le soin, il faut parfois accepter d'être un peu « à côté de la plaque ». Entendre sans forcément comprendre offre aux patients un espace où ils peuvent engager leur subjectivité.

Lors de la réunion du 12 août 2005, les patients ont insisté sur l'importance de la présence de soignants et de la régularité de l'arrosage (avec la prise en compte de la fermeture de l'hôpital le week-end). Ainsi, pour assurer une permanence dans le soin apporté aux plantes, il a été décidé de créer un atelier plantation ayant lieu tous les vendredis matins (de 10 heures 30 à 11 h 45) et animé par deux soignants. « Animé » n'est peut-être pas le bon terme mais je n'en ai pas trouvé d'autres. (Définition du petit Larousse : « animé : 1. Donner du mouvement, du dynamisme à (un lieu, un groupe) - 2. Pousser à agir. »). Les patients n'avaient besoin ni qu'on les anime ni qu'on les pousse à agir. Ils demandaient aux soignants d'assurer la

continuité d'un engagement sur du long terme. En effet, c'est très contraignant pour eux de s'occuper de plantes, d'être vigilants aux intempéries (neige, canicule) quelques soient leurs difficultés psychiques du moment. La nature se fichant complètement des effets de la psychose ou de la névrose. Pendant cette réunion, il a été prévu des achats : plantes, pots, terre... Les patients voulaient que le rythme des saisons soient représentés par des plantations d'été, d'automne, d'hiver et de printemps.

Les premiers achats ont eu lieu le 26 août 2005. Auparavant nous avons rempoté, remis en valeur les plantes déjà présentes. Nous avons réfléchi sur la façon de les installer dans les diverses pièces de l'hôpital de jour. A la notion de temps (permanence, scansion..) s'ajoutait maintenant celle de l'espace. Les patients nous prévenant Marie et moi qu'il fallait absolument la présence d'un soignant sur les balcons. « Un oubli de notre part pourrait avoir de graves conséquences sur la continuité de l'atelier » a insisté Victor soucieux qu'il n'y ait pas « de bâtons dans les roues ». Il exprimait ainsi une double inquiétude : la première étant que la moindre erreur soit prétexte à supprimer cet atelier - La deuxième, il l'a révélé bien plus tard. Victor a le vertige. Il ne peut rester sur les balcons que quelques minutes d'où l'importance de la présence des soignants pour s'occuper des plantes extérieures.

Ainsi a commencé cet atelier. Jean et Lise ont cessé d'y participer dès qu'il a été instauré officiellement - en septembre- tandis que d'autres patients s'y sont inscrits dès leur retour de vacances.

Il y a plusieurs façons de participer à l'atelier plantation :

Certains patients (6 en moyenne) forment un groupe constant, présent chaque vendredi. Ils savent qu'ils peuvent commencer et arrêter l'activité quand ils le décident. Il n'y a pas obligation de participer à la séance du début jusqu'à la fin. La fatigue est prise en compte. La capacité à se mobiliser aussi - Savoir s'arrêter, se reposer, reprendre ou pas l'activité - Ne pas commencer à 10h30 sous prétexte que « c'est l'heure » - Savoir dire : « je ne me sens pas prêt, j'attends un peu » - Et avec 15, 20 minutes de retard pouvoir intégrer le groupe... Cette forme d'aménagement permet aux patients de ne pas s'en remettre complètement aux soignants pour juger de leur propre état. De plus, ils n'éteignent pas leur sensibilité par une mise à distance de leurs perceptions intérieures. Les premiers temps, il m'est arrivé d'intervenir pour arrêter un patient, lui demander de se reposer tant j'étais impressionnée par son visage fatigué. Ses traits tirés, son allure pesante lui donnaient l'air d'un marcheur hébété atteignant le sommet d'une montagne. De plus, la possibilité de faire des temps de pause allant même jusqu'à un arrêt définitif met à l'aise les patients. Cela leur évite d'éprouver un sentiment d'échec, de dépréciation de soi du genre : « je suis incapable d'aller jusqu'au bout d'une activité ! ».

La souplesse de cette organisation tient compte de l'effort physique que demande l'atelier : rester debout immobile, bouger- piétiner, se mouvoir sur les balcons étroits, transporter la terre, les allées et venues pour chercher l'eau. Il y a aussi l'inquiétude de mal faire....faire du mal aux plantes. Et les efforts pour s'appliquer, se concentrer, observer...

La participation à l'atelier plantation peut aussi se faire par touches, sur le bord, de loin, en s'approchant... Certains patients se contentent d'apporter des plantes ou des boutures. Ils éprouvent une satisfaction à les voir grandir, fleurir sous les soins du groupe plantation. Souvent ils expliquent leur geste par le désir de contribuer à l'embellissement des pièces de l'hôpital. Mais il y a peut-être une recherche qu'on prenne soin d'eux au travers de la plante, de la bouture...

Un vendredi matin une patiente (Francine) est arrivée avec une plante à la main. Elle s'est adressée aux patients du groupe plantation ainsi : « ma plante est malade, j'ai essayé de la soigner mais il n'y a pas de résultat alors je vous l'apporte ». Les patients s'en sont occupés. Francine semblait s'en être totalement désintéressée. Au bout d'un mois, la plante était ragaillardie. Elle s'est remise à pousser. Francine l'a regardée et a décrété qu'elle était guérie. Elle l'a ramenée chez elle. Quelques jours plus tard, elle a offert au groupe plantation une bouture d'ananas qui chez elle avait réussi à prendre. Elle savait que les patients avaient échoué à plusieurs reprises dans leurs tentatives de faire pousser ce fruit.

Les fruits servis aux repas de l'hôpital ont souvent été l'objet de tentatives de boutures (mandarines, ananas, litchis...). Les patients éprouvent un intérêt à faire pousser des plantes totalement étrangères à notre région. Ce n'est ni par exotisme, ni par snobisme. Victor qui est d'origine espagnole a apporté des graines de piments. Depuis nous avons un pimentier qui s'est développé et qui a même fleuri. Un patient Martin qui participe à l'atelier plantation en se tenant sur le bord est venu un jour avec une photographie. Un homme posait fièrement à côté d'une plante verdoyante. Martin. (D'origine laotienne) nous a expliqué qu'il s'agissait de son épicier. « Mon épicier, nous a-t-il dit, est arabe. Il vend des produits orientaux. Et quand cela lui arrive de manger des dattes, il a l'habitude de jeter le noyau dans le gros pot de terre sur la photo ». Les noyaux ont fini par germer et un magnifique dattier a poussé. Cela a donné envie aux patients d'en faire autant. Depuis, nous avons un dattier. Et aussi un papyrus à cause de cette obligation amusante de leur mettre la tête en bas pour obtenir des racines. Martin vient régulièrement le vendredi jeter un coup d'œil sur les plantes. En particulier le dattier, le papyrus, l'ananas. Récemment, il nous a annoncé que l'épicerie a été rachetée par une femme d'origine arménienne ayant vécu en Russie. Le dattier de l'épicier arabe a disparu. Martin très intéressé par les origines étrangères discute avec cette nouvelle épicière et fait connaissance avec les produits alimentaires russes et arméniens. Il est fort possible que l'on soit un jour amené à faire pousser des plantes ayant les mêmes origines que cette épicière... Comme ces gros cornichons russes qui intriguent beaucoup Martin.

- *Obstacles - Difficultés rencontrées*

L'arrosage étant à l'origine de la création de l'atelier, les patients avaient un tel souci de bien faire qu'ils ne pensaient qu'à cela. Le geste d'arroser était si prégnant qu'il abrasait le reste (observation, relations des patients entre eux...). De plus, ce geste était exécuté de façon mécanique – presque pour lui-même – coupé de son sens et de son lien aux plantes. Elles auraient pu être en plastique qu'ils auraient réagi de la même façon tant l'inquiétude de l'arrosage rendaient la plupart des patients insensibles au « vivant » de la végétation. Ils allaient d'une plante à l'autre le corps raide, le visage inexpressif, sans même regarder ce qu'ils faisaient.

Pour débloquer la situation, j'ai utilisé plusieurs moyens :

- déplacer le centre d'intérêt
 - individualiser les plantes
 - faire appel à la mémoire
- Pour déplacer le centre d'intérêt, je me suis appuyée sur l'attitude d'une patiente (Monique) Au fil des semaines, elle manifestait des signes d'agacement envers la mécanisation du geste d'arroser et ses conséquences (accélération du rythme du déroulement de l'activité). Elle s'immobilisait devant chaque plante pour les observer et faire des commentaires. Le groupe a dû ralentir la cadence et poser à terre les arrosoirs pour l'écouter. J'ai

donc invité chacun à observer les fleurs, feuilles, troncs... et surtout comparer les éléments nouveaux qui surgissaient d'une semaine à l'autre. Peu à peu les patients ont su mettre de côté l'arrosage et prendre plaisir à observer, à découvrir une floraison, l'apparition d'une jeune pousse. Leurs observations se sont affinées. C'est même devenu un jeu : à celui qui le premier montrerait aux autres un élément nouveau. Fabienne, patiente auparavant « robotisée » par l'arrosage est devenue une experte en observation. Son visage s'éclaire de joie. Son regard devient pétillant. Et d'une voix claironnante, elle fait partager aux autres patients ce qu'elle découvre. Les membres du groupe ont donc cessé d'être obnubilés par l'arrosage excepté Carole. Cette patiente a dû cesser de participer à l'atelier car celui-ci ne faisait que renforcer les effets de sa psychose.

Développer le sens de l'observation permet d'enrichir les connaissances de chacun sur les plantes. Cependant, l'atelier plantation n'a pas pour vocation de former des horticulteurs. Ce qui est recherché est une mise en vie, une mise en mouvement dans les actes et aussi dans les relations. Les patients éprouvent des impressions, des émotions. Ce qu'ils observent, ils en font part aux autres. Un sens aux gestes est donné. Au travers du développement d'une plante, c'est la notion du temps qui se manifeste. Les plantes ne sont pas figées. Elles grandissent. Une fleur en bouton commence par éclore ; puis elle s'épanouit, se fane et meurt.

- Les patients ne différenciaient pas les plantes lorsqu'ils étaient happés par l'arrosage. Comme si elles formaient un tout, une sorte de magma réclamant sa ration d'eau hebdomadaire. Il a donc fallu différencier les plantes. Et pour cela, les patients ont dû :
 - a) Mémoriser le besoin d'eau de chaque plante.
 - b) Mémoriser le nom de chacune d'elles

- a) La plupart des patients avaient peur de trop arroser. Il leur fallait saisir les nuances entre une quantité d'eau : faible, importante ou moyenne. Cela leur était impossible tant le geste d'arroser était mécanisé. En effet, ils se contentaient d'abaisser l'arrosoir et de passivement laisser l'eau sortir plutôt que de la retenir, de contrôler le débit. Et moi, je devais intervenir à temps pour dire : stop ! Si par malheur un patient détournait mon attention... trop tard ! la plante était inondée. Un cactus en a fait les frais. Il m'a fallu leur demander de se souvenir du besoin en eau de chaque plante. Les patients se croyaient incapables de faire cet effort de mémorisation. Le découragement, la perte de confiance les inhibaient. Ils accusaient soit la fatigue soit les effets secondaires du traitement ou de la maladie. Les rassurer, être attentive au moindre progrès et les complimenter leur ont donné peu à peu de l'assurance et une envie de se remémorer. Ils se sont stimulés - pas sous forme de compétition mais en s'aidant mutuellement.

- b) Il leur a fallu aussi mémoriser le nom des plantes. Des recherches ont été faites pour les identifier. On s'est servi de revues, de livres mais aussi des connaissances des patients quelque soit leur degré d'implication dans l'atelier. Dès qu'un nom était trouvé, il était écrit sur une étiquette que l'on plantait dans les pots. Mais

souvent l'écriture finissait par s'effacer. Alors les patients sont donc souvent obligés de faire un effort de mémoire pour retrouver le nom.

Ces efforts de mémoire pour identifier les plantes par leur nom et leur besoin en eau sont bénéfiques. Cela permet aux patients de ne pas rester sidérés par ce qui aurait pu être un magma de végétaux indifférenciés. Une sorte de gueule ouverte insatiable, exigeante réduisant les patients à n'être qu'un bras prolongé d'un arrosoir assujettis à l'abreuver.

Un autre obstacle a été peu à peu dépassé : la peur de salir ainsi que la peur de se salir.

Quand on arrose des plantes qui ont besoin de beaucoup d'eau, il arrive que cela déborde. L'eau s'écoule sur les tables (qui sont pourtant recouvertes d'une nappe en toile cirée) et si en plus, elle se met à dégouliner par terre, c'est la catastrophe ! Les patients se figent sur place, atterrés par le fait d'avoir sali. Immédiatement, ils sont submergés par un sentiment d'incompétence, de dépréciation de soi. Ils interprètent l'incident comme une conséquence de leur pathologie. J'entends des réflexions du genre : « Oh là là ! Je ne vais pas bien du tout. La preuve : je fais n'importe quoi... Je suis vraiment malade ! » J'interviens pour dédramatiser en rappelant que ce n'est que de l'eau et non une substance qui tâche comme du cambouis. De plus, j'atténue cette exigence qu'ont les patients de contrôler leurs gestes à la perfection, de ne pas faire d'erreurs. Comme si la perfection était un signe de bonne santé et aussi de normalité. Donc dès qu'il m'arrive d'avoir la main lourde et de faire déborder, je ne cherche pas à justifier ma maladresse. Les raisons à invoquer ne manqueraient pas (faire trois choses en même temps : être dérangée par le téléphone, avoir une vision d'ensemble à la fois du groupe et de chaque patient). Je me contente de regarder d'un air tranquille l'eau que j'ai fait déborder. Puis je rappelle aux patients que « c'est normal, dans la vie, on ne contrôle pas tout ».

J'ai mis aussi à leur disposition : serpillière, papiers de journaux pour éponger lorsque l'écoulement sur le sol prend l'allure d'une flaque d'eau. De plus, en fin de séance, un temps est consacré au nettoyage (balayer et ramasser les morceaux de terre et de végétation). Cela a permis aux patients d'accepter que de la terre tombe sur le sol (donc salisse) lors des séances de rempotage.

Lors des débuts de l'atelier plantation, les patients manifestaient une réticence à toucher la terre. Certains hésitaient à salir leurs mains et leurs ongles. Puis l'envie de participer a été la plus forte. Mais un jour, un événement a montré que la salissure était reliée à l'hygiène, à la peur des microbes. Une patiente (Gisèle)

présente le vendredi mais ne faisant pas partie de l'atelier plantation a demandé à me parler. Au cours de l'entretien, elle a exprimé l'inquiétude qu'elle ressentait en constatant que parfois de la terre était éparpillée sur une table, une chaise du baratin ou de la grande salle. Elle m'a demandé si j'utilisais un produit désinfectant en fin de séance. Pour la rassurer, le vendredi suivant, j'ai utilisé le spray de désinfection pour matériel et surface dure. J'en ai mis sur les tables qu'on avait utilisées. Mon excès de zèle a eu pour conséquence de créer de l'angoisse chez une autre patiente qui, elle, participe régulièrement à l'atelier plantation. Me voyant utiliser ce spray, cela devint pour elle une preuve que le contact de la terre était très dangereux, pathogène et contaminant. Je suis donc revenue à un nettoyage normal sachant que la désinfection faisait partie des attributions de l'employée qui fait le ménage tous les soirs.

Cependant, j'ai pris soin que l'on recouvre systématiquement avec du papier de journal les tables utilisées par l'atelier afin de ne pas réactiver la peur des microbes de la patiente qui m'avait demandé un entretien.

Accession et plus d'autonomie à des prises d'initiatives.

- La peur de mal faire, d'être incompetents rendaient les patients très inhibés – incapables de prendre des initiatives. Afin de les rendre moins dépendants de moi, je me suis appuyée sur mes propres failles. Je leur montre que je compte sur eux. J'ai toujours été insensible au fait de retenir les noms, de nommer les plantes, les sommets des montagnes... tout ce qui est de l'ordre de la nature. Lorsque l'atelier plantation a été créé, donner un nom aux plantes a été le deuxième centre d'intérêt des patients. J'ai donc fait un effort dans ce domaine. Mais malgré ma bonne volonté, j'oublie. Et si quelqu'un s'approche du groupe plantation et me demande le nom d'une plante, je me tourne vers les patients du groupe pour qu'ils répondent à ma place. Mon visage a l'expression que l'on affiche quand on a un trou de mémoire. Souvent, c'est Monique. qui répond en me jetant un regard amusé. Elle a d'ailleurs décidé de prendre en main la recherche des noms afin de répertorier les plantes.

Dans un autre domaine – celui de la reproduction des plantes – j'ai agi de même. Je n'ai jamais été très douée en sciences naturelles en particulier pour «les histoires de petites graines ». Au moment où nous avons semé des graines et planté des semis, j'ai un peu pataugé pour répondre aux questions. Mes hésitations ont créé un espace où se sont installés les patients pour se questionner mutuellement. Chacun osant dévoiler ses points d'ignorance et pouvant même en plaisanter. Il y a dans l'humour une légèreté qui stimule l'esprit et ranime la vie psychique.

Quand des plantes se développent au point d'être à l'étroit dans leurs pots, il faut les dépoter et les repoter. C'est une manipulation qui met en grande difficulté les patients. Ils ont très peur de casser la plante, déchirer les racines. Pendant près d'un an, c'est moi qui faisais la manœuvre. Je montrais les gestes. Eux se contentaient de remplir les pots avec de la terre. Peu à peu ils ont pris confiance en eux, en leur propre dextérité. Maintenant ils sont capables de dépoter – repoter à condition que je sois très présente pour les rassurer et pour les remplacer immédiatement s'ils paniquent.

L'organisation de l'atelier était entièrement façonnée par la peur de faire des erreurs. Donc chaque vendredi matin, sous ma vigilance permanente, le groupe de patients observait et arrosait les plantes les unes après les autres. Ce qui non seulement était long mais mobilisait un seul patient qui arrosait tandis que les autres agglutinés autour attendaient que l'on passe à la plante suivante.

Depuis trois mois environ, les patients étant plus à l'aise, je leur ai proposé une autre forme d'organisation : passer de table en table et non de plante à plante. Cela a donné les effets suivants : le groupe de patients commence par observer l'ensemble des plantes posées sur une table. Chacun y va de son commentaire sur l'état des plantes et le degré de sécheresse de la terre dans les pots. Puis, une fois le bilan établi. Tous les patients s'emparent d'un arrosoir et passent à l'action. Je les laisse faire. Mais toujours, je rappelle qu'ils peuvent à tout moment se tourner vers moi s'ils ne savent plus comment telle ou telle plante doit être arrosée. Et Maintenant, ils sont capables de commencer l'atelier plantation sans ma présence lorsque je suis accaparée par un démarche imprévue.

Le cycle des plantes – graines – semis...

Cela a commencé par le pommier d'amour - une des premières plantes de l'atelier - Les patients ont recueilli ses fruits (des boules rouges) pour les faire sécher. Mais nous avons constaté que leurs chairs pourrissaient. Il a donc fallu les ouvrir pour retirer les graines. Ce matin-là, cette activité a eu beaucoup de succès. Une dizaine de patients y a participé. La patiente (Béatrice) est une dame silencieuse, très effacée. Elle a dû accepter le contact gluant de la chair qui agglutinait les graines entre elles. Puis, consciencieusement, elle les a dégagées, séparées et déposées une à une sur un plan dur. Avec les autres patients, elle souriait aux plaisanteries qui fusaient autour d'elle. Les allusions sur les « petites graines » des humains sont vite arrivées. Victor était très en verve. Il a

déclaré que cette plante portait bien son nom. Et avec un air malicieux, il scandait les mots : pomme / amour – pomme / amour...

Au fil des jours, diverses graines ont rejoint celles du pommier d'amour. Elles venaient des sorties en montagne (organisées par l'hôpital), des repas thérapeutiques et de chez les patients. Une patiente (Mireille) voulait planter toutes les graines qui lui tombaient sous la main (citron, clémentine, haricot, peuplier, châtaignier, platane...). Elle a pu en partie le faire. Cependant, j'ai dû calmer ses ardeurs car l'hôpital serait devenu une véritable serre.

Au printemps, nous avons fait des semis avec les graines du pommier d'amour, les graines des piments et des clémentines. Les semailles ont fait jaillir des questions et le désir d'y voir un peu plus clair dans la chronologie du cycle : fleur/fruit/graine/ germe/. La patiente (Fabienne) était très perplexe à ce sujet. Penchée sur un pot, les mains dans la terre en train d'enfoncer les graines, elle s'interrompait sans cesse, se redressait comme sous l'impulsion de questions du genre : « Est-ce que c'est le fruit qui fait d'abord la fleur ? - Est-ce que la graine qu'on plante va tout de suite faire une fleur avant les feuilles ? - Qu'est-ce qui va sortir de la graine ? ». Les autres patients lui répondaient ou bien s'interrogeaient eux-mêmes.

Pendant leur croissance, les jeunes pousses ont été choyées. C'était l'occasion d'observer les troncs grandir et forcir, les branches se développer. Le feuillage aussi. Quant à la floraison, elle fut accueillie avec joie, comme le signe d'une grande réussite. Les patients ont pu emporter chez eux des jeunes plantes car nous n'avions pas l'intention de toutes les garder.

Nous avons aussi planté des boutures. Cela a été l'occasion d'échanges entre les patients. La possibilité aussi pour eux d'en offrir aux soignants et aux personnels administratifs. Une plante a provoqué beaucoup de commentaires et de plaisanteries. Ses tiges sont longues, fines et à leurs extrémités, des boutures naturelles apparaissent. Celles-ci sont officiellement considérées comme « filles » et la plante comme « mère ». Nous avons installé une des boutures naturelles dans un petit pot de terre sans la détacher de la mère. Cette opération ne se faisant qu'après l'apparition des racines. Quand le moment est arrivé, j'ai coupé la tige qui reliait la mère et la fille. Les patients plaisantaient en invoquant le cordon ombilical. Si c'est moi qui ai dû couper cette tige, c'est parce qu'aucun patient n'a voulu le faire. Ils m'ont dit que c'était trop impressionnant. Je n'ai donc pas insisté. La mère est restée sur le haut de l'armoire. La fille a été installée sur une des petites tables de la grande salle. Quand j'ai fait cet écrit sur l'atelier plantation, je me suis rendue compte que je ne savais plus le nom de cette plante. Alors, vendredi 25 janvier 2008, j'ai posé la question à Monique ; Elle m'a répondu que la plante

s'appelait « misère ». En entendant cette réponse, mon esprit a été traversé durant quelques secondes par le titre d'un livre : « mère – fille, une ravage ».

Tous les patients de l'hôpital de Jour sont concernés par les plantes. Leur présence provoque des réactions. En général ils les apprécient mais pas toujours. Gisèle les a détestées pendant environ un an et demi. « Elles prennent de la place au détriment des patients, disait-elle ». Cependant, en entretien individuel, les raisons de son animosité se déployaient autrement. Les plantes représentaient ce qui, pour elle, lui faisait cruellement défaut : la vie, l'énergie, « croître et fleurir ».

Jeudi 31 janvier 2008, au cours d'une réunion clinique, j'ai présenté à l'ensemble du personnel de l'Hôpital de Jour un compte-rendu de l'atelier plantation. J'ai décrit comment les patients avaient évolué et s'étaient appropriés peu à peu cette activité. Une fois la présentation terminée, pendant le débat a été émise l'idée d'amener les patients sur l'extérieur par le biais des plantes puisqu'avec elles, ils se sentaient à leur aise. Immédiatement, a été évoqué le projet d'avoir un jardin. Le lendemain, j'ai réuni le groupe plantation. Je leur ai expliqué ce qui s'était passé la veille : présentation de l'atelier plantation et projet d'avoir un jardin. Les patients écoutaient avec beaucoup de gravité. Certains m'ont demandé combien de pages avait mon compte-rendu. La réponse les a impressionnés – preuve que je prenais au sérieux leur investissement dans cet atelier. Et de savoir qu'il avait un projet de jardin a été pour eux une fierté (car conséquence de leur investissement dans l'atelier plantation) et une immense joie.

L'atelier jardin a débuté quelques mois plus tard. Il a déployé très vite sa spécificité et ses propres enjeux.

3. « Cultiver un jardin » Corinne LEBAUD,

Je vais vous raconter une histoire, celle d'un jardin, celui qui est né dans notre institution, l'hôpital de jour de la MGEN, il y a maintenant trois ans, ou plutôt trois printemps, on verra combien les saisons viennent rythmer nos pensées et nos activités autour de ce jardin.

Ce jardin est né de plusieurs choses, de différentes personnes et de circonstances mêlées. Il y a eu dans un premier temps un atelier plantation qui a mobilisé bon nombre de patients et dont on a pu mesurer la valeur thérapeutique depuis 2005. Et lors d'une présentation de ce travail, il a été évoqué l'idée d'un jardin.

Mais pour concrétiser cette idée, lancée comme une bouteille à la mer, il a fallu la mobilisation et le désir de deux soignantes, Sylvie, infirmière, et moi-même, qui exerce la fonction d'ergothérapeute. Et si je parle de désir, ce n'est pas pour rien, car ceci est privilégié dans notre institution, à savoir qu'un soignant est amené à proposer quelque chose, non pas parce qu'il le faut et que cela fait partie d'un protocole, mais parce qu'il le veut bien, qu'il en a envie, qu'il a peut-être un savoir-faire à transmettre, ou qu'il veut se risquer... à faire quelque chose de nouveau, ça peut arriver aussi.

On peut dire aussi que le jardin est en vogue à notre époque. Il y a en effet un véritable engouement pour le jardin le plus souvent associé au « bio », à l'écologie, au « bien-être ». Au vu de ce contexte ce n'est sans doute pas par hasard si autant de jardins dits « thérapeutiques » voient le jour depuis quelques années. Sans doute nous ne sommes pas restés indifférents à la MGEN à cette vogue du jardin, même si – et je tiens à vous le préciser dès maintenant – ce n'est pas le côté « bio » ni « bonne santé au grand air » qui ont guidé nos pas.

Avant de partir à la recherche concrète de ce jardin, nous avons voulu nommer ce futur atelier même si le terme d'atelier peut paraître ici un peu restrictif. C'est l'habitude dans notre institution, on parle par exemple du Trait d'Union pour le journal, du Félix Club, du Baratin. Nous avons retenu « Cultiver un jardin ». Faisant référence à Voltaire et son célèbre Candide, cet intitulé dans sa simplicité nous a plu car non seulement il déployait l'idée concrète du travail de la terre, mais il nous ouvrait d'emblée, aussi, à un au-delà du jardin, et cette dimension métaphorique nous paraissait essentielle pour démarrer notre travail. En effet, on peut cultiver les arts, les lettres, la poésie mais aussi ses relations, son amitié, sa haine, son estime, sa mémoire etc.

Avant d'avancer un peu plus dans cette présentation, il m'a semblé intéressant de faire un bref rappel de la place du jardin dans l'histoire, toujours lié à l'histoire de l'humanité. Mon expérience d'ergothérapeute m'a permis d'observer l'importance clinique de proposer à nos patients des techniques qui relevaient de l'histoire du monde (comme la vannerie ou le tissage par exemple).

Depuis toujours, le jardin a existé auprès de l'homme. Dans toutes les civilisations, depuis la Mésopotamie où il serait né il y a 7000 ans avant notre ère, jusqu'à nos jours, l'homme a toujours créé des jardins à sa mesure. Il porte toujours la marque de l'homme étant le lieu symbolique privilégié de toutes les civilisations. Inséparables du sacré, les cultures étaient un hommage rendu aux divinités.

A côté de cet aspect allégorique, il existait bien sûr le côté utilitaire du jardin. Il était l'endroit où l'on cultivait les plantes pour assurer le maintien de la vie tout en fournissant la base des remèdes, surtout à l'Antiquité et au Moyen-âge.

Il s'agirait donc pour nous d'accompagner les patients à retrouver une activité vieille comme le monde.

De plus, il est intéressant d'observer que chaque civilisation développera un art du jardin très spécifique et toujours selon les époques en fonction d'un discours. Ainsi, depuis la villa romaine ou le jardin à la française jusqu'au jardin silencieux d'Extrême-Orient par exemple, la nature ne sera pas dominée par l'homme selon les mêmes lois et les mêmes signifiants, et sans doute pas maîtrisée non plus selon les mêmes symptômes. Cela pourrait nous donner une piste de travail clinique, à savoir observer comment chaque personne en fonction de ses difficultés, de ses symptômes ou encore d'un impossible pourra concevoir ce nouvel espace que représente le jardin, pourra l'aménager et lui donner vie.

Mais revenons à notre jardin.

Au vu de notre situation en plein centre ville, il était évident qu'il ne serait pas attenant à notre immeuble et qu'il serait « ailleurs ». Il s'agissait donc d'investir avec les patients un nouveau lieu, les obligeant à un déplacement ; ce serait un nouvel espace à ciel ouvert, à distance de l'institution, modifiant par là-même les repères géographiques et symboliques.

Il me semblait important que ce lieu ne soit pas un vague lopin de terre perdu dans une nature sauvage mais un lieu qui soit inscrit dans la cité ; déjà dessiné, circonscrit, un lieu habité, avec de la vie et du mouvement.

En effet nous n'accompagnons pas nos patients à s'exiler et à s'extraire du monde mais plutôt à tisser et sauvegarder des liens avec les autres dans des lieux humains.

Si l'on recherche l'étymologie du mot jardin, le dictionnaire historique de la langue française nous dit que : « jardin semble désigner un enclos », que le mot est probablement issu d'un mot gallo-romain « hortus jardinus », proprement « jardin enclos » où l'enclos désignait un espace de terrain, entouré d'une clôture.

Donc un jardin serait défini par ses limites, par une clôture.

Cela mérite toute notre attention dans notre travail clinique : car si le jardin est lié à une clôture, il est lié à l'idée d'une frontière, donc à un dedans et un dehors : et cela nous évoque – pour le dire rapidement – le dispositif de la paranoïa. C'est toute la problématique du voisinage, du mur mitoyen ou de l'ombre faite aux tomates du voisin pour n'en citer qu'un petit exemple.

Nous ne pourrions pas éviter ou supprimer cette question du dedans et du dehors, mais cette définition a le mérite de venir nous interroger et nous demander de rester attentives à cette question dans notre travail. Maintenir dans la mesure du possible ce jardin ouvert et favoriser toutes sortes de circulations pourraient alors en être notre devise.

Ce jardin, comment est-il ?

C'est un jardin qui fait encore partie de la ville tout en y étant un peu à l'écart ; accessible facilement en tramway ou à vélo. Nous avons même été amenées à nous y rendre à pied pour accompagner un patient qui ne pouvait prendre aucun transport en commun .

Une superficie de 250 m² environ nous est allouée, ce qui est beaucoup plus grand qu'un jardin locatif classique. Cela nous permet d'avoir, comme nous l'espérions, un potager bien-sûr mais aussi un lieu polyvalent de repos, de rencontre, d'oisiveté ou autre.

Un petit portail de bois, bringuebalent en indique l'entrée. Il est fermé par un simple ruban que l'on noue et dénoue au fil de nos passages, un gros caillou le bloque par le bas afin d'éviter que les lapins n'aillent dévorer toutes nos salades.

Un vieux cabanon de bois se trouve à l'entrée, sur le bord ; il vient rompre l'horizontalité du terrain.

Une vieille clôture grillagée donne d'un côté, sur des voisins jardiniers et, de l'autre, sur un terrain où se loue et se vend du matériel agricole.

Autour de notre jardin il y a en effet toute une vie : un commerce de matériel agricole, un ensemble de jardins locatifs ainsi qu'une activité de serres et de pépinières avec des gens qui se déplacent, travaillent, nous croisent et nous saluent.

Notre propriétaire et sa femme habitent derrière les serres, dans une ferme maintenant totalement encerclée par la ville. Ce sont deux personnes qui ont une grande importance dans notre travail.

Depuis le début, nous cultivons cette relation ainsi que toutes les formes de rencontres et de liens que nous pouvons nouer avec eux. Ce sont des gens charmants, qui ont un réel intérêt pour les autres, pour nos patients et pour le travail que nous menons.

Nous prenons soin de laisser une place importante à ce propriétaire, et de le faire exister auprès des patients tant par sa présence que par son absence. Nous sommes amenés régulièrement à le saluer, à le rencontrer et à l'inviter.....

Cet homme représente un tiers, tiers indispensable auquel nous faisons référence le plus souvent possible.

Nous le sollicitons sur son savoir et son savoir-faire. Cela met en exergue toute la question de la transmission d'un savoir qui passe par l'autre. Je trouve que le jardinage se prête particulièrement bien à cet exercice; c'est un art ancestral qui s'est transmis le plus souvent oralement tout au long de l'histoire.

Cet homme porte l'histoire de cette ferme et de ses terres alentours depuis plusieurs générations et nous lui demandons de nous en faire le récit de temps à autre.

Pour toute décision matérielle à prendre, si petite soit-elle, concernant le jardin (déplacer une arrivée d'eau, réparer la porte du cabanon...), nous lui demandons son assentiment.

Des liens se sont progressivement tissés dans une relation bienveillante et chaleureuse. Plusieurs rencontres ont été organisées dans ce cadre.

Passionnés, lui et son épouse, de chevaux et d'attelage, ils nous ont proposé cet automne une journée de ballade en calèche. Ils organisent par ailleurs chaque année un pique-nique des voisins jardiniers un samedi auquel nous sommes tous cordialement invités. Cette année, bon nombre de patients ont été présents et ont pu participer très activement à cette vie du jardin, hors les murs de la Mgen.

D'autres projets verront peut-être le jour à leurs côtés : utiliser le four à pain conservé dans leur ferme ou participer à une journée de transhumance dans la chaîne de Belledonne avec des amis bergers. C'est comme cela que toute une vie relationnelle se construit au fil du temps.

Les débuts du jardin :

Nous avons l'idée de laisser cet espace à inventer et à construire entièrement avec les patients et de ne pas leur livrer un « jardin clef en mains ». Nous voulions conserver en permanence un jardin en mouvement, en train de se faire, sans jamais le figer dans un état idéal et définitif.

Sur le plan matériel, nous avons démarré avec presque rien. Il a fallu se débrouiller et nous avons alors fait appel à tout le monde, patients et personnel compris. C'est à ce moment-là que l'histoire de notre jardin a véritablement démarré.

Les patients ont été amenés à solliciter leurs proches pour trouver les premiers outils ou les premières semences.

Ceci n'a pas été sans effet : il y a eu des patients qui ne pouvaient rien donner ; d'autres qui découvraient un grenier parental encore jamais visité ; d'autres encore qui ont procédé à un forçage auprès de leurs parents qui eux, étaient plutôt dans la rétention. Ce fut le cas d'une jeune fille, qui a mené les choses jusqu'au bout et qui est arrivée à récupérer plusieurs chaises de jardin et même quelques outils, ce dont elle a été très fière par la suite. Un autre cas encore, différent : un patient d'origine maghrébine qui ne peut faire lien avec les autres qu'en passant par le troc nous a ramené d'une brocante des vieux outils rouillés qui auraient nécessité un bon « coup de neuf » avant de les utiliser; pensant que le troc allait se poursuivre à la MGEN, il est allé directement trouver la comptable pour lui demander de l'argent en retour... l'appel aux dons n'avait pas été tout à fait entendu !.

Notre première visite au jardin, avec les patients a consisté à arpenter notre nouvel espace qui allait devenir un nouveau lieu. Nous avons dessiné en priorité où se trouveraient les allées principales de passage puis, dans un deuxième temps, nous avons délimité où se trouveraient les aires de cultures et de repos. Il faut préciser ici que le terrain n'était alors qu'une aire de labour.

Nous avons décidé de nous adresser à priori à l'ensemble des patients, et pas seulement aux jardiniers ou aux futurs jardiniers.

Pas question de former un groupe homogène, tant sur le plan de la clinique – si tant est que cela puisse vraiment exister – que sur le plan d'une motivation qui devrait être commune.

Donc, quelque chose d'ouvert, sans présence obligatoire et sans obligation d'y retourner.

Cela a pour effet de donner un groupe très différent selon les moments ; il y a parfois plus de personnes sous le parasol qu'en train de jardiner ; il y a les habitués, les fidèles ; les visiteurs d'un jour ou ceux qui ne passeront que quelques fois dans la saison, juste pour voir « où en est le jardin » ; il y a eu cette année deux patientes, pourtant à la Mgen depuis longtemps, qui ne connaissaient pas encore le jardin mais qui, à la suite d'une hospitalisation pour problèmes de santé physique assez graves, ont désiré se déplacer pour une « convalescence ».

Par rapport à ce que j'évoquais tout à l'heure autour du dedans et du dehors et de la clôture, cette question peut être mise à l'épreuve aussi entre les activités de l'intra hospitalier et celles du jardin, donc entre ce qui se passe à l'intérieur et à l'extérieur.

Avec le jardin, le dispositif est en effet nouveau dans notre institution du fait que c'est un autre lieu qui est investi et pas seulement une activité qui se passerait hors les murs comme c'est le cas pour le volley par exemple. Cela n'est pas sans effet. Par exemple, cet été à l'époque où l'activité du jardin était la plus intense, il y a eu plusieurs réflexions comme quoi « il n'y en avait plus que pour le jardin », et « que plus rien ne se faisait à l'hôpital de jour hormis au jardin ». Alors quelle lecture ? Il faudrait bien-sûr reprendre le cas de chaque patient qui a été amené à faire ces remarques plutôt vives mais il me semble que cela peut venir nous dire que ces deux lieux pourraient s'exclure mutuellement si on n'y prend garde. Nous devons peut-être faire en sorte qu'une activité dans une institution ne soit jamais totale/totalitaire, empêchant la circulation d'autres activités. Privilégions la diversité et ne faisons pas de monoculture.

C'est ainsi que nous allons en permanence veiller à créer des ponts, des relais, des passerelles entre l'institution et ce jardin. En voici quelques exemples concrets:

- La première passerelle sera ce qui pourra se faire par la parole, par le récit entre ceux qui y sont allés et ceux qui sont restés dans l'institution.
- Il y a un cahier qui reste dans l'institution et où sont notées toutes sortes de choses par ceux qui arrivent du jardin.
- Un tableau où l'on inscrit une semaine à l'avance tous les rendez-vous prévus pour aller au jardin.
- Un travail de semis est proposé au printemps dans l'institution. La majorité des plants utilisés au jardin proviennent de ce travail.
- Un « petit marché du soir » permet la vente des fruits et légumes dans la cuisine de l'hôpital et s'adresse bien sûr à l'ensemble des patients.

On peut citer aussi quelques événements qui tentent de favoriser les allers et venues entre ces deux lieux : une inauguration ou un grand apéritif où l'institution dans son ensemble a été conviée; une représentation en plein air de l'atelier conte, un groupe poésie durant l'été... et, grâce à la construction récente d'un auvent en bois, d'autres ateliers devraient se déplacer régulièrement au jardin à la belle saison prochaine.

Sur le rythme et la fréquence

Une autre spécificité du jardin réside dans son originalité temporelle : c'est le seul atelier qui existe et se structure au seul rythme des saisons et des caprices de la météo. Il n'y a pas de

durée déterminée, c'est un peu comme une personne, maintenant qu'il est là, on est obligé de le faire vivre et d'en prendre soin.

La fréquence de nos allées et venues varie tout au long de l'année suivant les saisons, les jours fixés dans la semaine sont rarement les mêmes.

Ce rythme peu habituel est venu au départ bousculer et déranger nos patients. Au bout de trois ans, nous pouvons toutefois constater que ces mêmes patients se sont désormais plutôt bien arrangés de ce bouleversement.

Pendant les trois mois d'hiver, nous n'allons pas au jardin et nous organisons quelques réunions, l'une en décembre pour ponctuer la saison qui vient de se terminer et une autre en début d'année qui se propose déjà d'anticiper le printemps.

Avec le jardinage, on reste en mouvement, jamais figé dans l'instant et toujours porté par les différents temps d'une conjugaison. Cette anticipation dans le présent vers le futur me semble très intéressant à utiliser auprès de nos patients.

Quant aux caprices de la météo, cela nous oblige à faire avec les contraintes de la nature et à prendre en compte un certain réel. Il est intéressant d'observer la manière dont chacun aura de faire avec cette contrainte : qui tentera de l'effacer, de lutter contre, ou de s'y résigner ou bien encore de l'accepter.

Dernière point qui me semble important d'évoquer : le travail en relais et la confiance que cela suppose envers les autres.

Ce ne sont jamais – ou presque – les mêmes patients qui se rendent au jardin une fois sur l'autre. Pour les soignants, il y a des référents mais il y aussi un roulement. Cela suppose de travailler par relais et de s'en remettre toujours aux autres pour que le jardin puisse vivre. Autrement, il ne pourrait pas subsister longtemps.

Nous l'avons éprouvé fortement la première année où nous étions moins rodés ; en effet nous n'avions pas mesuré à quel point il faudrait s'appuyer sur tout le monde pour que l'aventure du jardin soit rendue possible. Toute l'équipe soignante est mise à contribution pour que ça marche : pas d'équipe, pas de jardin !

Accepter que ce qui a été commencé un jour devra être repris et continué par d'autres le jour suivant. Cela suppose une confiance mutuelle et que l'on se parle.

Certains patients ne supportent pas les malentendus et les « râtés » inévitables et nous demandent d'instaurer un tableau pour écrire toutes les consignes. Nous ne sommes pas très favorables à cela. Nous préférons insister sur le fait d'avoir à compter sur les autres. Cela va à l'encontre de la tendance actuelle et du discours ambiant qui nous pousserait à l'autonomie à tout prix et à agir de manière autonome.

C'est ainsi qu'au jardin on essaie de créer toutes sortes de situations où le travail demande à ne pas se faire tout seul.

Dans cet esprit, nous n'avons pas voulu écrire une Charte du Jardinier. Le travail repose plutôt sur un pacte, un pacte symbolique qui engage chaque personne, montrant-là que c'est grâce à nous tous que nous pourrions continuer à prendre soin du jardin.

Pour conclure rapidement,

« Cultiver un jardin » au niveau de notre institution a apporté un formidable élan, une dynamique et une ouverture sur l'extérieur. Il nous semble avoir des effets importants pour nos patients.

Ce nouveau lieu peut nous donner quelques pistes de travail clinique. Il est intéressant de constater, par exemple que, du côté de la névrose, la problématique serait souvent liée à la notion de propriété avec l'idée de s'attribuer un petit carré de terrain et d'en être l'unique gardien. Alors que du côté des psychoses, il s'agirait plutôt d'accompagner ces patients à faire en sorte que cette terre ne leur reste pas totalement étrangère.

Par ailleurs l'espace du jardin vient poser, me semble-t-il, des questions spécifiques autour de la paranoïa qu'il serait intéressant de développer et de travailler.

Juste un dernier mot pour vous dire que l'an dernier un prix a été attribué à notre projet par l'association «Jardin et Santé» dont le siège se trouve au Potager du Roi à Versailles. Grâce à leur aide financière nous avons pu procéder à quelques investissements très importants pour l'avenir de notre jardin... sur lequel nous allons continuer à veiller avec la plus grande attention.

Je vous remercie.

4. Illustration clinique : le cas de Félix. Sylvie Jurion-Perrot.

A travers leurs exposés, mes collègues ont témoigné comment par le détour de « l'atelier plantation » puis de l'atelier jardin, un processus de métaphorisation trame notre pratique au quotidien.

Les petites graines qui germent, le sol qui les accueille, l'arrosage des plantes fait entendre par les signifiants qu'elles font circuler, les questions les plus intimes : celles qui concernent la vie, la mort et nos origines.

Ainsi nous amènent-elles à réfléchir sur le « sexuel » dans la clinique. Cette question d'une clinique sexuée a été mise au travail par notre équipe à l'hôpital de jour.

Je vous fais part de quelques éléments de réflexion à travers ce cas clinique, celui d'un jeune homme de vingt cinq ans, que nous appellerons Félix, qui vint à l'hôpital de jour après un parcours psychiatrique déjà long commencé à l'adolescence. Il réchappe par miracle à dix sept ans d'une tentative suicide par pendaison, et développe une symptomatologie où domine une certaine impulsivité et un repli fréquent dans un monde imaginaire peuplé de super héros qui se font la guerre. Son souci, son obsession même, tient en deux mots : femme, travail. Il n'a jamais pu accéder à la jouissance sexuelle, du moins avec une femme. De cela, il parle très facilement, tant au cours des entretiens individuels que dans l'institution.

Le trajet de Félix au sein de l'hôpital de jour, par la rencontre avec ce lieu et le positionnement affirmé des soignants dans leur fonction, va permettre qu'un déplacement s'effectue. Ce déplacement témoigne d'un changement de statut, d'une con-version, où, de englué dans le pulsionnel Félix se positionne pas à pas comme sujet marqué du manque symbolique.

Nous tenterons de rendre compte de la nécessité pour nous soignant de soutenir une demande adressée. Cette demande couplée à la transmission de l'impossible n'est-elle pas garante des lois de la parole et du désir ? A son arrivée en 2007, ce jeune patient est comme un bloc. Massif dans son corps, au discours et à l'élaboration pauvre, il impressionne par la crudité de son propos et sa violence patente.

Notre tâche est de rencontrer Félix là où il en est : non pas dans la forclusion du pulsionnel mais dans une tentative de vivre avec pour le border peu à peu par des mots qui lui donnent sens. Nous proposons à Félix d'être d'abord accueilli à l'hôpital de jour pour se poser. Il entend qu'il est attendu par des soignants chacun dans leur place et leur fonction. Son hospitalisation se structure alors autour d'espaces et de temps précis et différenciés, dont ceux avec le médecin avec qui il a rendez-vous dans l'institution deux fois par semaines. Précisons que ce médecin est un homme et que cela a son importance en ce qu'il représente pour Félix une fonction paternelle. Cette fonction médicale « paternelle » s'allie aux fonctions ergothérapeutes et aux fonctions infirmières. L'hôpital de jour par les soins en individuels et/ou collectifs offre à Félix un système symbolique qui lui permet à lui aussi de tenir une place.

La prise en charge individuelle par une femme ergothérapeute à l'âge de la maturité permet à ce jeune patient l'émergence d'un questionnement et un discours sur comment prendre une place avec l'Autre et plus particulièrement avec l'autre féminin. Par sa confrontation réelle avec les femmes soignantes de l'institution qui, si elles ne répondent d'où il les sollicite, ont du répondant, Félix éprouve ce qui fait énigme. Cela le déloge de sa position imaginaire, il entrevoit dès lors que *ça ne va ni de soi ni sans dire...*

Avec une de nos autres collègues, Félix a dans un premier temps un discours très allusif voire graveleux jusqu'au jour où il comprend qu'elle attend un enfant. C'est dans un après-coup, lors de trajets effectués en tram entre l'hôpital et une autre institution pour l'activité volley, que Félix se livrera avec nous à une parole authentique au sujet de cette collègue. Il dit être gêné par son ancienne attitude et vouloir s'en excuser auprès d'elle. Il nous fait part avec émotion de son désir d'être père un jour... un bon père... mettant l'accent sur la responsabilité engagée de donner son nom.

Petit à petit, il repère le parcours qu'il a effectué à l'hôpital de jour, pour lui quelque chose a eu lieu. Il découvre que « *par* » et « *avec* » les autres il se rencontre aussi différent de ce qu'il pensait être : avant j'étais un gros con ! dit-il. Cette énonciation rétrospective marque pour lui une temporalité et un processus d'historisation.

Félix s'inscrit dans la dette symbolique. Il aimerait nous remercier. Il ne sait comment faire, plaisante autour de cette question, question qui lui tient à cœur : « *j'aimerais bien inviter les soignantes sur l'extérieur, je sais que c'est impossible, je ne suis pas amoureux c'est autre chose* ». Plus tard, encore dans un après-coup, et toujours dans un processus d'élaboration, Félix nous dit qu'il aimerait écrire une poésie en slam en hommage à ces femmes.

A ce jour Félix poursuit sa route sur la voie de la subjectivité. Après un été douloureux (ré-hospitalisation à plein temps, divorce de ses parents, décès de son grand-père paternel), Félix revient à l'hôpital de jour. Il revient là où il a entendu ne pas être étiqueté psychotique, là où lui est permis de se frayer un destin d'homme en ne voulant plus tout rater. Comme il nous a dit dernièrement : « *aujourd'hui je préfère prendre la parole que reprendre du cannabis, j'ai envie de continuer à m'en sortir, cela prendra du temps mais j'ai envie de construire, d'avoir un boulot, une famille*. Ces mots ne sauraient mieux valider notre argument initial.

Le partage impossible ou le Médium opérateur - Place de l'in(ter)vention médiatrice soignante comme effecteur thérapeutique



Mmes le Dr Maryse DEFRANCE, psychiatre psychanalyste, et Marie-Madeleine DECARPENTRY, infirmière psychodramatiste, Hôpital de jour MGEN de Lille

Je vais vous présenter deux exemples de médiation thérapeutique : le premier au cours d'un atelier thérapeutique en hôpital de jour : Un temps pour soi

Le second au cours d'une séance de psychodrame analytique dans un groupe hors hospitalisation.

Deux situations très différentes autant par la méthode utilisée que par la population concernée mais qui ont en commun l'implication du soignant dans l'impact transférentiel, sa mise à son insu et les conditions de l'effectuation d'un acte comme thérapeutique.

La vignette clinique ci-dessous donne une illustration d'une création thérapeutique suscitée par la saisie par de l'inopiné à l'occasion d'une séance lors d'une activité thérapeutique de groupe au sein de l'hôpital de jour : le groupe « Un temps pour Soi ».

Ce groupe s'est constitué par la rencontre du désir de deux infirmières.

Les patients en hôpital de jour, le plus souvent psychotiques ou névrosés graves, portent malheureusement fréquemment à l'évidence du regard des tiers les stigmates de leur pathologie.

Les troubles de la représentation de soi, de l'identité, les difficultés d'ajustement de la distance dans la relation à l'autre, se traduisent par un corps ou massivement dense et

immobile (catatonie) ou désarticulé, disjoint (dissociation corporelle accompagnant la dissociation psychique). Le regard est mal accommodé. Venant d'un lieu insaisissable dépassant, traversant le corps de l'autre, ou au contraire chez un paranoïaque s'y arrêtant à l'excès. Le sujet paraissant alors réduit à ce mouvement orienté dirigeant le point image focal sur l'autre sans réflexion possible.

Confrontés au regard d'un sujet psychotique nous nous sentons déroutés, face à un semblable dont l'étrangeté nous renvoie de nous-mêmes une image troublante et angoissante. Peut-être une régression à un stade très archaïque marqué par l'enjeu de l'identification au stade du miroir ?

Les difficultés ou incapacités d'autonomie pour la gestion du quotidien, les insuffisances d'hygiène pouvant aller jusqu'à l'incurie, sont fréquentes, les incohérences diététiques aussi. Elles concourent à la dégradation de l'image corporelle aux yeux des autres. Les effets secondaires neurologiques ou métaboliques des psychotropes n'y arrangent rien.

Les deux infirmières étaient particulièrement sensibilisées à cette dimension symptomatique corporelle. L'une d'elle avait d'ailleurs fait une formation à l'esthétique et à l'animation d'un atelier d'esthétique.

Le projet du groupe Un temps pour Soi reprenait les techniques de l'esthétique comme support à un travail sur la connaissance de l'image de soi et le rapport au regard des autres.

Les techniques utilisées sont celles des soins de manucure, de soins de peau sur le visage, peu ou pas toujours de maquillage.

Les séances sont hebdomadaires. Le nombre de places dans le groupe est limité. Les patients s'inscrivent une semaine à l'avance.

Les infirmières participent en expliquant ou montrant les techniques sur elles mêmes. Elles ne font pas les soins sur les patients.

Séquence clinique avec Christiane.

Ce jour là six patients sont présents. C'est une séance consacrée aux soins du visage.

Christiane est une patiente de 60 ans psychotique schizophrène déficitaire, très marquée par la vie, mère de six enfants, séparée puis divorcée de son mari qui la battait. Les enfants ont été placés. Elle en a peu de nouvelles.

Il a fallu une intervention des tiers sociaux suite à la maltraitance des enfants pour que Christiane puisse échapper à son mari. Ses parents jusque là indifférents, maltraitants psychiquement, la recueillent alors.

Le contraste est frappant entre Christiane et sa mère très autoritaire, très élégante et bourgeoise. La violence est manifeste. La mère interdit à sa fille tout signe de féminité. Elle lui désavoue même une identité maternelle. Il est vrai que sinon elle pourrait se sentir coupable d'abandon vis-à-vis de ses six petits-enfants...

Mme D. infirmière se trouve au hasard des places face à Christiane lorsqu'il s'agit de travailler ensemble le soin de visage.

L'étonnement de Mme D est grand. Elle connaît Christiane depuis un certain temps. Celle-ci est un peu la gazette de l'hôpital de jour, se mêlant un peu de tout, toujours au courant de tout mais souvent utilisée, moquée, exploitée par d'autres patients. La maltraitance et la disqualification continuent...Mme D est son infirmière référente mais ne l'a jamais prise en charge dans une relation d'abord corporel.

Christiane semble dans l'incapacité de se regarder dans le miroir posé en face d'elle. C'est le moment d'appliquer un masque de soin sur le visage. Les infirmières expliquent comment faire : se poser une noix de crème sur le nez, le front, le menton puis les mouvements pour étaler, masser etc.

Christiane s'en met partout. Le front devient les cheveux, le nez, la bouche, si ce n'est dans les yeux...

Tout à coup, Mme D se surprend elle-même dans le geste de repousser le miroir, de se poser en modèle, en miroir vivant face à elle. Elle effectue un soin sur elle-même et propose à la patiente de « copier sur elle ».

Christiane alors très appliquée répète, imite les gestes et arrive ainsi à trouver à peu près la géographie de son visage et toujours en miroir où poser la crème et l'étaler en évitant les yeux et la bouche.

Durant ces quelques minutes quelque chose d'intense se passe dans le face à face.

L'infirmière se sent s'isoler du reste du groupe, perçu seulement comme une ombre, et entrer dans un ressenti de corps à corps avec la patiente. Corps à corps particulier puisque dans ce visage déformé, grimaçant, désuni, ravagé par la maladie, le regard est vide, sans expression, même si Christiane s'accroche, tente de regarder l'autre avec beaucoup d'application, ce qui n'est pas du tout coutumier chez elle.

L'infirmière se sent flottante. Un trouble l'envahit, la sensation fugace d'être elle-même face au miroir : ce visage tourmenté, déformé, qui lui fait face serait-il le sien ? Cette sensation d'étrangeté si vive et intense, hors du temps, cette dépersonnalisation, serait-ce cela que vit habituellement Christiane ?

Pas plus qu'elle ne sait comment cette éclipse est advenue, Mme D ne se souvient comment elle est revenue sur terre. Mais elle est revenue avec le sentiment de s'être enrichie d'un instant de rencontre hors du commun, celui qui accompagne un acte signifiant où un Sujet se reconnaît après coup.

Une rencontre, un partage improbable avait été possible.

Au fil des séances suivantes peu à peu Christiane a pris de l'autonomie par rapport à Mme D. Elle a repris place parmi les autres patients. Elle se débrouille maintenant seule pour les soins du visage.

Rassurée d'avoir réussi à faire comme les autres Christiane s'est risquée un jour à se maquiller un peu et à repartir embellie affronter le regard de sa mère.

Embellie ? D'autres soignantes, extérieures au groupe, se sentirent poussées à intervenir pour qu'elle se « débarbouille » avant de sortir de l'hôpital. Elle la trouvaient fardée comme un clown. Cela n'était pas apparu comme tel aux membres du groupe qui avaient vu avec

bienveillance surtout son désir de se faire belle malgré ses maladresses. Les trouvaient-ils très anodines ? Et d'ailleurs les avaient-ils même vues ces maladresses ?

Par contre, pour retourner dans le monde extérieur à l'espace protégé de l'hôpital de jour, sans doute était-il opportun de conseiller Christiane pour qu'elle offre au regard des tiers une image plus neutre....

Et pour les soignantes prises dans le transfert archaïque il était essentiel, pour pouvoir se risquer à l'expérience de rencontre avec l'étrangeté du monde de l'autre, de se sentir toujours tenues par la garantie d'une référence institutionnelle, du garde fou de la bien-veillance des autres.

Deuxième cas clinique : Juliette

Elle participe à des séances de psychodrame analytique pour des adolescents ou jeunes adultes non autonomes socialement dépendant de leurs familles. Il s'agit d'une thérapie individuelle en groupe telle que pratiquée à la SEPT avec deux thérapeutes : un animateur et un observateur qui alternent les rôles à chaque séance.

Nous sommes début juillet. Les participants ne sont que 2 au lieu des 6 habituels. En principe quand le nombre est restreint il est proposé des entretiens individuels avec l'un ou l'autre des animateurs. Cette fois cependant un jeu de représentation est tenté. La suite montre qu'ils ne le savaient pas avant coup mais qu'ils avaient raison.

C'est madame M. qui anime. Son collègue est observateur.

Pierre parle en premier de son inquiétude par rapport aux résultats d'examen .

Juliette elle n'est pas inquiète. Elle est brillante et sait qu'elle a réussi son année. Par contre elle sait aussi qu'elle va partir comme l'an dernier travailler dans une colonie de vacances . Elle l'appréhende parceque la règle dans cette colo c'est la polyvalence : accompagnement, cuisine, ménage....

Sa peur c'est la cuisine. Elle est figée, bloquée par l'angoisse devant les fourneaux. L'an dernier elle avait réussi à s'arranger avec une autre animatrice mais le pourra-t-elle cette année ?

Mme M propose d'associer là-dessus et de fil en aiguille on en vient aux repas à la maison, de la préparation à la consommation.

Cela se passait très mal. Juliette refusait de manger ce que sa mère cuisinait. Elle trouvait que ce n'était pas bon. Elle ne pouvait pas avaler.

Jusque là la relation à sa mère, décédée, avait toujours été évoquée comme bonne. Mais là, de l'impossible surgissait.

Dans le jeu scénique Juliette a dix ans, sa mère sert le plat. Juliette trie tout, décompose la préparation : elle « décuisine ». « tu n'aimes jamais ce que je fais » dit la mère...

Dans l'échange qui suit le jeu Juliette rapporte qu'à son grand étonnement vers 18 19 ans elle s'est mise à aimer les plats qu'elle refusait à sa mère. Celle-ci venait de mourir.

Pierre qui jouait le rôle de la mère commente alors que « c'est bizarre, on dirait que quelque chose n'est pas dit, du non dit »

Mme M relève et relance Juliette. « il y a eu un moment où j'aurais voulu pouvoir parler à ma mère ». A l'école elle était l'objet de railleries, de commentaires plus ou moins caustiques. Elle est physiquement typée (brésilienne) et les autres mettaient l'accent sur l'étrangeté entre elle et sa mère, questionnaient sa filiation.

A cette époque là elle ignore ou a refoulé la vérité sur ses origines.

Elle brûle d'envie de poser des questions mais n'y arrive pas. Elle est bloquée par la peur de lui faire de la peine.

Il n'y a pas trace d'un père.

La question de la paternité c' est la question de Pierre qui la travaille et qu'il travaille dans le groupe de psychodrame.

Juliette dira par la suite que c'est par sa tante(sœur de sa mère) après le décès de celle-ci qu'elle apprendra des fragments de son histoire et de son adoption : son origine brésilienne, qu'elle est le produit du viol de sa mère quand elle avait 13 ans et que celle-ci est morte en couches.

Revenons à la scène du jeu dans la séance.

A l'époque Pierre était très pauvre dans la verbalisation , très inhibé. Devant l'intensité dramatique de ce qui se joue Mme M se porte derrière lui, le soutient et en voix off porte le jeu de la mère.

Elle ressent alors dans son propre vécu l'actualisation d'une relation très archaïque entre elle et Juliette. Comme à l'âge où on donne à manger à la petite cuillère. La patiente prenait, ne refusait pas. Elle parle à voix basse, comme en confidence. L'animatrice du jeu accompagne et relance par une nouvelle petite cuillère : une cuillère à mots . Jusqu'à cette phrase qui marque la fin du jeu ; « quand on est plein de choses à dire on ne peut pas en avaler plus à moins de faire un rot .. comme ce soir »..

Dans ces deux vignettes cliniques on voit bien que le point commun est que la thérapeute se trouve appelée, happée dans une relation duelle alors que la pratique est une pratique de groupe et que l'enjeu est celui d'une inscription identitaire dans l'ordre de la filiation.

Le thérapeute l'est, thérapeute, dans le moment de l'invention : incarner un miroir dans le réel pour l'une, nourrir de mots dans le soutien du tiers qui défaille de dire la vérité pour l'autre.

Cela ne se joue pas dans le même registre pour chacune : pour Christiane nous sommes aux confins. Cela achoppe dès la constitution d'une représentation d'un moi corporel lié. L'orthopédie psychique symbolisée par le prêt d'image en miroir lui permet un aménagement de la relation sociale : elle est maintenant capable de dire non à d'autres patients, de ne plus être systématiquement vouée à la vaisselle des autres...mais reste dépendante de la présence tutélaire des soignants pour cela. En dehors de l'hôpital, en particulier avec sa mère, rien n'a changé encore...

Juliette, certains la qualifieraient d'état limite. Ce qui ne veut pas dire grand-chose. Sur le plan structure de personnalité, sa position de sujet dans le discours, la place de l'autre, l'absence de forclusion, signent une construction névrotique. C'est effectivement une personne qui a dans son histoire des trous radicaux dans le réel (viol et mort de sa mère à un âge d'enfance psychique encore) mais a eu la chance de vivre de bonnes rencontres adoptives qui ont permis l'inscription de la fonction du Nom du Père.

Au fond pour chacun le trou dans le savoir, le Réel de l'impensable de la conception et de la naissance existe. C'est d'être imaginé, rêvé, aimé, parlé et comment, par l'autre qui nous préexiste, que peut advenir l'identification d'un sujet à une représentation d'un Soi dans le regard de l'autre (stade du miroir).

Pour Juliette, plus mal partie au départ dans la vie que Christiane, elle s'en tire mieux en fait grâce à cette fonction maternelle pas-sans-père assurée par la mère adoptive, pourtant célibataire. Il s'agit bien ici de la fonction du nom du père et pas de la présence dans la réalité d'un homme.

C'est là, à partir d'histoires d'enfants, que je vais vous emmener quelque part en Arabie, au pays des Il était une fois, des mythes, des contes et des comptes.

Commence le voyage, les transports sur la route du Soi, d'un avoir à/en Soi.

L'histoire du Chameau de justice se transmet depuis des lustres dans les écoles de Droit. Ce n'est pas un hasard si le Droit est impliqué. Il s'agit bien de la construction de la règle, de ses impasses, de son effectuation et de ses effets.

Une ancienne tradition bédouine rapporte ce récit :

Un père, riche cheikh, sentant sa fin prochaine prie ses dispositions pour régler sa succession. Voici les termes du testament : son troupeau devrait être réparti entre ses trois fils selon la répartition suivante :

- le premier en vertu du droit d'aînesse recevrait la moitié du troupeau
- le second hériterait du quart
- le cadet quant à lui se contenterait du sixième.
-

Lorsque quelque temps plus tard il mourut ses fils furent bien embarrassés. Le partage selon la volonté paternelle et la tradition successorale se révélait en effet impossible. Le troupeau comportait 11 chameaux. Onze est un nombre premier indivisible sauf par 1 ou lui-même.

S'en suivit une période troublée de conflits et de querelles à propos de l'héritage et du partage impossible. Cela aurait pu durer des décennies et engager la descendance de chacun dans une guerre de succession. Ils parvinrent cependant à convenir ensemble de s'en remettre à la sagesse d'un tiers pour se tirer de ce mauvais pas.

Ils s'adressèrent à un sage, le khadi, qui, après avoir entendu chacune des parties, prit un temps de réflexion, traça quelques lignes dans le sable et finalement déclara :

« Prenez un de mes chameaux, faites votre partage selon la volonté paternelle et, si Allah le veut, vous me rendrez mon chameau ensuite.

Interloqués mais peu désireux de contredire cet homme sage, dont la parole faisait autorité dans la communauté, les fils s'en retournèrent chez eux avec le chameau du juge.

Ils ne tardèrent pas à réaliser l'ingéniosité du khadi : avec douze chameaux le partage devenait fort aisé : 6 pour l'ainé, 3 pour le second et 2 pour le troisième. Chacun reçut ainsi sa part et le chameau du khadi fut restitué.

Attardons nous un peu sur cet apologue.

Dans le champ mathématique le partage est peu satisfaisant puisque impossible, tout au moins en arithmétique.

Si on utilise les nombres décimaux et les fractions cela n'est pas plus opportun.

Il y a un reste. Une part ne peut être attribuée. $11/2 = 5,5$ pour le premier, plus $11/4 = 2,75$ pour le second, plus $11/6 = 1,8$ pour le troisième, cela fait 10,0833 soit un reste de 0,9167 chameau.

Le découpage de chameau est mal venu dans une économie vivrière nomade. De plus ce n'est pas respecter le problème du partage tel que posé par le testament du père.

L'art des savants consiste à inventer des outils qui permettent de résoudre des impossibilités ou des paradoxes. Comme par exemple l'impossibilité d'écrire un carré négatif ($i^2 = -1$) ou $i = \sqrt{-1}$.

La difficulté est levée par l'invention des nombres complexes dont le premier s'appelle nombre imaginaire.(!) Si les mathématiques sont des pratiques sans ambiguïté, de certitude, puisque même les conditions d'indécidabilité sont inscriptibles, les mathématiciens eux témoignent à leur insu de leur prise dans le champ du langage, dans le jeu du signifiant et des formations de l'inconscient.

Mais à quoi servirait un chameau imaginaire dans le désert pour de braves nomades ?

Ce qui permet de sortir de l'impasse c'est l'intervention d'un juge qui porte secours à la limite des mathématiques.

C'est l'intervention du sage, du juge, par le biais de l'introduction d'un douzième chameau virtuel au regard de la fortune paternelle dans le partage, qui permet de sortir de l'impasse.

Le prêt de chameau comble le déficit révélé par le testament paternel. De plus chacun s'en sort avec un gain au lieu d'une perte qui serait la conséquence d'un partage strictement mathématique du troupeau au de 11 chameaux.

Si on étudie des variantes de partage avec d'autres nombres le calcul n'est pas plus satisfaisant.

Il faut de l'un en plus pour que la fonction paternelle s'inscrive.

Dans l'apologue le partage porte non sur les choses chameaux mais sur l'héritage paternel.

Ce qu'il a à transmettre qui s'imaginarise dans ses quadrupèdes c'est une parole instaurant la filiation. Qui ne peut être que problématique.

Forcément ça ne tombe pas juste.

Il n'y a pas plus de rapport filial que de rapport sexuel qui puisse s'écrire.

Quel rapprochement peut-on faire entre cette histoire de chameaux, de mathématiques, d'héritage, et la clinique quotidienne ?

Dans les pays du « il était une fois » des contes, dans l'Arabie où se situe l'histoire du cheikh, de ses fils et du khadi, l'organisateur du lien social c'est la parole.

Dans notre société moderne l'argent a la fonction d'équivalent universel. Le rôle d'entre-deux, de relation médiatrice représentée par le chameau du khadi est relayé par l'équivalent monétaire. Le risque serait de partager la valeur de l'héritage au sens de l'économie monétaire (la valeur marchande d'un chameau par exemple) et non l'héritage dans toutes ses dimensions en particulier de l'inscription dans l'ordre de la reconnaissance de la filiation.

La valeur marchande, le droit des biens qui permet de mettre de l'ordre par l'objet monétaire, l'emprise économique c'est ce qu'il en est quand on administre le Bien de la personne. (et la mère de Christiane s'y entend dans les comptabilité des biens de Christiane..)

La médecine dite scientifique, pragmatique, bien loin de la pratique de l'art médical, protocolise la juste distribution du bon traitement, de la bonne pratique, tels que les définissent les bons traités écrits par les bons savants pour obtenir le bon résultat d'une bonne adaptation comportementale sociale et faire de bons citoyens bien intégrés dans une bonne cité.

Tel serait l'héritage à recevoir des maîtres et à transmettre.

Pourtant, comme nous allons le voir la réalité de la pratique de soins est d'une autre facture.

Il y a une analogie entre la position du khadi et celle du thérapeute.

Tous deux sont consultés pour sortir d'une impasse, permettre que le cours de la vie reprenne, ne reste pas arrêté ou détruit par les effets d'une partition impossible.

La limite de l'analogie se trouve dans la distinction des savoirs, des positions par rapport au savoir.

Le khadi sait ce qu'on lui demande : éviter le dépeçage des chameaux ou l'étripage des frères entre eux. Et il sait comment y parvenir. C'est sa qualité de khadi de le savoir.

Le thérapeute, lui, sait qu'on lui demande quelque chose mais il ne sait pas quoi et ne sait pas comment il va pouvoir faire ce qu'on espère de lui.

Ce qu'il sait c'est que ça a à voir avec l'inscription partageante de la parole. Inscription qui ne pourra advenir que s'il y met du sien là où il ne sait pas avant coup ni où il est, ni où il est attendu, ni par qui ni pour quoi.

Et il faudra qu'il récupère sa mise.

Pour tout cela il peut compter sur un pari. Un pari positif, une supposition anticipative : il suppose non pas du savoir mais du dire chez l'autre. C'est le contrepoint de la supposition côté patient dans le transfert : le thérapeute comme sujet supposé savoir.

S'il n'y a pas cette supposition côté soignant : « il y a de l'être parlant », rien ne peut se jouer.

Et parfois, ou souvent avec des sujets psychotiques au discours très stéréotypé ou dissocié, il faut une bonne dose de foi dans l'être.

L'efficience du khadi tient à ce que les frères fassent appel à lui comme sujet supposé savoir dire le droit du partage selon le message paternel. Il est légitimé donc opérant parce que extérieur, étranger non intéressé dans le partage, mais il est aussi un pair parce que participant de la reconnaissance de la parole paternelle comme fondatrice de l'identité dans la filiation, de la séparation du Tout maternel.

Quel effet l'altérité du soignant au regard du sujet psychotique et de la psychose peut-elle produire de part et d'autre ?

La transaction peut-elle s'effectuer sans dommage, sans éclatement, sans dépeçage, sans mutilation psychiques ?

Et le soignant est-il assuré de récupérer sa mise ?

Du côté du sujet psychotique la question reste ouverte de la possibilité qu'un reste, une trace puisse s'inscrire dans le symbolique, dans du pensable, et non dans le réel du corps ou dans

l'efflorescence du délire. Le thérapeutique se limite souvent pour lui dans un aménagement imaginaire plus consistant, moins angoissant, une capacité (re)trouvée d'aménagement de vie ouvrant à une possibilité limitée mais existante d'accès au plaisir ou au moins à une moindre douleur.

Quand l'opération rate, quand la partition symbolique s'avère impossible, la destructivité l'emporte parfois dans le corps du soignant lui-même, ou du patient, ou dans le corps institutionnel : violences, clivages, passages à l'acte, ruptures, crises clastiques...

Pour des patients gravement névrosés comme Juliette dont l'histoire est marquée par des trous dans le réel (le viol, la mort avant d'avoir pu dire) le thérapeute doit y aller de son être marqué par la fonction structurante et organisante de la parole et du fantasme pour prêter des représentations liées à celui qui a faim de mots (la petite cuillère à mots). Il y va de son être tant il est vrai que s'il y a eu transfert et acte thérapeutique les deux protagonistes (le patient et le thérapeute) en sortent transformés. Et parfois n'est pas thérapeute seulement celui qu'on attendait là : Pierre a interprété dans le transfert : « il y a du tu, du non dit » parce que la question de la filiation, c'était une question qui le travaillait lui.

Les médiateurs thérapeutiques sont parfois d'autres patients pour peu que leur savoir transite par les soignants qui lui donnent sa légitimité pour l'autre souffrant et pour lui-même.

Qu'est-ce qui distingue une pratique dans un atelier d'animation ou d'expression artistique par exemple de l'utilisation du même support dans un atelier thérapeutique ?

Pour qu'il y ait médiation thérapeutique il faut que le désir du soignant soit accroché dans le transfert avec le patient et dans la technique utilisée.

Nous ne sommes pas interchangeables.

Le vrai médiateur thérapeutique pour moi c'est le soignant.

C'est à travers lui que ça transite.

Il faut bien un 12^{ème} chameau dans l'affaire pour qu'une opération impossible s'effectue.

Avec des patients qui nous sollicitent aux confins de l'univers, près du big bang de la naissance, le tricotage de nos représentations, nos théories ne suffisent pas. Nous avons besoin d'appuis comme le sage a besoin du sable pour écrire son équation mathématique et trouver une solution, d'un chameau réel à engager dans l'affaire.

Ces appuis nécessaires, ces supports de nos psychés au travail de créer de l'ex-sister, ce sont les techniques proposées dans les ateliers thérapeutiques.

Les outils ne valent que par l'usage qu'on en fait.

Les techniques ne valent rien en elles mêmes. Elles ne valent que ce que le désir des soignants, qu'elles supportent, peuvent y mettre d'efficience.

Pour qu'il y ait médiation thérapeutique il faut que le désir du soignant soit accroché dans le transfert avec le patient et qu'au-delà du plaisir ou de l'aisance que le soignant a dans la pratique de l'outil, celui-ci fonctionne pour lui, consciemment ou non, comme outil à penser le cas ou les cas des patients concernés. Une invention à renouveler à chaque fois.

Un groupe chant en hôpital de jour



Mme Hélène VIALLE-TASSIN, Hôpital de jour
Thiers, Grenoble

INTRODUCTION

Je vais vous parler du groupe chant que nous avons mis en place voilà un an à l'hôpital de jour pour enfants de la rue Thiers.

En préambule, je voudrais souligner comment est née l'idée de ce groupe.

Au cours d'une journée institutionnelle, mais lors d'un temps de pause, notre conversation est venue sur le chant, sur ce que nous aimions chanter. Cette conversation était amicale, gaie, elle faisait appel à nos souvenirs, notre vécu émotionnel et à notre plaisir de chanter, d'utiliser ou de jouer avec notre voix.

C'est dans ce contexte que le Docteur Claude Bertrand nous a suggéré la mise en place d'un groupe chant à l'hôpital de jour.

Ce groupe est donc né de cela, du plaisir de l'échange, du plaisir du chant, mais aussi de la demande du médecin responsable de l'HJ, qui de fait, validait notre plaisir de chanter et le faisait accéder à quelque chose d'organisé.

A partir de là, nous avons essayé de penser le groupe à partir de l'objet pulsionnel qu'est la voix.

- En quoi pourrait-il être bénéfique aux enfants que nous accueillons ?
- Sur quels appuis théoriques nous pourrions nous appuyer ?
- Et comment le formaliser ?

Mais d'abord

Quels sont les enfants accueillis à l'hôpital de jour ?

Ce sont des enfants de 6 à 12 ans, dont les pathologies vont de l'autisme à différentes modalités de psychoses ou graves dysharmonies.

Ce que nous pouvons constater c'est que leur rapport à la voix est le plus souvent particulier, notamment en ce qui concerne l'énonciation.

- mutisme ou parole très limitée
- énonciation qui n'est pas adressée
- sons, bruitages, mots escamotés
- répétition d'énoncés, comme des phrases entières sorties de leur contexte (extraits de films, de dessins animés, de publicités)
- difficulté à placer sa voix.

C'est à dire que cette perturbation ne concerne pas seulement l'énoncé, le contenu de la phrase, lui-même souvent singulier, mais surtout la façon de l'exprimer.

Ceci nous a amenés à nous interroger sur :

- la mise en place des premiers échanges langagiers, et au delà, sur la fonction de la voix.
- sur le chant et sa fonction, sur ce qu'il permet d'exprimer ou d'expérimenter.

Nous nous sommes appuyés dans un premier temps sur ce qui se passe lors des premiers échanges mère – bébé et sur comment émerge le langage chez l'enfant. Nous savons que cette émergence n'est possible que parce que le langage est déjà là, avant l'enfant. On le parle, et on lui parle avant que lui-même n'y entre par son premier cri, puis ses sons et son babil. Déjà avant de naître, il entend in utero la voix de sa mère et de son entourage.

Dès 4 mois, le fœtus commence à recevoir des informations en rapport avec la voix de sa mère et il va peu à peu pouvoir la distinguer de toutes les autres voix qui l'entourent.

Je me suis appuyée sur les travaux de psycholinguistique, notamment un article de Cabrejo Parra « *La construction du langage chez l'enfant* » ainsi que les travaux de psychanalystes qui se sont intéressés à cette question. Je citerai Hervé Bentata dans un texte intitulé « *Psychose de l'enfant et langue maternelle* »

Le bébé, dès sa naissance, nous dit Cabrejo Parra, va mobiliser ses capacités de discrimination auditive des voix -celle de sa mère et celles des autres personnes de l'entourage- et des visages ; il va passer de la grammaire du visage à la prosodie de la langue et à l'intonation car il y a une harmonie permanente entre cette musique de la langue et les positions du visage.

Tout bébé réalise pendant ses 3 premiers mois, un travail silencieux non observable directement, de capture des traits acoustiques des voix qui l'entourent et s'il est sourd et muet de la grammaire du visage.

L'inscription de tous ces traits acoustiques en rapport avec la voix va permettre au bébé d'émerger en tant que sujet énonciateur sous la forme du babil.

Cependant, s'il existe, chez les bébés qui vont bien, une appétence particulière à la musique de la langue, il faudra, pour que l'enfant puisse passer du cri au babil et à la parole, des conditions d'accueil particulières.

Psycholinguistes et psychanalystes ont décrit une proto conversation entre la mère et le bébé, qui, pour qu'elle fonctionne, doit avoir des caractéristiques formelles et acoustiques.

Cette langue des mamans, étudiée dans de nombreuses langues autour de la terre, et qui a été appelée le "*mamanais*" est caractérisée par le fait de parler au bébé sur un ton chantant une octave plus haut que dans la conversation courante, d'utiliser un rythme plus lent et plus marqué, de faire entendre des pics prosodiques, avec un son qui s'envole en fin d'énoncé. C'est une « sorte de chant des sirènes » nous dit Hervé Bentata « qui fait tressaillir et défaillir les nourrissons ».

Les bébés sont sensibles à ces sons montants et descendants qui semblent renvoyer à une approbation et au message émotionnel véhiculé par la voix.

Des auteurs ont mis l'accent sur l'alternance entre des énoncés qui ressemblent à des questions et qui indiqueraient qu'elles doivent recevoir des réponses. Celles-ci sont entrecoupées de pauses comme si elles laissaient au bébé le temps de l'assimilation ou de la réponse avant une nouvelle vocalisation.

Dans leurs travaux sur les conditions de mise en place de cette relation mère -, bébé, les psychanalystes Hervé Bentata, C. Crespin et MC Laznik ont insisté sur l'importance de l'illusion anticipatrice de la mère (ou de l'Autre maternel)

Ainsi que fait la mère

- elle parle au bébé d'une certaine façon et elle le captive
- elle est à l'écoute de ses productions et de ses vocalises et elle les accueille
- elle y répond en y reconnaissant des ébauches de mots et du sens (mmmmm → « il a dit maman »)

En isolant les sons, en les interprétant, elle introduit des coupures et du sens, et ce faisant, elle permet que se mettent en place les opérations fondatrices d'aliénation primordiale et de séparation symbolique, l'introduisant ainsi aux signifiants de la langue dont elle est porteuse.

Mais, pour que cela soit possible, il faudra non seulement que la mère soit désirante à l'égard de son bébé, mais que le bébé lui-même soit en mesure d'entrer dans ce désir.

Au fur et à mesure de son développement, dans toutes les civilisations, les mères et les proches de l'enfant auront à cœur de l'introduire dans la culture et dans la langue en le nourrissant symboliquement par des petits jeux, des poésies, berceuses et comptines et des chants.

Mais avant de parler du chant et de comment nous l'avons utilisé dans notre travail je vais reprendre quelques concepts de la pensée de Denis Vasse dont M Bertrand vous a parlé dans son introduction.

Denis Vasse pense l'émergence de la voix, dans ce temps inaugural de la naissance, où elle surgit à la fois dans le cri que pousse l'enfant, et dans l'acte de nomination de ses parents. Pour lui, le moment de l'accouchement est la conjonction de ces trois temps que sont

- 1 - l'attention portée au cri de l'enfant
- 2 - l'acte de nomination des parents
- 3 - la fermeture de l'ombilic

Désormais, le corps à corps avec l'enfant sera médiatisé par la voix, celle du bébé, aussi bien que celle de la mère ou du père.

La fermeture ombilicale en détachant l'enfant de sa mère fait que désormais, il est assigné à résidence dans ce corps là. Cependant, si l'ombilic est clôture du corps, la voix, elle, traverse la clôture sans pour autant la rompre, elle la signifie au contraire comme lieu d'un sujet qui ne se réduit pas à la localisation corporelle.

Ainsi, nous dit-il « *la voix entendue et proférée déloge l'homme du corps biologique où il est assigné à résidence dans l'espace et dans le temps et lui fait habiter le langage. Elle lui donne un nom dans lequel il vient à se signifier, sujet parmi d'autres, dans un discours qu'on lui fait tenir avant qu'il ne le tienne* »

La voix se situe dans l'entre-deux du corps biologique et du corps de la langue.

Ancrée dans le corps –qui lui donne son poids de chair à travers les organes qu'elle mobilise ou qui la font résonner, elle le prolonge bien au delà de ses limites- en elle s'articule le son, et le sens, la résonance et le raisonnement. Par elle, la présence devient discours pour quelqu'un.

La voix est donc le support de la parole, son vecteur, elle a pour fonction de sonoriser le signifiant. Chacun a sa propre voix et on reconnaît quelqu'un à sa voix. Ecouter quelqu'un, nous dit Denis Vasse –entendre sa voix- demande de la part de celui qui écoute, une attention qui n'enferme l'interlocuteur ni dans son discours ni dans le lieu de son corps (dans la pure sonorité de la voix), mais ouverte à l'entre-deux du corps et du discours.

Ainsi parler, entrer dans la parole c'est se faire sujet pour quelqu'un, c'est accepter de passer par les signifiants de l'Autre, c'est prendre le risque de l'acceptation ou du refus.

Entrer dans la parole c'est aussi, nous l'avons vu, pouvoir y être agréé, que cette parole soit reconnue et approuvée.

Nous constatons tous les jours en hôpital de jour combien il est difficile pour les enfants psychotiques d'entrer dans la langue en leur nom propre, d'accéder à une position de sujet de leur propre discours.

En partant de cette constatation de la difficulté pour eux d'une adresse à un autre, d'un partage de la parole, nous avons donc essayé de penser le chant comme un espace de médiation thérapeutique.

Le chant n'est ni son pur, c'est-à-dire ni seule résonnance, ni discours raisonné, il est émission sonore, mais il n'est pas forcément adressé. Il est jeu avec les sons, avec une mélodie, c'est-à-dire une succession de mots organisée de façon à être agréable à l'oreille, et en même temps avec des signifiants. Mais ces signifiants peuvent être et sont souvent dans les chansons enfantines déconnectés du sens.

Dans le chant, on joue avec la langue en tant que sonorité, déjà prise en partie dans le langage mais pas tout à fait, on peut ne rien comprendre, ça peut ne rien vouloir dire. D'autre part, la voix dans le chant ne sert pas à adresser une demande à un autre (il s'agit de faire ensemble).

Le chant en appelle au corps, au rythme ; le rythme est ce qui rappelle les mouvements les plus archaïques entendus déjà in-utéro, tels les battements du cœur de la mère ou sa respiration, et plus tard l'expérience du balancement, qui est un moyen utilisé par les parents pour calmer l'angoisse du bébé, le faire patienter ou l'amener au sommeil (et que l'enfant reprend parfois seul).

Il en appelle à la résonnance : au jeu avec les sonorités comme dans le babil (jeu avec les syllabes longues/courtes – ouvertes/fermées), avec l'intensité, (force ou douceur), avec l'alternance : sons / silence et ainsi il en appelle au jeu avec le temps. Mais ce temps est déjà un temps organisé selon le désir de l'Autre, organisé autour de l'expérience du corps et de la circulation des objets pulsionnels. Un corps « *subtilisé par le langage* » nous dit Denis Vasse, la mère et les premiers autres venant nommer et interpréter l'expérience corporelle.

Il est émis dans l'espace aérien, dans l'air, qui est le lieu où s'élaborent tous les signifiants du désir, qu'ils soient olfactifs, visuels, tactiles ou verbaux, et qui est aussi l'espace des autres.

Le rythme et le temps dans le chant s'expriment par des sons qui reviennent là où ils sont attendus. Cela finit souvent pareil, cela se boucle, cela s'arrête et recommence. Il y a de la répétition, c'est-à-dire du retrouvé.

Dans le chant nous pouvons être ensemble, à l'unisson. Il peut se partager, être jeu de reprise à deux, jeu de réplique de toi à moi, mais il peut aussi se chanter pour soi (pour se bercer, pour s'isoler, pour s'endormir)

Nous avons donc pensé ce groupe comme un lieu de rencontre autour du chant et grâce au chant. Nous espérons ainsi amener les enfants à faire ou à refaire l'expérience

de ce qui traverse le corps, le son, la voix, de l'éprouver ensemble, de le moduler, éventuellement à l'adresse des autres (d'éprouver ce qu'il reçoit des autres et ce qu'il adresse aux autres)

LE GROUPE :

L'an dernier, a fonctionné comme groupe ouvert : il concernait 4 enfants présents à ce moment-là à l'hôpital de jour. Nous les sollicitons à y participer, mais ils pouvaient sortir si cela leur paraissait trop difficile. La durée du groupe était environ d'une demi-heure. Nous étions 3 pour l'animer : Martine Scotti, Rachel Khemiri et moi-même, mais nous nous sommes largement appuyées sur la présence dans la maison des autres soignants qui pouvaient accueillir les enfants qui préféraient sortir.

Etant donné la pathologie des enfants, nous avons choisi d'utiliser des chansons tirées du répertoire des tout-petits, chansons qui peuvent être éventuellement mimées, nouant à un autre niveau le corps et la parole, et aussi chansons ne faisant pas appel à la compréhension, mais au jeu avec les sons et les rythmes, en commençant notamment par une chanson africaine (olé, olé, Maliba, Makasi).

Pour tenter d'en rendre compte je vais tenir le fil à la fois de ce qui s'est passé autour de 3 chants qui ont été marquants dans le groupe et le fil de ce qui s'est passé pour un des enfants que je nommerai Joachim. Je n'évoquerai que brièvement les 3 autres enfants que j'ai appelé Magali, Yohan et Vincent.

Le chant Olélé Olélé :

Il inaugure le temps du groupe et il est bien accueilli par 3 des enfants, sauf par Joachim.

(nous proposons d'abord l'écoute sur CD puis nous la reprenons ensemble. Ce texte est court, répétitif, rythmique, il évoque le balancement ; il s'agit des rameurs sur le fleuve et nous le mimons en même temps. Il y a un livret d'accompagnement que les enfants aiment regarder)

Joachim a manifesté tout de suite son désaccord en nous disant qu'il n'aime pas la musique, qu'il la déteste, et très vite, il dérange le groupe par son agitation, il doit sortir (nous lui disons qu'il peut sortir : ce qu'il fait).

En fait, il ne supportera jamais cette chanson, pendant tout le temps où nous la chanterons, c'est-à-dire au moment de la mise en place du groupe et puis à chaque fois que nous la reprendrons il ne pourra se joindre à nous, ou il sortira.

Il nous semble au début que c'est l'intensité du son qui le gêne. Il ne veut pas laisser le son entrer dans ses oreilles, il cherche à les boucher, parfois il crie plus fort que la musique et souvent il cherche à se cacher sous ou derrière un matelas, posé dans la pièce.

A un moment Rachel lui proposera de le tenir contre elle et d'amortir le son en mettant ses mains contre ses oreilles et celui lui permettra de rester un moment avec nous.

Parfois, il utilise des tissus pour se cacher des autres et à un moment nous lui aménageons même une cachette sous une table pour qu'il puisse être avec nous sans nous voir. Mais quand il sort du groupe, souvent il reste sur le palier, devant la porte, un peu décalé, mais à ce qu'il nous semble à proximité du son, c'est-à-dire dans une nécessaire distance.

Cette chanson de Olélé sera reprise sous différentes formes dans l'année, en jouant sur l'intensité du son et surtout sur des répliques sonores qui ont, je pense, fonction d'appel dans la chanson :

- Eèoh Eèoh
- Benguela Aya

En tout cas, nous les avons utilisées ainsi, l'une de nous lançant Eoh et demandant à un enfant d'y répondre, ce qui leur plaisait.

Nous jouions à cela, à chacun son tour en faisant varier la force, l'intensité, la hauteur.

Pour essayer de palier les difficultés des enfants qui s'agitent toujours beaucoup en début de groupe, nous essayons de créer des conditions d'écoute et de disponibilité en faisant quelques exercices de respiration, en soufflant l'air de nos poumons en émettant des sons... L'idée étant aussi de faire sortir le son sur fond de silence.

A cette occasion, Joachim a pu nous dire « le son va me détruire et me casser les oreilles ! » En fait, il n'a pas pu supporter un son seul, sans paroles et il a été obligé de sortir, se sauvant très vite.

Le bonhomme de neige :

C'est une chanson différente des autres, car ce n'est ni une comptine, ni une chanson de rythme, c'est un poème de Jacques Prévert mis en musique par Kosma. Elle a la caractéristique de se dérouler comme un récit, une histoire, mais il n'y a pas de refrain, ni de reprise et chaque couplet est différent (il y en a 3) Martine a introduit cette chanson pour essayer d'intéresser Joachim qui à ce moment là se passionne pour le bonhomme de neige.

En fait, cela a très bien marché pour Joachim.

Cette chanson a aussi beaucoup plu aux autres enfants qui ont vite appris les strophes (hormis Johan qui s'était mis en retrait) Mais Joachim a toujours été le moteur pour cette chanson et n'a cessé de la réclamer. C'est la première chanson qui a accroché Joachim et d'ailleurs la seule, mais au bout d'un moment il a décidé que c'était sa chanson et que nous n'avions pas le droit de la chanter. Il voulait nous boucher la bouche de ses mains, criait et exigeait de la chanter seul. Nous avons alterné dans notre position par rapport à ses exigences, le laissant chanter seul à des moments et à d'autres

moments disant que la chanson était à tous et pour tous. Le plus souvent, Joachim ne venait dans le groupe que pour le temps de cette chanson et puis il repartait, restant donc assez à l'écoute à l'extérieur pour entrer au bon moment.

La 3^{ème} chanson dont je voudrais parler est

La petite hirondelle : qu'est-ce qu'elle a donc fait la petite hirondelle ?

Cette chanson a amené beaucoup d'enthousiasme, notamment chez Vincent, et a permis à Magali de participer plus activement au groupe. Tous les deux ont su vite le texte par cœur et nous avons beaucoup joué à le chanter en faisant la ronde et à emprisonner les enfants. Johan depuis février montait en premier au groupe, mais restait accroché à sa chaise sur le palier et demandait qu'on le laisse tranquille.

Joachim, que nous avons plusieurs fois essayé de mettre dans la ronde, a persisté dans son refus et dans ce qui ressemblait à des attaques contre le groupe :

- il vient me chercher pour que je reste avec lui dans le couloir
- il entre dans la salle pendant que nous chantons et dit « pas celle-là ! une souris verte ! »

mais comme nous n'acceptons pas sur le champ il nous prend notre livre et l'emporte et chante la souris verte dans le couloir.

ANALYSE

Que pouvons-nous dire dans l'après coup sur ce groupe et en particulier sur ce qu'y a manifesté Joachim ?

C'est un groupe qui nous a demandé beaucoup d'énergie et beaucoup de remise en cause toute l'année, beaucoup d'efforts d'adaptation et de pensée pour essayer de le tenir, d'y intéresser les enfants. Nous l'avions imaginé au départ de façon un peu idyllique, nous pensions que les enfants y viendraient volontiers, portés par la musique et le chant et nous avons affaire à des enfants agités ou qui manifestaient ce qui nous apparaissait comme un refus de chanter ensemble et d'apprendre quelque chose de nouveau.

Magali, par exemple, pendant longtemps n'a pu rester dans le groupe que contenue par une adulte ou bercée sur les genoux, ou bien elle ne pouvait rester tranquille qu'à condition de regarder par la fenêtre en nous tournant le dos. Un jour elle s'est entortillé la ficelle d'un sac poubelle autour du cou pendant le groupe, et parfois elle sortait et criait dans le couloir pour tenter de couvrir nos voix.

Pourtant, malgré son peu de participation effective, nous nous apercevions qu'elle connaissait les chansons et souvent elle revenait dans la salle après le groupe pour les chanter seule, ou bien elle m'interrogeait en me voyant dans la maison « aujourd'hui on chante ? »

Ainsi donc, nous ressentons chez les enfants :

- d'une part quelque chose qui nous apparaît de l'ordre du refus
- d'autre part quelque chose qui s'inscrit quand même chez eux et peut-être malgré eux.

Alors la question qui peut se poser à nous c'est de quoi est fait ce refus ?

Si nous en restons à l'exemple de Joachim, nous voyons que c'est déjà un refus global :

- de la musique et du son
- et de nous-mêmes qu'il ne veut pas voir

Il exprime que ce son pourrait le détruire, lui casser les oreilles, et nous entendons qu'il a effectivement peur que ses oreilles soient réellement cassées, (qu'il n'y a pas là de métaphore ou de sens figuré)

Mais d'autre part, au delà du son, Joachim ne supporte pas

- que nous chantions
- que nous chantions en même temps que lui
- que nous chantions la chanson qu'il dit être la sienne.

Ainsi elle ne peut pas être partagée. Soit, il ne veut rien en savoir, soit elle est à lui seul.

Nous pouvons mettre cela en lien avec ce que nous ont rapporté ses parents de son histoire :

- depuis tout petit, il ne supporte pas le bruit ou la musique, il se bouchait les oreilles
- quand il est entré à l'école, il a fait otite, sur otite
- il n'a parlé qu'à 3 ans ½, il ne pouvait pas écouter.

Mais l'institutrice de l'hôpital de jour nous dit aussi : « il semble ne pas pouvoir ne pas entendre » pointant à quel point les bruits autour de lui le parasitent.

Je retrouverai chez lui cette très grande difficulté à se mettre en position d'écoute lorsque je le verrai pour la passation d'un test d'évaluation. Il aura le plus grand mal à accepter les consignes et me dira : « c'est moi qui pose les questions, c'est moi qui dit, je dis tout seul, moi-même »

Il me semble possible de dire que Joachim refuse dans la voix, dans le son, ce qui vient de l'Autre. Il refuse la parole en tant qu'elle sert à un sujet pour tenter de se dire et pour adresser une demande à un autre, mais aussi en tant qu'elle circule de l'un à l'autre et n'appartient à personne. Il peut être par contre captif des énoncés des autres, énoncés qu'il prend en masse et qu'il répète hors de tout contexte tel que « c'était une femme très généreuse et très gentille »

Il est pris dans un discours qui vient de l'autre, mais il ne peut le reprendre à son compte en tant que sujet.

En reprenant le concept de Denis Vasse et de Françoise Dolto, nous dirions qu'il ne peut avoir accès à la sphère du "subtil" mais qu'au contraire il se sent menacé d'intrusion de l'autre, angoissé de ne pouvoir fermer ses oreilles.

Dans le groupe, il a besoin de mettre une distance réelle entre le son et lui pour se protéger de celui-ci ou bien d'occuper une position de maîtrise.

C'est comme s'il ne pouvait accepter d'être délogé du "substantiel" pour s'ouvrir au monde organisé par la parole et nous percevons combien cela est douloureux pour lui, combien il a besoin de s'en défendre, de s'en protéger. C'est cette impossibilité là qui peut nous apparaître comme un refus. Cependant, la chanson qui l'a accroché n'était pas arrivée n'importe comment : elle était liée au désir de Martine pour lui, spécifique. On peut dire qu'il l'a prise au pied de la lettre, mais en même temps, de fait, en la chantant, il la partage avec nous.

Et nous voyons que même si le temps de groupe est souvent difficile, dans l'après coup, dans les temps autres, temps de récré, etc.... les chansons font leur chemin, sont reprises par bribes ou entièrement par les enfants.

ALORS EN CONCLUSION

Que faisons-nous dans ce groupe ?

Nous chantons ! Nous mettons de la vie. Nous sommes contentes de chanter et quand les enfants ne veulent rien savoir, parfois nous continuons à chanter pour nous faire plaisir.

Nous ne sommes pas là pour travailler la voix en tant que telle.

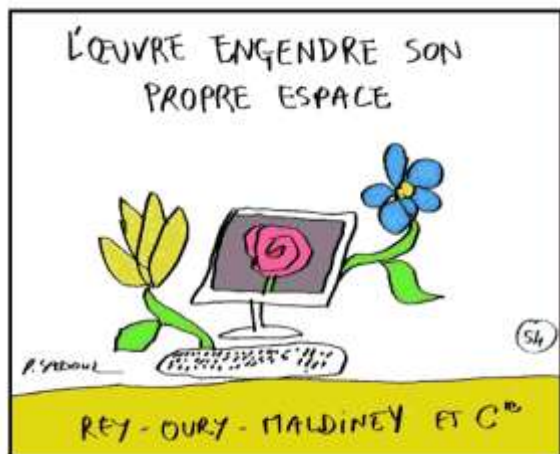
Nous créons un espace où nous sommes ensemble, reliés par la voix, mais aussi séparés.

Sans doute qu'ainsi nous reprenons la question des origines et du corps de l'enfant séparé de celui de sa mère.

Nous essayons d'amorcer quelque chose qui est de l'ordre du partage d'une émotion, d'un accès à l'autre à travers la voix.

Et ci cela peut faire peur à l'enfant, confronté à la crainte de la perte de ses repères, cela peut aussi lui permettre d'entrer dans un espace commun aux autres.

L'oeuvre d'art entre nous : penser l'art et la folie avec Henri Maldiney



M. Jean-François REY, professeur
de philosophie à l'université
d'Artois/IUFM

Permettez-moi tout d'abord de remercier le docteur Bissuel pour cette invitation à vous parler de l'œuvre d'art « entre nous ». Cet « entre nous », c'est ma manière propre d'entendre le mot « médiation ». Une œuvre d'art comme médiateur. Mais qu'est ce qu'une médiation ? Etre au milieu (medium), servir d'inter-médiaire. Le médiateur lie et délie. Pour dénouer une crise ou un conflit on nomme parfois un médiateur. Celui-ci délie, dénoue les fils embrouillés de la situation et il re-lie, il lie autrement, il agence d'une façon inédite les éléments de la situation. Longtemps formateur d'enseignants spécialisés, c'est de cette façon que j'interprétais la mission de re-médiation des enseignants spécialisés : ils ne pouvaient pas faire la même chose avec les élèves que les enseignants ordinaires et en même temps il ne fallait pas « mettre à part », reléguer les élèves en difficulté. Je ne sais pas si vous interprétez ainsi dans votre champ propre la notion de médiation. Pourtant c'est à cela que je pense chaque fois que j'assiste à un atelier d'écriture, à un atelier peinture ou à une écoute musicale. Je fais abstraction du contexte pour mieux y revenir ensuite : consultation, clinique, lieu de vie, école, CMPP, etc...

Pour expliciter mon titre (l'œuvre d'art entre nous), j'ai voulu placer cette communication sous l'autorité du philosophe Henri Maldiney, homme qui a beaucoup écrit sur l'art mais aussi sur la folie : « penser l'homme et la folie » est un de ses ouvrages les plus importants. Voilà pourquoi, à mon tour, je voudrais expliciter ce lien : « penser l'art et la folie ». Si j'y parvenais, après des heures voire des années de travail, j'aurais peut être compris l'unité profonde entre l'art et la folie selon Maldiney. Mais Maldiney est, à son tour, un médiateur entre nous, ses élèves, dont je fus, ses disciples ou ses commentateurs et ce qui compta le plus en psychiatrie au siècle dernier : Binswanger, Roland Kuhn, Léopold Szondi, Jacques Schotte, mais aussi Lacan, pour lequel il avait des réserves, et, aujourd'hui encore Jean Oury avec qui il collabore toujours. Le philosophe Maldiney, formé à la phénoménologie, prodigieux inventeur de concepts (c'est-à-dire la définition même du philosophe pour Deleuze) est un philosophe qui fait droit aux « expériences naturelles ». Il n'est pas un simple commentateur des grands textes de l'histoire de la philosophie, qu'il

connaît très bien, il est avant tout un philosophe de l'existence : il part du vécu de l'artiste, du psychotique, du poète ou de l'alpiniste (voir ce qu'il dit du vertige) et il élève ce vécu à la hauteur du concept. D'une expérience vécue il tire une signification existentielle. Plutôt que de faire un exposé des concepts majeurs de Maldiney, je ne perds pas de vue qu'il faut que je m'en serve pour apporter ma contribution propre à ce colloque : que faire avec l'œuvre d'art ? Pourquoi l'œuvre d'art aurait elle un statut privilégié ? Qu'attend-t-on de la rencontre entre un patient et une œuvre d'art ? Mais aussi : qu'est ce qui dans les « expressions plastiques de la folie » (je pense ici surtout à l'art dit brut) nous éclaire sur la création artistique et quel enseignement pouvons nous en retirer ? L'œuvre d'art entre nous, c'est avant tout quelque chose qui éclaire la relation clinique, une histoire à deux avec un patient, dans laquelle c'est le patient qui souffre. Relation clairement formulée par Roland Kuhn en ces termes : « La recherche psychiatrique se joue dans la clinique avec l'homme malade individuel avec lequel le chercheur se tient lui-même en contact immédiat. » Psychiatre et chercheur : était ce réservé à la génération de Roland Kuhn (également inventeur du Tofranil) ou bien peut on dire que tout psychiatre est un chercheur ? Mais alors il faut se tourner vers les outils de la recherche : avec quel regard théorique équipe-t-on la clinique ? (1)

Pour m'en tenir à Maldiney, je le situerai d'abord par rapport à l'histoire de l'art et à l'esthétique. Pour l'histoire de l'art, c'est assez simple : comme Karl Marx ou Walter Benjamin, Maldiney pense qu'il n'y a pas d'histoire de l'art... Comment l'entendre ? Bien sûr nous avons besoin d'être éclairés sur l'art byzantin, sur la peinture chinoise ou sur les différentes écoles de peinture italienne ou flamande par exemple. Mais ce que veut dire Maldiney, c'est qu'il n'y a pas de progrès en art : le présent postmoderne serait plus « évolué » que l'art dit moderne d'hier. Aussi dit-il de Cézanne qu'il est le dernier Byzantin. La vie des formes transcende la chronologie. Plus décisive est la distance qu'il prend avec l'esthétique. Celle-ci est née au 18^e siècle avec Baumgarten et Kant, elle est une discipline de la sensation (*aisthesis*). D'un côté elle éclaire la sensibilité, le plaisir que nous éprouvons à la contemplation d'une œuvre d'art, de l'autre elle interroge nos jugements de goût : que voulons nous dire quand nous disons « c'est beau » ? Pour Maldiney, la dimension esthétique est la dimension fondamentale de l'existence humaine. En regardant des masques inuit, des fresques ou des chorégraphies asiatiques, nous entrons en contact avec le « tenseur vital et spirituel d'une civilisation » dit Maldiney. Or ce qui est valable d'une civilisation l'est tout autant de l'homme individuel immergé dans cette civilisation, mais aussi de nous, extérieurs à elle, mais qu'elle touche et émeut. Il y a deux acceptions possibles de l'esthétique : l'esthétique sensible et l'esthétique artistique. Kant fait appel aux deux. Dans la *Critique de la raison pure* il parle de l'espace et du temps comme « formes pures a priori de la sensibilité » et il appelle cette partie de son œuvre « esthétique transcendantale ». Dans la *Critique de la faculté de juger*, il parle du « jugement esthétique », le jugement qui décide du beau. Kant réunit ainsi la théorie de l'art et la théorie de l'espace et du temps. Avec Kant nous sommes dans le cadre de la représentation. Avec Maldiney et les auteurs qu'il met à contribution, nous ne sommes plus dans la représentation mais dans la PRESENCE. Dans la représentation est en jeu la perception. Dans la présence est en jeu l'existence. Dans la représentation on entend les sensations, visuelles ou auditives, et leur mise en forme par la perception. Et l'artiste est celui qui met en forme une perception originale et plaisante. Mais au niveau où travaille Maldiney et, avant lui, Erwin Straus, on ne parle plus de sensation (un nom, un substantif), mais de SENTIR (un verbe). Pour bien faire comprendre ce niveau du « sentir », Erwin Straus a cette formule : « le sentir est au percevoir ce que le cri est au mot ». On n'est plus au niveau de la simple AISTHESIS qui ne demande qu'à être mise en forme par la perception. Nous sommes « avant » : avant le langage, avant la représentation, avant le jugement. Nous sommes dans le PRE, dans tous les sens du terme explorés par Francis Ponge, ami de Maldiney, dans la

Fabrique du Pré. C'est à ce niveau que se joue la rencontre avec l'œuvre d'art. Simple déplacement conceptuel ? Non, car il faut ajouter avec Maldiney que « le sentir est un acte présenciel ». Le sentir se développe à la fois dans le devenir du sujet et l'événement du monde. Le sentir n'est pas intentionnel. Il est plutôt de l'ordre de la surprise, dans la rencontre d'un événement d'apparition (parfois à l'appui de son dire il convoque le souvenir de telle course en montagne où surgit la barre des Ecrins). C'est par là que le sentir enseigne : PATHEI MATHOS. *Pathein* est un verbe grec qui signifie « sentir », « éprouver » et dont des auteurs comme Viktor von Weiszäcker et Erwin Straus ont tiré PATHIQUE, adjectif qui s'oppose à GNOSIQUE (qui est de l'ordre de la connaissance) et dont dérive l'adjectif « pathologique ». MATHOS, lui, dérive de *manthanein* dont nous tirons nos « mathématiques ». La philosophie, et avec elle le sens commun, préfère s'en tenir à la PERCEPTION (*Wahrnehmen* en allemand, littéralement : tenir pour vrai), comme vérité (*wahr*) du sentir. Tout le travail de Maldiney aura été de montrer que c'est l'art et non la perception qui est la vérité du sentir. A l'appui de cette thèse, citons Cézanne : « Je continue à chercher l'expression de ces sensations confuses que nous apportons en naissant. »

La plupart des exemples que je donnerai aujourd'hui sont extraits de la peinture. Plus que la musique, mais avec la sculpture et l'architecture, les exemples donnés par Maldiney sont tirés des arts visuels. Mais telle interprétation d'une sonate ou d'un quatuor de Brahms ou de Schubert peut prendre valeur d'événement pour celui qui s'y donne. Avec les arts visuels et plastiques on est pris dans la forme, qui est l'autre pilier de l'esthétique. Il s'agit donc de formes spatiales et je vous ai dit que l'espace, pour Kant, est une forme pure a priori de la sensibilité. Mais une forme est beaucoup plus que cela. Une forme n'est pas « dans » l'espace, « logée » dans l'espace, elle engendre son espace. Voici ce que dit Maldiney : « Une forme est en incidence interne réciproque avec son espace. Elle instaure l'espace dans lequel elle apparaît comme son lieu. Ce n'est qu'en cet espace qu'elle a lieu d'être : justifiée. L'ouverture de l'espace ne fait qu'un avec la genèse de la forme. C'est d'ailleurs en quoi finalement la forme n'est pas logée dans l'espace, mais l'HABITE. » Notez cette distinction entre être logé et « habiter ». Elle est fondamentale pour les lieux où vous exercez : sont ils des locaux ou des lieux habités ?

Après le rapport forme/espace, il faut continuer à interroger la forme comme l'ont fait les peintres et les psychiatres : Paul Klee, Mondrian, Prinzhorn. Tous parlent de GESTALTUNG (de *Gestalt* , qui veut dire forme en allemand qui n'a rien à voir avec la psychologie de la forme des années cinquante, et encore moins avec la gestaltt-thérapie des années 80/90). Il s'agit d'un processus, d'un chemin (UNG est un gérondif dont nous n'avons pas l'équivalent en français). « WERK IST WEG », disait Paul Klee : l'œuvre est un chemin. De son côté Jean Oury traduit « Gestaltung » par « enforme » en seul mot. La forme est en formation, elle consiste en sa propre genèse. Hans Prinzhorn, psychiatre allemand pendant la période de Weimar, a recueilli la première collection de travaux de ses patients. Il est contemporain de l'expressionnisme en peinture et au cinéma (et ses psychiatres terrifiants : Calligari, Mabuse) et la découverte de l'art nègre, de ces arts qu'on dit alors « primitifs » (voir les travaux de Carl Einstein). La GESTALTUNG, selon Prinzhorn, s'origine dans un besoin d'expression qui convoque une pulsion de jeu, comme lorsqu'on griffonne pendant une réunion ou une conversation téléphonique un peu longue. S'y rajoute une « pulsion de parure » : on remplit la page blanche, on enlumine le journal qu'on était en train de lire. Le tout donne un gribouillage « désordonné non figuratif » qui se dédouble ensuite en pulsion d'imitation : reproduire les animaux de la ferme, par exemple, et en « tendance à l'ornement ». La plupart d'entre nous en restent là et on jette les papiers sur lesquels on a gribouillé. Mais il arrive que certains prennent leurs gribouillages très au sérieux et travaillent soit dans le sens,

dit Prinzhorn, d'une écriture (et l'on pense à Wölffli), soit dans le sens d'un art sacré (on pense à Aloïse). Il n'y a œuvre que lorsque le gribouillage se dépasse dans telle ou telle direction qu'on appelle sa forme en formation.

Enfin, une forme a un sens. Il faut toujours avoir présent à l'esprit que le même mot (SENS) peut désigner : la signification, un organe des sens et par là la sensation et enfin la direction. Maldiney repart du classique et indémodable ouvrage d'Henri Focillon : *La vie des formes*. Focillon y dit ceci :

« Le signe signifie. La forme se signifie. »

C'est en cela que la forme est plus qu'un signe. C'est aussi pour cela que, dans le contact avec l'œuvre d'art, ce n'est pas de « lire » qu'il s'agit. Bien sûr il y a les audioguides qui vous disent ce qu'il faut voir ; cela peut avoir un intérêt pour réduire l'étrangeté historique ou culturelle de l'œuvre. Mais il faut, au-delà des signes, éprouver la forme en train de se signifier. Pour le dire avec Maldiney, ces mots : « Une spirale néolithique ornant un vase funéraire est une forme qui se signifie et sa signification est existentielle. » (2) La spirale est l'exemple même de l'unité profonde du sentir et du se mouvoir qui est essentielle dans l'approche de l'art (musique, chorégraphie, peinture), mais aussi dans le passage des testsq comme le Rorschach.

Qu'en est il de cette signification existentielle ? Que veut dire Maldiney ? Que la forme est vivante par l'union indissoluble du sentir et du se mouvoir ? Oui, mais pas seulement, car la proposition :

-les formes vivent est à rapprocher de celle-ci : Le psychotique est un existant

La forme est en voie d'elle-même, c'est la définition même de la GESTALTUNG. De son côté, l'existence est une vie (BIOS) en voie d'elle-même. Exister, c'est être en avant de soi (*prae-sens* , c'est-à-dire présent), toujours à dessein de soi, de soi plus avant. Qu'en est il de l'existence psychotique ? Quel peut être l'apport d'une œuvre porteuse d'un rythme dû à la GESTALTUNG ? Rorschach s'accorde sur ce point avec Prinzhorn : « En cherchant dans l'homme la raison psychologique de la pulsion à créer des formes, nous reconnaissons dans le besoin d'expression le centre de cette impulsion qui s'alimente toutefois à toute la sphère du psychique. »

Ou encore :

« Tous les moments expressifs n'ont, comme tels, d'autre but que celui-là : incarner le psychique et par là jeter un pont de JE à TU. » Et Maldiney évoque alors un souvenir qui est au cœur de notre problématique : « Plus d'une fois ce pont s'est trouvé jeté qui, s'il n'était pas franchi, se laissait du moins traverser par une parole. La première fois sans doute, il y a longtemps, à Münsterlingen, en présence de Roland Kuhn, de Jacques Schotte et de moi-même. Un schizophrène qui vivait depuis 17 ans dans un état de prostration presque constant mais dont Roland Kuhn avait remarqué la sensibilité apparemment paradoxale aux formes et aux couleurs a été invité à regarder des reproductions de peintures. Je les avais choisies telles que, en raison de leur style, leur moment apparitionnel constituât un indivisible moment d'évidence et de surprise. Tout en jouant avec un lacet, le malade jetait sur sur celle qu'on lui présentait un coup d'œil furtif, comme à la dérobée, et lançait quelques mots au sujet de chacune, des mots à l'arraché. Or certaines de ces expressions étaient si rigoureusement ajustées à la plénitude de l'œuvre qu'il eût été difficile au plus aigu des critiques d'en trouver d'autres. Mis en présence d'une des dernières baigneuses de Renoir, dont l'espace ambiant est l'aura radieuse et tourbillonnaire d'une forme en expansion et de flux colorés, il dit simplement : « *die goldene Sonne des Lebens* », « le soleil d'or de la vie. » Alors s'est produit un incident. Appelé au dehors le docteur Kuhn est sorti. Aussitôt la porte refermée, le malade

s'est levé en disant à nous qui restions là assis : « à qui le tour, Messieurs ? ». Il avait été garçon coiffeur à Lausanne. Pour la première fois depuis 17 ans quelque chose de son passé émergeait. Peut être était-ce l'occasion furtive d'un échange. Il eût fallu trouver la parole ou le geste capables de faire de cette lueur le premier tremblement historique d'un passé enfoui devenu absolu. » (3)

es lignes sont à rapprocher de Sartre quand il se demande comment il faudrait dire la perception d'un groupe de poissons dans une rivière ? Comment le dire au plus près de ce que nous voyons ? Nous disons : « les poissons nagent » et ce que nous voyons nous commanderait de dire, si c'était possible : « la nage poissonne. » Ainsi dans les lithographies de Tal Coat des taches noires discontinues en tension mutuelle. Cela « représente » (souvenez vous de ce que je vous ai dit sur la représentation) un vol d'oiseaux, non pas un certain nombre d'oiseaux volants, mais l'espace du vol lui-même.

Le patient perçoit une forme selon sa dimension rythmique. Ce n'est pas une perception objectivante, intentionnelle. Elle est de l'ordre du sentir : elle est inductive d'un comportement. Enfin, elle comporte une dimension PATHIQUE qui remet en question la situation spatio-temporelle (ici et maintenant) du patient en tant qu'existant. Le PATHIQUE et le comportement du patient se révèlent grâce à la mise en présence surprise du tableau. PATHIQUE et comportement sont les moments inséparables d'une même situation, qu'il vit comme sienne, et dans laquelle le rapport du patient au monde lui est révélé par sa participation aux formes esthétiques.

Dans sa vie quotidienne, à l'hôpital par exemple, le patient reste plutôt atone. Il est livré, dit Maldiney, à son ETRE-SUBI. Les formes esthétiques réactivent son pouvoir-être (*sein können*). Le passage par l'allemand n'est pas obligatoire, mais il est fécond sous la plume de Viktor von Weiszäker qui parle du pentagramme pathique des cinq verbes modaux allemands : *können, sollen, müssen, dürfen, wollen*. En outre, Maldiney rappelle souvent que KUNST (l'art en allemand) a la même racine que Können (pouvoir). L'homme sain « peut ». Il est capable d'être sa propre possibilité. L'existence de l'homme sain a des nœuds d'articulation qu'on appelle « critiques » : il vit des moments critiques, au sens grec où il faut prendre une décision (CRISIS), quelle qu'elle soit. Dans un moment critique l'homme est mis en demeure de disparaître ou d'être soi. Pour le psychotique, c'est différent : il n'a pas une multiplicité d'états ou de moments critiques. Il n'en a qu'un seul, toujours le même, indéfiniment répété. On peut émettre l'hypothèse que dans la rencontre avec une forme esthétique, l'état critique va être éveillé et, peut être déplacé : la possibilité d'être mis en demeure est réactivée. A charge, bien sûr, pour le soignant qui est là, de saisir l'occasion d'intégrer ce moment à une temporalité historique, comme cela aurait pu être le cas avec ce garçon-coiffeur de Kuhn et sa réminiscence qui pourrait peut être inaugurer un commencement.

Pour entendre la leçon de Maldiney et surtout pour entreprendre de provoquer la rencontre du patient et de l'œuvre, il faut oublier tout ce qui a pu être dit au sujet des fonctions de l'art depuis Aristote. L'expression ? Oui, bien sûr. La catharsis ? C'est bien aussi. Cela fonctionne. L'art a certainement tous ces pouvoirs d'ouverture, d'alternative, de transfiguration, comme on voudra, de la vie. Mais ici je voudrais surtout rappeler l'un des concepts fondamentaux des analyses de Maldiney : le concept d'espace. L'œuvre, vous ai-je dit, engendre son propre espace. Espace qui n'est pas étalé, qui n'est pas ce dans quoi est logée la forme, mais qui est le champ de tensions dans lequel vit la forme. Je crois que la

formule de Hölderlin est juste : « *Dichterisch wohnt der Mensch* », l'homme habite en poète (titre d'une exposition en cours au Musée d'art moderne de Villeneuve d'Ascq, près de Lille). Cette formule est profondément vraie. Faites en sorte que dans votre lieu de soin on habite en poète. Oh ! bien sûr, pas partout, mais à tel ou tel endroit. Et pas tous le même ! Dans ce que Jean Oury appelle le « transfert dissocié », il y a transfert sur des soignants, sur d'autres patients, mais aussi sur des lieux : tel coin du parc, la serre près des jardins, la cuisine etc... voire tel banc, telle marche de l'escalier principal. Cela suppose une contrainte et de l'imagination : cela suppose une distinctivité des lieux, en ce qui concerne « l'ambiance », leur caractère « pathique » précisément. Il faut faire ce que disait un autre poète (Henri Michaux) : « rendre habitable l'inhabitable ». Qu'est ce qu'habiter ? C'est une grande question posée pour la première fois par Heidegger (« Bâtir, habiter, penser »). Mais concrètement pour nous aujourd'hui, c'est la question du lieu du séjour. Et au lieu, au séjour, l'art a sa part.

Dès lors ce n'est pas seulement de Cézanne ou de Van Gogh qu'on parlera, mais de ceux qui font l'espace où ils sont, qui l'habitent en oeuvrant. Déplacer la perspective : non plus l'œuvre, mais la forme. Et, à partir de la forme, ce dont je n'ai pas encore parlé : le fond. Maldiney évoque le « pouvoir du fond ». Le fond, c'est ce qui articule l'existence, la forme et l'espace. A condition de ne pas opposer abstraitement ou bêtement la forme et le fond. C'est bien la forme qui engendre l'espace et, avec l'espace, le fond. Mais à partir du point que Paul Klee appelait le « point gris » ou encore le « point cosmogénétique » (voir le Journal de Paul Klee). Point qui n'est ni mathématique ni matériel mais que tout créateur connaît ou reconnaît (Jean Oury disait à une pensionnaire artiste de La Borde : « N'y touchez pas. »)

On ne pourrait pas tenter d'être complet sur une telle question, si on ne disait pas quelques mots sur l'art qui s'épanouit, surtout en milieu hospitalier (mais pas seulement) et que Jean Dubuffet a baptisé « art brut » par opposition à « art culturel ». Nous disposons aujourd'hui, après Dubuffet à Lausanne, de la collection de l'Aracine (recueilli au musée de Villeneuve d'Ascq dont j'ai parlé plus haut). Même l'art brut a ses classiques. Ils n'ont pas fait école, mais artistes, philosophes, psychiatres les ont célébrés, étudiés et aujourd'hui exposés : Wölffli, Aloïse Corbas, Auguste Forrestier, etc... Quand Forrestier, découvert par Jean Oury à l'hôpital de Saint Alban, fabrique des statues d'un mètre de haut dont même les chats avaient peur, il rassemble des débris, des nippes, des bouts de cageots, des vieilles serpillières et il recolle les morceaux selon son style reconnaissable entre tous, parce que toujours le même : une statuette plate qui vous regarde, surmontée d'un képi (toujours), lui-même surmonté d'un lapin (souvent). L'art brut n'a cessé de fasciner les psychiatres collectionneurs et découvreurs (Prinzhorn, bien sûr, la collection de Sainte Anne, les dons faits à Lucien Bonnafé et à Jean Oury). Mais l'art brut a du mal à justifier sa place et son titre. Considéré souvent comme « l'art des fous », il déborde pourtant l'asile ou l'hôpital : en quoi se distingue-t-il de l'art naïf, « primitif », voire du dessin enfantin ? En Angleterre on parle d' « outsider art » (art marginal), mais on a du mal parfois à le distinguer du « folk art », de ce que nous appelons « arts et traditions populaires ». Finalement, ceux qui « font » l'art brut, ce sont les collectionneurs (au premier rang desquels les psychiatres, mais ils ne sont pas les seuls) et maintenant les musées. La collection de l'Aracine, dont je viens de parler, a commencé dans les années soixante/soixante dix et ses rapports avec la psychiatrie d'une part et avec les musées d'autre part, sont tout à fait intéressants. Le premier gisement d'art brut apparaît lorsque les hôpitaux psychiatriques se libèrent de l'asile sous l'impulsion de la génération de la guerre et de l'après guerre : Tosquelles, Bonnafé, Oury. En créant les clubs thérapeutiques on se donne les moyens de favoriser, de protéger et de valoriser les productions des patients. ? La révolution pharmacochimique des années 50/60 a-t-elle tari une bonne part de cette production ? Certains le pensent, sans doute avec raison.

Chacun de ces créateurs, pris en lui-même, est intéressant ; on parle même d' « art singulier » ou d'art des Singuliers. Mais avec le temps, la patience et le travail des collectionneurs, ils figurent en bonne place avec d'autres qu'ils ne connaissaient pas. Il y a dès lors un STYLE qui définit chacun, mais aussi des affinités, des parentés thématiques, stylistiques qui les rendent proches. La question qui se pose maintenant est la suivante : que faire de ces collections qui ont d'abord vu le jour dans les cabinets des psychiatres ? Un premier danger les menace : l'assimilation de l'art brut à « l'art des fous ». On se déplacera pour les voir par simple curiosité, en les mettant à distance ; Par là on les minore, voire on les exclut. A cela il faut rétorquer que les « fous », ou du moins ceux qui sont en institutions, n'ont pas le monopole de l'art brut et qu'il est difficile parfois de distinguer art brut et art naïf. Ce qui les rassemble, c'est la démarche autodidacte de personnes inconnues qui n'ont pas « fait » les Beaux Arts et qui ne créaient pas en vue d'être exposés.

Si je reprends l'exemple de ce musée du Nord, je le trouve réussi dans son principe même : trois bâtiments qui communiquent. Le premier, c'est l'art Moderne (la donation Masurel : Picasso, Braque, Miro, Modigliani, Henri Laurens), le second, c'est l'art Contemporain (Buren, Rouhan, Boltansky). Le troisième, c'est l'art brut. C'est la continuité des trois qui intègre, ou mieux qui accueille l'art brut comme moment de l'art d'aujourd'hui. C'est le musée qui en fait des œuvres ; et c'est sans doute cela le plus discutable : qu'est ce qui fait une œuvre ? La fonction du musée, dit Maldiney, est de « donner à voir ». « Ce don doit être nu. Il ne s'agit pas d'aménager l'espace d'une mise en montre, ou d'une mise en scène, mais de ménager aux œuvres un terrain de vérité. »(4)(H. Maldiney *L'avènement de l'œuvre* ed. Thééthète 1997 p. 35). Un musée ne doit être ni un palais, ni un laboratoire, ni un baraquement ; il doit, selon une formule fondamentale de l'attitude phénoménologique, « laisser être l'œuvre et son témoin ». Dans un musée je dois pouvoir trouver la paix : on évitera les expositions monumentales et médiatisées où la rencontre avec l'œuvre est troublée par tous ceux qui piétinent notre espace de tranquillité. L'œuvre et son auteur aussi ont besoin de tranquillité.

Voici une phrase que je tire d'une interview de Madeleine Lommel, l'une des personnes qui est à l'origine de la collection de l'Aracine : « Un fou qui s'engage dans la création accomplit un acte autonome, obéit à des pulsions d'ordre intime et entreprend un processus qui peut aboutir à une œuvre. » La même personne ajoute qu'il est rarissime qu'une œuvre d'art naisse de l'art-thérapie. La fonction de cette dernière est guérissante, thérapeutique. Le résultat peut être « agréable » (c'est le mot qu'elle emploie), il n'est pas forcément « beau ». Cette distinction est essentielle pour toute l'esthétique moderne : est beau « ce qui plaît universellement sans concept » (Kant). Enfin on peut noter qu'on voit apparaître, au sein de l'art brut, des œuvres beaucoup plus travaillées, expressives, personnelles qui se détachent des autres. Là le collectionneur et le musée sont déterminants. En résumé, pour que quelque chose subsiste, qu'on l'appelle art brut ou art singulier, il faut des collectionneurs (et il y en a chez les psychiatres) et des initiatives muséales. Il faut dès lors marquer ce qu'est la place insubstituable de la psychiatrie dans ce contexte, ou, pour le dire prudemment, de la psychiatrie que nous ne nous résignons pas à voir disparaître. Quelques préjugés tenaces font encore peur : ainsi dans la presse régionale, j'ai repéré des articles déplorant que les « fous » soient obligés d'aller fouiller les poubelles pour agglomérer des débris à leurs œuvres. Dieu merci, dans les temps futurs, on leur donnera des draps propres et du bois bien poli. Et alors on aura ce que Jean Oury décrivait : si l'on substitue à ses débris des objets « propres », il est à craindre, ça s'est vu, que le patient ne fasse plus rien du tout et pour toujours !

Ces patients seraient très surpris qu'on les prenne pour des artistes. Souvent ils n'ont pas beaucoup fréquenté l'école. Mais tous ces concepts que je vous ai présentés y sont : la

GESTALTUNG avec sa pulsion ornementale (qui domine chez un ancien mineur du Pas de Calais frotté de spiritisme : Augustin Lesage), sa pulsion d'imitation, mais aussi son écriture symbolique, comme chez Wölffli. Ce qui nous met mal à l'aise dans certaines de ces productions, ce n'est pas leur « folie » au sens d'extravagance, de jeu avec la norme, qui est à la base de tout l'art moderne, et certains ne sont pas dépourvus d'humour. Ce qui nous trouble véritablement, chez Wölffli ou d'autres, c'est que souvent tout est saturé, il n'y a pas de blanc, pas de vide, pas d'ouvert. Ce dernier, l'ouvert, est l'un des concepts les plus originaux de Maldiney. Il élève au concept un thème poétique présent chez Hölderlin ou Rilke, en même temps principe de la peinture chinoise classique. Le plus beau livre de Maldiney, peut être, s'intitule : « Ouvrir le rien, l'art nu ». Mais plutôt que me lancer à nouveau dans un autre exposé, je vous propose de conclure par une évocation de Maldiney lui-même quand il intervenait à l'atelier de peinture du Vinatier à Lyon :

« Un malade peignait des fleurs. Une fleur par tableau. Comment procédait il, presque à chaque fois ? Il laissait en blanc le centre, le calice, et il allait fumer une cigarette à la fenêtre. Puis il revenait et remplissait le blanc. Que ces fleurs aient été lui-même, on peut l'induire de certains autres de leurs aspects. Il est arrivé que transparaisse en elles une sorte de structure squelettique qui les apparentait à des formes humaines dont le tracé rejoignait celui de ses autoportraits. Mais l'important, c'est ce vide. Ce vide qu'il laissait être pendant qu'à la fenêtre il regardait dans le vide, était un vide en attente... de soi, un vide laissé à dessein de soi. La dimension propre d'un existant, qui n'est pas un étant, le produit d'autre chose, est l'être à dessein de soi, par où il peut avoir sens ou non-sens. Quand il allait à la fenêtre confronter ce grand vide de la fenêtre et ce grand vide temporel qui consiste à ne rien penser d'autre, à ne penser à rien, en fumant sa cigarette, que se passait-il ? Je n'en sais rien. Mais il y avait ce blanc laissé, et ce retour le comblant, et qui chaque fois recommençait parce que justement il l'avait comblé. Voilà pourquoi ce n'est pas le vide, mais le trop-plein qui est le signe de la menace. »(5)

NOTES

- 1) Voir *L'Oouvert* revue de l'Association Internationale Henri Maldiney no 2 2009
- 2) Henri Maldiney (interview) in *Art Press* no 153 décembre 1990
- 3) Henri Maldiney in *L'Oouvert no2* op. cit. p.48/49
- 4) Henri Maldiney *L'avènement de l'œuvre* Thééthète 1997 p. 35
- 5) Henri Maldiney in Jean Oury *Création et schizophrénie* Paris Galilée 1989 p. 207/208

BIBLIOGRAPHIE

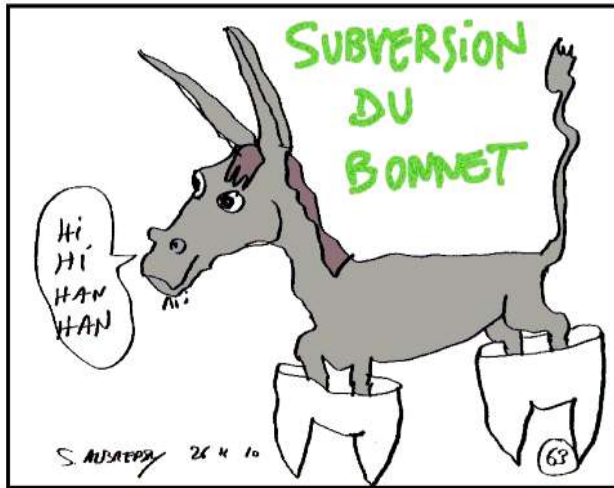
Henri Maldiney *Ouvrir le rien, l'art nu* Encre Marine 2000

Jean Oury *Création et schizophrénie* Galilée Paris 1989

Hans Prinzhorn *Expressions de la folie* Dessins, peintures, sculptures d'asile traduit de l'allemand (première édition 1922) Paris Gallimard 1984

Habiter poétiquement le monde catalogue de l'exposition du Lille métropole Musée d'art moderne, d'art contemporain et d'art brut (25 septembre 2010- 30 janvier 2011)

À propos d'art thérapie à la maison des adolescents



- Mme Sylvie ALBRESPIY,
orthophoniste et art-thérapeute

A 6 mois de la retraite j'ai de la chance d'être là pour vous transmettre quelque chose de mon travail. Merci pour ce cadeau

Je suis orthophoniste de formation Depuis 12 ans j'ai enrichi et singularisé ma pratique en y superposant un détour, l'art thérapie.

Un artiste, c'est bien quelqu'un qui crée du langage, un ensemble de signes qui signe !

Alors Mon fil rouge est toujours le même : accompagner la mise en formes de représentations ou construire des représentations tout en les mettant en forme....

Je stimule cette pulsion qui arrache l'homme à l'animal, cette pulsion qui nous mène au langage l'homme naturellement fabrique des représentations comme l'arbre fabrique des feuilles.

D'un côté : La trace, l'empreinte, l'image, le mot, l'objet.....

De l'autre : La présence, la distance, la reconnaissance, le sujet.....

Sont mes fils de trame, je tricote avec ces fils l et ça fait des nœuds et ça fait des trous !

J'essaie d'être un médiateur pour un acte créatif qui va de soi à soi.....ce n'est pas pour faire plaisir à.....

mon expérience m'amène à croire... (Je n'ai pas de preuve !)... que la sollicitation créative engendre une dynamique mentale, introduit de la souplesse psychique.

Cette mobilité psychique relance le processus identitaire :je suis toujours encore autre chose de pas encore défini.

Parallèlement à l'atelier les patients ont un lieu de parole avec un thérapeute, en stimulant cette faculté à fabriquer des représentations, cette pulsion qui rend compte d'une présence plus ou moins active au monde, mon travail pourrait favoriser la mise en mots donc soutenir la parole.

Si le contenant retient le contenu, la forme contient le fond, autrement dit : le filet fabrique le poisson ! J'ai choisi de m'occuper de la forme, ce sont les qualités formelles qui me guident.

Et ma question ici et maintenant est quelle forme choisir pour vous parler du fond !

Un jeu bien sur ! Une part de hasard, une prise de risque, sans enjeu majeur, juste on dirait que !

Pour casser la forme linéaire du discours, j'ai fabriqué un jeu de cartes.

Pour vous donner à voir tout en écoutant j'ai préparé un diaporama, ce sont les photos des productions. Ces productions sont anonymes elles ne m'appartiennent pas et je n'en ferai aucun commentaire.

Le risque, c'est de ne pas trouver le rythme qui vous permette de voir et d'entendre, alors que le dire n'est pas directement sur le voir !

Atelier MDA.

L'atelier est un espace où les capacités ludiques et créatives sont convoquées, il s'agit de devenir sujet d'une production, d'un objet, d'une œuvre. Rien à apprendre, rien à savoir ce n'est pas un atelier d'arts plastiques. Le travail y est individuel, il n'y a pas de consigne de groupe.

Un espace qui ne sert qu'à ça, une sorte de caverne d'Ali babapapiers cartons terre tissus formes et couleurs textures.....un bazar !

Lieu qui invite, qui convoque la curiosité et le désir, le regard peut voyager dans des beaux livres d'art, la musique y est très souvent présente.

L'atelier est en « libre service » pour les patients de **l'hôpital de jour** 3 fois 2h par semaine. Les portes sont ouvertes, c'est quelque fois un abri pour se mettre à l'abri, on peut être là sans faire et mine de rien les mains finissent par se saisir d'un quelque chose qui traîne sans rien en dire.

Les soignants y accompagnent les patients ils y jouent aussi.

L'atelier est ouvert à la **consultation de la M D A**, les adolescents viennent à l'atelier tout en étant suivi par un thérapeute de la consultation.

Pour chacun, les productions sont rangées dans une pochette qui reste à l'atelier, pour garder la continuité et pour les protégés de tous commentaires, le patient récupère sa pochette à la fin de la prise en charge.

Gestes

Du petit geste très maîtrisé à l'envolée désordonné, le geste révèle une certaine présence au monde.

Avec ou sans outil la manipulation stimule l'interface entre le dehors et le dedans

Les mains aident à penser et à parler

Déchirer, coller, caresser, taper, recouvrir, relier,

La manipulation de la matière c'est une certaine prise de pouvoir sur l'environnement

Expériences

Face à la matière,

Avec ou sans outils, on la manipule.
Une curiosité s'installe, la malléabilité de la matière
laisse émerger des formes. Du simple au complexe on
avance plus ou moins.
L'émergence des formes étonne et nourrit l'expérience
du plaisir et déplaisir.

Face à l'éprouvé,

Une rencontre entre l'interne et l'externe, entre une émotion et une représentation, une
dimension affective s'installe entre l'œuvre et l'auteur. Celui-ci traverse des états
émotionnels qui se parlent :
Désir, envie, découragement, espoir, dégoût, euphorie, désillusion, satisfaction
L'ensemble de ces expériences traversées forme le parcours, c'est lui qui compte plus que le
résultat pour le soignant

Jouer

Ici tout est pour de semblant, il n'y a pas d'enjeux dans ce jeu.
Quand on est petit on joue sans se poser de questions sans savoir à quoi ça sert, on joue c'est
tout, par nécessité, pour le plaisir de la mise en alerte des sens, on imagine et c'est gratuit !
Jouer avec, Jouer en
présence de, Jouer
seul.....on joue toute sa
vie c'est la forme du jeu qui
change.

Regards et distances

Le regard se pose sur l'objet en train de se faire c'est l'Attention conjointe C'est L'art du détour, pas de face à face , on parle du « il » l'objet qui émerge.

Fusion et dé fusion du regard sur la production, de près ou de loin le regard change. On passe du détail à la globalité.

Face à la production, nos regards voyagent. Cette circulation du regard est un critère important qui détermine bien souvent la fin d'une œuvre.

La production n'est pas un miroir mais elle peut l'être en partie.....je dépose quelque chose de moi dans cet objet mais ce n'est pas moi....une amorce de regard réflexif.

Harmonie

Qu'est ce que c'est ???
Une sensation irréfléchie de la vie ?
Un saisissement qui nous fait dire : »oh ! C'est beau » ?
Un équilibre qui nous saisie ?

Esthétique

Qu'est ce que c'est ??
La mise en tension des contraires, dans un équilibre qui tient ??
L'esthétique serait plus culturel, plus générationnel ??

Créativité, création

Nous parle d'un chemin qui s'ouvre en continu sur des possibles.
L'artiste créateur est celui qui crée du langage, un ensemble de signes qui signe. Rares sont les créateurs.
La créativité invente un nouvel ordre des éléments déjà présents.
C'est la capacité à organiser des signes déjà là
A trouver un nouvel ordre face à un chaos.
La démarche créative ou créativité c'est :

- Considérer différents point de vue
 - changer les équilibres
 - prendre le risque de déconstruire pour construire.
 - choisir donc abandonner.
 - prendre position et la garder.....
- Ne faut-il pas être en création de soi même toute sa vie ?

Image

Dans l'atelier on fabrique des images, tous les moyens sont bons, tous les sujets abordables, l'objectif est de trouver une cohérence formelle partageable.

Elles disent sans mots, elles adviennent.

On les regarde ensemble dans une attention conjointe, l'œil y voyage, on lui confectionne des passages du fragment à la globalité vers cette cohérence partageable.

L'image se tient en dehors des mots et les attend.

Quand l'aventure s'arrête sur une production l'auteur est invité à la baptiser d'un titre !

Accompagnement ou Comment je soutiens cette aventure d'être sujet d'une production.

Tout d'abord je m'adresse à celui qui crée et non au patient qui souffre. je connais l'anamnèse et l'oublie souvent. je reste dans l'ici et maintenant.

Je recherche pour chacun la bonne distance d'accompagnement, ni trop près ni trop loin !

Pour certain il s'agit de « jouer avec, côte à côte » pour d'autre c'est jouer en présence de...

Tous les jugements de valeur sont bannis !

Mes interventions s'appuient sur une analyse formelle : points traits, surfaces, rythme, vide plein, verticales horizontales, passages blocages.

J'équilibre les contraires, Je repère le répétitif, propose de la différence, j'encourage la complexification.....

Je maintiens un dynamisme créatif, j'y crois quoiqu'il arrive ! Tout est toujours transformable !

Je suis disponible et à l'écoute des états psychiques que l'aventure découvre : la surprise est positive ou négative, on va de la jubilation à la déception, du désir au renoncement.

Parcours créatif

Le corps physique et le corps psychique rencontrent une matière physique à manipuler. De cette rencontre, de ce dialogue, advient des formes, il ne s'agit pas d'exprimer

un quelque chose de déjà là mais de faire advenir une surprise !

Une surprise qui émerge d'un chaos, considérer et interpréter ces formes enchevêtrées, c'est construire un chemin de langage.

On cherche ensemble le fil conducteur d'une image à construire, appel à l'imaginaire (comme l'interprétation de la forme des nuages dans le ciel). Face à cette multitude de possibles, un seul est élu et le travail commence.

Comment faire techniquement pour que cette image existe pour tout le monde.....se poser des questions et trouver des réponses...grossir le trait pour le rendre visibleon fait comme on peut, jusqu'à une satisfaction partagée.

L'appropriation se conclue par une nomination et une signature L'œuvre est rangée dans sa pochette. Et dans le meilleur des cas une autre piaffe d'impatience sur un nouveau support !

Des Défenses à respecter Et des Resistances à contourner

Par exemple :

-Le besoin d'appui, besoin d'un modèle, copier sur et non partir à l'aventure de ce qui pourrait advenir.

-Le conforme, le stéréotype sont des carcans, des empêcheurs d'expériences, des chemins tout tracés!

-la maîtrise, qui retient le geste et ligote la pensée, là où l'inattendu et l'accident sont inacceptables, alors qu'ils font partie du jeu !

Pour conclure

Il ne s'agit pas d'une expression qui soulage mais d'une construction, d'une ouverture, d'activer une présence au monde qui vient s'enrichir et ou se décaler.

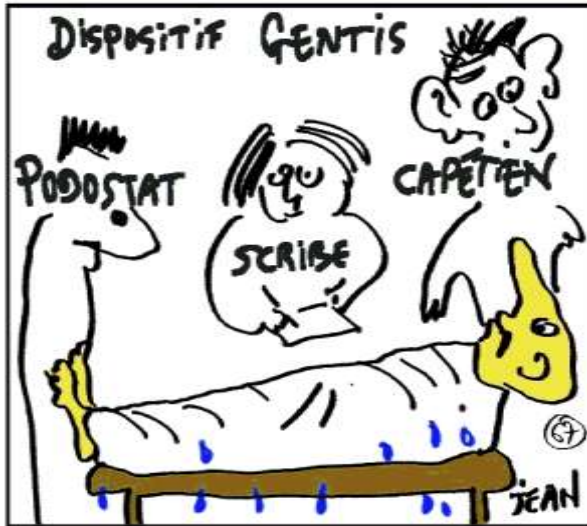
La valorisation narcissique face à un résultat satisfaisant existe mais ce n'est pas l'objectif premier.

Je ne sais pas quoi évaluer, rien n'est mesurable, pas de savoir dans l'avoir juste un savoir être !

Finalement ce qui se vit dans l'atelier dans l'ici et maintenant et pour de semblant, c'est bien souvent une métaphore de la vie, j'ai le sentiment de philosopher avec les patientset si je devais reprendre des études sans hésiter je choisis la philo !

Sylvie Albrespy

Les enveloppements humides et thérapeutiques, un dispositif de représentation ?



M. Michel JEAN, psychologue,
psychanalyste, Lille

Enveloppes, portage et représentations.

Produire un écrit à la suite d'un travail initialement conçu pour faire l'objet d'un exposé oral constitue pour moi une tâche difficile. Il s'agit de transcrire fidèlement(1) ce qui a été dit tout en respectant une forme destinée à la lecture, et ce pour un public un peu plus large peut-être.

Je m'essaye donc à une présentation plus précise et plus nuancée en prenant également appui sur les échanges avec les participants au colloque « De l'art du détour: Les médiations thérapeutiques »

J'adresse mes remerciements aux organisateurs de ce colloque pour leur leur chaleureux accueil, la qualité de l'ambiance, du travail et la place faite à l'humour (Bravo au Docteur Pierre SADOUL).

Merci également aux intervenants qui m'ont précédé; leurs exposés témoignant de pratiques soignantes engagées et pensées sont venus délier et ré articuler ce que je vais tenter de vous dire.

Je vous présente une réflexion en élaboration, je fais le point avec vous; ce sera donc un peu brouillon.

Tenter de soigner des patients, enfants ou adultes qui ne sont pas « banalement névrosés » m'a conduit à m'intéresser dès les premiers temps de mes pratiques professionnelles (voilà plus de trente ans) aux « dispositifs de représentation »

En effet, travailler en psychiatrie, en pédopsychiatrie ou en établissement spécialisé pour enfants en difficultés nous confronte à des sujets petits ou grands qui ne parviennent guère à énoncer par la parole leurs souffrances, leur histoire.

Quand nous leur proposons exclusivement des entretiens, les effets soignants se font attendre...

C'est plutôt par les symptômes, les actes, les passages à l'acte parfois, les troubles des comportements, les pathologies des liens que s'expriment les malêtres les plus profonds.

La pratique du détour est alors la bienvenue, dusse-t-elle être modestement artisanale.

Une pratique du « packing »

Je souhaite vous en parler non pas comme une technique de plus mais essentiellement du point de vue de la posture soignante, de l'engagement transférentiel spécifiquement requis quand la médiation est une psychothérapie à implication corporelle; engagement transférentiel articulé à un travail en équipe et en institution.

Pour se faire, je commencerai:

- Par un exposé clinique relatant un suivi effectué entre 1985 et 1990, exposé au fil duquel je décrirai le dispositif concret d'enveloppement humide thérapeutique proposé.
- Je développerai ensuite quelques commentaires, postulats, hypothèses et questions afin d'ouvrir la discussion avec vous.

(1) j'aurai abondamment recours aux notes de bas de page pour donner d'utiles explications sans rompre pour autant le fil conducteur et le rythme d'un d'un exposé oral.

Charles

Je travaille alors dans une unité polyvalente d'hospitalisation temps plein d'un grand E.P.S.M.

J'y rencontre Charles pour la première fois dans la salle commune. Je l'invite à participer à l'atelier de « jeu dramatique »⁽²⁾ qui commence dans quelques minutes; il y vient bien volontiers.

Charles est un homme d'environ quarante cinq ans, il est trapu, un peu corpulent, les yeux bleus et les cheveux blonds-roux. Il est vêtu d'un bleu de travail⁽³⁾. Il est très souriant et m'est d'emblée sympathique.

Il semble intéressé par la présentation qui lui est faite de l'atelier⁽⁴⁾ et répète ce mot: « atelier »

Dès qu'il n'est plus au centre de l'attention générale, il se met à réciter, en boucle, « Le corbeau et le renard », nous faisant bien entendre son fort accent bourguignon.

Il s'agite, éclate de rire, parle fort, rapidement, de manière décousue et nous ne saisissons pas grand chose; régulièrement, il reprend sa récitation de la fable de La Fontaine, ce que nous ne parvenons pas à articuler avec notre projet.

Il gêne considérablement le travail du groupe et je pense à un état maniaque.

Ma collègue et moi nous consultons du regard, pensant le raccompagner dans la salle commune où je l'ai trouvé.

Un ou deux patients nous précèdent, signifiant à Charles qu'il gêne, qu'il pourrait être reconduit « partie fermée », ce qui semble le toucher.

Il demande à rester et nous assure qu'il sera sage comme le ferait un petit enfant.

Il tente (et réussit partiellement) alors de se contenir, en reprenant à mi-voix sa récitation, comme une psalmodie, à chaque fois que l'excitation le gagne et que ses propos semblent s'effiloche.

C'est tout juste supportable et l'atelier se déroule tant bien que mal.

Le jeudi suivant ⁽⁵⁾, la séance s'enclenche de la même manière. Un patient commente: « Cette fable parle d'une tromperie, c'est un point de départ pour le jeu dramatique ».

En effet, il advient une histoire de holdup dans une banque avec des clients prétendant ouvrir un coffre, trompant ainsi les employés pour s'emparer du butin.

Charles parvient à jouer un employé sidéré ⁽⁶⁾.

Dès le lendemain, il me sollicite pour un entretien individuel durant lequel il me confie une partie de son histoire récente, son licenciement économique après vingt cinq années passés dans la même grande entreprise, actuellement délocalisée, les promesses de formations, de reclassement dans un autre emploi, « et malgré tout, je reste sur le carreau, j'ai été roulé dans la farine ».

Il évoque à minima les raisons qui l'ont conduit, selon lui en hospitalisation d'office: « J'avais plus de travail, je tournais en rond, j'avais des idées noires, je me suis mis à boire et j'ai fini par faire des conneries (7), j'ai honte »

Remarquons que cet entretien au contenu important et cohérent se déroulant dans ce lieu du bureau demeurera unique; notons aussi que cet homme n'a aucun antécédent psychiatrique connu.

Après quelques semaines, le patient va nettement mieux, sur le plan symptomatique. La sortie est envisagée, puis devient effective.

2. *l'atelier de jeu dramatique, que j'anime avec un(e) collègue infirmier(e) se déroule le jeudi après-midi; il est ouvert aux patients qui souhaitent y participer, comme est ouverte cette aile du service où se pratiquent une bonne part des activités de jour; Le jeu dramatique consiste à inventer une histoire, collectivement, puis à la jouer. Voilà pour une définition très succincte de cette autre pratique de représentation.*
3. *Curieusement, car cela n'a plus cours dans ce service. Le chef de service, interpellé par le port des bleus de travail l'a interdit prenant ainsi une mesure contre les risques de chronicité. Toutefois, Charles se présente non seulement en tenue de travailleur, mais de surcroît, son vêtement porte le nom de la grosse entreprise dont il a été licencié, (une des premières de la région à se délocaliser, mettant ainsi au chômage plusieurs centaines de personnes) ce qui fait signe, d'emblée et dans l'après coup d'une partie de sa souffrance.*
4. *Les patients qui connaissent cet atelier accueillent les nouveaux et en présentent le fonctionnement et les règles.*
5. *Entre temps, il y a eu la réunion « activités » et le « tour » et nous avons été informés par le chef de service d'éléments des raisons et circonstances de l'hospitalisation. Il a également été décidé d'un programme d'activités, dont le jeu dramatique.*
6. *A l'inverse du comportement maniaque que nous lui connaissons le plus souvent à cette époque.*
7. *Exhibition devant le collègue, à l'heure de la sortie des élèves.*

Moins de trois mois plus tard, il est à nouveau hospitalisé, à la demande d'un tiers – l'épouse - et les troubles sont plus graves.

Le patient s'est remis à la boisson, fréquemment ivre, il a fait des « avances » à sa belle fille, devenant insistant, puis harcelant, ces transgressions sexuelles au sein de la famille, incompréhensibles pour les proches leurs sont devenues insupportables.

A son arrivée dans le service, il présente des troubles du sommeil massifs, ne parvient pas à s'endormir, s'agite toute la nuit, crie, déambule; il montre une alternance de moments de grande excitation et de profond abattement, avec crises de larmes, propos dépressifs, mélancoliques. Les changements d'humeur interviennent parfois d'un quart d'heure à l'autre. Fréquemment, nous assistons à une grave désorganisation de la pensée, rendant impossible tout échange cohérent.

Charles souhaite vivement renouer la relation avec moi dès qu'il me rencontre, ce que je favorise. Quand nous sommes en lien, ses pensées sont nettement moins désorganisées, les variations d'humeur moins impressionnantes. Il me semble indiqué de lui proposer un accueil à l'activité d'hydrothérapie, ce qui est confirmé par le médecin.

L'hydrothérapie, accueil et implication

Le complexe d'hydrothérapie comporte un bassin circulaire dans lequel l'eau est portée à la température du corps. Ce bassin est suffisamment grand pour que huit personnes s'y tiennent aisément. Sur le pourtour, chacun peut s'asseoir, ayant alors de l'eau jusqu'au cou environ, selon sa taille.

Après avoir pris une douche et s'être mis en maillot de bain, dans des cabines séparées, les patients sont invités à entrer dans le bassin.

La plupart du temps, nous y entrons aussi, nous nous jetons à l'eau, sommes dans le bain...

Nous, c'est le plus souvent une infirmière ou une psychomotricienne et moi. Selon les disponibilités, un troisième soignant peut être présent, un autre infirmier, le kinésithérapeute, une ergothérapeute;

Je suis « responsable » d'hydrothérapie les lundi, mardi, jeudi et vendredi après-midi, chaque semaine. En mon absence, le mercredi après-midi, les collègues assurent la permanence de l'activité. La petite équipe de l'après-midi est composée de soignants s'étant implicitement cooptés, s'impliquant volontiers et volontairement dans cette pratique, formant ainsi un petit collectif de huit personnes parmi lesquelles se recrute une équipe plus petite encore pour les enveloppements humides thérapeutiques.

Le groupe de patients, composé de six personnes le plus souvent y est inscrit pour toute la semaine, avec une idée de cure renouvelable durant plusieurs semaines, voire plusieurs mois pour les malades les plus graves, les plus régressés.

Priorité est laissée, quand cela est indiqué, aux patients entrant pour une première hospitalisation ou une ré hospitalisation dans le service.

Notons aussi que les pathologies peuvent être extrêmement diverses; nous accueillons en même temps des patients anxio-dépressifs, alcooliques, toxicomanes, psychotiques. Nous portons attention à la composition des groupes, à l'individualisation des prises en charge, à la présence de trois soignants certaines semaines, autant que faire se peut.

Le complexe d'hydrothérapie comporte aussi une rampe de jet et une table de massage, d'avantage utilisés par le kinésithérapeute et la psychomotricienne. Il y a aussi le hammam, espace particulièrement voué aux confidences.

Charles manifeste un peu moins de souffrance, cette prise en charge semble lui convenir, il s'apaise par moments.

A compter de cette deuxième hospitalisation, il voit à de nombreuses reprises son état tantôt s'améliorer, tantôt s'aggraver; il connaît de nombreux aller et retour entre le service et son domicile familial.

Peu à peu, l'épouse et les quatre enfants se découragent, deviennent moins accueillants, moins tolérants puis ils ne parviennent plus à le supporter; finalement, il ne peut plus retourner à son domicile.

A partir de ce moment, il lui est possible de résider en appartement thérapeutique, ce qui se solde également par des échecs répétés avec ré hospitalisation à la clef.

Il est perçu par les médecins comme « un défi diagnostique absolu » et connaît durant les années qui suivent de nombreuses « présentations de malades »

Il est tantôt décrit psychotique, schizophrène, paranoïaque, dis thymique, cas limite, hospitalophile, simulateur, manipulateur, pervers, hystérique...

Débat dans lequel je refuse d'entrer, à l'époque, à tort ou à raison.

Nous avons à faire à un patient dont les symptômes varient beaucoup dans le temps mais aussi considérablement en fonction des soignants. Nous pouvons considérer cela comme des « transferts clivés » (je reviendrai par la suite sur ce terme)

J'en ai une illustration dramatique un lundi en début d'après midi dès mon arrivée:

Le cadre infirmier du service fermé m'interpelle lorsque je franchis la porte:

« c'est plus possible, venez-voir « votre Charles »! et il m'entraîne dans la chambre de celui-ci.

Le patient a barbouillé les murs d'excréments, s'en est enduit, il a retourné le mobilier et il se tient terré sous son lit.

Sidéré, je ne sais que lui demander: Monsieur G! Qu'est-ce qui vous arrive?

Il rampe à demi de sous son lit, croise mon regard et dit:

« Michel! J'ai peur! Il faut que tu m'aides! »

Un court dialogue s'instaure, j'affirme qu'il lui faut avant toute chose prendre une douche,

il me demande: « après, je peux venir en hydro? » (ce que j'accepte et qui était d'ailleurs prescrit)

Il suit alors docilement l'infirmier, s'en va faire sa toilette.

A compter de ce moment, Charles ne m'appelle plus que par mon prénom, il me tutoie également. Après quelques tentatives infructueuses, je renonce à revenir à l'usage antérieur.

Durant la séance d'hydrothérapie, il se montre abattu, silencieux.

Il ne peut évoquer ce qui s'est passé.

Il se confirme à cette période que ce patient qui recherche ma présence, se montre en général avec moi cohérent, en relation, « moins malade ».

Mes propositions d'entretien ne sont pourtant pas fructueuses.

Quand je reçois Charles dans mon bureau, il ne dit presque rien, parle sobrement de la pluie et du beau temps. De temps à autre, il me complimente à sa façon: « t'es gentil, t'es un brave gars, t'es pas fier pour un psy »

Convaincu qu'il aurait beaucoup de choses à dire, je tente également de me mettre à son écoute lors de moments moins formalisés, m'installant à part avec lui quand les patients prennent le café. Je ne rencontre pas davantage de succès.

Avec les sorties et les ré hospitalisations, les « crises » se succèdent, Charles va de plus en plus mal, s'exhibe dans le service, tente d'étrangler un jeune patient autiste, aucune activité ne lui convient et les soignants se découragent.

Il entre à nouveau dans un épisode maniaque, ne dort plus, il est hagard, épuise les équipes infirmières, les modifications de traitement n'y font rien, malgré « des doses de cheval ».

Un jeudi matin, je suis à nouveau interpellé par le cadre infirmier, conduit dans la chambre du patient; le scénario précédent se répète: Le patient a barbouillé les murs d'excréments, s'en est enduit, il a retourné le mobilier et il se tient terré sous son lit. Je suis un peu moins effondré que la fois précédente, ce qui me permet sans doute de remarquer un changement de taille dans la « mise en scène »:

Le « film » est maintenant sonorisé: Charles imite le fracas des armes automatiques, l'explosion de grenades, des cris d'effroi et de souffrances, il y met une énergie incroyable, son visage dépassant de sous le lit est écarlate; il s'arrête, reprend son souffle, repart de plus belle. Charles est ailleurs, inaccessible, jusque au moment où je parviens à dire: « c'est la guerre ici », ce qui semble l'arrêter instantanément, puis l'apaiser. Il accepte à nouveau d'aller prendre une douche, puis de remettre sa chambre en ordre.

Dans le service, la matinée du jeudi est consacrée aux réunions; le « tour » puis les « prescriptions d'activités »

Les inquiétudes quant à l'état de Charles qui s'aggrave, l'inefficacité du traitement, les sentiments d'impuissance des soignants se formulent davantage à cette occasion .

(Une réunion de « constellation transférentielle », au moins à minima?)

C'est aussi le moment d'une prescription de packing, à laquelle je n'avais pas pensé jusqu'alors mais qui m'apparaît bienvenue, tant et si bien que nous la mettons en œuvre dès le lendemain à seize heures après la séance d'hydrothérapie.

Le dispositif du packing

Notez bien qu'il s'agit de l'aménagement artisanal(8) que nous avons bricolé à notre usage et que d'autres équipes s'organisent un peu différemment, particulièrement les soignants pratiquant avec des enfants en bas âge.

A) Le lieu, l'espace et le matériel

il s'agit de la salle de psychomotricité, un lieu clair, dans lequel on peut faire varier la lumière par le biais des stores et de l'éclairage artificiel. C'est également une salle bien chauffée.

Nous disposons au sol un premier matelas muni d'une housse étanche qui sera garni des draps humides sur lesquels le patient s'étendra.

A la tête et au pied de ce matelas, deux autres à la perpendiculaire (ou des coussins) afin que les soignants soient confortablement installés durant l'enveloppement.

Parallèlement au premier, un autre matelas recouvert de draps secs.

A proximité, des serviettes éponges ou peignoir de bain, des couvertures et des draps.

Un peu à l'écart, quelques sièges et une petite table. Sur cette table, papiers, crayons gris et de couleurs, pâte à modeler. Dans une autre partie de la pièce, un paravent.

B) Les soignants

Nous sommes deux au minimum et quand un troisième peut s'adjoindre pour former un petit collectif, c'est encore mieux(9).

Durant une séance de packing, je pense souhaitable que les soignants adoptent, idéalement(10) une posture toute à la fois patiente, attentive, réceptive, interactive, intuitive et confiante.

Patiente car il arrive que « rien ne se passe » (en apparence) Par exemple, (c'est assez rare mais ça se produit) le patient reste rigoureusement immobile et silencieux durant plusieurs dizaines de minutes ce qui semble une éternité; pourtant il faudra peut-être que chacun supporte de rester sans rien faire et sans rien dire « le temps qu'il faut » afin de permettre à l'essentiel d'advenir.

Attentive à tout ce que le patient exprime, au moindre signe du corps, de ses tensions, de sa tonicité ou de son relâchement; au moindre signe du visage qui peut dire beaucoup sans les mots; au moindre soupir, chaque souffle pouvant s'entendre comme un message.

Bien entendu, le verbe, la parole peuvent aussi être au rendez-vous.

Réceptive aux sensations de son corps propre(11), à ses émotions, à ses affects, aux images mentales qui filent ou insistent, autant de traces à saisir comme un précieux matériel contre transférentiel en gestation, riche d'adresse et de sens en devenir.

Parfois une hypothèse significative survient dans l'après coup et s'éclaire lors des séances suivantes.

(8) Cet aménagement artisanal doit beaucoup à de nombreuses formations aux psychothérapies à implication corporelle effectuées avec Mesdames Juliette PLANCKAERT, Hélène TRIBOCKY, le Docteur Jean-Caude SÉCHERESSE, et tout particulièrement à un long compagnonnage avec le Docteur Roger GENTIS .

(9) Il s'agit en effet d'un idéal; de surcroît un tel engagement ne peut relever que du choix du soignant .

(10) Durant des stages de formations aux enveloppements humides thérapeutiques, les soignants entourant leur collègue allongé dans les draps peuvent être au nombre de sept. Je parlerai succinctement de formation en fin d'exposé

(11) Je développerai cette idée du corps du soignant en fin d'exposé.

Interactive, en référence à la disponibilité maternelle envers le bébé, et cela passe par le corps, le regard, la voix, en deçà du langage articulé, comme dans les interactions précoces. Il s'agit, si possible, d'entrer en relation avec le patient, quel que soit son mode d'expression et aussi fragile ou déroutant qu'il puisse être.

Une forme de dialogue, avec ou sans parole s'engage avec l'un des soignant, l'autre, ou un « polylogue » (car il y a au moins trois sujets concernés)

Parfois le lien semble duel, excluant pour un temps toute intervention d'un tiers, il y a le patient et seulement le soignant élu, embarqué dans cet étrange voyage.

Vient un moment où ce dernier rencontre le regard du collègue. Empathie, étonnement, soutien, compréhension, une ébauche de pensée alpha...

Intuitive car nous pratiquons sans théorie définitivement assurée, sans protocole strictement établi (et c'est tant mieux), il nous faut improviser au gré de ce que le patient montre, indique.

Pour une bonne part, les messages circulent de corps à corps, d'inconscient à inconscient et notre intuition sensible guide nos actes, nos gestes et nos paroles.

Nous décidons de poser une main sur une épaule qui frissonne, sur un bras qui se tend ou sur un front qui se plisse ou encore nous massons doucement un ventre qui se refroidit et se contracte puis nous contactons plus fermement les pieds qui s'agitent...

Nous ponctuons nos actes de quelques mots, nous essayons une parole, fragile. Nous formulons une image, une sensation, un émoi, un sentiment. Présence...

confiante en notre cadre, au rituel, confiance en ce qui se déroule, aux collègues avec qui nous sommes « en cordée », en nos intuitions, confiance dans le pouvoir soignant de la relation et de la parole juste.

Enfin confiance inconditionnelle en l'irréductible potentiel d'humanisation du patient.

C) La cure et le déroulement d'une séance.

Il est pertinent d'envisager la pratique des enveloppements humides thérapeutiques comme une cure (12) avec des entretiens préalables ou, par équivalence, l'établissement d'une relation de confiance lors de rencontres en amont (pour ce qui nous concerne, c'est le plus souvent par le truchement de l'hydrothérapie)

Durant ces prises de contact, il s'agit également de présenter le soin (succinctement pour induire le moins possible de réactions à l'avance) ainsi que de solliciter d'une manière ou d'une autre l'accord du patient.

Confrontés à des malades mutiques ou privés de réelle communication langagière, il faut inventer, au cas par cas. Par exemple, nous avons été conduits à montrer à l'un d'entre eux ce que nous lui proposons à l'aide d'un petit pantin enveloppé dans des feuilles de papier sans être d'ailleurs assurés qu'il avait compris... Pour un autre, l'un des soignants s'est prêté à une démonstration (en restant vêtu et à l'aide de linge sec)

Pour la majorité des patients, il semble préférable que les soignants demeurent les mêmes pour toute la durée de la cure; cependant, les « roulements », caractéristiques des services fonctionnant à temps plein nous ont fréquemment contraints à changer la composition de cette petite équipe en veillant toutefois que l'un des soignants soit « fidèle au poste »

L'expérience tente à montrer que ces importantes variations de « l'enveloppe soignante » s'effectuent sans dommage, étonnamment et particulièrement pour les patients autistes et psychotiques.

(12) La cure s'organise selon un rythme (une à trois séances par semaine) et selon une durée (quelques semaines à plusieurs années) pour notre pratique dans ce service; les décisions sont prises au cas par cas, en fonction des indications, des demandes et de l'évolution des patients; elles sont limitées par « le principe de réalité » car le temps des soignants est compté...

A l'occasion de sa séance, le patient arrive donc dans la salle; si possible, un échange verbal s'instaure et nous proposons qu'il réalise une « représentation de lui-même » par le dessin ou mieux avec la pâte à modeler (13).

Il se dévêt ensuite derrière un paravent (14) tandis que les soignants disposent sur le matelas un drap (15) dans le sens de la longueur puis le recouvrent d'un autre dans le sens de la largeur. Le patient s'y étend sans tarder et il est rapidement enveloppé. Le drap en travers est utilisé pour les membres, le reste du corps est recouvert en rabattant le drap en longueur. (Nous veillons à envelopper tout le corps, en évitant de produire des plis) Parfois, un troisième drap mouillé, puis une couverture.

Il arrive (rarement) que des patients manifestent d'emblée de l'angoisse, à peine assis sur le drap froid, ou tandis que l'enveloppe se referme sur eux. Si l'angoisse demeure massive,

malgré nos gestes, nos paroles d'apaisement, nous n'insistons pas, aidons le patient à se réchauffer; il se rhabille et nous essayons de parler ce qui s'est passé.

Plus souvent, le patient demeure allongé, recouvert des draps et de la couverture tandis que l'un des soignants s'installe à la tête, l'autre au pied et le troisième, assis un peu à l'écart observe et prend note de tout ce qui se passe, autant que faire se peut.

Pour l'enveloppement du visage, il appartient au « capétien »(16) d'évaluer ce qui convient le mieux à l'aide d'un dialogue quand c'est possible, sinon par l'intuition et l'échange non-verbal. J'ai connu pour ma part des patients requérant qu'on ne laisse dégagé que leur nez, (le minimum pour respirer) tandis que d'autres exigeaient d'avoir le tête entièrement libérée; toutes les variations sont possibles et les besoins d'une même personne évoluent souvent au cours du packing.

La durée de l'enveloppement humide proprement dit varie de trente à cinquante minutes en fonction du gabarit et du métabolisme du patient(17)

Généralement(18), au début, il se produit un choc au froid pouvant se manifester à minima (discrète accélération du rythme cardiaque, respiratoire, petite vasodilatation périphérique...) ou au contraire intensément (cris, tremblements spasmodiques, mouvements rythmique de tout le corps, claquements de dents...)

(13) Je suggère cela systématiquement avant le premier packing. Par la suite, je ferai la même proposition au fil du temps, avant ou après certains des enveloppements, puis à l'issue du dernier packing de la cure.

La plus remarquable des évolutions que j'ai connu à ce propos, chez un patient autiste adulte, consiste en une première production réduite à quelques fragments de pâte déchiquetée tandis que la dernière (après cinq années de cette pratique à un rythme plus ou moins soutenu) représentait le patient « en modèle réduit » avec la tête (montrant des orifices, yeux, nez, bouche et oreilles), les quatre membres (comportant des ébauches de doigts) et le sexe.

(14) Pour le packing, il est de loin préférable que le patient soit complètement nu; en milieu de soin, cela ne produit généralement guère de réticences. Il arrive cependant que nous ayons à composer avec la pudeur: le patient peut alors revêtir une tenue de bain préalablement mouillée à l'eau très froide, parfois, il se déplace depuis le paravent jusqu'au matelas en peignoir de bain, qu'il retirera au dernier moment tandis que le(s) soignant (es) « de l'autre sexe » se détourneront jusqu'à ce que le premier drap soit mis en place... En tous cas, le tact et l'adaptation sont de rigueur.

(15) Les draps ont été trempés dans de l'eau très froide, voire glacée, puis égouttés (la température de l'eau est empiriquement choisie en fonction du gabarit et du métabolisme supposé de la personne, parfois selon sa demande. Un choc au froid est censé se produire, et l'on suppose que cette enveloppe fait éprouver les limites corporelles et participe d'une sensation d'unité physique et partant, d'un mouvement d'individuation psychique. Au fil de nos interventions soignantes, nous veillons à favoriser ces sensations par des contacts manuels, des massages...)

(16) Au fil d'une succession de stages, Roger GENTIS, a proposé non sans humour de doter d'un nom chacun des trois personnages chargés de conduire et d'accompagner le packing:

- Le Capétien, se tenant à la tête du patient est particulièrement voué à l'écoute, à l'échange verbal quand il est possible; s'il a effectué une démarche psychanalytique, ce n'est pas plus mal; c'est généralement la personne qui « conduit » la séance.

- *Le podostat se tient aux pieds, il peut représenter la stabilité, la permanence, l'ancrage dans le sol.*

- *Le scribe est en quelque sorte le garant de l'écriture, de la « fonction alpha », une ouverture vers l'univers des symboles, de la culture.*

(17) Passée une certaine durée de réchauffement, variable pour chaque patient, on prend le risque d'assister à la survenue d'une nouvelle vague de froid qui n'est absolument pas souhaitable.

(18) Seuls les patients sévèrement autistes ou gravement psychotiques ne manifestent rien au début des cures et l'on considère qu'il y a un progrès quant ils réagissent au froid d'une manière ou d'une autre.

Les sensations produisent ou non des commentaires verbaux.

Il est assez fréquent que ces sensations de froid s'accompagnent d'émotions angoissantes, pénibles, tristes tels qu'angoisses de chutes sans fin, d'étouffement, d'abandon, de pertes, de deuils, de réminiscences traumatiques.

Le choc au froid, souvent de courte durée(19) est suivi par un réchauffement d'autant plus net que le choc au froid a été vif.

La chaleur vécue corporellement donne généralement lieu à l'extériorisation d'affects à la tonalité positive. Les personnes jouissant de capacités verbales évoquent parfois des souvenirs, font le récit d'une tranche de vie.

Chaque soignant, à sa place, cultive une « qualité de présence », de disponibilité, dans l'attente ou intervenant par des gestes ou des mots pendant que s'écoule le temps nécessaire...

Puis à la demande du patient ou sur proposition soignante, vient le moment de retirer les draps, d'aider à pivoter dans l'enveloppement sec préparé préalablement.

Le patient est séché, frictionné, massé. Le tact et les aménagements sont toujours de rigueur:

l'un supportera à peine qu'on le touche à travers plusieurs épaisseurs de tissus éponges, draps, couvertures, tandis que l'autre souhaitera une friction à même la peau avec de l'eau de Cologne ou du talc...

L'un manifestera le souhait de se rhabiller de suite et peut-être de partir rapidement, un second prendra ses aises, allongé sur le matelas sec comme pour une relaxation, un troisième semblera recueilli, très silencieux, un quatrième volubile, un cinquième fera un dessin, un sixième un modelage, un septième tient beaucoup à la petite collation(20).

Je souligne à dessin les diverses adaptations du cadre thérapeutique, la souplesse qui préside à l'interprétation du rituel au cas par cas.

Vient le moment où le patient se sépare du petit collectif, pour être, de préférence, confié à la bienveillance d'autres soignants(21).

Les membres du petit groupe « packing » ensachent le linge utilisé, l'emmènent à la buanderie, rangent le matériel, la salle. C'est pour moi un moment utile, étape du rituel, retour à une autre réalité.

Il s'ensuit un temps de parole (de courte durée), de prises de notes, utilisant celles du « scribe » s'il y en a un. C'est un précieux moment d'élaboration, « de fonction alpha »

Il y aura ensuite d'autres échanges, en collectifs plus larges, particulièrement au cours de la réunion « reprise d'activités » organisée deux fois par mois sous l'égide d'un des psychiatres du service.

Revenons donc à Charles qui accepte volontiers la proposition, il est intéressé, curieux, excité, maniaque et pressé que la séance d'hydrothérapie (collective) se termine.

Faute de « main d'œuvre » suffisante, nous sommes deux soignants, une infirmière et moi. Par la suite, ce sera toujours le cas pour ce patient en particulier. Serait-ce qu'il déroutait trop les autres collègues pratiquant régulièrement le packing?

Nous nous rendons dans la salle de psychomotricité. Charles, toujours un peu maniaque, exécute rapidement son modelage, donnant une représentation de lui-même complètement fragmentée.

Il s'allonge et nous l'enveloppons rapidement dans les draps ; Il commente brièvement le « choc au froid » avec son accent bourguignon plus accentué que d'habitude: « c'est rudement froid! » peu après, il déclare: « ça va mieux » et à notre grande surprise, l'état maniaque cède sous nos yeux;

(19) Une à quelques minutes. Nous avons observé que les rares patients mélancoliques délirants à qui nous avons proposé ce soin semblaient s'installer dans le froid en nous communiquant des affects mortifères insupportables. Nous avons fait le choix de les frictionner assez énergiquement afin de les réchauffer par notre intervention; ils semblaient s'en porter un peu mieux et demandaient ou acceptaient la poursuite de la cure)

(20) Des soignants prêtent beaucoup d'importance à cette partie du rituel, sur signifiant la dimension du maternel, du nourrissage, de l'archaïque, de l'oralité, ce qui m'apparaît précieux pour les cures d'enfants mais que je ne pratique pas systématiquement avec les adultes)

(21) A ma connaissance, les enveloppements humides thérapeutiques sont le plus souvent pratiqués en service d'hospitalisation temps plein, quelques fois en hôpital de jour, plus rarement en consultation et exceptionnellement en contexte de cabinet libéral)

La respiration s'apaise, Charles ne bouge plus, il a les yeux clos, il nous fait penser à un gisant.

Le temps nous semble très long, l'immobilité et le silence difficiles à supporter.

Être soignant et ne rien faire, ne rien dire...

Heureusement, les traits du visage, torturés au début, se sont considérablement détendus.

Au bout d'une éternité, (qui a duré en réalité une vingtaine de minutes) je ne sais plus si c'est la collègue ou moi, l'une ou l'autre dit: « on dirait un bébé qui dort » Charles répond à mi-voix « oui, je suis calme, je suis bien » puis il s'endort, ronflant légèrement!

Nous nous retrouvons à veiller sur son sommeil, vérifiant par le toucher qu'il ne se refroidit pas, ce qui ne manque pas d'arriver en moins d'une demi heure, (c'est physiologique). Nous le

massons légèrement, puis un peu plus fermement, cela le réveille; nous le frictionnons alors énergiquement; le patient baille à n'en plus finir, se laisse « bichonner » sans mot dire. Une fois enveloppé au chaud et au sec, nous l'invitons à parler de ce qu'il a vécu; il ne sait que nous dire: « au début, c'était un peu dur, j'avais froid; après, ça va... Il y a longtemps que je n'ai pas été aussi bien... Mais ce que je suis fatigué. Je retournerait bien me coucher »

Nous n'obtenons pas d'avantage de paroles. Nous confirmons au patient que son bien-être est visible et, à sa demande, nous le reconduisons dans le pavillon fermé, sans pouvoir échanger plus de quelques mots avec nos autres collègues, très occupés.

Avant de quitter le service pour le weekend, je passe prendre des nouvelles du patient et l'on me répond: « je ne sais pas ce que vous lui avez fait, mais il n'a même pas goûté, lui qui est si gourmand d'habitude (en effet, quand Charles est en période maniaque, nous sommes habitués à le voir engouffrer d'effarantes quantités de nourriture) Il a voulu se coucher, et depuis, il dort comme un bébé; pourvu que ça dure, ça lui fera du bien et à nous encore plus! »

Lundi, on m'annonce que ce mieux-être se poursuit.

Cependant, l'amélioration ne dure pas, le patient rechute, en lien semble-t-il avec la prise de distance puis la rupture avec la famille.

Pendant plusieurs années, nous poursuivons l'accueil de Charles en hydrothérapie, à chaque fois que c'est possible, en fonction de son état de santé et du taux d'occupation du service. Nous lui proposons des packs sous forme de cures, ou ponctuellement, quand il va particulièrement mal puis se remet particulièrement vite.

Parfois, il va suffisamment mieux pour envisager une sortie en appartement thérapeutique, sortie rarement demandée par l'intéressé, mais souvent souhaitée par les soignants, car nous manquons de place dans le service; sortie se soldant malheureusement trop fréquemment par une rechute et un retour en hospitalisation après quelques semaines.

Au fil du temps, Charles « nous offre en cadeau » un récit. Cela surgit par bribes, durant les packs, surtout lors du choc au froid et les propos pourraient sembler délirants « cochon de boche! Fille à soldats! Ils l'ont tondu... » Propos délirants? Pas tant que ça puisqu'ils constituent peu à peu une histoire de vie, la sienne.

C'est particulièrement au hammam, quand la présence du soignant est estompée par la vapeur qu'il reprend les fragments de ce qu'il a déposé dans les draps froids, renouant les fils de son existence déchiquetée.

Charles naît d'une jeune fille violée par un soldat de l'armée d'occupation, à la libération, la jeune mère est tondu puis conduite à abandonner cet enfant. C'est tout ce qu'il sait d'elle.

Il connaît l'orphelinat puis est placé dans une ferme. La vie y est rude, la famille pauvre et déjà nombreuse, mais l'enfant grandit et commence à se construire.

Un nouveau drame surgit, la mère nourricière tombe gravement malade et meurt.

Charles a douze ans et c'est à nouveau l'orphelinat, puis quelques tentatives de placements en fermes, mises en échec par les difficultés de l'adolescent.

A quinze ans, après un passage « au foyer de l'assistance publique », il est placé dans une autre ferme, il y est mieux supporté, peut-être parce qu'il est bon travailleur et « costaud pour son âge »

Il s'y enracine, et mène sa vie de garçon de ferme, de mieux en mieux accepté par cette famille d'agriculteurs.

Quelques années plus tard, la guerre d'Algérie éclate, il est enrôlé et y est à nouveau

particulièrement traumatisé .

Comme il est pupille de la nation, il « a droit à une marraine de guerre » avec laquelle il correspond durant les hostilités.

Démobilisé, il épouse cette jeune fille du Nord, également « sans famille » et tente de rompre avec le passé en coupant toute relation avec ses origines Bourguignonnes.

Pendant vingt-cinq ans, il se comporte « en bon travailleurs et en bon père de famille » jusque au moment où la perte de son travail le conduit à s'effondrer, à rompre le fragile équilibre chèrement acquis...

Les hospitalisations se succèdent et Charles semble souffrir tout particulièrement de la rupture avec sa famille, il ne s'en remet pas;

Tout de même, au fil du temps, il connaît des périodes plus calmes à l'hôpital, mais chaque sortie « sans famille » entraîne une rechute...

La seule maison où il se pose, c'est la clinique...Mais les services de psychiatrie luttent contre la chronicité et d'autres patients sont en attente de soins...

Plusieurs années après mon départ de ce lieu, j'apprends qu'il fait maintenant des aller et retour entre le service et des maisons de retraite acceptant des « jeunes retraités stabilisés sortant de psychiatrie »

Aurions-nous pu mieux faire?

En guise de points de suspension...

La pratique du packing ouvre de nombreuses questions, questions d'actualité à plus d'un titre.

Elle est violemment attaquée par certaine association de parents d'enfants autistes prenant en particulier pour cible le professeur Pierre DELION, chef de service de l'inter secteur de

pédopsychiatrie et enseignant chercheur au centre hospitalier universitaire de Lille.
Heureusement, les choses s'arrangent un peu actuellement.

Quoiqu'il en soit, il me semble important de continuer à témoigner d'un travail clinique impliqué, en essayant de ne pas se laisser inhiber, empêcher de penser et de parler. Ne permettons pas aux polémiques agressives, injustes, nourries de mauvaise foi et de méconnaissance, de stériliser les débats.

J'espère vous avoir au moins démontré que la pratique du packing présentée ici ne peut être réduite à de la maltraitance!

Parmi d'autres psychothérapies à implications corporelles, cette approche convoque l'engagement transférentiel et indique l'intérêt qu'il faut porter à la relation soignant-soigné en sa subtile complexité.

Je propose aussi cette présentation comme un modeste moyen de résistance à la tendance lourde que nous connaissons en ces temps d'évaluations forcées.

On nous somme de tout mesurer, chiffrer, objectiver.

Mais pourquoi, pour qui, (au profit de qui), devrions nous servir une logique comptable, financière, située aux antipodes de nos préoccupations et de nos valeurs de soignants?

Ceci posé, en quoi les enveloppements humides thérapeutiques constituent un **dispositif de représentation** comme je le fais entendre dans le titre choisi?

Il me semble que cette pratique met en scène un rituel de soin du corps et de la psyché, une situation clinique par excellence: deux soignants (au moins) sont réunis au chevet d'un patient, disponibles pour une durée « suffisamment longue »

Cette situation est porteuse d'une multitude d'images, de fantasmes conscients et inconscients.

Il suffit pour s'en convaincre de citer, « en vrac » des paroles de patients, recueillies lors de la présentation de la méthode, avant la réalisation proprement dite:

- Je serai comme une momie!
- D'abord je serai mort après je renaitrai...;
- Ça va certainement me rappeler mon accouchement;

Elle facilite également également les associations d'idées, la mise en forme et en images de vécus archaïques, de sensations, d'émotions, d'affects et de remémoration comme en témoignent ces paroles prononcées par des patients durant leurs enveloppements:

- Je pense que les bébés étaient langés comme ça, avant
- Je me souviens, on jouait dans la neige, avec mon père et mes frères et sœurs
- je suis seul, abandonné sur un iceberg, je vais mourir... Non, on va venir m'aider, me réchauffer!

- Vous m'avez pansé (pensé aussi?) tout le corps, c'est la première fois de ma vie que je me sens entier
- Le courant m'emporte...Ça ne s'arrêtera donc jamais... Ah si... Continuez à me tenir les pieds, ne me lâchez plus
- Je tombais, je tombais, c'était un cauchemar, maintenant je suis dans un édredon
- J'aurai voulu que mes parents soient tous les deux comme ça quand j'étais malade
- c'est comme si vous m'aviez fait un langage... non un bandage de tout le corps!

Décidément, il est des lapsus qui semblent des cadeaux...

Les images, associations d'idées, fantasmes, productions de l'inconscient sont aussi le propre des soignants.

Cela va des des image de soins de nursing réservés habituellement aux bébés, aux petits enfants, aux malades en cure...

Pour d'autres, il s'agirait de veiller les morts; les représentations font également la part belle aux thérapies de choc, parfois dites dépassées, associées à des mauvais traitements...

Certains font spontanément des liens avec la théorie, les enveloppes contenantes, le stade du miroir...

C'est dire qu'il y va tout à la fois des projections des soignants et de celles du patient.

Un lieu, un moment, des sujets, un rituel propice à ce que se représente une rencontre, des moments de vie...

Dispositif de représentation et de médiation, le packing « convoque » à une mise en scène du corps, accueille l'archaïque; la pulsion y figure.

« Le transfert de l'archaïque » met souvent à mal les soignants et le cadre auquel ils se réfèrent, et l'on risque de voir apparaître un vif surcroît d'angoisse susceptible de frapper chacun, ce qui va à l'encontre de l'effet thérapeutique recherché(22).

Le rituel de l'enveloppement humide thérapeutique(23), la succession d'enveloppes(24), la spatialisation, les répétitions, le rythme, le déroulement de la séance constituent un filtre qui tout à la fois protège et rend visible.

La fonction pare-excitation opère tant pour les patients que pour les soignants.

Dans cet espace clos, protégé, enveloppé, s'entremêlent les mouvements d'incorporation, d'introjction, d'identifications et de projections, qu'il faut nécessairement détoxiquer afin qu'ils deviennent supportables et un temps soit peu lisibles.

(22)Voire à ce sujet la remarquable intervention effectuée par Madame Annick ESCHAPASSE durant la première matinée de ce colloque)

(23) Son histoire, vieille comme le monde, que je n'ai pas le temps d'aborder aujourd'hui constitue à mon sens un arrière plan, un socle symbolique, un véritable ancrage

(24) L'image des poupées russes me semble appropriée pour représenter cette idée; au centre le patient, enveloppé dans les draps, entouré du petit collectif de soignants, puis de l'équipe élargie, du service, de nos théories, du vaste mouvement de la psychothérapie institutionnelle...)

Faisant appel à des concepts du courant de la psychothérapie institutionnelle, j'avance que cette approche offre une fonction phorique, sémaphorique et métaphorique.

Phorique: De porter, (le holding), la dimension contenante du dispositif. Une pratique de « non savoir » propice à l'accueil de ce qui survient.

Sémaphorique:

Il s'agit de faire signe que les soignants sont attentifs au moindre message du patient, à l'écoute des signaux du corps, de la parole, lui répondant par le toucher, des contacts, des massages, (le handling) sans exclure un travail de traduction par les mots aussi.

Métaphorique:

Là où l'imaginaire du patient rencontre celui du soignant, une mise en contact des représentations respectives, la fonction alpha, la transformation des signes en un autre niveau d'intelligibilité, en un récit pour Charles, une communication d'après coup aujourd'hui. Un passage dans l'univers symbolique.

Je souhaite aborder avec vous les indications des cures de packing.

Traditionnellement, on réserve ces soins aux malades souffrant d'autisme et de psychose dissociatives, en proie à une grave désorganisation de l'image du corps, ce qui produit d'effroyables angoisses (de chutes sans fin, d'intrusion, de morcellement...) et des mécanismes de défense qui échouent le plus souvent en symptômes tels qu'agrippements, automutilations...

Sans remettre en question ces indications princeps, mon expérience clinique m'incline à soutenir que d'autres patients peuvent en tirer beaucoup de profit, qu'ils souffrent de diverses pathologies psychotiques, chroniques ou non, de bouffées délirantes, de bouffées d'angoisse aiguës, d'addictions, de pathologies alimentaires, de pathologies narcissiques et pour l'illustration clinique d'aujourd'hui de pathologies traumatiques.

Je constate à travers l'accompagnement de Charles et à propos de plusieurs autres situations, que la pratique des enveloppements humides thérapeutique apporte des soins de qualité aux patients gravement traumatisés.

A leur insu, et sans parvenir à se contenir, ceux-ci donnent à saisir une part de leurs souffrances par des symptômes bien difficiles à accueillir et plus encore à symboliser.

Il faut qu'ils trouvent une adresse en la personne d'au moins un soignant, qui accepte de s'engager dans un travail de détoxication et de traduction à leur côté.

Faute de pouvoir se dire en mots, les traces traumatiques se transmettent parfois par le corps du soignant, lequel se trouve aux prises avec des éprouvés pénibles, angoissants, des nausées, des vertiges, des sensations de chaud et de froid, d'oppression, diverses formes de malaise.

« Ça », ce curieux matériel, commence à passer par le vécu corporel du thérapeute, préalable à ce qu'il sepanse pour se penser,panse le patient pour le penser, aider celui-ci à se penser et se dire...

Il me semble que le packing permet que le soignant qui peut et veut bien se laisser « toucher », qui accepte de se prêter à cette sorte de transfert, supporte mieux cette adresse, étant ni trop exposé, ni trop protégé.

Je livre également à vos réflexions les constats suivants:

Dans ce service, -et dans d'autres-, la cure de packing arrive parfois comme « le soin de la dernière chance », éventuellement à la place d'une autre « thérapie de choc ».

J'ai en mémoire un patient mélancolique délirant, souffrant le martyr et pour lequel les neuroleptiques demeuraient sans effet depuis plusieurs semaines. Une prescription de sismothérapie était en discussion, puis une cure de packing fut proposée comme alternative.

Je me souviens également d'une jeune patiente présentant un syndrome anorexique grave et une bouffée délirante aigüe (elle était persuadée qu'on voulait l'empoisonner); les jours passaient sans amélioration et le risque vital nous conduisait tout droit à une réhydratation et une réalimentation contraintes, potentiellement persécutives. La patiente venait en hydrothérapie, elle accepta la proposition d'enveloppements humides thérapeutiques.

Nous avons constaté des effets positifs dans ces deux situations, et dans bien d'autres, ce qui invite à poursuivre la discussion.

Le packing n'a bien entendu pas d'effets miraculeux, pour autant, il produit des effets de soins nets et rapidement parfois. Qu'est ce qui est opérant? (Au delà du travail des enveloppes physiques et psychiques)

A mon sens, un ensemble de facteurs et de mouvements transférentiels:

La « croyance » ancienne et tenace aux vertus réparatrices et soignantes des « thérapies de choc », (on peut y classer les enveloppements humides thérapeutiques pour une partie du rituel), croyance qui mobilise à la fois les soignants et le patient dans une alliance thérapeutique.

La prescription d'un soin « sortant de l'ordinaire », permet de se penser à nouveau soignant face à des patients présentant des souffrances peu communes nous laissant dans l'embarras, les sentiments d'impuissance et d'urgence.

Tout ceci n'échappe pas à des mouvements d'idéalisation, en une méthode, en la personne d'un ou de quelques soignants. Nul n'est à l'abri de ce mécanisme qui peut sembler fécond pour un temps mais qui est toujours gros du risque de clivage, d'attaques envieuses, d'un retournement en désillusion, phénomènes rencontrés dans toute les institutions.

Mon parcours personnel, professionnel, des rencontres, diverses formations m'ont conduit à expérimenter, « coté draps » (comme on dit la cure coté divan préalable au « métier de psychanalyste ») bon nombre de packing, durant des stages organisés par des personnes fiables et compétentes.

Pour l'avoir vécu « coté patient », et par le recueil de plusieurs témoignages , il m'apparaît que cette « médiation » favorise l'accès à l'archaïque et aux zones traumatiques en chacun.

Partant, il me semble que les enveloppements humides thérapeutiques ont, pour les soignants qui veulent bien se « jeter à l'eau », des effets thérapeutiques et formateurs qui leurs seront bien utiles durant les prises en charge des patients les plus « difficiles à soigner »

Enfin, la pratique du packing constitue pour moi, soignants masculin, un dispositif qui me facilite ce que j'appellerai, faute de trouver une meilleure formulation, une disponibilité maternelle primaire, une posture d'accueil de l'archaïque.

Charles, présenté ici, fut particulièrement difficile à soigner.

Psychiquement désorganisé, il montre sa souffrance par des symptômes inquiétants et dérangeants, particulièrement quand il se présente dans un moment de déliaison pulsionnelle. Cette expression psychopathologique fait alors violence aux soignants jusqu'à en devenir insupportable, sidérante.

L'empêchement de penser, les vécus d'impuissance sont à l'œuvre. Cela peut produire des paroles, des actes bien peu soignants en apparence, ou de sérieuses inhibitions.

En outre, Charles entre en relation et adresse des « parties de sa subjectivité » sur des modes très divers selon l'interlocuteur, provoquant chez l'un de la sympathie, chez l'autre du rejet, des sentiments de colère ou au contraire attendris; la palette transférentielle est étendue et les couleurs peuvent en changer radicalement et très rapidement, rendant la rencontre extrêmement déroutante.

Le concept de « transfert clivé » évoque bien cette dynamique.

A ce propos, gardons-nous bien de méjuger les infirmiers(ères) exposés(es) à la présence permanente des malades pendant huit heures chaque jour et je serais tenté de dire « au front » pour six journées consécutives à l'époque.

Le contact assidu avec des patients épuisants, décourageants, qui confrontent chacun à une bien inquiétante étrangeté (familiale) ne laisse aucun professionnel impliqué indemne.

Envie, idéalisation peuvent encombrer le travail en équipe. Dans ce lieu, ça c'est plutôt bien passé, l'hydrothérapie et les packing participant de ce que le collectif s'éprouve « quand même soignant » avec les patients les plus « désespérants »

Le petit groupe de professionnels mobilisé pour l'hydrothérapie et le packing connaissait parfois des moments de partage d'une grande qualité, du type des « réunions de constellation transférentielle » quand elles se déroulent très bien.

Les moments d'échange en équipe élargie, souhaitables, étaient plus rares, par manque de temps, mais l'explication n'en est pas si simple.

Peut-être aurait-il fallu d'avantage (oser) dire avec authenticité, écouter, entendre chacun.

Il n'est pas facile d'exposer une pratique aussi impliquée.

Les mots qui dévoilent l'intime du vécu des soignants peinent à se trouver un chemin, dans un groupe de taille plus importante, en présence de « la hiérarchie ».

Et puis, il a peut être fallu que s'écoule un temps suffisamment long pour parler à juste distance de cet intense moment de soin.

Aujourd'hui, j'ai éprouvé une confiance suffisante pour en parler avec vous qui m'avez écouté avec une grande bienveillance.

Je vous remercie de votre attention.

Novembre 2010

Michel JEAN

240 Avenue de la République. 59110. La Madeleine. *michel-jean@wanadoo.fr*

Bibliographie sommaire pour qui voudrait en connaître un peu plus:

Didier ANZIEU

Le moi peau

Thierry ALBERNE

Les enveloppements humides thérapeutiques

Christine BUET-LOISEL

La danse à l'écoute d'une langue naufragée

Françoise DAVOINE

Don Quichotte pour combattre la mélancolie

Pierre DELION

Le packing

Roger GENTIS

Leçons du corps

Le corps sans qualité

Un psychiatre dans le siècle (Entretiens avec P. FAUGERAS)

Charles JULIET

Lambeaux

Chemin de → »

par les Psychopitres du Dingopôle : Mmes Odile JANVRE, Patricia MONTI, Liliane ROUMEGOUX et M. Joël PICART psychologues hospitaliers, Saint-Égrève.



Scéno-langage - Une médiation "sur mesure" pour une première expérience de groupe psychothérapeutique en EHPAD Spécialisé



Mmes Alexandra BOHUON-MISCIOSCIA, psychologue, équipe mobile de psychiatrie de liaison Saint-Laurent du Pont, pôle PHAR, CHAI SaintÉgrève et Maryline LANFREY-LAPERRIÈRE, psychologue EHPAD de Miribel-les-Échelles.

L'Equipe Mobile de Psychiatrie de Liaison du Pôle Handicap Addiction et Réhabilitation du CHAI intervient auprès des structures médico-sociales rattachées à l'Hôpital de St Laurent du Pont.

En tant que psychologues intervenant sur l'EHPAD de Miribel (Melle Bohuon-Miscioscia pour l'EMPLi et Melle Lanfrey-Laperrière pour l'EHPAD) nous avons élaboré à partir des précédentes expériences effectuées et nos spécificités respectives (Psychiatrie pour Melle Bohuon-Miscioscia et Gériatrie pour Melle Lanfrey-Laperrière) un dispositif groupal qui s'appuierait sur un support. Nous avons en effet perçu les limites d'un groupe de parole classique et des dossiers photo du Photolangage avec une population vieillissante et présentant des troubles psychiques graves.

Nous avons proposé une médiation adaptée aux résidents tout en bénéficiant des spécificités apportées par les dispositifs des groupes de parole et Photolangage. Ainsi au terme d'un travail de réflexion nous avons construit un dispositif « sur mesure » de groupe thérapeutique avec un support photographique auquel s'ajoute une possibilité de

« composition » grâce à des figurines en feutrine. Nous avons appelé la médiation « Scéno » pour faire référence au fait qu'avec photographies et figurines nous pouvions mettre en scène et « Langage » puisque nous travaillerions sur la verbalisation.

Nous avons mis en place un dossier composé de quarante photographies (qu'on appellera « planche ») prises dans l'environnement classique des résidents à savoir :

- L'extérieur : les villages de Miribel et de St Laurent du Pont avec leurs lieux significatifs (8 photographies).



(P1Hôpital de St Laurent du Pont)



(P2Paysage de Miribel)

- La maison de retraite : série de photographies d'intérieur (32 photographies).



(P36SalleKiné)



(P23BureauPédicureBibliothèquePsychologue)

Au dossier de photographies s'accompagnent des figurines plates en feutrine représentant :

- Homme / Femme avec distinction Résident (beige) / Soignant (blanc)/ Personne Extérieure (jaune)
- Enfants avec distinction Garçon (bleu) / Fille (rose)



Ces personnages se posent sur les planches. De cette façon le patient peut exprimer avec ses moyens ce qu'il souhaite. Cela permet aussi de ne pas figer les photographies et de favoriser une certaine mise à distance.

Nous avons dans un premier temps listé toutes les pièces de la maison de retraite. Nous avons sélectionné les endroits où les résidents avaient accès.

Nous avons passé une matinée à prendre tous les lieux en photo. Nombreux ont été les patients qui voulaient être pris en photo pour avoir des souvenirs.

Nous avons ensuite sélectionné les clichés et déterminé qu'il y aurait 40 photographies (choix déterminé par le budget d'une part et par la nécessité d'autre part d'avoir un éventail de photo représentatif de la structure).

Nous n'avons pas retouché les photos. Nous avons simplement fait des planches que nous avons appelé « combinées » où deux clichés sont associés.



P14 Montée C

Nous avons fait développer les photos dans une grande enseigne! Nous avons plastifié les photos pour les rigidifier un peu, les protéger et donner un aspect « planche ».

Le coût de la médiation a été pris en charge par la l'hôpital de St Laurent du Pont pour un total de 120 euros¹.

Nous avons procédé à une présentation individuelle des photos à certains résidents pour avoir leur avis. « Voici quelques photos de ce support (nous avons procédé à une sélection car 40 photos c'était trop, nous avons gardé celles des endroits les plus fréquentées par les résidents). Nous vous laissons la possibilité de regarder et de nous dire ce que vous en pensez.

¹ L'administration avait donné son accord pour une enveloppe autour des 100 euros !

Voici les figurines qui peuvent nous aider à discuter. Elles peuvent se mettre sur les planches. »

Tout au long de la présentation nous avons favorisé les associations libres que nous pourrions avoir, comme dans un entretien non-directif.

Cette situation, par moment, aurait pu s'apparenter à une passation de test projectif, surtout quand les patients ne tournaient pas les planches verticales !

Pour les figurines qui n'étaient pas d'emblée utilisées par le patient, nous reprenions un élément significatif émis par celui-ci pour lui présenter les personnages.

Dans l'ensemble les patients ont reconnu les lieux et certains nous disaient « *ça rend mieux qu'en réalité* », « *ça paraît plus grand et plus beau* ». Suite à ces présentations individuelles, nous avons constaté qu'il était nécessaire de réduire le nombre de personnes dans le groupe (pour une meilleure prise en charge) et la durée (concentration). Nous avons donc opté pour deux groupes de quatre patients et d'une durée d'une demi-heure. Nous avons fait des groupes avec deux hommes-deux femmes en faisant attention à la compatibilité d'humeur !

Nos objectifs thérapeutiques étaient à la fois pensés sur le plan gériatrique et sur le plan psychiatrique :

- Développer l'attention et la concentration
- Réanimation psychique :
 - ✓ En réinvestissant la communication et en soutenant la mise en mots (pour lutter contre l'isolement et le repli narcissique, et pour valoriser l'autonomie psychique).
 - ✓ Maintenir, stimuler et faire réinvestir la communication et le langage, tout en ayant un regard positif sur le résident.
- Donner ou redonner du sens :
 - ✓ Travail de figurabilité et de mise en scène.
 - ✓ Travailler l'imagination.
- Revalider la qualité de ses perceptions :
 - ✓ Echanges avec les pairs.
 - ✓ Travail sur l'aspect relationnel entre les résidents, entre résidents et soignants et entre résidents et personnes extérieures.

➤ Autonomie psychique :

- ✓ Réinvestissement de la pensée et de l'implication personnelle.
- ✓ Aider à la prise de confiance et à s'affirmer en restituant un meilleur niveau d'estime de soi, ce qui permet aussi d'améliorer le potentiel d'adaptabilité (grâce à une renarcissisation permanente, à une réassurance et à une revalorisation constantes, on sollicite le moteur psychique de l'autonomie relationnelle).

Nous avons réalisé une quarantaine de séances (une vingtaine pour chaque groupe) sur un peu plus d'un an.

Sur la première moitié des séances, nous avons proposé des consignes classiques empruntées au dispositif du Photolangage comme par exemple « Choisissons la photo qui nous plaît le plus ». Par la suite nous avons laissé le libre choix aux patients car autant eux que nous avions de facilité à mettre en lien !

Voici les principales thématiques abordées et de façon chronologique :

- L'investissement de l'ergothérapie.
- L'inquiétude au sujet de l'argent.
- Les relations entre soignants-soignés.
- Les sorties extérieures.
- La difficulté à vivre en collectivité et la question de l'intimité dans les chambres.
- Les lieux et les situations de rencontre.
- Les situations difficiles : vivre ici, se déplacer, l'intimité, les vols.
- Les aspects positifs des rencontres extérieures.
- Le plaisir à être ensemble, le partage des lieux collectifs et l'amour.
- Les soins.
- La construction d'un nouvel EHPAD et le déménagement futur.
- Sur la fin du groupe Scéno-Langage et la naissance d'un nouveau groupe !²

Nos présupposés théoriques nous ont permis de construire un dispositif a priori, la pratique nous a ramené au quotidien, à un essentiel « être là pour écouter et soutenir le discours de nos résidents », à trouver ensemble des solutions.

² En effet, suite à la fin de ce groupe, nous avons mis en place l'été qui a suivi un Groupe d'Expression sur le Quotidien (groupe ouvert) où nous reprenons à chaque séance un axe de réflexion tiré du Scéno-langage. La phase suivante étant de travailler avec les soignants sur les mêmes axes pour améliorer les prises en charge au sein de la structure. Tous les résidents du Scéno-Langage sont venus à ce groupe.

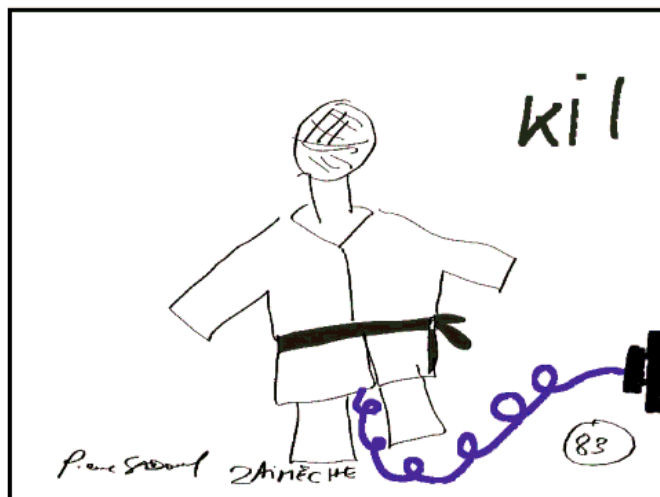
Au terme de cette expérience nous pouvons dire que le Scéno-Langage par ses propriétés formelles a permis de mobiliser psychiquement les patients, de verbaliser des ressentis et des vécus. Le cadre de ce groupe psychothérapeutique³ a offert un espace d'échanges et d'élaboration.

Nous terminerons par l'évocation d'un souvenir de séance... Lisa est très angoissée ce jour là et nous décidons de parler de soucis, de problèmes. Lisa veut « *parler d'angoisse* » mais elle se tait. Maryse dit ne pas vouloir choisir de photo « *j'en prends pas elles m'intéressent toutes, j'ai pas de problème* ». les deux autres résidents (deux hommes) choisissent en silence. Maryse ajoute « *on me veut du mal, ça vient d'en haut mais ce n'est pas de votre faute* ». Lisa sort de la pièce, elle ne tient pas en place, elle va sûrement boire une gorgée d'eau (comme elle a souvent l'habitude de faire quand elle se sent mal), elle revient. On parle alors des angoisses et on cherche ce qui peut les apaiser. Lisa et Maryse se regardent, se parlent, chuchotent... Nous les laissons toutes les deux dans cette relation privilégiée et nous nous tournons vers les deux résidents pour discuter avec eux. Maryse s'adresse quelques instants plus tard au groupe : « *ça me redonne du courage, son sourire, son petit bonjour, oui ça me fait du bien* » nous dit-elle en parlant de Lisa. Elle se retourne vers celle ci et le visage de cette dernière s'illumine.

A. Bohuon-Miscioscia

³ Le fait d'être deux psychologues et un(e) stagiaire-psychologue pour des groupes de quatre patients est un facteur de contenance et d'étayage à notre sens optimal.

La médiation par l'art martial en thérapie psychomotrice de groupe



M. Philippe ZAIMÈCHE et
Mme Claire
KIRKYACHARIAN,
psychomotricien(ne)s au
CMP de Fontaine, Isère.

Introduction Claire :

Quand je me suis trouvée confrontée autrefois à la nécessité de me bien porter psychiquement pour être meilleure professionnelle, j'ai croisé sur ma route un sacré bon sang de thérapeute, à une époque où tous n'étaient pas soit psychanalystes soit behaviouristes, une époque bienheureuse où quelques pionniers, dont la tête, les jambes, le cœur et la sexualité semblaient bien agencés les uns aux autres se permettaient de construire en avançant leur propre chemin, comme à la machette dans la forêt....

Et donc, tout en persévérant en psychanalyse, j'ai participé plusieurs fois par an à des sessions de quelques jours en groupe « *d'évolution professionnelle à implication personnelle* ».

L'un de nos formateurs, Arié Rubin, était par ailleurs enseignant de haut niveau de Yoga et de Tai Chi Chuan.

Peu d'auteurs m'ont fait avancer autant que ce concentré d'humanité en chair et en os.

Tout en riant et progressant dans ce groupe pendant plusieurs années, j'ai finalement découvert un truc que je savais déjà, je vous la fais courte : **le corps et l'âme ne font qu'un, ils sont l'être-là.**

Ce résumé me permet de soigner des enfants au détour de toute une série de petits arrangements avec les fondamentaux implicites de la psychiatrie infantile, dont nous parlerons un jour, si nous avons le temps.

Sur ce chemin de compromissions honnêtes, j'ai retrouvé mon collègue et complice Philippe Zaïmèche, plus avancé que moi en chinoiserie et en dialectique. Depuis plusieurs années, nous animons ensemble des groupes de thérapie psychomotrice par l'art martial, il est le thérapeute principal et moi la guetteuse au bord du tapis.

Les enfants viennent là pour leur problème avec la violence, avec les limites, les règles, leurs problèmes avec la vie qui est très violente, du fait des règles mais aussi de l'absence de règles.

Nous sommes tous en kimono : égalité des âmes et des corps.

Des couleurs de ceintures nous font plus vieux ou plus expérimentés.

Après le salut individuel précédé d'une petite adresse de Philippe à chacun des enfants, nous nous saluons tous en même temps.

Nous ne faisons aucun baratin, nous jouons avec notre nous-même, nous nous jouons de nous-même, tous avons la parole, tous sommes présents à ce qui se passe.

Mon attitude corporelle dit la présence ; je ne suis pas obligée de jouer, je peux jouer, je fais avec mon âge, mes genoux, la nécessité de veiller plus ou moins sur le groupe, sur les débordements, notre être-là est une ouverture en soi.

Pour chacun d'entre nous, il est impossible de tricher. Dès que le groupe commence, s'élève sans que ce soit dit un très très vieux chant : respiration, battements du cœur, peur de l'autre, émotion en soi même pour exister, cri ; c'est le chant martial, le chant du sentier de la guerre.

Voilà une philosophie, une phénoménologie qui nous va bien.

Début exposé Philippe :

Un petit mot avant de commencer mon propre laïus, Claire est plus qu'une guetteuse. Elle ponctue toutes les séances avec son intelligence clinique et son humour...

En cela, elle fait bien car sans pointe de dérision une médiation quelque qu'elle soit peut se muer en une forme d'idéologie rigide.

En tout cas, elle fait « *tiers* » entre moi et les enfants.

Je débiterai mon intervention par une métaphore : Si l'Art Martial était une grande malle à vêtements, il y aurait de quoi habiller des pieds à la tête les psychomotriciens, mais aujourd'hui, j'ai pris le parti de ne parler que du tissu le plus ancien, celui qui servait à confectionner les habits des budokas d'antan. Le Budo japonais étant, initialement, la « *voie du guerrier* »...

Donc la médiation martiale sera envisagée ici à travers le prisme de **la violence** que je traiterai non pas en calamité mais en **énergie de vie**.

La violence de survie : énergie primaire

L'Art Martial a pour origine la **violence guerrière**. C'est une forme très particulière de **violence de survie** puisqu'au combat le guerrier risque sa vie en essayant de l'ôter à autrui qualifié d'ennemi, mais ce risque vital, il le prend sous couvert d'une cause, un état, un clan, une institution. La violence est par ce biais légitimée et incluse dans une violence groupale.

En cela, « *l'égoïsme radical* », chaînon essentiel, de la violence de survie est assez nettement « *dénaturé* » en se sophistiquant dans un « *Art de la guerre* ». Je ne m'étendrai pas davantage sur l'aspect historique des mutations de « *l'art Guerrier* ».

Par contre, je poserais, d'emblée, le principe selon lequel : « *Où, il y a de la vie... Il y a de la violence* ». Cette violence consubstantielle à la vie manifesterait la lutte, entre entropie et négentropie, principe de cohésion et principe de déliaison. Grosso-modo, je reste dans un dualisme vitaliste pas très original qui peut se décliner d'innombrables façons.

Et si l'on a, comme moi, une certaine facilité à se raconter des histoires, l'art martial est un bon point de vue pour concevoir en ses racines violentes une métaphore énergétique. C'est de cela dont il sera question maintenant dans son exploitation à des fins thérapeutiques.

Jean Bergeret, père du concept de « *violence fondamentale* » en fait l'énergie première s'exprimant en un « *toi ou moi* » d'une violence sans alternative se transformant en un « *toi et moi* » ou « *toi pour moi* » dans un processus normal de **libidinalisation** dans lequel **existe une altérité**, mais ce parcours peut suivre des trajets buissonniers en soi et hors de soi et se muer, en partie, en « *agressivité perversifiée* » selon la terminologie de Bergeret, ou selon moi, emprunter en se travestissant bien d'autres voies. Bergeret situe durant la vie fœtale les traumatismes infléchissant le devenir de la violence. Je ne saurai dire.

En revanche, il est assez aisé de faire des liens contextuels durant la prime enfance.

De la lutte externe à la lutte interne :

Mais pour en revenir, strictement, à mon propos, quand j'ai choisi de pratiquer le karaté vers 14 ans, je crois que c'était pour me protéger de la **violence subjective** que je ressentais. Ce fut un mode défensif au **sens psychologique du terme**.

Devenu psychomotricien, hormis le fait que je puisais dans L'Art Martial quelques éléments pratiques qui me faisaient défaut, j'entrevois, sans en être vraiment conscient, à partir de mon expérience personnelle, une utilisation opportune de la médiation martiale dans le **champ thérapeutique** en tirant profit de sa mise en scène de la **violence externalisée**, relationnelle et physique, **pour me préoccuper de la violence interne** et subjective. J'allais gentiment passer de mon intimité intrapsychique à son expression dans le champ de ma créativité professionnelle.

L'acoquinement entre Art Martial et soins n'est d'ailleurs pas un « *scoop* », puisque les traités de raboutages guerriers, la médecine védique quotidienne pratiquée par les Maîtres de kalarypayat indiens, l'Art des points de vie basé sur la circulation du chi dans un réseau de méridiens, sont contemporains de l'avènement de l'Art Martial. La plupart de ces abords thérapeutiques ne différencient pas soins du corps et soins de l'esprit. Ce sont des médecines essentiellement holistiques.

Une brève histoire nippone, relatant la visite d'un disciple à son vieux Maître de Karaté va me permettre d'étayer un peu cette thèse du passage de la voie externe à la voie interne.

Imaginons les tous deux attablés autour d'une tasse de thé servi cérémonieusement par le vieil homme. Ni tenant plus le disciple brûle d'envie de poser une question à son Maître. Il se lance et lui demande : « **Maître Pourquoi ne vous voit-on plus vous adonner à votre art ?** » Le Maître répond tout de go : « **tout mon karaté est dans la cérémonie du thé** ». Cette réponse du Sensei, signifiant Maître en japonais, littéralement : « *plus ancien dans la voie* », me paraît particulièrement intéressante. Elle suggère, en effet, que **l'essence d'une pratique peut migrer dans un autre contenant en apparence très dissemblable. La médiation n'en étant que le véhicule.**

Le Maître en utilisant le possessif : « *mon karaté* », passe d'un **modèle général**, « *le karaté commun* » à un **style personnel, intériorisé** : « *son karaté* » comme si il était parvenu à en tirer la substantifique moelle.

Est-ce à dire que ce qui est essentiel dans l'Art Martial présenterait une telle malléabilité qu'il pourrait investir une multitude de médiations, de la cérémonie du thé à la thérapie psychomotrice ?

Pour répondre à cela, je vais être obligé de jouer mon petit philosophe du « *soleil levant* », en vous demandant de vous accrocher un tantinet au bastingage, car je risque d'être rébarbatif.

La lecture d'un petit opuscule intitulé « *Hagakure* », forme de bréviaire à l'usage des apprentis samouraïs, nous ouvre une piste quand il nous apprend que **les guerriers d'antan vivaient dans l'obsession de la mort**, obsession qu'ils tentaient d'éradiquer en cultivant par leur ascèse martiale, mêlant pratique du corps et évolution spirituelle, une attitude d'apparent détachement faisant de la mort un « *non-événement* ». Il est alors cohérent de penser qu'un Maître du Budo japonais, inscrit dans la lignée des samouraïs, puisse prendre le **thé**, comme si ce **rite en apparence d'une toute autre nature** le disposait de la même façon que lors de sa pratique Martiale, avec le même sérieux, avec la même quête du geste juste, avec la même sérénité que si il s'agissait du premier ou du dernier combat, du premier ou du dernier thé. Il y aurait tout le tragique humain dans le trois fois rien du service du thé, et c'est précisément cette présence banale du tragique dans le trois fois rien qui d'une manière paradoxale en serait la meilleure conjuration. De sorte, que la proximité ou l'imminence de la mort serait en toute partie de la vie comme un « *presque rien un peu partout* ». Ce presque rien étant, aussi bien, dans la cérémonie du thé que dans « *le jeu de combat* » dont je préciserai les contours d'ici peu. Je suis convaincu que ce jeu **dialectique avec la mort** est un « *vrai fond de sauce* » de l'Art Martial.

Il y a donc un traitement de l'angoisse de mort par sa banalisation et une lutte pour vivre débarrassée de la peur que le guerrier sait néfaste en combat.

L'artiste martial garderait en sa pratique de la cérémonie du thé une sorte de posture faite d'une gestuelle impeccable et d'un mental fort relatifs à cet enjeu vital hérité des samouraïs.

Cette exigence d'unité corps/esprit a de quoi, intéresser les professionnels qui exercent une activité née de la mise en lumière par Dupré au début du 20ème du lien originel entre mouvement et psyche. Allant plus loin, je dirai que l'Art Martial est une pratique psychomotrice avant l'avènement du concept même de psychomotricité.

En thérapie psychomotrice à médiation martiale, on n'est évidemment pas dans l'extrême de la violence guerrière ou dans une situation de survie, personne ne s'entretue, mais j'imagine, tout de même, dans le droit fil de l'attitude martiale, que quelque chose d'un enjeu vital imprègne encore comme une sorte de **reliquat** ce que j'ai appelé « *jeu de combat* ».

En tout cas, dans l'éventail des propositions puisées dans l'Art martial, c'est le « *jeu de combat* » que les enfants de nos groupes CMP plesbicitent sans qu'ils aient le moins du monde à cultiver une connaissance de la philosophie nippone.

Le « jeu de combat » :

La situation est en apparence simple, deux enfants pénètrent sur le **tatami** qui définit « *le lieu de l'action* ». Autour d'eux sont disposés des spectateurs : enfants et soignants.

Les enfants sont conviés à se faire face... Parfois, cette disposition initiale des corps dans l'espace du tatami révèle une incapacité à « *tenir une place* », se repérer et se préparer à l'action. A cela s'ajoute la **dimension psychologique** du « *faire face* », et ce que cela suppose d'acceptation de la pénétration du regard de l'autre en soi. D'autre part, il y a un **aspect psychodramatique** à investir ce « *dojo* » ou « *lieu de la voie* ». Cette manière de dire n'est pas rien en Art Martial, elle sous-entend que le « *dojo* » est un **lieu d'incantation** à traiter avec une certaine solennité.

Entre les enfants se tient « **Un tiers** », le **thérapeute principal**. Il est le « *veilleur* » qui accompagne chaque seconde de l'interaction. Il est présence physique, soutien par la voix. Il donne le signal du départ du « *jeu de combat* » et l'interrompt pour x... raisons. Il encourage, méta-communique sur l'échange. Il est « **gardien du rituel** ». Cette fonction caractérise, à mon sens, une partie du **rôle assumé par tout thérapeute**.

D'autres soutiens viennent du bord du tatami, ce sont les « *soignants-ressources* », mais aussi **les autres enfants**.

Un mot sur les « *soignants-ressources* », Claire, dans les groupes CMP, les collègues infirmier(e)s dans les groupes d'hôpital de jour ont une fonction contenante sans laquelle ce qui se joue sur l'avant-scène se déliterait. Ayant pratiqué pendant quelques années le « *Packing* » je suis resté très sensible à la notion **d'enveloppe soignante**. Le cadre est spatio-temporel mais aussi relationnel et symbolique.

Quelquefois, nous percevons « *le trac* » avant **l'entrée en scène**, cela renvoie à l'aspect psychodramatique que je viens d'évoquer, et j'utilise l'expression « *entrée en scène* » à dessein, car Il y a **des acteurs et un public**. Les uns sont conviés à l'action... Les autres à l'observation nécessitant une passivation de l'agir, ce qui ne va pas de soi pour bien des enfants.

De temps à autre, pour certains enfants « *le jeu de combat* » est prématuré. Je propose alors une forme intermédiaire dans laquelle je suis le partenaire de l'enfant afin d'évaluer le pas qu'il lui est possible d'accomplir. Mon travail s'axe là avant tout sur la mise en confiance. Voilà, un « **Maître mot** » : **confiance**.

Certains enfants veulent percevoir « **comment je tiens** » dans l'engagement physique. La plupart du temps j'accepte ce dialogue corporel particulier qui recèle un fort zest de « *défi* ». L'enfant teste le « *répondant* » et l'accueil que je lui réserve. Il combat parfois sans la moindre inhibition. Quant à moi, j'esquive ses attaques ou j'exerce un contrôle dynamique sur lui, sans me gaver de violence, et sans marquer ma maîtrise par la moindre connotation négative à son égard... L'expérience maintes et maintes fois réitérées m'a appris que ces moments rassurent la plupart des enfants. Ce « *jeu de combat* » adulte/enfant ne doit **jamais être humiliation**, mais au contraire, annoncer l'ouverture d'autres portes. En général, les enfants en redemandent.

La ritualisation :

La ritualisation est la pierre angulaire de notre travail. C'est grâce aux rituels que l'on peut solliciter la « *violence* » et remplir un objectif thérapeutique.
Qu'est ce qui fonctionne dans le rituel ?

- il recouvre le passage à l'acte d'un **décorum qui modifie la conscience que l'on a de l'acte même.**
- Il instaure un **écart temporel entre la prise de décision et le passage à l'acte.**
- il se place en tant que « ***tiers protocolaire*** » dans l'égoïsme du geste sous le primat de la violence pure.
- Il alourdit la séquence violente, mais en ce faisant il **laisse du champ à une prise de conscience de l'acte et à la parole sur cet acte.**

Il y a assez généralement dans la ritualisation un souci de **préserver le collectif** et de **circonscrire la violence** individuelle dans les limites de l'acceptable pour le groupe social.

Le kimono, plus exactement « *keikogi* », est le **vêtement rituel**. Il permet de s'incarner et de se déincarner. Il théâtralise et assure une structure de groupe par l'uniformité vestimentaire.

Le tatami délimite une zone d'expression de la violence ritualisée. Des comportements acceptables en cet espace peuvent être prohibés ailleurs.

En début de séance, les enfants s'agenouillent formant une ligne me faisant face. Les soignants font de même. « ***La ligne*** » donne le signal de départ de la séance et la clôture.

Puis, contrairement à la procédure habituelle de l'art martial, je m'adresse successivement à chaque enfant afin de signifier l'importance de ce que j'appelle le « ***Un-unique*** ».

Au terme, de ces quelques paroles, l'enfant auquel je m'adresse et moi, nous nous saluons.

Après que chaque enfant ait accompli cette étape de l'individualisation, se réalise un salut groupal afin de signifier la dimension du « ***Un-parmi*** »...

J'ai fait de ce **rituel du «*Un-unique*» et du «*Un-parmi*»** un point fort de ma démarche thérapeutique, parce qu'il me semblait important de marquer avec solennité **la singularité de chacun et son insertion dans une communauté.**

Au terme de la séance, le même protocole est répété.

Les rites de civilité constellent l'Art Martial. On se salue à qui mieux mieux. **Le salut signifie «*respect mutuel*»**, mais aussi **respect pour les anciens** qui ont fondé cet art. Il y a un permanent rapport à l'origine. La ligne **évoque la «*lignée*»**, la place de l'individu dans une chronologie, une forme de repérage spatio-temporel.

En « jeu de combat » après s'être salués les enfants disent: « *on joue* ». L'échange ne commencera pas sans ce sésame minimaliste, que je considère important, car **il pose une parole au bord de l'acte**.

Vous avez sans doute remarqué ma très lourde insistance sur cette proximité entre parole et action, mais une fois lancée l'injonction dominante est d'y être le plus complètement.

Les duos en présence ont des couleurs variées. Certains enfants deviennent des boules d'énergie, d'autres palabrent et peinent à entrer dans le corps à corps, d'autres, surtout dans les étapes initiales, convoquent « *dragon ball z* », ou toute autre héro médiatique. Il arrive qu'un enfant se fige comme sidéré par la massivité du choc de cette empathie corporelle. J'interviens alors par une présence que je qualifierai d'enveloppante. Les enfants sont avertis que je pourrais prêter « *main forte* », si j'ose dire, à l'un plus que l'autre. Mon intervention, à l'évidence, fausse la compétition entre eux, mais renforce **l'idée de la quête personnelle** et c'est ce qui m'importe.

Au terme du « *jeu de combat* » aucun vainqueur n'est désigné et, pourtant, il y a bien quelque chose de l'ordre de « *la gagne* », une injonction à l'action : « *fais ce que tu peux mais fais le* » (sous-entendu : « **pour toi** »)... **La réussite étant dans la tentative** même minime. Au fil des « *jeux de combats* » s'accroît la connivence ludique entre les enfants. Il y a un **plaisir partagé** qui ne correspond plus, tout à fait, à l'idée du « *combat* », mais bien à celle du « *jeu* »...

La notion d' « entière présence » :

Chaque moment du « *jeu de combat* » recèle ce que les japonais nomment « *kime* », traduit par « **instant propice** » à une action décisive, cela impose à chaque acteur du « *jeu de combat* » une attention particulière à la notion « **d'entière présence** ». Toute absence, même momentanée, se paie « *cash* » sur un tatami, et même si cela peut paraître difficile cette incitation à « **être tout là maintenant** » travaille des difficultés courantes chez bien des enfants dont nous occupons : Mener une action jusqu'à son terme, en lier chaque séquences, et pour les enfants autistes, ce serait le démantèlement.

Pour encourager les enfants à maintenir cette « *entière présence* », qui n'est pas synonyme de fixation rigide, nous les rappelons, à « *l'ici-maintenant* » de l'action, quand quelque chose en eux semble lâcher, en leurs donnant, parfois, quelques conseils judicieux pour **fuir efficacement**, ou en leur faisant prendre conscience de **l'instant précis** où leur « *entière présence* » a **cédé**, en général, d'un coup. Parfois, il y a un véritable travail de **transfusion d'énergie** qui vient des soignants-ressources et des autres enfants spectateurs.

Nous voyons nombre d'enfants **osciller entre excitation physique et mentale et « avachissement »**, comme si leur tonicité, j'allais dire « *ténacité* », lâchait d'un coup, sans modulation... Ils vivent dans une sorte de **déséquilibre énergétique** soit en hyper soit en hypo.

L'effet « loupe » :

Le tatami est une sorte de **loupe**. Les « *points noirs imperceptibles* » ou « *simplement discrets* » apparaissent grossis.

Les « *manques* » sont **amplifiés** plus que les réussites, surtout quand **on n'est pas valorisé**. On a parfois l'impression d'être passé complètement à côté de la justesse d'un mouvement et de ne pas pouvoir l'attraper. C'est encore plus vrai « *en jeu de combat* ».

En thérapie, la « *médiation martiale* » est utilisée comme elle devrait l'être bien ailleurs, pour redonner confiance ou donner confiance en soi, avec l'idée qu'il y a en chacun « *un feu unique* », « *une valeur singulière* ». Ce n'est qu'à partir de ce **recadrage** positif que ce qu'il y a de « *dur* », « *pénible* » dans l'effet « *loupe* », peut-être tremplin d'évolution. Parfois, même ce qui est posé généralement comme un désavantage est utilisé comme une force (ex : le surpoids).

Les prescriptions :

Les prescriptions déterminant la participation des enfants aux groupes reposent sur des critères divers, allant de ce qu'un consultant suppose d'un tel groupe, de son côté « *exotique* », de l'habitude de travailler avec nous, du fait que le thérapeute principal soit masculin, de la pertinence de la voie corporelle, d'une problématique particulière d'un patient vis à vis de la violence et d'un rapport à l'autorité difficile. La liste est loin d'être exhaustive.

Maxime :

Je clôturerai mon exposé en tentant de vous faire partager quelques réflexions à propos de Maxime, 13 ans, que je suis en thérapie psychomotrice depuis l'âge de 5 ans du fait de comportements violents excessifs. Quand j'ai fait sa connaissance, c'était un petit garçon qui pouvait se battre en y mettant une rage peu commune. A la garderie, déjà, il était agressif avec les autres bébés. A l'école, il tapait ses camarades, et pouvait menacer et même frapper les adultes. Cette violence entraîna quelques exclusions scolaires. A cela s'ajoutent des placements successifs en institution encore d'actualité du fait d'un contexte familial troublé. A présent, ses actes de violence sont moins fréquents, mais plus spectaculaires, à titres de crises d'excitations, de menaces auto-agressives et en direction des adultes qui tentent de le calmer. Il y a donc une **violence qu'il agit**, et une **violence qu'il subit**, et qu'il ressent au profond de son être. Il est actuellement sous traitement neuroleptique lourd.

Que dire d'autre, si ce n'est que c'est un garçon très attachant, bouillonnant de vie, d'une intelligence très vive, et très doué sur le plan sportif. Il y a chez lui un côté auto-destructeur. Il sait reconnaître ses talents, et en même temps, il se prend pour la dernière « *des pommes* ». Il est pile et face dans le même élan. Il y a en lui un volcan en activité. Parfois, je me dis qu'il se gaspille.

Il y a entre lui et moi une relation forte. J'ai quelquefois le sentiment d'être pour lui, un ancrage, un docteur de morale.

Il a été intégré à notre groupe l'année passée au motif qu'il serait intéressant de le voir dans un petit collectif avec un cadre assez strict.

J'ai toujours pensé, à partir d'éléments de son histoire et de faits dont j'ai été le témoin, qu'il avait été très précocement la **courroie de transmission de la violence maternelle** : la lame de sa mère. Son **petit samouraï**, littéralement, « *celui qui sert* » luttant contre un monde persécuteur.

Maxime éprouve intensément les effets violents en lui de la **frustration**. Elle est **violence à son encontre**. Il excelle à faire d'une grenouille un boeuf. J'émetts l'hypothèse que Maxime **traite** cette violence subie au **niveau de la survie**, là où aurait du se constituer des **traitements** au **niveau rituel**. Toute agression active une riposte de trop haute intensité, et c'est, probablement, un **gauchissement des processus de mutation de sa violence primaire** qui a altéré la mise en place, entre autre, de **ce niveau rituel de temporisation**.

Sachant que **dans la survie**, il n'y a pas de négociation possible puisque **l'autre est effacé** en tant qu'autre. Il n'est qu'obstruction, perturbation, épine dans le pied.

Quels sont les moyens que nous lui avons proposé pour l'aider à traiter cela ?

En préalable, il faut instaurer un **climat de confiance réciproque**. C'était déjà le cas entre lui et moi, mais il fallait que cela le soit dans la relation à Claire. Cela n'a pas été difficile à créer. Et puis entre les enfants c'est constitué un sentiment **d'appartenir à un groupe**, mais sa confiance s'arrête aux limites de la crise. Là, il est seul.

Maxime a profité de la **ritualisation**, même si elle lui demandait de calmer son état de surexcitation chronique.

Il a fait l'expérience de l'alternance action/observation, activité/passivité. Nous l'avons vu parvenir à maîtriser son volcan, et ne pas « *clasher* », et quand il entrait en crise, et c'est arrivé quelques fois, après l'avoir contenu fermement, nous avons toujours pu resituer son tumulte au niveau de « **sa lutte intime** » en recadrant cela positivement.

Autre point intéressant, ce fut ce que j'appelle **initiation à l'Art de l'esquive**. Je dirai même « **incitation** » à l'esquive. Un moyen de sortir de la logique d'affrontement. Apprendre à esquiver dans le corps à corps et esquiver par l'esprit. Cet Art de l'esquive est bien exploité en « *judo* » signifiant « *voie de la souplesse* » ou « *art de céder* ». J'aime bien l'idée **qu'on « s'aide en cédant »**. J'aborderai un peu cela à propos de Maxime dans quelques secondes.

Une autre piste consiste dans la perspective de l'Aïkido, à tableur sur la transformation de la violence, que je résumerai par une parole de **Morihei Ueshiba**, fondateur de cette discipline martiale : « **La lame du sabre s'émousse lorsqu'elle ne trouve pas d'adversaire** ». On s'approche un peu de cela, quand dans le « *jeu de combat* » apparaît « **un plaisir partagé** », le ressenti d'une **co-création dans le jeu**. **L'adversaire devient partenaire**. Cette mutation a été assez nette, quoi qu'inconstante, chez Maxime. Je dirai qu'a émergé en lui la possibilité de passer du « combat » au « jeu de combat », la possibilité de reconnaître que **dans la dimension du jeu, il y a un autre...** Et à cet endroit, il y a matière à s'interroger sur ce que l'on fait de cette découverte.

Si j'en reviens à la « voie » que fraye l'Aïkido, l'énergie au service de l'affrontement rencontre le **principe de non-opposition**. C'est le cœur même de la « *non-violence* ». Cela devient vraiment **productif** quand **le vécu du geste envahit l'intellect** et produit une **radicale transformation** du rapport à la **violence**. Il y a là une radicalité qui me semble utopique, mais dont l'inspiration constitue une féconde **illusion anticipatrice** utile en thérapie.

Dernier point, en référence au **karaté** par l'utilisation du « *kiai* » ou « **cri de combat** », auquel j'ai recours pour travailler l'alternance entre concentration énergétique et relâchement. Cela introduit à la dimension du souffle si fondamentale au plan tonique et émotionnel. L'expulsion et le retour au calme se vivent en une fraction de seconde. Cela permet de travailler à la lisière de la crise par une sorte d'expérience sans lien avec ses habituels facteurs déclencheurs. En général, le « cri » sollicite l'archaïque en nous. Inutile de préciser que le « *Kiai* » est beaucoup plus riche que ce que j'en exprime là.

Vous noterez que mes références martiales sont multiples et non-asservies à une seule discipline. Ce qui domine en moi dans la pratique de cette médiation en thérapie, c'est le **filon énergétique** qu'elle met **au premier plan**. En gros, c'est comme si je sous-entendais que : « *Maxime s'utilise mal* ».

Petites incidentes, qui nous a conforté dans notre démarche, Maxime a au cours des consultations psychiatriques régulières ayant émaillé sa participation au groupe répété à diverses reprises qu'il « **pétait moins les plombs** ». Nous pouvons en témoigner pour ce qui nous concerne. En revanche, les échos qui nous parviennent de son institution sont moins optimistes. On peut voir le verre à moitié vide ou à moitié plein. Si j'opte pour la seconde proposition, je postule que, malgré l'apparente répétition du même, croissent en lui les germes du changement. En d'autres champs thérapeutiques, on parlerait d'émergences.

Rapport à l'autorité et confiance en autrui :

Je reviens un instant sur le verbe « *céder* » définissant le « judo » avec son corollaire « *céder en s'aidant* », Maxime n'en est pas encore là, mais il a été confronté à quelque chose d'encore, peut-être, plus fort.

Lorsqu'en « *jeu de combat* » il m'avait pour partenaire, ce grand gaillard, de près d' 1m70, devenait un petit garçon douillet, perdant tous ses moyens à la moindre saisie de kimono. Je devais le rassurer, lui redorer le narcissisme.

Il laissait paraître en ces courts instants une **polarité dépressive**, comme s'il passait de l'excitation à la dépression sans position médiane. C'est à cet endroit que le commentaire doit être gratifiant. Souvent, en ces séquences, il restait étendu sur le tatami, et j'allais le « **remettre sur pieds** » accompagnant cela d'un geste de réconfort. J'insiste sur l'expression « *le remettre sur pieds* », comme si il manifestait par son lâchage corporel une **demande d'aide à recouvrir ses moyens physiques et mentaux**.

Il était là, momentanément, un petit garçon fragile, ce qu'il est probablement, en partie. Je crois qu'il avait peur de ne pas faire le poids, et cette peur lui coupait les jambes, et le dévitalisait, et là, je ne peux m'empêcher de penser à cette **ligne**

de crête entre vie et mort que la petite histoire concernant le Maître de karaté tentait d'évoquer. C'est à cet endroit que **la médiation martiale**, si on accepte de la prendre un peu au sérieux, **s'approche de l'intime de l'intime**.

Il serait évidemment possible d'y voir une réaction corporelle massive face à la castration.

Sur un tatami on est vite confronté aux limites de notre « *toute puissance* » dans le rapport directe à autrui. Le principe de réalité s'impose : « *on pense qu'on ne sait rien faire et qu'on est minable* », comme si il n'y avait rien entre la toute puissance et l'impuissance totale, et c'est à partir d'une sorte de **rétablissement de l'estime de soi**, qu'on peut **ouvrir** en Art martial « *une voie d'accomplissement* ». C'est un bon tremplin thérapeutique, mais pour que « *cette estime de soi* » puisse être restaurée, il faut ce que les Rogériens, s'il en reste, qualifieraient en terme de « *considération positive inconditionnelle* ». Sans cela, je crois, que la « *violence* » nous pêterait au nez, si je fais mien le vocabulaire de Maxime.

Pour conclure, Je citerai une phrase que prononçait assez fréquemment mon Maître en Art Martial.

« Il y a souvent l'épaisseur d'une feuille de papier à cigarettes entre l'échec et la réussite ».

En combat, c'est souvent **le mental qui lâche le premier**. Le physique cède parce que le mental n'y est plus.

Un dernier mot, je dirai qu'au fond, je crois que ce qui fait **la force d'une médiation**, c'est **la passion qu'on y met**.

Quelques livres :

Bouddhisme zen et psychanalyse : Suzuki/Fromm/Martino, Quadrige/Presses Universitaires de France.

Métamorphose de la violence par l'Aïkido de Sumikiri : J.D Cauhépé et A.kuang, GUY TREDANIEL EDITEUR.

L'Esprit du Judo : Jean-Luc Jazarin, BUDO Editions

La Voie de la Main nue ; initiation et Karate-do : Mabuni ken'ei, DERVY

Kalaripayat : Patrick Denaud, Editions BUDOSTORE

HAGAKURE : Jocho Yamamoto, GUY TREDANIEL EDITEUR

BUDÔ:LE KI ET LE SENS DU COMBAT: Kenji Tokitsu, Editions Destrin

POINTS DE VIE : Henri Plee, BUDOSTORE

La Violence fondamentale : Jean Bergeret, Paris, Dunod, 1984

La Violence et la Vie : Jean Bergeret Paris, Payot, 1994

BIBLIOGRAPHIE GENERALE SUR LES MEDIATIONS THERAPEUTIQUES

Bibliographie sélective issue de la base SantéPsy : <http://www.ascodocpsy.org>

Les médiations thérapeutiques

Le Carnet PSY n° 141, 2010/1

<http://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2010-1.htm>

les articles suivants :

ROUSSILLON René.

Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations.

CARNET PSY 2010 ; (141) : 28-31.

MEDIATION THERAPEUTIQUE/PSYCHOTHERAPIE DE
GROUPE/THEORIE/SYMBOLISATION/TRANSFERT/ESPACE
TRANSITIONNEL/SOUFFRANCE PSYCHIQUE/ANIMATEUR

L'utilisation de médiations dans le travail thérapeutique est de plus en plus fréquente. Or on peut constater que la théorisation générale de ces dispositifs, des pratiques qui suivent, comme la théorisation de leurs indications et celle de leurs effets, n'ont pas suivi. De nombreuses pratiques se transmettent par voie orale. L'auteur de cet article propose quelques réflexions pour avancer sur la voie d'une théorie d'ensemble.

CHOUVIER Bernard.

La médiation dans le champ psychopathologique.

CARNET PSY 2010 ; (141) : 32-35.

MEDIATION THERAPEUTIQUE/PRACTIQUE DU
SOIN/PSYCHOPATHOLOGIE/TRANSFERT/SYMBOLISATION/LIEN
SOCIAL/CREATIVITE/ATELIER D'EXPRESSION/ESPACE TRANSITIONNEL/SOIN

L'objet médiateur, au sein d'une relation thérapeutique duelle ou groupale, ouvre la possibilité du jeu telle que l'a défini Winnicott.

KAES René.

Les médiations entre les espaces psychiques dans les groupes.

CARNET PSY 2010 ; (141) : 35-38.

MEDIATION THERAPEUTIQUE/ESPACE TRANSITIONNEL/PROCESSUS
PSYCHIQUE/GROUPE

Dans le cadre de l'analyse, il apparaît que les concepts de médiation, d'intermédiaire et de transitionnalité ne peuvent se penser sans celui de discontinuité au préalable. Le média relie deux bords, deux lieux, deux objets disjoints ou séparés.

VACHERET Claudine.

Le photolangage, une médiation thérapeutique. Un bref historique des théories groupales.

CARNET PSY 2010 ; (141) : 39-42.

MEDIATION THERAPEUTIQUE/ESPACE TRANSITIONNEL/PROCESSUS
PSYCHIQUE/GROUPE/PSYCHOTHERAPIE DE
GROUPE/PHOTOLANGAGE/HISTORIQUE/ANIMATEUR

La spécificité du photolangage, une particularité de la méthode réside dans le fait que l'animateur pose une question qui mobilise la pensée en idée, à laquelle il propose de répondre à l'aide d'une photo qui mobilise la pensée logique, organisée en vue de répondre à une question.(d'après l'article)

Les médiations thérapeutiques

Le Carnet PSY, n° 142, 2010/2

<http://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2010-2.htm>

les articles suivants

BRUN Anne.

Médiation picturale et psychose infantile.

CARNET PSY 2010 ; (142) : 23-26.

MEDIATION THERAPEUTIQUE/PSYCHOTHERAPIE PSYCHANALYTIQUE/ATELIER D'EXPRESSION/PSYCHOSE INFANTILE/PEINTURE/SYMBOLISATION/CADRE THERAPEUTIQUE/CAS

CLINIQUE/SENSORIMOTRICITE/EMOTION/MOUVEMENT/REPRESENTATION/GROUPE D'ENFANTS

A travers la sensorialité, la motricité, le mouvement, il s'agit de mettre en forme, en figure, des impressions sensorielles qui vont pouvoir devenir des représentations-choses sensorielles : dès lors, la production ou l'objet réalisé dans ce cadre thérapeutique a un sens dans l'intersubjectivité, comme un message interrelationnel.

ATTIGUI Patricia.

Le jeu théâtral, un appareil à penser l'impensable.

CARNET PSY 2010 ; (142) : 31-35.

MEDIATION THERAPEUTIQUE/PSYCHOTHERAPIE PSYCHANALYTIQUE/ATELIER D'EXPRESSION/ART/ESPACE TRANSITIONNEL/PSYCHOSE/ETAT LIMITE/TRANSFERT/CONTRE

TRANSFERT/THEATRE/DEPENDANCE/JEU/SENSORIMOTRICITE

La scène théâtrale est le lieu concret où il devient possible au sujet d'éprouver, ici et maintenant, toute une gamme de sentiments lui donnant alors une capacité nouvelle car dédramatisée d'affronter des terreurs sans nom.

LECOURT Edith.

Le son et la musique : intrusion ou médiation ?

CARNET PSY 2010 ; (142) : 36-41.

MEDIATION THERAPEUTIQUE/ATELIER D'EXPRESSION/SON/MUSIQUE/ENVELOPPE

PSYCHIQUE/COMMUNICATION/EMOTION/PAROLE/SILENCE/RELATION INTERPERSONNELLE/SYMBOLISATION/ESPACE TRANSITIONNEL

La fonction de médiation est ici portée par des temps de verbalisation dans le groupe. Sur cette base, le son, le bruit, offrent un support au travail sur la structuration d'un appareil à penser, tandis que la musique offre un espace transitionnel, élaboration de la relation à l'autre, symbolisation. Les voix multiples sont celles du groupe social, mais aussi en écho, celles des groupes internes des participants : ainsi ce travail peut être accompli en situation individuelle ou en groupe.

LEPEZEL M.

Modélimages, musicothérapie et modelage avec une adolescente ayant subi des maltraitances sexuelles durant l'enfance.

REVUE FRANCAISE DE MUSICOTHERAPIE 2010 ; 30(1) : 14-22.

TRAUMATISME/TRAUMATISME PSYCHIQUE/MEDIATION
THERAPEUTIQUE/MUSIQUE/MODELAGE/ADOLESCENT/FILLE/ENFANT
MALTRAITE/AGRESSION SEXUELLE

Educatrice spécialisée de formation initiale, je travaille depuis quinze ans dans un service d'action éducative judiciaire à Charleville Mézières et je suis, depuis trois ans, salariée en tant que musicothérapeute de l'association Mômes Enjeux. Cette association, implantée sur la région Champagne Ardennaise a pour mission de promouvoir et développer les médiations artistiques dans les domaines de l'accompagnement éducatif, sanitaire et social et du soin. La rencontre, dans le cadre d'un mandat judiciaire, avec les enfants et adolescents maltraités sévèrement m'a amenée à me questionner sur ma pratique professionnelle, basée essentiellement sur des entretiens verbaux. Les victimes de maltraitances sexuelles sont souvent maintenues au secret et ne parviennent pas à mettre des mots sur ce qui leur arrive et ce qu'ils ressentent. Du côté des intervenants, quel que soit leur domaine de compétences, il est parfois difficile de surmonter le phénomène de sidération provoqué par les violences et d'accéder à 'l'univers mental' (Jean-Paul Mugnier, les stratégies de l'indifférence, L'Harmattan) des enfants maltraités. La médiation sonore et le travail psychocorporel sont devenus, dans ma pratique d'art-thérapie, des outils indispensables pour permettre la communication non verbale, l'expression personnalisée des ressentis et redonner de la vitalité au processus de symbolisation figé par l'impact traumatique de la maltraitance. MYA a été victime, enfant de violences sexuelles. Huit ans plus tard, le procès est programmé. La prise en charge en musicothérapie a pour objectif de préparer Mya à être confrontée à son agresseur. Au cours de la thérapie, elle va modeler, à partir d'écoute réceptive, des personnages imaginaires, expressions symboliques de l'effraction du corps et de la transformation de son image. [résumé d'auteur]

DEVELY E.

Traumatismes de deuils, suite au suicide d'un proche et musicothérapie.

REVUE FRANCAISE DE MUSICOTHERAPIE 2010 ; 30(1) : 43-47.

ENFANT/DEUIL/GARCON/RELATION PERE FILS/PERE/SUICIDE/TRAUMATISME
PSYCHIQUE/GROUPE D'ENFANTS/MEDIATION THERAPEUTIQUE/CONTE/CHANT

Première expérience mise en place par l'association JALMALV auprès de très jeunes enfants âgés de trois à cinq ans au sein de groupes d'entraide co-animés par une psychologue, une musicothérapeute et une bénévole. Cas clinique de Léo, endeuillé de son papa décédé par suicide. [résumé d'auteur]

LORIN DE REURE A.

Enfants autistes en thérapie avec le poney : échelles d'évaluation et approches clinique et éthologique concernant les domaines relationnels, émotionnels et la communication.

NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE 2009 ; 57(4) : 275-286.

AUTISME INFANTILE/CAS CLINIQUE/ECHELLE

D'EVALUATION/EQUITHERAPIE/ETHOLOGIE/MEDIATION THERAPEUTIQUE

L'auteur présente des données de recherche clinique portant sur les échanges corporels et psychiques infraverbaux en jeu dans les interactions entre des enfants autistes et des poneys [extrait résumé de l'éditeur]

<http://www.em-consulte.com/showarticlefile/219014/main.pdf>

LATOURE AM, LAFFORGUE P, BRUN A, CHORT S, CHASSAIGNE I, MILLOT A, et al.
Pataugeoire - variations [dossier].

THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES 2009 ; (159) : 2-93.
CADRE THERAPEUTIQUE/CAS CLINIQUE/MEDIATION
THERAPEUTIQUE/PATAUGEOIRE

GUETIN S, PORTET F, PICOT MC, DEFEZ C, POSE C, BLAYAC JP, et al.
Intérêts de la musicothérapie sur l'anxiété, la dépression des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et sur la charge ressentie par l'accompagnant principal (étude de faisabilité).
ENCEPHALE 2009 ; 35(1) : 57-65.
AIDANT/ANXIETE/DEPRESSION/EVALUATION/MALADIE
D'ALZHEIMER/MEDIATION THERAPEUTIQUE/MUSICOTHERAPIE

LEROUX Y.

Le jeu vidéo comme support d'une relation thérapeutique.

ADOLESCENCE 2009 ; 27(69-3) : 699-709.

<http://www.cairn.info/revue-adolescence-2009-3-p-699.htm>

ADOLESCENT/JEU VIDEO/MEDIATION THERAPEUTIQUE/ATELIER
THERAPEUTIQUE/CADRE PSYCHANALYTIQUE/PROCESSUS ANALYTIQUE
Depuis maintenant une vingtaine d'années, les jeux vidéo se sont profondément installés dans notre culture. Les adolescents y trouvent des espaces dans lesquels les enjeux de l'adolescence peuvent être joués et rejoués. Des psychothérapeutes ont commencé à les utiliser dans le cadre de médiations psychothérapeutiques. Le texte rapporte la construction d'un dispositif de soin : le groupe thérapeutique Jeu vidéo. Celui-ci est pensé comme un appareil de travail permettant de stimuler et d'accueillir les affects et les pensées. Ce type de médiation est particulièrement intéressant dans la prise en charge d'enfants ou d'adolescents dont l'inhibition massive hypothèque d'emblée le projet thérapeutique. La notion de 'ludopaysage' rend compte d'une partie du travail psychique qu'appelle le jeu vidéo. Le cas de Julien permet d'illustrer le travail effectué. [résumé d'auteur]

LUCA M de.

Thérapies à médiation : ergothérapie, sociothérapie et médiations groupales.

EMC PSYCHIATRIE 2009 ; 139(37-820-C-10) : 1-15.

MEDIATION

THERAPEUTIQUE/ERGOTHERAPIE/SOCIOTHERAPIE/PSYCHIATRIE/TRAVAIL/RE
HABILITATION PSYCHOSOCIALE/ART/ESPACE TRANSITIONNEL/RELATION
D'OBJET/CADRE THERAPEUTIQUE/HANDICAP/PSYCHOTHERAPIE DE
GROUPE/APPAREIL PSYCHIQUE

GROUPAL/PSYCHOPATHOLOGIE/ENFANT/ADOLESCENT/PERSONNE
AGEE/INDICATION THERAPEUTIQUE/EVALUATION

Les thérapies à médiation, historiquement, trouvent leurs fondements dans le traitement moral de la folie de Pinel, dans le 'no restraint' de Conolly, dans les thérapies actives de Simon et les thérapeutiques de socialisation apparues en Angleterre au début du xxe siècle. La psychanalyse a permis le passage de la notion d'activités thérapeutiques à celle de médiation thérapeutique, en s'appuyant sur les travaux de Freud sur le rêve et la créativité et sur ceux de Winnicott sur la transitionnalité. Roussillon, en poursuivant les travaux de Milner sur le médium malléable, a mis en avant les cinq qualités de ce médium dont la sensibilité ou l'indestructibilité, pour étayer l'impact psychodynamique de ces thérapies qui se pratiquent en groupe ou en individuel. Les différents supports de médiation permettent de regrouper les thérapies à médiation autour de l'ergothérapie (thérapie par l'activité) ou la sociothérapie (thérapie pour retrouver un sens social). Les médiations servent de support à des

modifications du fonctionnement psychique en fonction de l'âge des sujets (enfants, adolescents, personnes âgées), mais aussi en fonction de l'organisation psychopathologique (organisation limite, structure psychotique, etc.). Les recherches actuelles portent sur l'évaluation des effets de ces psychothérapies et sur leurs différentes indications en fonction des spécificités psychiques des différents sujets, mais aussi dans leur intégration à une prise en charge globale des patients souffrant de troubles psychiques. [résumé d'auteur]

VISSAT P.

Relation mère-enfant et musicothérapie : système référent et modélisation de la médiation musicale.

REVUE DE MUSICOTHERAPIE 2009 ; 29(2) : 46-56.

MUSICOTHERAPIE/MEDIATION THERAPEUTIQUE/MUSIQUE/RELATION MERE ENFANT/CENTRE D'HEBERGEMENT ET DE READAPTATION SOCIALE/FEMME/ALCOOLISME/ALCOOLODEPENDANT/RELATION SOIGNANT SOIGNE/MODELE/PSYCHOTHERAPIE MERE ENFANT/COMMUNICATION/OBSERVATION/RELATION THERAPEUTIQUE/PSYCHOTHERAPEUTE/RYTHME/ATELIER THERAPEUTIQUE/REFERENT

MICHEL R.

L'adaptation de la méthode musicothérapeutique de communication sonore dans le cadre de la prise en charge d'enfants au comportement instable.

REVUE FRANCAISE DE MUSICOTHERAPIE 2009 ; 29(3) : 11-16.

MUSICOTHERAPIE/ENFANT/PEDOPSYCHIATRIE/TROUBLE DU COMPORTEMENT/HYPERACTIVITE/PRISE EN CHARGE/MEDIATION THERAPEUTIQUE/PSYCHOTHERAPIE DE GROUPE/COMMUNICATION/SON/METHODE/RYTHME

LIEGL D.

Médiation sonore dans la psychose infantile et qualités plastiques de l'enveloppe psychique.

REVUE FRANCAISE DE MUSICOTHERAPIE 2009 ; 29(3) : 43-51.

MUSICOTHERAPIE/ENFANT/PEDOPSYCHIATRIE/PSYCHOSE INFANTILE/MEDIATION THERAPEUTIQUE/ENVELOPPE PSYCHIQUE

LOUCHART S.

Vibration et chant en musicothérapie de groupe.

REVUE FRANCAISE DE MUSICOTHERAPIE 2009 ; 29(4) : 9-15.

MUSICOTHERAPIE/PSYCHOTHERAPIE DE GROUPE/CHANT/PERCEPTION SENSORIELLE/CORPS/ATELIER THERAPEUTIQUE/QUALITE DE VIE/EVALUATION

Les vibrations engendrées par le son se ressentent dans tout le corps humain grâce à la perception somesthésique. Chanter engendre des vibrations transmises à tout le corps, provoquant ainsi des sensations, et transmises également à l'espace environnant. Ces vibrations sont à la fois produites et reçues par le corps, ce qui met en jeu un grand nombre de phénomènes physiques et psychiques pouvant tenir un rôle essentiel en musicothérapie. Mais alors, les vibrations et leurs effets peuvent-ils constituer un facteur de mieux-être chez des patients ? C'est ce que cette recherche universitaire va tenter de montrer en s'appuyant sur un stage dans un atelier de chant effectué auprès d'un groupe d'adultes en centre thérapeutique. Cet article s'attachera à décrire plus particulièrement le phénomène de vibration et

l'importance du corps dans un tel atelier avant d'aborder les problèmes d'évaluation dans cette recherche et une présentation des résultats obtenus. [résumé d'auteur]

TRIVELLIN E.

Cynothérapie : une activité de thérapie à médiation au Centre Hospitalier de Mulhouse.

ANAE 2008 ; 20(98) : 138-140.

PSYCHOTHERAPIE/MEDIATION THERAPEUTIQUE/ANIMAL/ADULTE

TRIBET J, BOUCHARLAT M, MYSLINSKI M.

Le soutien psychologique assisté par l'animal à des personnes atteintes de pathologies démentielles sévères.

ENCEPHALE 2008 ; 34(2) : 183-186.

GERONTOLOGIE/DEMENCE/ANIMAL/MAISON DE
RETRAITE/COMMUNICATION/MALADIE D'ALZHEIMER/MEDIATION
THERAPEUTIQUE/AFFECT

KUPPERSCHMITT J.

Le chant en musicothérapie : un processus de subjectivation.

REVUE DE MUSICOTHERAPIE 2008 ; 28(1) : 7-12.

MUSICOTHERAPIE/MEDIATION
THERAPEUTIQUE/CHANT/SUJET/SUBJECTIVITE/PROCESSUS/CAS
CLINIQUE/ATELIER THERAPEUTIQUE/PSYCHOTHERAPIE DE GROUPE

MERKLING J.

Activités thérapeutiques de groupe et intention soignante.

SOINS PSYCHIATRIE 2007 ; (248) : 41-45.

SOCIOTHERAPIE/PSYCHOTHERAPIE DE GROUPE/ATELIER
THERAPEUTIQUE/INFIRMIER DE SECTEUR PSYCHIATRIQUE/ROLE PROPRE
<http://www.em-consulte.com/showarticlefile/86240/index.pdf>

SCHARBACH H.

Groupes thérapeutiques de médiation chez l'enfant de pathologie limite.

**REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MEDICALE 2007 ;
11(105) : 15-18.**

ENFANT/ETAT LIMITE/TROUBLE DU
COMPORTEMENT/PSYCHOTHERAPIE/MEDIATION THERAPEUTIQUE/GROUPE
D'ENFANTS/SYMPOTOME/CAS CLINIQUE

SANCERY C.

Du temps détente au groupe musique : place d'une recherche dans l'accueil thérapeutique d'enfants autistes [dossier].

REVUE DE MUSICOTHERAPIE 2007 ; 27(4) : 4-105.

MUSICOTHERAPIE/TRAVAIL DE FIN
D'ETUDES/PSYCHOLOGIE/PSYCHOTHERAPIE
PSYCHANALYTIQUE/ENFANT/JEUNE ENFANT/PEDOPSYCHIATRIE/AUTISME
INFANTILE/PSYCHOTHERAPIE DE GROUPE/ENVELOPPE
PSYCHIQUE/SON/MUSIQUE/MEDIATION
THERAPEUTIQUE/THEORIE/RECHERCHE/CAS CLINIQUE/METHODE
D'OBSERVATION/EHELLE D'EVALUATION/QUESTIONNAIRE/PROFIL

PSYCHOLOGIQUE/PERCEPTION SENSORIELLE/AUDITION/CENTRE D'ACCUEIL
THERAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL/EQUIPE SOIGNANTE/REUNION/CADRE
THERAPEUTIQUE/QUALITE DES SOINS

BLAISNG M, BEAUVAIS M, ROUSSERY S.

L'atelier 'poney' avec l'association équit'aide : place de l'hôpital de jour dans le processus thérapeutique.

**REVUE DES HOPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ET DES THERAPIES
INSTITUTIONNELLES 2007 ; (9) : 56-60.**

PEDOPSYCHIATRIE/EQUITHERAPIE/MEDIATION THERAPEUTIQUE/ENFANT

L'hôpital de jour de Maxéville accueille des enfants de 3 à 10 ans présentant des troubles du comportement et de la personnalité, ainsi que des troubles autistiques. La structure fonctionne essentiellement par le biais d'ateliers médiatisés, à visée thérapeutique. Depuis 1996, l'équipe de l'hôpital de jour propose une activité à médiation thérapeutique par le poney en collaboration avec Equit'aide, une des rares équipes en France à s'être spécialisée dans la prise en charge du handicap par le cheval. [...] [résumé d'auteur]

ROGEZ G.

Atelier d'expression théâtrale à visée thérapeutique.

SOINS PSYCHIATRIE 2006 ; (247) : 40-42.

ATELIER THERAPEUTIQUE/THEATRE/ART THERAPIE/CADRE

THERAPEUTIQUE/DYNAMIQUE DE GROUPE/JEU DE ROLE/EXPRESSION
CORPORELLE

<http://www.em-consulte.com/showarticlefile/86215/index.pdf>

PILOTE M, TETREAULT S.

Programme Tadam : utilisation des arts du cirque auprès d'enfants ayant un trouble du langage.

ERGOTHERAPIES 2006 ; (24) : 51-63.

MOTRICITE/ART THERAPIE/MEDIATION THERAPEUTIQUE/TROUBLE DU
LANGAGE/ENFANT/ERGOTHERAPIE

GABBAI P.

Les médiations thérapeutiques.

SANTE MENTALE 2006 ; (111) : 24-29.

MEDIATION THERAPEUTIQUE/THEORIE DES SOINS INFIRMIERS/CADRE
THERAPEUTIQUE

VERDEAU PAILLES J Dir., PENNEC P.

Musicothérapie, danse-thérapie et techniques de groupe.

REVUE DE MUSICOTHERAPIE 2006 ; 26(2) : 58-64.

MEDIATION

THERAPEUTIQUE/MUSICOTHERAPIE/DANSE/CORPS/VECU/PSYCHOTHERAPIE
DE GROUPE

DAHMOUNE LE JEANNIC S.

Un atelier d'écriture : proposer d'écrire.

EVOLUTIONS PSYCHOMOTRICES 2006 ; 17(69) : 119-124.

ADOLESCENT/ATELIER D'ECRITURE/MEDIATION THERAPEUTIQUE

VAYSSE J.

Le corps en médiation thérapeutique : mouvements, danses et polysémie corporelle.

REVUE FRANCAISE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MEDICALE 2006 ; X(99) : 4548.

MEDIATION

THERAPEUTIQUE/DANSE/CORPS/MOUVEMENT/PSYCHODYNAMIE/PSYCHOMOTRICITE

Les thérapies médiatisées par la danse et le mouvement ou danse-thérapie font travailler le corps et permettent une réorganisation psycho-motrice et des réaménagements au sein du Moi du sujet. Celui-ci parvient, à terme, à un mieux-être et à s'insérer dans le tissu social.

PISTRE F.

Un groupe thérapeutique à médiation corporelle 'escalade' à l'hôpital psychiatrique : ils sont tombés sur la tête !

SYNAPSE 2006 ; (227) : 47-51.

SPORT/DYNAMIQUE DE GROUPE/PSYCHOMOTRICIEN/ATELIER

THERAPEUTIQUE/CORPS/COMPORTEMENT A RISQUE/PSYCHOSE

Un groupe thérapeutique utilisant l'escalade comme médiation thérapeutique fonctionne depuis trois ans de façon transversale sur les hôpitaux de jour Boissière et Lauriston.

Convaincre de l'utilité d'une médiation véhiculant une forte dimension émotionnelle liée à la prise de risque n'est pas chose aisée dans des institutions de santé mentale accueillant une population adulte souffrant pour la majorité de psychose. [résumé d'auteur]

BARBOT B.

La créativité musicale : paysage théorique, horizons thérapeutiques.

REVUE DE MUSICOTHERAPIE 2005 ; 25(1) : 23-38.

CREATIVITE/THEORIE/MUSICOTHERAPIE/PSYCHOGENESE/PROCESSUS/MEDIATION THERAPEUTIQUE/IDENTITE/ENVIRONNEMENT SOCIAL

HAJBI M, MARO J, ZIMMERMAN C, TRAVENTHAL RM, DUBOIS E, LEBRUN MA, et al.

L'apport des médiations thérapeutiques ambulatoires.

SOINS PSYCHIATRIE 2005 ; (239) : 42-46.

CENTRE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL/MALADE

MENTAL/PRISE EN CHARGE/EQUIPE SOIGNANTE/MEDIATION THERAPEUTIQUE

VASSEL MF.

Réflexion autour d'un atelier collage.

ENFANCES & PSY 2005 ; (26) : 73-78.

ATELIER THERAPEUTIQUE/IMAGE/ART THERAPIE/COLLAGE

N'GUYEN T, CARPENTIER S, THORIN O, LETOURNELLE FX, SAEZ C.

L'atelier vidéo, un atelier en rupture ou le doute de l'artiste et du soignant.

REVUE DES HOPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ET DES THERAPIES INSTITUTIONNELLES 2005 ; (7) : 87-91.

PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE/HOSPITALISATION DE JOUR/ATELIER THERAPEUTIQUE/VIDEO/ART/SOIGNANT

L'atelier vidéo a permis de réunir de jeunes patients de l'hôpital de jour souffrant de pathologies très différentes autour de l'intérêt commun pour un outil de médiation actuel.

Cependant, loin d'entraîner une réaction consensuelle, l'objectif d'abord culturel du projet et

non thérapeutique, a suscité un débat au sein de l'équipe soignante de l'hôpital de jour et de l'équipe artistique : quelle est la place du thérapeute dans un tel atelier ? Quelles est la place de l'artiste ? [...][résumé d'auteur]

AUCOUR JC.

Musicothérapie et réhabilitation psychosociale en psychiatrie adulte.

REVUE DE MUSICOTHERAPIE 2004 ; 24(4) : 4-114.

<http://membres.lycos.fr/jcaucour>

PSYCHOSE/SCHIZOPHRENIE/TRAITEMENT/PSYCHOTHERAPIE/REEDUCATION/INSERTION SOCIALE/PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE/MALADE MENTAL/HANDICAP MENTAL/PERSONNE HANDICAPEE/MODELE/ATELIER THERAPEUTIQUE/PSYCHOTHERAPIE DE GROUPE/PSYCHOPEDAGOGIE/RECHERCHE/REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

BRETON A, DUBOIS JP, LAUVAUX V.

25 après : 'que reste-t-il...?' : à propos d'un atelier argile.

REVUE DES HOPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ET DES THERAPIES INSTITUTIONNELLES 2004 ; (6) : 72-77.

EVOLUTION/HOSPITALISATION DE JOUR/ATELIER THERAPEUTIQUE/PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE/TERRE/MODELAGE/POTERIE

TRAN T.

L'animation d'un atelier d'arts plastiques.

SOINS PSYCHIATRIE 2004 ; (231) : 24-28.

ATELIER THERAPEUTIQUE/PEINTURE/ANIMATION LINAY C.

L'atelier musicothérapie, ou quand l'émotion fait partie du soin.

SOINS PSYCHIATRIE 2004 ; (231) : 32-34.

MUSICOTHERAPIE/ATELIER THERAPEUTIQUE/EMOTION/PLAISIR/SOIN

BIARD J.

Créer avec des personnes autistes : une expérience sensible.

VST : REVUE DU CHAMP SOCIAL ET DE LA SANTE MENTALE 2003 ; (80) : 37-39.

http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=VST_080_0037

AUTISME/ATELIER THERAPEUTIQUE/DANSE/MUSIQUE/CORPS/PERCEPTION SENSORIELLE/ART THERAPIE/SOIN/PSYCHOTHERAPIE DE GROUPE/ECOUTE/SON/MIROIR

CHAAL S, CHEREF S, DUCROIX C, COLLECTIF.

Atelier informatique, nouvelle mode ou innovation thérapeutique ?

INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2003 ; 79(4)

ATELIER

THERAPEUTIQUE/INFORMATIQUE/PSYCHIATRIE/PSYCHOSE/INSERTION PROFESSIONNELLE/MALADE MENTAL/INDICATION THERAPEUTIQUE/MEDIATION THERAPEUTIQUE

CROCHETTE A.

Les médiations psychothérapeutiques dans la pratique contemporaine des équipes de santé mentale infantile.

INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2002 ; 78(3) : 266-270.

PEDOPSYCHIATRIE/MEDIATION THERAPEUTIQUE/CADRE
THERAPEUTIQUE/PSYCHOTHERAPIE