

PROFAC- 19 avenue Lafayette-
13200 Arles.

Coralie KAPELUSZ.

Art-thérapie en EHPAD :

« Quand l'imaginaire erre et c'est souffle. »

Un entracte favorisant une péripétie symbolique à travers l'art et la clinique.

Directeur de recherche : Jean-Pierre Royol

2016.

Adolescente tourmentée et médiocre pendant mes études, j'ai validé l'examen final grâce aux oraux de rattrapage.

L'examineur en philosophie m'avait demandé si je voulais proposer un travail sur *Le banquet de Platon*, il a été étonné lorsque j'ai préféré soumettre un travail sur *Trois essais sur la théorie sexuelle* de Freud.

Pour l'oral de français l'examineur m'avait demandé de travailler sur la pièce de théâtre *George Dandin* de Molière, moi qui me destinais à devenir comédienne j'ai pourtant souhaité faire une étude sur *Pierre et Jean* de Maupassant, pour pouvoir parler du complexe d'Œdipe que j'apercevais comme articulation aux liens de cette mère et de ses deux fils. J'ai obtenu un baccalauréat littéraire.

Après une brève année à l'université en Lettres modernes comprenant des options artistiques, j'ai passé des concours pour rentrer dans une école de théâtre.

Les échecs répétitifs et mes tourments étaient étroitement liés. J'ai fini par intégrer le conservatoire de Marseille, section art dramatique. Mon professeur, passionné par les arts en général et par la psychanalyse, ne nous "enfermait" pas dans la seule discipline du théâtre mais nous poussait à découvrir les arts plastiques, la musique et toutes les autres composantes artistiques. A la fin de mes trois années d'études j'étais sensibilisée à trois thèmes particuliers : L'art de rue donc l'art pour tous et non élitiste, les pièges que peuvent conférer le métier d'acteur, comme sombrer dans l'illusion de la paillette et l'art-thérapie dont j'avais vaguement entendu parler et qui éveillait le fantasme du métier idéal.

Certifiée comédienne je suis partie à la recherche de travail. Je me suis aussi renseignée sur l'art-thérapie. C'est lors d'une réunion d'information à la chambre des métiers de Marseille et à l'écoute des informations que quelque chose c'est ravivé. Pourtant je ne me sentais pas assez mature.

Je voulais aller jusqu'au bout de ma passion théâtrale, jouer, être jouée, faire jouer.

Tout en intégrant une compagnie d'art de rue, me formant ainsi à certains arts du cirque, je donnais des cours de théâtre aux enfants. C'était dans le quartier de la Belle de mai à Marseille où les enfants étaient souvent livrés à eux-mêmes. C'est là que j'ai pris conscience que le théâtre pouvait être un outil d'expression précieux et un moyen de créer du lien socio-culturel pour offrir une échappatoire à des enfants en difficultés.

Inclure leurs comportements plutôt que les renier ou les corriger donnait lieu à un bien-être momentané.

Les années se sont succédées, la passion du théâtre sans se dissoudre ne m'apportait plus ce que j'avais espéré, je ne touchais pas mon objet absolu et je me lassais de ma quête. C'est alors que j'ai fait une rencontre particulière. Pendant un cours d'essai pour adultes que je donnais en théâtre, une femme m'a parlé du traumatisme d'avoir vu sa petite sœur mourir noyée. Déstabilisée par sa souffrance, j'ai compris que cet art seul ne lui apporterait rien. Son témoignage et mon sentiment d'impuissance ont été un déclencheur.

L'art-thérapie est revenue comme une évidence, c'était le bon moment : mon « *kairos* ».

PLAN DU MEMOIRE.

Introduction	1
Plan	2
Remerciements	3
I/ Présentation de l'expérience de stage.....	4
1) Un constat personnel	4
<i>1a- Recherches de stages et difficultés</i>	
<i>1b- Une entrevue informelle</i>	
2) Présentation de la structure	5
<i>2a- Découverte du lieu de stage</i>	
<i>2b- Une équipe pluridisciplinaire</i>	
3) Les résidents et la démence	9
<i>3a- Rencontre des résidents</i>	
<i>3b- La démence en quelques mots</i>	
II/ Analyse de cas	13
1) Présentation de Mme T.	13
2) Proposition d'entracte.....	14
3) Les entractes.....	16
<i>3a- 1^{ère} entracte</i>	
<i>3b- 2^{ème} entracte</i>	
<i>3c- 3^{ème} entracte</i>	
III / Elaboration théorique.....	21
1) Acteur ou spectateur ? Phénomènes transférentiels.....	22
<i>1a- Observer, regarder, épier</i>	
<i>1b- "Miroir mon beau miroir"</i>	
<i>1c- "Sujet supposé-savoir" et "hainamoration de transfert"</i>	
2) Répétition et résistance.....	26
3) De l'objet psychique à l'objet de production : jeu et créativité.....	27
4) Quel rôle tient l'art-thérapeute ?.....	28
IV/ Projet professionnel : élaboration du projet professionnel.....	29
1) Point de vue juridique, fiscal et social : Quel cadre choisir ?.....	29
<i>1a- Professions libérales.</i>	
<i>1b- Portage</i>	
<i>1c- Salarié</i>	
2) Associations, institutions : où travailler ?.....	34
<i>2a- EHPAD</i>	
<i>2b- F.A.M</i>	
<i>2c- ESAT</i>	
<i>2d- IME</i>	
3) Démarches effectuées.....	37
4) Un futur au présent.....	38
V/ Conclusion.....	39
VI/ Bibliographie.....	40
ANNEXE : Rapport de stage	41

Remerciements :

Merci à Jean Pierre ROYOL pour son accompagnement tout en énigme et en finesse, qui sans jamais me donner des réponses toutes faites m'a guidé pour m'en poser d'autres.

Merci à Fabienne RANTSORDAS-ROYOL, que j'ai rencontrée lors du regroupement et qui m'a apporté une autre manière d'appréhender les choses, soulevant parfois un voile obstruant.

Merci à Brigitte GANDON pour sa main restée tendue tout au long de cette formation et son oreille attentive.

Merci à mon père, ce mécène.

Merci à ma mère et ma sœur pour leur relecture.

Merci à mon compagnon et à son intelligence informatique.

Merci à mon fils pour sa patience « être ange ».

Enfin merci à toutes les personnes rencontrées, lors du regroupement ou lors du stage. A leur façon elles m'ont beaucoup apporté.

I/ Présentation de l'expérience de stage.

1) Un constat personnel.

Chercher un stage est une chose, le trouver en est une autre.

La recherche du stage a impliqué un point de départ affectif : une amie m'avait appris que son fils aîné était diagnostiqué autiste peu de temps avant mon inscription à la formation d'art-thérapie. Elle m'avait expliqué le long parcours qui les attendait pour avoir une prise en charge, pour être aidés. Dans un premier temps son histoire a orienté ma recherche, je me suis tournée vers des structures d'accueil pour enfants autistes. J'ai ensuite élargi mon investigation auprès des hôpitaux psychiatriques de ma région et enfin j'ai fait une demande à une association d'accompagnement de personnes atteintes de cancer et à leurs familles. Souvent, mes choix d'institution suivaient une logique liée à mon vécu.

Je n'ai pas trouvé de stage, c'est le stage qui m'a trouvée.

1a-Recherches de stages et difficultés.

Après avoir rassemblé toutes les pistes possibles, j'ai passé plusieurs matinées au téléphone. Cela a été pour moi un exercice plus difficile que prévu. La distance qu'implique une conversation téléphonique m'a souvent déstabilisée, on me conseillait régulièrement de recontacter l'institution par la voie électronique. Cependant, les accueils compréhensifs et les redirections bienfaitrices de mes interlocuteurs m'encourageaient.

J'espérais tellement des rendez-vous, des rencontres.

1b-Une entrevue informelle.

Après quelques semaines de recherches inefficaces, je me suis rappelée une discussion en début d'année avec une maman devant l'école de nos enfants. Elle m'avait dit travailler en maison de retraite. Je ne me souvenais pas de sa fonction et je n'avais plus son numéro de téléphone. Mais lorsque nous nous sommes croisées à nouveau, nous avons pu échanger longuement. Elle était directrice adjointe d'un Etablissement d'Habitation pour Personnes Agées Dépendante (EHPAD). Elle m'a expliqué les pathologies des résidents ainsi que le contexte difficile dans lequel l'entreprise se trouvait. Elle a écouté ma demande avec beaucoup d'intérêt et après m'avoir invitée à envoyer une demande de stage officielle, un rendez-vous avec la directrice était prévu.

2) Présentation de la structure.

J'ai effectué mon stage dans un établissement situé en plein cœur d'un parc pinède de 1 hectare, au pied du massif du Garlaban à quelques minutes du centre-ville d'Aubagne et à moins d'une heure de Marseille (PACA). Cette maison de retraite est une entreprise régie par un gestionnaire.

La capacité d'accueil est de soixante-dix lits, une équipe d'aides-soignants et d'auxiliaires de vie est permanente de jour comme de nuit. Des infirmiers sont présents tous les jours, coordonnés une fois par semaine par un médecin, sauf en cas d'appel d'urgence. Le médecin travaille sur d'autres sites du même gestionnaire, tout comme la psychologue clinicienne. Des professionnels extérieurs libéraux interviennent régulièrement au sein de l'établissement, ils sont composés de : médecins traitant, kinésithérapeutes ainsi que d'une musicothérapeute et d'une orthophoniste.

Cette maison de retraite est médicalisée et reçoit des personnes âgées autonomes, semi-valides et dépendantes. Elle dispose aussi, d'une unité protégée appelée le CANTOU, spécialisée dans l'accueil des personnes désorientées et/ou atteintes de la maladie d'Alzheimer et de pathologies apparentées.

« Les Centres d'Activités Naturelles Tirées d'Occupation Utiles (CANTOU) ont vu le jour pour la première fois en France en 1977. Le mot Cantou d'origine occitane signifie « coin du feu ». Il est regroupé en petites unités qui peuvent être indépendantes ou alors directement rattachées à une maison de retraite ou en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Des patients en perte d'autonomie et de repères spatio-temporels y sont accueillis. En ce qui concerne les malades atteints d'Alzheimer, ces unités ont été spécialement conçues afin de respecter leurs besoins au fur et à mesure de l'évolution de la maladie.¹ »

2a- Découverte du lieu de stage.

Lieux de vie :

L'endroit le plus investi par les résidents était la salle commune où ils prenaient leurs repas. C'est aussi là que la plupart des animations (loto, musicothérapie, jeux de société) était proposée et que les visites des familles ou des amis se faisaient. La majorité des résidents avait une mobilité réduite voire inexistante. Les soignants après les avoir préparés, les descendaient dans la salle.

Les résidents ayant des capacités de déplacements autonomes restaient souvent dans leurs chambres attendant l'heure du repas.

La période d'observation que j'ai effectuée en début de stage a commencé dans cette salle commune où j'ai pu y rencontrer tous les résidents.

¹ <http://www.maison-de-retraite-medicalisee.org/cantou>

Espaces cliniques :

- L'infirmier, un espace en retrait pour des questions de sécurité et d'architecture. Les infirmiers se déplaçaient beaucoup entre les chambres et la salle commune.
- Le cabinet de kinésithérapie, malgré les équipements les kinésithérapeutes partaient le plus souvent à la rencontre des résidents, soit dans leur chambre, soit dans la salle commune.
- Les bureaux de la psychologue et du médecin coordinateur, partagés ils pouvaient recevoir les résidents et les familles sur rendez-vous ou inopinément.
- La salle appelée « salon des familles » pouvant être utilisée par les résidents pour recevoir. Mais elle était utilisée le mardi matin et le jeudi après-midi par l'orthophoniste. C'est aussi dans cette salle que l'art-thérapeute pratiquait. Elle est partie peu de temps avant mon arrivée.

Pendant la première étape de mon stage, j'ai cherché un ou plusieurs lieux qui pouvaient être appropriés à la mise en place d'un espace art-thérapeutique.

Le CANTOU :

L'unité protégée est un lieu de vie et un espace clinique combiné pouvant accueillir jusqu'à douze personnes.

« L'objectif des cantous est de préserver le plus longtemps possible l'autonomie physique et psychique des personnes accueillies grâce à l'écoute active, la résolution des tensions internes des résidents, l'entretien, voire la stimulation de leurs fonctions cognitives. (...) Il convient en outre de développer toutes les possibilités de communication non verbale, surtout aux stades avancés de la maladie »².

La découverte d'un tel lieu a eu pour effet de m'interroger. Comment rentrer en contact avec ces personnes ? Pourquoi les isoler du reste de l'établissement ? Comment mener des entretiens préliminaires appropriés aux démences ? L'essai d'une mise en place art-thérapeutique doit-il se faire en groupe ou en individuel ?

J'ai peu à peu répondu à ces questions. Le temps a été aidant et les résidents m'ont enseignée : j'ai commencé par m'asseoir, regarder la télévision et manger avec eux.

« N'est pas fou qui veut ».³

Progressivement, nous avons réussi à communiquer. Les manières étaient différentes, des bribes de paroles venaient accompagner les déambulations. Le « lalangue » interrompait un silence partagé. Ce dernier, présenté comme un concept lacanien, a pris une position concrète car en effet :

« Si j'ai dit que lalangue est-ce comme quoi l'inconscient est structuré, c'est bien parce que le langage, d'abord, ça n'existe pas. Le langage est ce qu'on essaie de savoir concernant la fonction de lalangue. »⁴

² Alzheimer et démences séniles, Dr J.L Peytavin, PRAT éditions 2003, Collection Santé p128.

³ Site internet PROFAC, « La folie comme limite de la liberté », M.Zerbib, 2012.

⁴ Internet : Lacan Quotidien n°104, « L'enfant généralisé : Plus de lalangue, des signes », B. Landaburu.

2b- Une équipe pluridisciplinaire.

Pendant mon stage, en dépit du fait que les résidents étaient ma priorité, il m'a paru important de comprendre comment s'articulait l'équipe gravitant autour d'eux.

La direction était le grand Autre. « Le Nom-du-Père » dans la métaphore énoncée par J. Lacan.

« Le signifiant qui dans l'Autre en tant que lieu du signifiant est le signifiant de l'Autre en tant que lieu de la loi »⁵.

Elle s'occupait de toute l'administration. Souvent interrompue par des résidents en demande de quelque chose, en recherche d'autre chose.

L'équipe clinique :

- Le médecin était présent sur le site tous les mardis après-midi. Il s'occupait surtout de l'administratif et des décisions à prendre concernant les visites plus approfondies auprès des psychiatres ou des divers spécialistes.
- La psychologue clinicienne qui a été ma référente, était présente tous les lundis et faisait des ateliers mémoires tous les matins.
- Les infirmiers notaient l'évolution clinique des résidents et distribuaient les médicaments en fonction des ordonnances.
- Les aides-soignantes s'occupaient de la toilette et tenaient quotidiennement des fiches sanitaires.
- Les auxiliaires de vie s'occupaient également de l'hygiène, du ménage des chambres et restaient auprès des résidents pendant les repas. Régulièrement, elles animaient une partie de cartes ou de dominos. Elles étaient omniprésentes.

L'équipe clinique libérale :

- L'orthophoniste était présente tous les mardis après-midi et jeudis matin. Elle honorait ses rendez-vous ou allait proposer des séances aux résidents susceptibles d'en avoir besoin.
- Les deux kinésithérapeutes venaient tous les jours, l'un le matin, l'autre l'après-midi. Leur fonction est importante car elle permet d'entretenir la mobilité et favorise la régularisation des cycles physiologiques de l'humeur, du sommeil et de la digestion.
- La musicothérapeute venait tous les lundis après-midi. Elle faisait deux séances groupales de quarante-cinq minutes, la première au cantou et la deuxième dans la salle commune.

⁵Autre, autre, dictionnaire de la psychanalyse, sous la direction de R. Chemana, ed. Larousse 1993, P28.

L'équipe animation :

- L'association Educ'chien venait un samedi par mois. L'intervenant organisait la rencontre avec son compagnon à quatre pattes et des activités ludiques.
- Une association musicale venait jouer de l'accordéon un samedi par mois et sur demande pour fêter des anniversaires.
- Une permanence d'aumônerie venait certains dimanches.
- Un intervenant sportif venait tous les vendredis après-midi. Il mettait en place des activités gymnastiques adaptées.
- Une animatrice menait un loto tous les jeudis après-midi. C'était un évènement enthousiasmant pour les résidents. Très ritualisé il amenait une excitation palpable.

Stagiaire art-thérapie :

Lors de ma deuxième période de stage, j'ai mis en place un espace art-thérapeutique individuel, tous les lundis et jeudis matin sur rendez-vous. Les lieux choisis étaient soit « le salon des familles » en accord avec l'orthophoniste quand elle n'y était pas, soit dans une grande salle, lieu ouvert voire de passage avec une facilité d'accès en fauteuil roulant.

Au canton mes interventions se faisaient tous les mardis et vendredis matin. Même si j'avais élaboré un cadre interne, l'amalgame espace clinique/lieu de vie n'a eu pour effet que de proposer de la médiation artistique en groupe. Tout en favorisant l'objet éphémère, je n'ai pu que constater un « bien-être » plutôt qu'un « mieux-être ».

3) Les résidents et la démence.

3a- Rencontre des résidents.

Dans un premier temps, j'ai démarré mon approche avec les résidents le matin, dans la salle commune où le temps semblait suspendu. La plupart des animations étaient proposées l'après-midi et les résidents se faisaient descendre par les aidants un par un. C'est dans un calme apparent que j'ai abordé les personnes assises à leurs tables attitrées, pour faire les présentations mutuelles. Se nommer permettait d'entrer en lien.

Je parle de calme apparent car très vite leur tendre la parole et leur donner la (poignée de) main amenait à des plaintes. Sortis du sommeil, pour ceux qui l'avaient trouvé, la réalité heurtait leur imaginaire. Ainsi certains m'ont parlé de la femme qui s'était mal occupée d'eux pendant la toilette, du lit qui était bancal ou encore des cris d'un voisin qui les avaient empêchés de dormir. Ils trouvaient des solutions à tout ça : changer de chambre, intervertir le lit, protester à la direction.

Novice, je pensais accueillir leurs maux, mais l'accueil se fait sans acte de réponse et pourtant à plusieurs reprises je suis partie chercher des solutions à leurs discours. Cet ordre social qui essaie de traiter le Réel était en place bien avant mon arrivée.

Le second temps a été celui des retrouvailles. Revenir tous les jours, même pour les personnes atteintes de troubles chroniques de la mémoire, faisait perdurer les liens créés pendant l'approche. A mon insu j'ai établi un rituel du matin et pris part au temps latent qui attend.

En recherche de la juste distance à avoir auprès d'eux pour constituer mon cadre interne d'apprentie art-thérapeute, l'écoute s'affinait complétant une mise au travail psychique pour rester dans une neutralité bienveillante.

Puis le dernier temps important a été celui de la relation concomitante.

En effet j'ai été alertée par un changement, qui s'est avéré être une évolution dans les relations avec chaque résident. Je dis "alertée" car j'ai eu la désagréable sensation de devenir une dame de compagnie. Après avoir travaillé ce "senti-ment", la compréhension d'une évolution simultanée donnant du liant à la relation avec les phénomènes transférentiels que cela suggère a émergé. Ouvrant une autre direction comme un virage dans mon stage.

Alors doit-on rencontrer les résidents ou créer un lien social avec chaque sujet ?

La psychanalyste C. Soler propose que :

« Chacun est une unarité avec son corps et ses modalités de jouissance qui sont à peu près stables, certaines peuvent être améliorées, supprimées par des effets thérapeutiques mais foncièrement il y a un noyau stable et comment ces unarités peuvent-elles entrer en liaison ? En lien social ? »⁶

⁶ Site internet PROFAC : *Le Réel, « L'inconscient réinventé »* par C. Soler.

3b- La démence en quelques mots.

Une définition parmi tant d'autres :

La démence provient du latin, "dementia", de "mens", esprit. Elle se définit comme un :

« Affaiblissement psychique profond, acquis et spontanément irréversible, qui se manifeste par une diminution des fonctions intellectuelles avec troubles de la mémoire, de l'attention et du jugement, un appauvrissement des fonctions symboliques (langage, praxie, calcul) et une perte des critères de références logiques, éthiques et sociaux. (Une désorientation temporo-spatiale est fréquente. La démence a pour conséquence de graves troubles du comportement.) »⁷

Un peu d'histoire :

Le terme de démence apparaît vers le XIXe siècle dans le secteur médical, néanmoins le mot existait bien avant pour signifier la perte de l'esprit. Philippe Pinel (1745-1826) est un des premiers théoriciens de la science naissante de la clinique médicale, il a classé les démences dans les grands troubles de l'esprit, sous le terme d'aliénation mentale. Regroupant la schizophrénie (mot qui n'existait pas encore) et les psychoses maniaco-dépressives.

Par la suite le psychiatre français Jean-Etienne Esquirol (1772-1840) a fait des descriptions séparant les démences des psychoses. Ainsi il a redéfini la démence comme « une affection cérébrale caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence, de la volonté » et il a noté les troubles de l'affectivité, du caractère, du sommeil ainsi que l'âge avancé pour l'apparition de ces signes. Plus tardivement les troubles de la mémoire occuperont une place essentielle.

Toujours dans le courant du XIXe siècle, le psychiatre Etienne-Jean Georget (1795-1828) - connu entre autres pour avoir demandé au peintre Géricault de faire des toiles sur le thème de la folie- insiste sur le paramètre important d'irréversibilité de la démence, en la séparant de la confusion et des mélancolies. Etait ensuite évoqué, l'usure du cerveau par effet de l'âge ou de la maladie. Pour cette époque les deux causes possibles étaient : la démence sénile (lésions vasculaires nommées aussi démence « arthritique ») et la paralysie générale (complication de la syphilis, qui englobait tous les troubles nerveux de manière incurable).

Le terme de démence se généralisera un peu plus tard lorsque sera exposé par le psychiatre franco-autrichien Bénédicte Augustin Morel (1809-1873) et le psychiatre allemand Emile Kraepelin (1856-1914), le syndrome de la démence précoce. Ce dernier appelé schizophrénie est la première maladie mentale à bénéficier d'une grande analyse clinique. Autrefois qualifié « d'affaiblissement » de l'esprit dans sa longue évolution, le début est situé généralement dans l'adolescence, d'où le terme de « précoce ».

Jusqu'aux années 1950, la majorité des démences était attribuée à *l'artériosclérose cérébrale* (maladie de l'artère caractérisée par un épaississement diffus de la paroi). A partir des années 1970, le concept de *démence vasculaire* fut délimité aux démences qui font suite à un infarctus cérébral. Les autres démences telles que la *maladie d'Alzheimer*, la *maladie de Pick*, la *démence à corps de Lewy* ou la *maladie de Creutzfeldt-Jacob*, seront définies par des démences dégénératives.

⁷ Dictionnaire français, Larousse : www.larousse.fr

Une conception plus moderne.

Ces vingt dernières années quatre éditions du manuel de diagnostic et de statistiques des maladies mentales par l'Association psychiatrique américaine se sont succédés. (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* ou DSM).

Les maladies mentales avec leurs formes cliniques ont donc été classifiées et considérées comme le catalogue de référence. Le DSM est continuellement remanié et très controversé. Il est sujet actuel de débat incessant :

« *Le DSM-5, un manuel qui rend fou !* »⁸

Des professionnels français attenants à la psychanalyse s'insurgent contre la « *pensée unique* » de l'ouvrage et ce, bien au-delà de la dernière édition de 2013. Roland Gori, psychanalyste et professeur émérite de psychopathologie clinique à l'université d'Aix-Marseille, parle d'une « *médicalisation de l'existence* ». Il pense que le principe est bon pour : faire des études de populations, évaluer des traitements ou mener des recherches épidémiologiques. Le danger de ce manuel réside dans le fait qu'il réduit la souffrance psychique et social à des troubles du comportement.

Quel comportement adéquat ?

Des formations spécialisées pour communiquer auprès des personnes dites démentes se conforment à des principes simples. La relation de confiance en est un. Il est conseillé d'être attentif et rassurant, de parler à la personne lentement, avec des mots simples et en faisant des pauses entre chaque phrase. Il est préconisé aussi de se mettre à la même hauteur, le regarder et sourire.

« *Le sourire et le regard sont alors des moyens de communication fondamentaux qui seront encore opérants, avec le toucher, lorsque la compréhension du langage aura disparu.* »⁹

Mais qu'est-ce que la communication fondamentale ?

Dès les premières minutes de la vie d'un nouveau-né, un cri est attendu. Un son pour avoir la preuve d'une viabilité. L'origine de la communication serait donc l'attente. L'autre attend quelque chose de l'autre. L'attente entraîne la projection. Attendre ce que l'on veut que l'autre nous dise pour lui apporter secours et protection. Alors attendre de la gratitude et que cela soit dit par le discours. Si ce que l'autre veut n'est pas apporté, il est attendu que cela soit dit aussi. Ainsi les premiers cris de l'enfant feront réponse à l'interprétation de la mère.

Avant que le langage ne lui soit appris, la mère «inter-prêtera» du discours. Elle lui prêtera du sens car le discours tente de traiter le Réel. Quelle mère ne s'est pas posée la question : « Mais pourquoi pleure-t-il ? » Tout en listant les soins qu'elle lui a déjà prodigués.

L'art-thérapeute ne prendra pas un rôle maternant, il n'interprète pas, il ne prête pas du discours qui irait dans un sens, dans son sens, car il est informé des phénomènes transférentiels. Un de ses fondamentaux sera de laisser l'autre communiquer avec lui-même à travers la symbolisation.

⁸ Source internet : *Le monde science et techno*, 13 mai 2013, S. Cabut journaliste au *Monde*.

⁹ Alzheimer et démences séniles, Dr J.L Peytavin, PRAT éditions, P122.

Qu'est-ce que la compréhension du langage ?

Le langage n'existe pas, il est pure invention de l'homme, ainsi il sépare plutôt qu'il unifie car il ne dit pas tout : « les mots manquent » nous dit J. Lacan. Et c'est dans ce manque que l'art-thérapeute tentera de décoller l'objet discursif d'avec le symbolique du sujet de l'inconscient. Ce faisant, il proposera un rendez-vous symbolique à la personne dite démente :

*« Les art-thérapeutes sont finalement au carrefour de cette double expérience du travail sur soi et de la création personnelle et c'est à ce même carrefour qu'ils convoquent le patient ».*¹⁰

Qu'est-ce que le regard ?

« Le stade du miroir » est un concept formulé par J. Lacan où il envisage cette étape comme la base constituante d'un sujet divisé entre le « je », sujet de l'inconscient et le « moi », instance de l'image et du social. Chez l'enfant qui a déjà fait l'expérience angoissante de l'absence de la mère, ce stade manifeste une prise de conscience de l'unité corporelle et ça rassure ! Se rajoute le plaisir de se contempler en entier. Regarder et être regardé pulsion scopique où le fantasme dépend de l'objet qu'est le regard. Il a donc vécu le morcellement corporel. Mais c'est aussi par le regard de l'autre que l'enfant vérifie son unité. Qu'en est-il de la personne âgée placée en institution pour démence ? Que voit-elle dans le regard de l'autre ?

*« Lieu du rapport de moi, sujet néantisant, à ce qui m'entoure, le regard aurait là un tel privilège qu'il irait jusqu'à me faire scotomiser, à moi qui regarde, l'œil de celui qui me regarde comme objet. En tant que je suis sous le regard, écrit Sartre, je ne vois plus l'œil qui me regarde, et si je vois l'œil, c'est alors le regard qui disparaît ».*¹¹

¹⁰ Source : Site internet stagiaire PROFAC, « Définition de l'art-thérapie », J.P Royol.

¹¹ Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, J. Lacan, éditions du Seuil, p 96.

II/ Analyse de cas.

1) Présentation de Mme T.

Par l'institution :

Mme T. est âgée de 66 ans. Elle est rentrée dans l'établissement en 2003. Cela fait donc 12 ans, lorsque je fais mon stage, qu'elle réside.

Elle se déplace en fauteuil roulant, mais avec la kinésithérapeute, elle se met debout et marche quelques pas tous les matins. Leurs rapports sont rapprochés d'autant que cette professionnelle la suit depuis son admission.

La psychologue- ma référente de stage- m'a informée que Mme T. était diagnostiquée d'un syndrome anxio-dépressif avec idées de persécutions et que l'automutilation était possible. Elle a ajouté que Mme T. ne supportait pas la frustration.

Les aidants aiment bien bavarder avec Mme T.

Les intervenants des animations la valorisent souvent. Ils se positionnent la plupart du temps près de sa table.

Par elle-même :

Mme T. avait une sœur jumelle. Le mari de celle-ci cuisinait bien. Ils l'ont hébergé avant que sa sœur décède et avant de partir dans des hébergements médicalisés. Mme T. aime manger. Elle adore les frites.

Mme T. a travaillé dans un magasin. Suite à une chute accidentelle pendant qu'elle lavait les vitres, elle n'a plus jamais retravaillé.

Mme T. est amoureuse d'un chanteur. Adamo. Elle lui écrit, il lui répond. Des photos sont affichées près de son lit. Elle aime chanter, plus que sa sœur. Elle chantait parfois avec son père.

Mme T. aime les chats, il y en avait un dans la résidence puis il est parti. Mme T. aime les peluches, elle en gagne toujours au loto- l'animation du jeudi- et parfois elle en donne à ceux qui ont des enfants. Mme T. est gentille.

Mme T. a des enfants. Ils sont loin. A Paris. Elle est allée à Paris, une fois. Par le train. Mme T. a peur de l'avion elle ne la jamais pris. Elle préfère le train.

Mme T. aime être tranquille. Elle ne veut personne à sa table, sauf Mme H. qui est pour le moment hospitalisée. Avant, il y avait aussi Mme J. qui est décédée avant mon arrivée.

Synthèse :

Le premier jour ma référente m'a suggéré de prendre les repas avec les résidents dans la salle commune. Surprise par ce conseil je l'ai suivi. Sans doute mes explications sur le déroulement de la première période de stage dirigé vers l'observation et la rencontre, l'ont inspiré. Cela a permis dès le début d'expérimenter la création d'une "juste distance".

Malgré le peu de temps passé auprès des résidents dans cette première matinée, et la furtive présentation du rôle d'apprenti art-thérapeute dans cet établissement, Mme T. m'a accueillie à sa table.

Le deuxième jour de stage vers l'heure du repas, Mme T. a soumis une demande ambiguë qui m'a embarrassé. C'était comme une affirmation : « *Vous mangez avec moi...* ». Prise au dépourvu j'ai acquiescé et très rapidement une réflexion s'est portée sur le sentiment de pouvoir être accaparée par elle. Il m'a paru évident de ne pas entrer dans une habitude, pas encore établie mais qui pouvait le devenir et dans laquelle j'aurais du mal à la défaire. Les liens que je souhaitais créer n'étaient pas de cet ordre-là. Me référant- non plus à ma référente- mais à la théorie de la mise en pratique d'un cadre interne à l'art-thérapeute, je décidais le jour suivant de partager le repas avec la direction. Permettant ainsi de continuer l'observance de l'institution en son entier.

J'ai de temps à autre continué de prendre les repas avec Mme T.

Quand le stage a pris le tournant de proposer l'expérience de la mise en pratique d'un espace art-thérapeutique, Mme T. a accepté d'être accueillie à son tour.

2) Proposition d'entracte.

Si la résidence médicalisée est un grand théâtre, s'y joue une pièce où comédie et tragédie s'imbriquent. Les fonctions professionnelles restent à leur place mais parallèlement l'agir et le non-agir s'échange. Les acteurs passent spectateurs et vice-versa, ainsi un aidant poussant un fauteuil roulant pour amener le résident à la salle commune est acteur. Les commentaires sont les répliques et que ce soit de la joie ou de la fatigue, avec humour ou agacement ils interprètent une situation aux yeux d'un public. Un certain temps peut se passer avant qu'un résident à son tour « monte sur scène » pour incarner une émotion par un cri, en jetant un objet ou par une demande qui serait en réponse aux répliques précédentes ou pas.

C'est dans la position d'actrice principale que j'ai souhaité inviter Mme T., pour faire une pause comme un entracte à cette grande et longue pièce de théâtre.

Entretien préliminaire :

Le premier lieu choisi a été celui de la salle dite « salon des familles ». Mais Mme T. est imposante et j'ai peiné à pousser son fauteuil. Cet espace était fermé et a permis un premier rendez-vous en huis clos.

J'ai expliqué en quoi consistaient les méthodes de l'art-thérapie orientée par la psychanalyse et comprenant la notion d'éphémère de l'objet physique. Le passage sur les non-attentes de technicités artistiques l'a rassurée. La présentation des outils que je proposais à savoir, des marionnettes, de la pâte à modeler, des recueils de poésie et tout un arsenal d'arts plastiques (feutres, feuilles, magazines, colle, ciseaux, peinture, pinceaux.), l'a prédisposée à dire : « Ah ça ne ressemble pas à l'atelier mémoire. ». Je lui ai répondu qu'en effet la psychologue et moi n'avions pas le même métier. Après un court silence, comme une respiration, Mme T. m'a parlé des causes des décès de son mari et de sa sœur.

Elle a donné des détails sur les noms d'hôpitaux.

Il y avait comme une cacophonie de souvenirs où se mélangeaient les époques, les lieux, les situations et les gens. Je ne savais plus de qui elle parlait : elle ? Son mari ? Sa sœur ? Le mari de sa sœur ? Et me gardais bien de l'en questionner.

A la fin de l'entretien, je lui ai demandé si elle voulait que l'on se revoie. Elle a acquiescé et nous avons convenu d'un rendez-vous.

Je n'ai pas reconduit un autre entretien préliminaire, car la difficulté de la déplacer m'a amené à choisir un autre lieu : « le bastidon », plus ouvert et plus facile d'accès. Il m'a semblé que nous changer d'espace faisait évoluer le cadre.

Avec la psychologue retour de l'entretien :

J'ai rapporté que tout s'était bien passé et que nous allions nous revoir. J'ai parlé du changement de lieu prévu et la cause. Puis j'ai évoqué que Mme T. n'avait pas une seule fois mentionné ses enfants. Ma référente étonnée m'a répondu qu'elle n'en avait pas.

Dans un premier temps le mensonge de Mme T. m'a fait me poser de mauvaises questions, celles qui cheminent et qui éclairent une autre voie. Secouée dans mes valeurs et ma morale, l'éthique de l'analyste et celle de l'art-thérapeute amènent à penser que :

« Cette invitation poétique ne peut s'offrir qu'à l'unique condition que l'art-thérapeute soit ce support qui autorise les ratés, les ratures, les repentirs, les mensonges, les fantasmes sans jamais les juger, les divulguer ni les trahir. »¹²

¹² Source internet : Site stagiaire PROFAC, « De l'art-thérapie comme journal intime », par F. Royol Rantsordas.

3) Les Entractes.

3a- 1^{ère} entracte :

A mon arrivée Mme T. était la première dans la salle commune. Nous nous sommes saluées, elle a demandé à être resservie à boire et a rappelé notre rendez-vous de ce matin. Je lui ai expliqué que j'allais rendre visite aux résidents du cantou et que je revenais vers elle. « Vous venez me chercher » m'a-t-elle dit.

A mon retour dans la salle commune, celle-ci s'était remplie. J'ai salué les résidents puis Mme T. et moi sommes parties. J'invitais Mme T. à s'éclipser en coulisses.

L'espace art-thérapeutique que j'avais créé pour accueillir Mme T. était organisé comme suit :

Mme T. allait être dos au côté « passage » du lieu, ainsi les aidants qui aiment bien bavarder avec Mme T. n'auraient pas l'opportunité de l'interpeller et Mme T. ne serait pas inciter à répondre pour être aimée. Car comme le dit J. Lacan :

« *De sa référence à celui qui doit l'aimer, il [le sujet] tente d'induire l'Autre dans une relation de mirage où il le convainc d'être aimable.* »¹³

Sur la table, il y avait les quatre marionnettes à mains représentant une petite fille brune, un petit garçon blond, un écureuil et un hérisson au poil soyeux. Les pots de pâtes à modeler étaient mis en valeur de sorte que les différentes couleurs soient visibles. Les deux recueils de poésie étaient l'un de Jacques Prévert « *Paroles* », l'autre de Claude Roy « *Enfantasques* »¹⁴. Des feuilles blanches et des feutres étaient posés. Tous ces objets étaient au bord de la table de sorte que quand Mme T. s'est installée il y avait un espace vide devant elle.

J'ai ouvert par la lecture du poème de Jacques Prévert « *Le cancre* »¹⁵. Ce choix a été fait en fonction de ce que j'avais observé chez Mme T. comme une méfiance à l'égard des évaluations intellectuelles constatées pendant l'atelier mémoire de la psychologue. Peut-être Mme T ne savait ni lire ni écrire. Cette entrée en matière a paru la détendre. Son grand sourire, sa voix, ses yeux ont été mes indices. Ne lui avoir posé aucune question sur l'auteur a permis un véritable hors-d'œuvre poétique.

Ensuite Mme T. a souhaité utiliser les marionnettes, je lui ai proposé d'en prendre une. Elle a choisi l'écureuil. L'aidant à l'enfiler, elle caressait l'animal de son autre main. Ma main se mit par réflexe à frétiler, lui montrant le geste pour animer la marionnette. Par effet de mimétisme elle s'amusa des sensations de la main-marionnette qui s'agitait sous son autre main-caressante. J'ai laissé un temps à cette première approche, puis lui ai demandé si elle voulait nommer l'écureuil. Elle réfléchit et dit, dans un sursaut : « Arthur ! »

Elle se mit à raconter un souvenir d'enfance : son père avait acheté deux écureuils, un pour sa sœur et le deuxième pour elle, le sien s'appelait Arthur. Vérité ou mensonge, la limite est chimérique car la vérité ne se dit jamais toute et le mensonge peut être une vérité inversée ou mi-dite.

¹³ « Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse », J. Lacan, édition du Seuil, 1973, p.298.

¹⁴ « *Enfantasques* », C. Roy, éditions Gallimard, 1974.

¹⁵ « *Paroles* », J. Prévert, éditions Gallimard, 1949, « *Le cancre* » p.63.

Après un temps, j'ai invité Mme T. à reposer la marionnette. A la suite d'une dernière caresse elle l'a retiré et posé devant elle dans son espace vide, tout en continuant de la regarder.

L'entracte touchait à sa fin. La pièce allait reprendre son cours le prochain acte étant d'aller manger.

En clôture j'ai lu toujours dans « Paroles » de J. Prévert le poème intitulé « *Le cheval rouge* »¹⁶ :

« Dans les manèges du mensonge

Le cheval rouge de ton sourire

Tourne

Et je suis là debout planté

Avec le triste fouet de la réalité

Et je n'ai rien à dire

Ton sourire est aussi vrai

Que mes quatre vérités. »

Observations :

Le mensonge de Mme. T, « j'ai des enfants », peut exprimer la vérité du manque de ne pas en avoir par identification à sa sœur jumelle décédée, qui elle en a. La tromperie à l'égard de ma fonction d'apprentie art-thérapeute, peut amener à penser être un indice de transfert, qui prend son départ dans le *sujet-supposé-savoir* que Mme T. me prête.

¹⁶ « Paroles », Prévert, édition Gallimard, 1949, p63.

3b- 2^{ème} entracte :

« Les jours se suivent et ne se ressemblent pas ». D'un premier abord les rythmes et les repères de l'institution- ce théâtre- sont au contraire répétitifs. Cependant les choses varient subtilement d'un jour à l'autre.

C'est dans le même contexte que je suis allée chercher Mme T. qui m'attendait, pour l'inviter une nouvelle fois à un entracte.

Les outils artistiques étaient disposés.

Mme T. installée devant la table était silencieuse. Tout en laissant ce silence prendre sa place, je pensais- mouvement contre-transférentiel- qu'elle attendait de moi que je lui annonce la couleur et j'espérais –vision de mon propre désir- qu'elle en viendrait un jour à en donner une -singularité de sa place de sujet trouvé ou retrouvé. En attendant j'allais lui proposer le blanc, départ de toutes les couleurs mais aussi solution de toute continuité.

Le poème d'ouverture s'intitulait « *Le petit chat blanc* »¹⁷.

Puis, de nouveau, j'invitais Mme T. à se saisir à sa guise des outils proposés. Elle choisit les deux marionnettes animales. Un écureuil et un hérisson. Il y avait là, une forme de répétition de ses plaisirs premiers à savoir les peluches, les chats. Moi-même allais dans ce sens puisque je proposais une ouverture poétique avec le signifiant "chat blanc".

L'auteur Agnès Sofiyana, dans son intervention au séminaire interne de l'Ecole Psychanalytique de la Salpêtrière explique :

« Dans "le Moi dans la théorie de Freud", Lacan avait précisé que la répétition est au-delà du principe de plaisir ; en d'autres termes la répétition n'est pas simplement une conséquence du désir de reproduire ou de retrouver un plaisir passé et/ou perdu. »¹⁸

Ainsi à la question qu'est-ce que la répétition ? A. Sofiyana poursuit en citant J. Lacan :

« [...] quelque chose échappe au sujet et continue, revient et trouve son chemin, pour revenir, insiste, revient, se déclare toujours prêt à rentrer dans la danse du discours intérieur. »¹⁹

Manipulant deux marionnettes, Mme T. a commencé à les faire dialoguer. Elle a nommé, une nouvelle fois, l'écureuil : Arthur et le hérisson : Max (prénom d'un résident ami). Au fil de son histoire elle a surnommé les personnages : Arthur est devenu "Tuteur" et Max, "Maxou". J'écoutais avec une attention flottante.

Voici un extrait de la création de son dialogue :

-Arthur : « Tu t'ennuis ici, hein Maxou ? Mais on est mieux ici que dans la rue ! »

-Maxou : « Ah oui ! »

-Arthur : « On irait où sinon, hein Maxou ? »

Elle fait faire des câlins aux marionnettes.

¹⁷ Recueil de poésie : « *Enfantasques* », C. Roy, édition Gallimard, 1974, « *Le petit chat blanc* », p.30.

¹⁸ Source internet : <http://psychanalyse-paris.com/tuche-et-automaton.html>, mise en ligne 15/01/2005.

¹⁹ Ibid.

-Arthur (à moi) : « Au revoir Madame. »

J'ai convié Mme T. à retirer les marionnettes de ses mains. J'ai constaté qu'à la différence de la dernière séance où elle avait posé les marionnettes devant elle, elle me les a tendus. Ainsi après un silence, je l'ai ramené sur scène, dans la salle commune.

Observations :

Si l'objet marionnette, je le suppose comme un "vouloir-jouir" pour le sujet de l'inconscient de Mme T., alors comme l'objet a, objet cause du désir, sa fonction permet de séparer. Division du sujet d'avec son Autre, dans l'aliénation persistante d'un autre à aimer pour se faire aimer. Amour irréel, fantasmé émergeant aussi chez Mme T. à l'issue d'une image : Adamo, son chanteur favori avec qui elle dit correspondre. Semi-vérité, car en effet il peut exister un club autour du chanteur qui répondra en utilisant son signifiant (et toute la signification que peut impliquer un fan-club). Mais par l'objet a, elle pourra obtenir une satisfaction passagère, en référence à la sexualité ou pulsion partielle, ainsi Lacan exprime que :

« C'est la reconnaissance de la pulsion qui permet de construire, avec la plus grande certitude, le fonctionnement dit par moi de division du sujet, ou d'aliénation. Et la pulsion elle-même, comment a-t-elle été reconnue ? [...] loin que la dialectique de ce qui se passe dans l'inconscient du sujet puisse se limiter à la référence au champ du "Lust" (plaisir), aux images des objets bénéfiques, bienfaisants favorables, nous avons trouvé un type d'objet qui, en fin de compte, ne peut servir à rien. »²⁰

3c- 3^{ème} entracte :

Ce troisième entracte allait être le dernier car mon stage touchait à sa fin.

L'ouverture de cet entracte ne s'est pas fait par un poème, mais par cette phrase que je proposais « Penser une histoire... ».

Pour ne pas enfermer le sujet dans une répétition mortifère, je m'aventurais à proposer mon propre désir. A savoir panser son histoire dans le sens non de colmater, mais de réparer, cicatriser et repartir et je me tenais prête à accueillir tout non-sens possible dans cet impossible à dire. Sachant que ce "tenir prêt" je l'entendais comme une maîtrise à ne pas avoir. Donc je me tenais prête à ne pas m'apprêter d'un supposé-savoir.

A l'annonce de ce nouveau dispositif et après avoir proposé l'utilisation de la pâte à modeler, Mme T. a été surprise, voire a montré des signes d'inquiétude. Mais elle s'est mise à la sentir et à choisir trois couleurs : rouge, violet, vert. Les malaxant un temps, elle me dit qu'elle ne savait pas faire. Il y avait là une forme de régression alors je lui réexpliquais qu'aucun savoir technique n'était requis.

²⁰ « Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse », J. Lacan, édition du Seuil, 1973, p.269.

Elle a enlevé des petits bouts de pâte à modeler rouge, puis a demandé si elle pouvait mélanger les couleurs, j’acquiesçais.

Puis elle a tout posé en disant qu’elle ne savait pas quoi faire.

Présumant une sorte “d’angoisse de la page blanche”, je lui ai proposé des petits moules. Il y avait une maison, un chat, une voiture, un arbre, un bouquet de fleurs, un chien, un oiseau, une note de musique, une pomme et un bonhomme. Après les avoir présentés elle s’en saisit de trois : la maison, l’arbre et le chat.

Consciencieusement elle mit la pâte rouge dans le moule de la maison, la pâte verte dans celui de l’arbre et la violette dans celui du chat. Je l’aidais à démouler.

Devant ces trois petites figurines créées, je lui ai demandé si elle voulait raconter une histoire.

Elle prit un temps avant de répondre : « je ne sais pas quoi dire ». Elle a regardé les figurines un certain temps et quand son regard s’est tourné vers moi je lui ai proposé de clôturer par la lecture du poème « *Hirondelles* » de C. Roy.²¹

Observations :

L’art-thérapie n’est pas une méthode tournant en rond autour d’un cercle de jouissance obéissant au principe de plaisir. Elle va dans la direction de chercher à apaiser les tensions psychiques du sujet en souffrance et ainsi permettre de réactiver les pulsions positives pour accompagner un mieux-être. La recherche ne pourra se faire sans prendre des risques, parcourant différentes voies qui s’ouvrent ou se ferment à l’insu du sujet et de l’art-thérapeute. Cette recherche en séance, je l’appelle : « **Un entracte favorisant une péripétie symbolique à travers l’art et la clinique.** »

²¹ « *Enfantasques* », C. Roy, édition Gallimard 1974, p.42.

III / Elaboration théorique.

L'utilisation de l'allégorie symbolisant l'institution comme un théâtre, où a lieu une grande comédie dont le tragique et le comique des situations s'entremêlent, m'amène à dire que les aidants et les résidents sont tour à tour acteur et spectateur. Acteur d'une profession, ou d'un contexte et spectateur d'une vie qui les dépasse. Ainsi se créent des liens affectifs intenses positifs et négatifs. Et tous inconsciemment vont lier ces affects par associations à leur vie ailleurs. C'est-à-dire leur vie passée ou présente, vie professionnelle, familiale et sociale. L'utopie (que je pourrais appeler la non-acceptation de la castration), serait que les aidants, la direction comprise, puissent écarter –au moins dans le cadre de l'institution- ces liens étroits.

M. Royol évoque dans son ouvrage « *Le souffle du neutre* »²² la métaphore de deux fioles. Dans l'une est contenue « *l'objectif* », ces choses apparentées aux problèmes matériels qui en s'accumulant font bouchon, oppression, un air irrespirable ou tout simplement manquant. L'autre fiole contient « *le subjectif* », tout ce qui se rapporte aux affects, aux émotions, aux relations intersubjectives. Ce « *subjectif* » s'il déborde, envahit et submerge. Là encore le manque d'air peut faire dire aux patients qu'ils se sentent : « au bord du gouffre ».

Alors quand de toute part l'imaginaire, se resserre et se fixe dans une répétition obsessionnelle et morbide, l'air qui tend à manquer, dans un premier temps essouffle le sujet. Mener avec toute la rigueur que l'art-thérapie implique, l'art-thérapeute en symbolisant le symptôme, en faisant avec la vérité du sujet, permettra de refaire circuler ce qui est comprimé. Avec un sujet essoufflé, il pourra invoquer un passage dans une neutralité travaillée et bienveillante, pour que l'imaginaire se remette à errer, à circuler. Je définis donc symboliquement l'art-thérapie par : **« Quand l'imaginaire erre et c'est souffle ».**

Au commencement des mouvements transférentiels il y a le regard, «miroir de l'âme» dit l'expression populaire, s'ensuit ce supposé savoir accordé au thérapeute, amenant à « *l'hainamoration de transfert* ». Seront abordés ensuite, les notions de répétition et de résistance, recherche de l'objet à jamais perdu, du fait de notre condition de « *parlêtre* ». Je tenterai, en évoquant le jeu et le processus de créativité, d'esquisser une réponse à la question : L'objet psychique mystérieux peut-il se symboliser par un ou des objets de productions ? Pour terminer cette élaboration théorique, je tenterai de redéfinir l'art-thérapeute avec l'interrogation suivante : L'art-thérapeute a-t-il un rôle à endosser ou est-il un rôle à incarner ?

²² « *Le souffle du neutre* », J.P Royol, PROFACOM Editions, 2013.

1) Acteur ou spectateur ? Les phénomènes transférentiels.

Ia- Observer, regarder, épier :

Dans les entractes proposés à Mme. T nous pourrions tout à fait être dans la situation tour à tour de regardant et regardé. Objectivement j'ouvre le dispositif par un poème lu par moi, elle écoute et me regarde. Puis elle manipule les marionnettes, elle fait le spectacle. Le premier temps de la lecture se fait par un échange de regards, nous écoutons ensemble, une accroche est possible. Nous plongeons dans un espace-temps poétique grâce à ce tiers qui est l'auteur connu. D'un transfert aliénant possible, ce tiers permet un dégagement où les espaces respectifs et respectés se mettent en place : Mme T. en tant que sujet de l'inconscient et moi-même dans la fonction occupée.

« La situation dissymétrique du transfert place le sujet observé dans une position imaginaire qui oscille de l'acteur au spectateur tout en désirant plaire il guette l'observateur pour mieux le tromper. Il se donne à voir pour plaire à l'Autre, pour susciter son désir ; spectateur, il guette cet Autre qui l'espionne pour mieux le tromper. »²³

Ce serait un leurre de penser qu'une mise en place est faite, car parler de mouvements transférentiels, c'est donc entendre la chose osciller. Dans l'entracte se voulant prévu à cet effet, l'oscillation se déroule. Mme T. se veut observée, existée aux yeux d'un autre et de l'Autre que je représente pour elle. Les échanges de regards sont narcissisants pour le sujet et il guette, il épie pour que- dans un impossible désir - *la Chose*, au sens freudien "*das Ding*" reste.

« [...] En opposition à Objekt, la chose (en allemand das Ding) apparaît plutôt comme l'objet absolu, objet perdu d'une satisfaction mythique. »²⁴

Ib- « Miroir mon beau miroir » ou comment la conscience de soi se crée et fonctionne ?

« Le stade du miroir » est un concept qui a été utilisé par plusieurs psychologues et psychanalystes. Le premier a été H. Wallon (1879-1962), reprenant certaines observations et concept de S.Freud (1856- 1939), il relève l'importance du miroir en tant qu'objet physique dans la construction psychique de l'enfant en bas âge. L'enfant se sert de l'image extériorisée du miroir pour unifier son corps. Ce processus se déroulerait de 3 à 12 mois, chez le nourrisson, lors du stade émotionnel abordé par H. Wallon où il évoque l'émergence d'un commencement de reconnaissance de soi à travers le regard des autres.

J. Lacan (1901-1981) a ensuite particulièrement développé ce concept. Il l'énonce comme la formation de la fonction du "je" telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. Cette fonction peut se positionner seulement face à la présence de l'autre, le sujet est social, il a besoin du regard de l'autre pour se constituer.

« Le regard va donc être un concept fondamental pour Lacan, puisque c'est lui qui va permettre à cette identification au semblable d'évoluer ».²⁵

²³ Source internet : Site stagiaire Profac, « Préambule à la fiche patient », J.P Royol.

²⁴ Dictionnaire de la psychanalyse, sous la direction de R. Chemana, édition Larousse 1993, p.186.

²⁵ Source internet : « Le développement de l'enfant », B. Golse, P.12.

Et Lacan de dire par rapport au rôle de l'autre que :

*« L'image de mon corps passe par celle imaginée dans le regard de l'autre ; ce qui fait du regard un concept capital pour tout ce qui touche à ce que j'ai de plus cher en moi et donc de plus narcissique ».*²⁶

« Le stade du miroir » est aussi la mise en place de l'objet source de désir de l'enfant qui sera choisi en fonction de l'objet de désir de l'Autre. Le grand Autre originel pour l'enfant est incarné par la mère. Lors de la cure le grand Autre glissera pour le sujet, vers le thérapeute.

L'art-thérapeute doit faire en sorte que l'objet de son désir ne soit pas une référence pour le sujet en souffrance. De ce fait un travail de supervision doit être régulièrement programmé, et pourquoi pas une expérience analytique envisagée.

Concernant la supervision, M. Royol dans un de ses ouvrages évoque :

*« [...] un lieu où l'on peut écouter la façon dont on écoute et qui permet aussi de ne pas être objet de la captation de notre attention par le patient. »*²⁷

Donc, si dans « le stade du miroir » naît le « Je » par identification à l'image du semblable, se développe ainsi une structure narcissique de l'amour et de la haine.

S'il est important d'intégrer ce savoir, il est primordial de savoir, comme dirait Socrate que:

« Tout ce que je sais, c'est que je ne sais rien ».

1c- « Le sujet supposé-savoir » et « L' Hainamoration de transfert » :

Supposé ça, à voir, n'est pas assimilable à la méthode art-thérapeutique. L'art-thérapeute, avec ses propres pulsions scopiques - qu'en tant qu'artiste il aura développé, par exemple, dans le plaisir de regarder les œuvres d'art- ne devra pas avoir pour objet de désir la jouissance du donner à voir par son savoir ou son art - chose qu'il suppose avoir de par ses études.

Pourtant c'est d'un savoir, que le sujet en souffrance suppose faire appel.

Dans le cadre d'un espace art-thérapeutique, le patient s'adresse au savoir du thérapeute qu'il lui suppose, puisqu'il est dans le transfert et que si le professionnel ne travaille pas -via son contre-transfert- se supposera aussi. A l'intérieur de la séance et/ ou pour la rédaction de la fiche d'observation, M. Royol exprime que :

*« Par ailleurs, celui qui observe est un sujet divisé qui rend le perçu équivoque. Le sujet observé pour sa part est mis en situation de pur donner à voir sans regard, il est ainsi objectivé en tant qu'objet du regard de l'autre affublé d'un supposé-ça-voir ».*²⁸

²⁶ Source internet : /site/lacanlestadedumiroir12metz/home/limportance-de-lautre-chez-lacan

²⁷ « Art-thérapie, au fil de l'éphémère », J.P Royol, Dorval Edition 2013, p.116.

²⁸ Source internet : site stagiaire PROFAC, « Préambule à la fiche patient », J.P Royol, p.1.

Les premières semaines de stage m'ont fait réfléchir au fait que je ne pouvais être considérée par les résidents comme *sujet supposé-savoir*. N'étant que stagiaire je n'étais pas encore apte à proposer un espace art-thérapeutique.

A la suite de mes observations sur l'articulation de l'institution et de toutes les fonctions professionnelles gravitantes autour des résidents, j'ai cherché à introduire un espace pour ceux qui souhaitaient en savoir plus sur la discipline pour laquelle je me formais.

C'est dans ce contexte d'en savoir plus, que Mme T. m'a prêté un supposé-savoir. Et c'est dans ce contexte que Mme T. a supposé pouvoir en savoir plus sur elle, par moi. M. Royol écrit ceci :

« [...] c'est le complexe de transfert c'est-à-dire l'amour adressé au savoir, un savoir supposé détenu par l'art-thérapeute, [...] un savoir que l'art-thérapeute ne doit en aucun cas prendre au pied de la lettre. [...] cette supposition curieuse fait tenir ensemble, un temps, les grains de poussière, les restes, les débris de souvenirs grâce aux effets de symbolisation que permet l'hainamoration, [...] et qui dit bien toute l'ambivalence des sentiments éprouvés à l'égard de ce détenteur d'un supposé savoir. »²⁹

C'était donc dans le départ d'une relation transférentielle que j'allais être amenée à découvrir l'hainamoration.

« C'est en 1973, [...] dans le "Séminaire Encore", que Lacan a introduit un néologisme : hainamoration. Il y a dans cette création de mot la tentative d'aller plus loin que la notion facile, d'ambivalence amour-haine. Par celle-ci, il est supposé que amour et haine sont deux sentiments contraires, mais portant sur un même objet. Plus encore, il y aurait sous-jacence de l'un à l'autre : le sujet croit tout-aimer dans l'ignorance qu'il hait ; il croit tout-haïr, alors qu'il aime toujours. Ainsi, il y aurait duplicité subjective, avec la supposition que ce qui est méconnu-amour ou haine- serait déjà là quoiqu'ignoré du sujet. »³⁰

J'avais constaté que Mme T. était appréciée par tout le monde, elle voulait être aimée. Mme T. se montrait le plus souvent calme et douce, c'est pourquoi les aidant aimaient bien bavarder avec elle et les animations se passaient autour de sa table. Quand n'était-il si Mme T. ne recevait plus les preuves d'amour qu'elle attendait ? La psychologue m'avait glissé que Mme T. ne supportait pas la frustration. Troublée par cette information, je n'en avais pas pour autant fait cas.

Après trois semaines de stage, un matin, je saluais Mme T. Elle était en colère et tentait de se contenir, elle m'a expliqué qu'elle avait croisé Mme H. dans le couloir, portant SA robe. A midi, il y eut un défilé à sa table, l'infirmière voyant le visage rougit de Mme T. lui a demandé ce qui se passait, une aidante quelques minutes après en a fait de même et la directrice aussi. Cette dernière tenta de tempérer la situation mais quand Mme H. qui était sa voisine de table a été installée en face d'elle, le visage de Mme T. s'est transformé. Elle s'est mise à fulminer, exigeant qu'on la remonte dans sa chambre. Elle est partie en menaçant de se lever de sa chaise roulante, de tomber et de mourir.

²⁹ « Art-thérapie, Au fil de l'éphémère », J.P Royol, Dorval Editions, 2013, p. 86.

³⁰ « L'hainamoration de transfert », P. Julien, Actes du colloque organisé par Littoral les 24 et 25 novembre 1984 à Paris.

« Mais, l'autre reste autre, un semblable certes, mais devant moi, hors de moi ; d'où l'agressivité. [...] Ou bien, je m'identifie à l'autre, je l'aime ; mais alors son imago me tue, puisque je ne suis rien qu'elle en l'aimant. Ou bien, je la repousse en mon corps propre enfin ! Je tente de me désengluier de cette aliénation, et pour cela je l'agresse, je le tue. Mais alors c'est pire : l'image de mon corps se morcelle en perdant le soutien narcissique et totalisant de mon semblable : c'est la dépression ! D'où le retour au premier temps, celui de l'amour. »³¹

J'ai déjà évoqué sa sœur jumelle : Mme T. a partagé l'inauguration de sa venue au monde.

Un accent est peut-être à apposer, sur la naissance de Mme T. en tant que sujet en lien symbolique et social que présente et particularise chaque constellation familiale.

F. Berger, doctoresse en psychologie et psychanalyste explique dans une analyse sur *« l'enfant et la famille »*, dans une troisième partie dédiée à : *« particularité du symptôme de l'enfant et l'universel de la structure du sujet »*, que :

« Selon les temps de structuration des différents complexes, il y a ainsi différents imagos qui se mettent en place et se structurent de façon particulière, selon les coordonnées de l'histoire de chaque sujet et de son aventure symbolique. [...] la structuration psychique sous l'angle de la triple scansion logique du complexe du sevrage, du complexe de l'intrusion et du complexe d'Œdipe [...] ainsi la structuration narcissique du moi trouve son expression la plus claire dans l'imago du double ou l'illusion de l'image. »³²

C'est donc par une transmission familiale que la structure psychique du sujet se développe. Et la famille peut être abordée comme une institution à part entière, pas seulement d'un point de vue biologique ou sociétal.

Lacan écrit dans un article sur *« La famille »* :

« Complexe, imagos, sentiments et croyances vont être étudiés dans leurs rapport avec la famille et en fonction du développement psychique qu'ils organisent depuis l'enfant élevé dans la famille jusqu'à l'adulte qui la reproduit. »³³

Mme T. a dû partager le sein, la tétine, l'objet a originel, l'objet absolu, l'objet perdu a été occupé par l'Autre. Le besoin primaire de se nourrir pour vivre a été assouvi dans un balancement pendulaire, un peu pour l'un, un peu pour l'autre. Et un balancement c'est répétitif. La chose se répète : « ding dong ».

« Pas de juste distance possible. Ce balancement, c'est l'« envibalance ». Dans envibalance, il y a envie : l'« invidia » latine, très exactement la jalousie. Or la jalousie se soutient d'un enjeu mis en position tierce dans ce rapport duel entre le moi et l'autre. »³⁴

³¹ « L'hainamoration de transfert », P. Julien, Actes du colloque organisé par Littoral les 24 et 25 novembre 1984 à Paris.

³² « L'aventure symbolique-Clinique du sujet et du lien social contemporain », F. Berger, p 86-87.

³³ Source internet : site stagiaire PROFAC ; Lacan : « La famille », Encyclopédie Française, tome VIII, 1938.

³⁴ « L'Hainamoration de transfert », P. Julien, acte du colloque organisé par Littoral les 24 et 25 novembre 1984 à Paris.

1) Répétition et résistance.

La répétition selon S. Freud :

La répétition est au-delà du principe de plaisir, c'est-à-dire que le sujet à son insu, va recommencer un même schéma de vie pas forcément heureux. S. Freud l'a découvert dans le jeu de la bobine. Ce "fort-da" répété par son petit-fils, symbolisait l'absence de la mère, ce qui est déplaisant, voire traumatisant. Et c'est en effet du trauma que Freud va ériger sa réflexion : pour que le trauma laisse en paix le sujet, celui-ci va le symboliser et s'attacher à le diriger en l'incorporant à son organisation symbolique.

La répétition selon J. Lacan :

La répétition appuie le transfert, dans la mesure où le transfert réagit en tant que pulsation temporelle d'ouverture et de fermeture. Elle est le principe même de la pulsion et un point d'achoppement de l'inconscient.

Aussi le transfert est une répétition qui constitue une résistance. Cela permet de préciser la possibilité de concevoir in situ le fonctionnement de la compulsion de répétition. J. Lacan développe sa réflexion sur deux axes différents : l'un se trouve du côté du symbolique, c'est-à-dire que la répétition est de l'ordre du symbolique en général et plus particulièrement de la chaîne signifiante. Le deuxième se trouve du côté du réel avec deux versants qu'il nomme "automaton" et "tûché", (en référence au philosophe Aristote qui avait utilisé ces deux signifiants pour décomposer le hasard).

L'*automaton* désigne le principe de la chaîne symbolique, l'insistance des signes. La *tûché* ce qui est à l'origine de la répétition et qui déclenche toute structure de l'appareil psychique : le trauma. Ainsi le terme de réel est conceptualisé par un impossible à affronter, à symboliser pour le sujet.

La répétition est donc un point nodal de la structure et tel un indice du réel, elle promeut l'organisation symbolique tout en restant à l'arrière-plan de tous les subterfuges imaginaires.

Avec Mme T. j'ai pu constater une répétition dans l'appréhension de « ne pas savoir faire ». Lors de l'entretien préliminaire elle présente un soulagement dans l'explication où l'art-thérapie ne requiert aucune technique artistique. Puis lors du troisième entracte elle dit ne « pas savoir-faire » en parlant de l'« activité pâte à modeler », abolissant le souvenir de l'explication mentionnée au premier entretien.

Les répétitions chez l'acteur :

Dans mon expérience de comédienne, j'avais remarqué que la répétition –par exemple d'une scène- prédisposait à résister. Ces résistances se manifestaient à diverses occasions : trou de mémoire du texte, bégaiement, balbutiement, démotivation de refaire, reprendre, redire ou perte de confiance en soi sur son jeu... d'acteur.

La résistance selon Lacan :

Il différencie trois formes : l'une comme force qui s'oppose à la remémoration, l'autre le refoulement et enfin, la défense comme réaction et lutte contre l'impulsion instinctuelle donc sexuelle.

Avec Mme T. dans cette expérience de mise en place art-thérapeutique, il semble que la relation transférentielle était installée. La proposition de changer d'outil artistique, l'avoir informé en début d'entracte que c'était la dernière (elle connaissait la date de mon départ) et revenir sur l'explication d'une méthode ne nécessitant aucun savoir technique, m'amène à dire que le sujet résistait. Le sujet répétait-il ce qui lui faisait obstacle ?

J. Lacan dans « *La chose freudienne* » nous dit :

« [...] *la parole est à ceux qui mettent la chose en pratique* ». ³⁵

Aussi dans « *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* » il nous dit :

« [...] *“la résistance du sujet”, qui devient à ce moment-là répétition en acte* ». ³⁶

Et M. Royol dans plusieurs de ces écrits, nous dit de l'action de l'art-thérapie :

« *Prendre sa parole en main* ».

2) De l'objet psychique à l'objet de production : jeu et créativité

L'objet psychique fait partie intégrante de la structure de la pulsion comme l'explique J. Lacan en développant les quatre termes distingués par S. Freud : Le *Drang* la poussée, La *Quelle*, la source, l'*Objekt*, l'objet et le *Ziel*, le but. Le fait est que l'objet cause de plaisir et de déplaisir est finalement cause du désir. Le premier objet concret est le sein de la mère : plaisir de la succion mais aussi déplaisir quand il n'est plus là. J. Lacan le nommera « *objet a* », puis il rajoute les fèces, le regard et la voix.

Où se situe l'objet physique en art-thérapie et à quoi sert-il ? L'objet artistique se situe partout et nulle part. Partout car il peut répondre en premier lieu à une satisfaction via la méthode ludique. Nulle part car :

« *L'objet pour demeurer chercher doit rester introuvable* » ³⁷

Son utilisation est un prétexte. L'art sert d'accroche à la relation, entre le patient et l'art-thérapeute, tout comme le trait d'union accroche art à thérapie. Je le vois aussi comme un matelas où peuvent se déposer les armes tant du côté du patient que du côté du thérapeute. Et la notion d'éphémère a un rôle capital. Le sujet en se saisissant de l'objet artistique proposé, mené par un dispositif ludique, poétique et sécurisant car conçu dans un cadre intérieur et extérieur défini, aura la possibilité de toucher à son impossible réel, pour ensuite hors séance se réapproprier ce qu'il a perdu et qu'il ne trouvera jamais. M. Royol l'explique clairement quand il dit que :

« *Il ne s'agit donc pas, et cela devient plus clair, de tenter de colmater le trou de la Chose, de produire des objets “bouche trou” comme autant d'emplâtres, de pansements que l'on expose mais bien au contraire, de “toucher au trou”, d'en faire l'expérience éphémère, d'ouvrir ce trou vital entre le sujet et son manque fondamental* ». ³⁸

Le support artistique permet de garder la continuité de ce balancement, de ce mouvement que l'on retrouve dans le transfert et dans l'hainamoration, ainsi l'ambivalence devient une force de

³⁵ Source internet : site stagiaire PROFAC, « La chose freudienne », J. Lacan, p.12.

³⁶ « Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse », J. Lacan, Editions du Seuil, 1973, p.61.

³⁷ « Art-thérapie, Au fil de l'éphémère », J.P Royol, Dorval Edition, p.92-93.

³⁸ Ibid

“générescence” à la créativité. A contrario de la dégénérescence rencontrée dans le contexte de mon stage à savoir la maison de retraite médicalisée.

A partir de l’acte créatif concret comme raconter une histoire avec des marionnettes, malaxer de la pâte à modeler jusqu’à ce qu’une forme apparaisse, mélanger des couleurs sur une palette de peinture puis l’étaler ou la jeter, tout cela produit comme un moule pour l’objet psychique, où le ratage permet de raviver le désir.

Chaque art est donc à utiliser pour être une ouverture à la créativité du patient, qu’il suppose se connaître ou non. Semblable à un nuancier favorisant l’émergence d’un “je”, parfois enterré trop tôt.

3) Quel rôle tient l’art-thérapeute ?

Proposer à Mme T. de tenir le rôle d’actrice principale, dans un non-dit textuel, c’est la faire valoir en tant que sujet, Mme C. Bonningue parle de :

« La valeur du sujet de l’inconscient ne peut être donnée que de la place qu’il occupe dans le désir de l’Autre. »³⁹

L’inviter en coulisses pour vivre un entracte serait comme dit M. Royol :

« [...] un espace intervallaire où le “je” pourrait jouer à se prendre pour lui-même et entrer en créativité. »⁴⁰

Donc, comment pourrais-je situer la fonction d’art-thérapeute dans ma métaphore théâtrale ?

Si M. Royol parle de la fonction de l’art-thérapeute comme « technicien de la relation », j’exprimerai plutôt, comme “être un figurant”. En effet il doit être présent mais non envahissant, le figurant est mis en scène et n’est pas sous les feux des projecteurs ce qui admet un travail sur son ego. S’il n’est pas là il y a un vide, s’il est là il ne doit être qu’aperçu. Le figurant peut être une clef à un dénouement de scène ou de pièce, à moins que ce soit l’objet-sacralisé au théâtre- qui apporté à l’acteur, en sera la résolution. Un figurant au théâtre doit être patient, attendant en coulisses, en silence, à l’affût de son entrée, parfois courte mais donnant lieu à une vraie responsabilité. Une fois sur scène comme l’acteur, il doit être capable de s’absenter lui-même, sa présence n’en sera que meilleur.

L’art-thérapeute est présent physiquement, délimitant un cadre interne et externe sécuritaire conçu avec des “justes-distances”, ses mouvements psychiques donnent lieu à la vacance pour laisser la place à l’émergence du sujet. Conscient qu’il est dans une relation de sujet à sujet, divisé entre désir et manque, comprenant chacun des objets psychiques, il sera dans une perpétuelle mobilité pour prévenir à la non-dépendance du patient en souffrance. Ainsi déshabillé d’un *supposé-savoir* loué, il peut entreprendre la rencontre avec une méthodologie sur mesure car il aura repéré certains blocages. Sollicité dans sa fonction symbolique le patient pourra être :

« Ce “je” mais pas “tout je”, est sans doute celui qui peut enfin sortir de la plainte lancinante et jouer avec les objets du monde. »⁴¹

³⁹ Source internet : Lettre PROFAC, 2016 « Qu’est-ce que l’inconscient ? », C. Bonningue.

⁴⁰ Source internet : « Art-thérapie psychose et autisme », J.P Royol, p.59-60.

⁴¹ Ibid, p.69.

IV/ Projet professionnel.

1) Point de vue juridique, fiscal, social : chercher pour choisir.

1a- Professions libérales :

L'UNAPL (Union Nationale des Profession Libérales) est une organisation qui a pour vocation d'aider à la concrétisation d'un projet d'installation. Ce choix permet de :

« [...] exercer de manière indépendante et sous sa responsabilité propre, principalement des prestations intellectuelles, techniques ou de soins, dans l'intérêt du client, en ayant les qualifications professionnelles requises pour cela et en respectant des principes éthiques et la déontologie professionnelle. »⁴²

Ainsi cet engagement est un projet entrepreneurial à vivre seul ou à plusieurs dans une structure établie. L'UNAPL en parle comme une :

« Formidable liberté, qui permet de décider de son niveau de revenu en adaptant son temps de travail sans lien de subordination à quiconque. »⁴³

Définition de la profession libérale en France :

D'après l'Article 29 du Journal Officiel de la République Française du 23 Mars 2012 :

« Les Professions Libérales groupent les personnes exerçantes à titre habituel, de manière indépendante et sous leur responsabilité, une activité de nature généralement civile ayant pour objet d'assurer, dans l'intérêt du client ou du public, des prestations principalement intellectuelles, techniques ou de soins mises en œuvre au moyen de qualifications professionnelles appropriées et dans le respect de principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle, sans préjudice des dispositions législatives applicables aux autres formes de travail indépendant. »⁴⁴

Définition de la profession libérale dans l'union européenne :

D'après la Directive du n°2005/36/CD du 7 septembre 2005 - Considérant n°43 :

« Profession libérale désigne toute profession exercée sur la base de qualifications professionnelles appropriées, à titre personnel, sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du client et du public. »⁴⁵

⁴² www.unapl.fr/files/guide-pratique-2015, « S'installer en libéral : le choix de l'indépendance et de la responsabilité ».

⁴³ Ibid.

⁴⁴ www.oriffpllr.com

⁴⁵ Ibid.

Les mots “éthique”, “déontologie” et “responsabilité” me semblent des signifiants très importants et en adéquation avec la formation de PROFAC. Nous retrouvons plus spécifiquement en libéral :

- Les professions médicales et paramédicales.
- Les professions techniques.
- Les professions juridiques.
- Les professions économiques.
- Les professions littéraires et artistiques.

L’art-thérapie dépend des professions paramédicales. Ils existent deux points communs à ces différents métiers : la relation de confiance et les services réglés en honoraire.

Choix du statut en libéral :

L’entreprise individuelle est un statut, c’est-à-dire une forme juridique d’entreprise. La micro-entreprise et l’auto-entreprise sont plus précisément des régimes d’ordre fiscaux et sociaux. Pour créer son entreprise individuelle, il s’agit de choisir un régime : “classique”, micro-entreprise ou auto-entreprise. Il est prévu une fusion pour ces deux derniers vers l’année 2020. Le régime société existe également en libéral et permet d’exercer en commun plusieurs activités. Il est largement inspiré de ce qui existe pour les sociétés commerciales. Dans la projection de la certification mes recherches se portent vers les autres régimes que celui de la société.

Les différents régimes fiscaux :⁴⁶

- *Entreprise individuelle classique au régime réel*: L’impôt est payé sur les résultats réels de l’entreprise, c’est-à-dire le chiffre d’affaires moins les charges. Si le choix se porte sur l’option d’un régime réel simplifié il s’agira d’avoir moins d’obligations comptables et la TVA ne sera pas mensuelle mais annuelle. Dans les deux cas - options d’un régime réel normal ou simplifié - le principe est que le bénéfice imposable correspond aux résultats réels de l’entreprise.

- *Auto-entrepreneur et micro-entreprise* : Selon la nature de l’activité il y a un plafond de chiffre d’affaires à ne pas dépasser, à savoir : entre 32900 € (pour les activités de service relevant des bénéfices industriels et commerciaux et les professionnels libéraux relevant des bénéfices non commerciaux, telle que l’art-thérapie) et 82200 € (pour les activités de vente de marchandises, d’objets, de fournitures et de denrées) en 2016. Tous les ans les chiffres d’affaires pour prétendre à ces régimes sont déterminés et donc réactualisés, ceci dans la même proportion que la limite supérieure de la première tranche du barème de l’impôt sur le revenu.

Deux options s’ouvrent aussi :

. Le régime micro-fiscal dit “classique”. C’est-à-dire le montant du bénéfice imposable est calculé automatiquement en appliquant un abattement forfaitaire pour frais professionnels de moins 34% du CA pour les activités libérales. Ainsi les revenus déterminés sont soumis au barème progressif par tranche de l’impôt sur le revenu.

. Le régime micro-fiscal avec versement libératoire. Sous la condition d’avoir dans son foyer fiscal des revenus à ne pas dépasser et d’être au régime micro-social. Il s’agit de payer son

⁴⁶ www.netpme.fr « Le statut de profession libéral ».

impôt chaque mois ou chaque trimestre de manière forfaitaire et au même moment que les charges sociales, l'abattement est donc de 2,2%.

D'un point de vue social :

- *Entreprise individuel "classique"* : Soumis au régime social des travailleurs non-salariés, le calcul des cotisations est basé sur les bénéfices réels réalisés. En début de création les revenus imposables étant inexistant, il faut verser des cotisations provisionnelles qui seront régularisées l'année suivante.

- *Auto-entrepreneur* : Soumis au régime micro-social, les cotisations sociales correspondent à un pourcentage du chiffre d'affaires, mais s'il n'y a pas de CA, il n'y a pas de charges. Le taux forfaitaire de cotisation social pour les activités libérales est de 22,90%.⁴⁷

- *Micro-entreprise* : Soumis au régime micro-social exactement comme l'auto-entrepreneur, il peut bénéficier du régime des travailleurs non-salariés. En 2020 la fusion entrera en vigueur et sera possible seulement le régime micro-social.

Ib- Portage :

Définitions par l'article L1251-64 du Code du travail :

« *Un ensemble de relations contractuelles organisées entre une entreprise de portage, une personne portée et des entreprises clientes comportant pour la personne portée le régime du salariat et la rémunération de sa prestation chez le client par l'entreprise de portage.* »⁴⁸

Processus :

L'intervenant signe avec la société de portage salarial une convention appelée "convention de portage". Les modalités de l'activité sont ainsi fixées dans la structure juridique de la société de portage.

Puis le porté prospecte sa clientèle en négociant lui-même les termes de l'intervention, c'est-à-dire le contenu de son activité, le planning et les conditions financières.

Une fois les accords définis deux contrats distincts sont établis :

- Un contrat signé entre la société de portage et le client trouvé par le futur porté, dans mon cas se serait avec une association ou une institution. Ce contrat est nommé "contrat de prestation".
- Un contrat signé entre le porté et la société de portage, appelé tout simplement "contrat de travail". Ainsi la société de portage devient l'employeur du porté et son statut sera celui de salarié.

⁴⁷ www.lautoentrepreneur.fr

⁴⁸ www.guideduportage.com

Ensuite la société de portage salarial facture le client du porté et lui verse un salaire mensuel en déduisant des frais de gestion pouvant varier de 3% à 15%

Les frais de gestion couvrent :

- La mise en place de la “convention de portage”, du “contrat de prestation” et du “contrat de travail”.
- La déclaration unique d’embauche auprès de l’URSSAF (DUE).
- La facturation auprès des clients.
- La rédaction des bulletins de paie.
- Le versement aux différents organismes sociaux (maladie/maternité, vieillesse, allocations familiales, formation continue, retraite complémentaire et prévoyance).
- L’assurance responsabilité civile et professionnelle.

Un calcul de ces frais de gestion est aussi fait en fonction du chiffre d’affaires réalisé par le porté. Sans oublier les charges patronales et les charges sociales s’élevant à 40%.

En 2015, le gouvernement a effectué une ordonnance en faveur du portage salarial. Quatre points ont été améliorés :

- Un élargissement des profils concernés par le portage.
- Un abaissement du plafond minimal de rémunération.
- Des garanties élargies et renforcées.
- La création d’un contrat de travail en portage salarial, c’est-à-dire :

« L’ordonnance prévoit la création d’un contrat de travail en portage salarial qu’il soit à durée déterminée ou à durée indéterminée.

Auparavant, l’entreprise de portage était le périmètre qui permettait de savoir si le salarié porté pouvait bénéficier d’un CDD. Elle devait démontrer un accroissement de son activité pour avoir des salariés en CDD, au même titre qu’une entreprise classique.

Désormais, le recours au CDD est possible si l’entreprise cliente observe un accroissement de son activité. C’est un changement de périmètre important pour les salariés.

Cette ordonnance prend donc en compte les 3 parties : l’entreprise de portage, le salarié porté et l’entreprise cliente. »⁴⁹

Ic-Salarié ou relation salariale :

Définitions :

La relation salariale se caractérise par le versement d’une rémunération, en contrepartie de la fourniture d’un travail et par l’existence d’un lien de subordination.

« Dans ses décisions les plus récentes, qui trouvent application aussi bien en droit du travail qu’en droit de la sécurité sociale, la cour de cassation considère que le lien de subordination, sans lequel il n’y a pas de relation salariale, est caractérisé par " l’exécution d’un travail sous l’autorité d’un employeur qui a le pouvoir de donner des ordres et des directives, d’en contrôler

⁴⁹ www.guideduportage.com Actualité guide du portable, article publié le 1 er avril 2015.

l'exécution et de sanctionner les manquements de son subordonné ; le travail au sein d'un service organisé peut constituer un indice du lien de subordination lorsque l'employeur détermine unilatéralement les conditions du travail" » (Cass. soc., 13 nov. 1996).⁵⁰

Des questions se posent sur ce que peut être la nature de la relation salariale entre l'art-thérapeute et les gérants par exemple d'une institution médicale. En effet si l'art-thérapeute est du côté du sujet en souffrance quand la direction, avec toutes les responsabilités qu'on lui connaît, est du côté de la gestion comment le partenariat peut-il se faire ? Comment, malgré le lien de subordination, rester libre et créatif pour permettre au patient un accompagnement dans ce sens ? Comment défendre l'objet éphémère quand dans notre société, le bénéfice et donc le besoin d'une vitrine pour donner à voir est capital ? Exercer son activité sous une autorité ne peut-elle pas mettre en danger la déontologie ?

Mais parvenir à être salarié dans une structure publique ou privée, c'est aussi pour l'employeur respecter impérativement les règles figurant dans le Code du travail et dans le code de la sécurité sociale. La profession d'art-thérapeute n'étant pas encore inscrite dans les conventions collectives et étant non réglementée, la rémunération devra se négocier sur la base des professions paramédicales. Devra aussi être pris en compte le fait que le certificat officiel du titre d'art-thérapeute délivré par PROFAC place le professionnel sur la grille des salariés au niveau II. Le montant du salaire pourra varier selon le nombre d'heures hebdomadaires, proportionnellement à l'expérience de l'art-thérapeute et conformément à la nature de l'institution. En résumé, le salaire, les responsabilités et la reconnaissance professionnelle sont étroitement liés aux compétences de l'art-thérapeute ainsi qu'à sa capacité de dialoguer avec l'employeur : "supposé savoir se vendre".

Le coût de la création d'un emploi :

Une fois le code de déontologie de l'art-thérapeute accepté, le cadre d'un contrat salarial prévoit :

- Salaire brut,
- Charges patronales,
- Primes et indemnités éventuelles,
- Dépenses de fonctionnement (frais de transport, local, etc).

Voici à quoi correspondent les charges patronales payées par l'employeur sur le salaire versé :

- Cotisations de sécurité sociale (assurance maladie, vieillesse, allocations familiales, contribution solidarité, aide au logement, accident de travail.)
- Cotisations chômage,
- Retraite complémentaire,
- Formation professionnelle,
- Versement transport,
- Taxe sur les salaires,
- Taxe d'apprentissage,
- Contribution solidarité autonomie
- FNAL (Fonds National d'Aide au logement).

⁵⁰ www.associations-gouv.fr/83-lesalarie.html

Au total le coût d'un emploi sans aide à temps plein et au SMIC (Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance) serait de :

Salaire net + Charges patronales + charges salariales = environ 20 000 € par an⁵¹ pour l'employeur.

Conclusion :

Ces recherches m'amènent à penser que plusieurs façons d'aborder un emploi en art-thérapie peuvent se faire. Le temps de me mettre en libéral je proposerai aux éventuels employeurs la structure du portage salarial, ainsi tout en commençant à pratiquer je pourrai me faire conseiller, me faire aider pour bien mettre en place tout ce qu'implique la profession en libéral, sous le régime de micro-entrepreneur. Une fois ceci mis en place je pourrai toujours utiliser le portage en même temps. Dans ce parcours des rencontres se feront et je ne perds pas de vue la possibilité que cela puisse déboucher par la création d'un emploi en salarié. Il me semble que pour arriver à ce qu'une convention collective pour les art-thérapeutes soit rédigée, le nombre d'emplois créés pourrait être un atout majeur et permettrait de faire évoluer le métier d'art-thérapeute.

2) Association, institution : Où travailler ?

J'ai eu un entretien d'évaluation avec la directrice de l'EHPAD en présence de la psychologue, elles étaient très satisfaites. La directrice tout en m'expliquant qu'il n'y avait pas de possibilité d'embauche en salarié, pour l'instant, m'a demandé comment j'envisageai l'avenir. Je lui ai parlé d'une installation en libéral. Il m'a été proposé un partenariat éventuel en fin de cet entretien, c'est donc la première démarche que j'effectuerai.

2a- EHPAD.

Si la direction reste en attente d'un repreneur leur activité n'est plus remise en cause. Un budget supplémentaire étant libéré, la méthode art-thérapeutique serait la bienvenue.

Le secteur dans lequel se trouve l'établissement regroupe d'autres maisons de retraite représentant un potentiel d'intervention pour moi.

Aux alentours de mon domicile à moins de 16 km, il y a une dizaine d'établissements médicalisés et dans un périmètre de 32 km, il y a une dizaine d'établissements non médicalisés.

Ce stage m'a permis de découvrir la gériatrie, mais je souhaite ouvrir mon expérience. Cependant mes recherches s'orientent vers la proximité de mon domicile.

⁵¹ <http://acegaa.org/le-cout-d-une-creation-d-emploi>.

2b- Foyer d'accueil médicalisé (F.A.M.)

Dans mon département une grande association créée en 1979 fonde principalement son action sur l'expression des besoins des personnes en situation de handicap et participe au développement de moyen de réponses diversifiées et adaptées. Elle a été amenée à créer ou reprendre différentes structures médico-sociales.

Aujourd'hui, elle gère plusieurs établissements spécialisés d'éducation, d'hébergement, de soutien et d'aide par le travail, ainsi que des services polyvalents à compétences territoriales. L'action de ces établissements et de leurs services entre dans le cadre des missions d'intérêt général et d'utilités sociales pour l'égalité des droits et des chances ainsi que la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap. Chacun de ces établissements ou services a pour vocation de contribuer à une prise en charge et un accompagnement adapté, à l'inclusion sociale et à la réalisation du projet de vie des personnes qu'il accueille.

Cette association affiche clairement une volonté de mettre en œuvre les évolutions du secteur médico-social dans un souci permanent de qualité du service rendu aux personnes accueillies.

Deux établissements sont dans des communes voisines à la mienne. Ce sont des Foyers d'Accueil Médicalisés (F.A.M) pour adultes présentant des troubles envahissants du développement. Leur mission est de proposer un lieu de vie et un accompagnement adaptés à des personnes autistes ou de troubles apparentés entraînant une inadaptation ou une incapacité à une vie autonome dans notre société. Les objectifs découlant de la mission principale sont :

- Elaborer des réponses adaptées aux besoins de chaque résident pour favoriser un état de bien-être.
- Permettre à la personne accueillie de s'épanouir au sein d'un lieu de vie, proposant des temps familiaux et des temps d'ateliers, ainsi que des temps de plaisir et de loisirs.
- Mettre en place la prise en charge médicale, thérapeutique et rééducative adaptée aux troubles et pathologies de chacun.
- Développer des moyens permettant d'aplanir leurs difficultés de communiquer et d'entrer en communication.
- Privilégier les apprentissages propres à l'acquisition d'une plus grande autonomie au quotidien.
- Favoriser l'intégration sociale par la mise en place d'activités tournées vers l'extérieur.

2c- Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT).

Un ESAT vise la réinsertion sociale et professionnelle des adultes handicapés. Le travail est adapté selon le handicap et la personne est accompagnée par un soutien médical et social. Souvent les activités professionnelles sont issues du secteur de l'entretien ou du conditionnement.

Les conditions d'accueil en ESAT sont :

- Avoir 20 ans, sauf dérogations exceptionnelles pouvant accepter un jeune de 16 ans.
- Avoir une capacité de travail inférieur à un tiers de la capacité de travail d'une personne valide.

- Avoir besoin d'un ou plusieurs soutiens médicaux, éducatifs, sociaux ou psychologiques.

Pour bénéficier de l'aide d'un ESAT, il faut obtenir l'agrément de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

La personne prise en charge n'est pas sous contrat de travail et n'a donc pas le statut de salarié. Il signe avec l'établissement un contrat de soutien et d'aide par le travail. Le licenciement n'est pas possible, toutefois le directeur peut suspendre la présence dans la structure si le comportement met gravement en danger la santé ou la sécurité de lui-même ou celles des autres.

L'objectif d'un ESAT vise à offrir à chaque usager accueilli une activité professionnelle, des soutiens éducatifs, sociaux et psychologiques. Le but étant de développer une autonomie professionnelle, personnelle et sociale.

2d- Instituts Médico-Educatif (IME).

Les Instituts Médico-Educatifs (IME) ont pour mission d'accueillir des enfants et adolescents handicapés atteints de déficience intellectuelle.

L'objectif est de dispenser une éducation et un enseignement spécialisés prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques avec le recours de techniques rééducatives.

Les IME aujourd'hui regroupent les Instituts Médico-Pédagogiques (IMP) et les Instituts Médico-Professionnels (IMPro). Ils sont financés par l'assurance maladie après l'agrément de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Conclusion :

EHPAD, FAM, ESAT, IME sont des structures où la méthode art-thérapeutique peut apporter un soutien aux différents objectifs mis en place et ainsi permettre de compléter les missions de ces structures d'aides tout en ne se situant pas :

« Au service de l'adaptation du sujet à la société dans laquelle il vit et ne se confond pas dans sa pratique avec un travailleur social ou œuvrant dans le champ de l'éducation et/ou de la rééducation. »⁵²

« L'art-thérapie est une méthode qui consiste à créer les conditions favorables aux dépassements des difficultés personnelles par le biais d'une stimulation créatrice. L'art-thérapie ne guérit pas. Elle permet d'aider à mobiliser les forces positives d'une personne en souffrance. Elle est conçue pour procurer une forme de soulagement des tensions internes, effet particulièrement positif en cas de difficultés personnelles ».⁵³

⁵² Code déontologie de l'art-thérapeute. I-Titre et exercice professionnel, Article 3 : Mission.

⁵³ Site internet stagiaire : Définition de l'art-thérapie, J.P Royol.

3) Démarches effectuées.

Après de la MDEF (Maison de l'Emploi et de la Formation) qui est un relais de services publics, j'ai eu des informations concernant un accompagnement pour les créateurs d'entreprises.

J'ai été dirigée vers un dispositif appelé DEFIE, servant à développer et favoriser les initiatives entrepreneuriales. Un rendez-vous est pris pour le 17 février. Il permet à tous futurs entrepreneurs de bénéficier d'une expertise gratuite sur son projet d'un point de vue commercial, financier, organisationnel, stratégique, fiscal et juridique sous forme de rendez-vous individualisé. Avant la réalisation du projet et suivant son degré de maturité, il propose :

- Une analyse et une formalisation de l'idée de création.
- Une aide à la conduite d'une étude de marché.
- La détermination des besoins de financement.
- Une étude de viabilité économique du projet.
- Une aide au choix de la structure juridique et de l'implantation de l'entreprise.
- Une aide à la recherche et à l'obtention de financements et garantis.

Le dispositif DEFIE propose un suivi pendant les premières années du développement de l'entreprise, comprenant :

- La mise en place des actions de prospections commerciales,
- La conception des indicateurs de pilotage de l'entreprise,
- L'aide à l'organisation administrative de l'entreprise,
- L'aide à la négociation de financement dans le cadre d'un développement ou d'une diversification.

J'ai commencé à étudier les différentes possibilités de candidatures ou de vacations pour un emploi d'art-thérapeute auprès des EHPAD, ESAT, FAM et IME. En personnalisant les modèles de prospection, outils proposés dans le site des stagiaires de PROFAC. J'en attends les réponses.

4) Un futur au présent.

Je résumerai une stratégie prévisionnelle en cinq points :

- Fixer un objectif financier en répertoriant le nombre d'institutions et associations qui serait susceptible de faire appel à la méthode art-thérapeutique. Comptabiliser les refus et les avis favorables. Calculer le nombre à atteindre mensuellement en tenant compte des taxes et des frais divers.
- Établir un tableau de bord pour la gestion de mon activité, ainsi mettre en évidence les éventuels manquements ou aboutissement, comme le calcul des taxes en augmentation, le nombre de clients, la clarté des outils de marketing, pour ensuite rétablir un équilibre et le cas échéant élargir mon champ d'action.

- Obtenir un référencement internet élargi en utilisant les annuaires de référencement gratuit ou payant et en me fédérant auprès de la ligue professionnelle des art-thérapeutes.⁵⁴
- Mettre en place des outils de prospections efficaces tels des cartes de visites, une plaquette explicative et un site internet. Contacter les médicaux et les paramédicaux de mon environnement professionnel pour faciliter la recherche de partenariat dans le cadre d'une démarche de coopération.
- Me mettre en relation grâce à l'antenne de justice de ma ville, pour avoir des conseils auprès d'avocat et d'expert-comptable.

Remarque :

En ce qui concerne le règlement des honoraires je distingue les clients des patients. C'est pourquoi commencer mon expérience dans le cadre d'une institution me semble important en début de pratique. En effet ce sont de potentiels clients et la relation transactionnelle financière ne me pose pas de problème éthique, d'autant plus que rencontrer d'autres professionnels permet à des échanges enrichissants. En ce qui concerne les patients, débarrasser de ce contour financier, je pourrais travailler dans cette mise en abyme de cadre externe et interne de façon plus sécurisée. Je terminerai par citer M. Royol, dans la pensée du mois :

« C'est l'art-thérapeute qui doit se mettre au travail... car c'est lui qui est payé ! »⁵⁵

⁵⁴ <http://artherapie.levillage.org>

⁵⁵ Site des stagiaires PROFAC.

Conclusion.

Chaque heure passée à travailler sur l'art-thérapie a été captivante.

Ce grand parcours formatif a été semé d'embûches. Tantôt exaltée par les découvertes, tantôt accablée par la complexité et la densité de ce labyrinthe cérébral. J'ai pu être cobaye de ma propre évolution. La singularité de chaque sujet est respectée dans le processus de cette formation professionnelle et professionnalisante. A nous stagiaires adultes, de nous prendre en main tant du côté analytique que cartésien.

Apprendre, expérimenter une mise en pratique, être immergée dans l'environnement quotidien de personnes en souffrance, tout cela m'a permis de véritablement savoir si j'étais faite pour ce métier. Parfois j'ai reculé devant l'adversité me sentant incapable de gérer plus. Puis travailler à cette finesse de non maîtrise ajustée à des connaissances théoriques en fermentation, me faisait non pas revenir à la charge mais rester, car une place psychique naissait.

A l'heure du bilan, je revois défiler mon évolution avec ces ratages, ces maladresses et aussi une certaine satisfaction liée à un dépassement de moi. J'ai réussi à accroître mes limites. J'en sors grandie.

Pendant la rédaction de ce mémoire, j'ai développé des points en rapport à l'expérience de stage et j'ai dû mettre de côté des réflexions qu'il me tarde d'approfondir. J'ai mené un travail en fonction de l'encadrement de la formation, maintenant c'est à moi de continuer mes recherches grâce à ce socle d'apprentissage.

En reprenant ma métaphore théâtrale, je résumerai mon année comme suit :

Acte I, scène 1 : absorption de la théorie art-thérapeutique éclairée par la psychanalyse.

Acte I, scène 2 : l'expérience de stage.

Acte I, scène 3 : la rédaction du rapport de stage et de ce mémoire.

L'achèvement de cet Acte est, je l'espère, pour en débiter un autre où mon rôle sera celui d'être art-thérapeute.

Ainsi les entractes que je continuerai de proposer pour favoriser des péripéties symboliques à travers l'art et la clinique, pourront se partager entre sujets de l'inconscient dont les imaginaires erreront pour rester souffle de vie.

Et comme a développé J. Lacan dans son séminaire XXI : « *Les non-dupes errent.* »

Bibliographie.

- ATTIGUI Patricia, « Jeu, transfert et psychose », Paris, Dunod, 2012.
- BERGER Frédérique, « L'aventure symbolique -Clinique du sujet et du lien social contemporain », université Nice Sophia Antipolis, LIRCES, 2013.
- CHEMANA Roland, « Dictionnaire de la psychanalyse », Paris, Larousse, 1993.
- FREUD Sigmund, « Cinq leçons sur la psychanalyse », Paris, Petite bibliothèque Payot, 1984.
- JULIEN Philippe, « Hainamoration de transfert et réalité psychique », actes du colloque organisé par Littoral, Paris, 1984.
- LACAN Jacques, « Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse », Paris, Edition du Seuil, 1973.
- NASIO Juan-David, « Enseignement de sept concepts cruciaux de la psychanalyse », Paris, Petite bibliothèque Payot, 2001.
- PEYTAVIN Jean-Louis, « Alzheimer et démences séniles- Mieux vivre avec un malade », Issy-les-Moulineaux, Prat Editions, 2003.
- PREVERT Jacques, « Paroles », Paris, Editions Gallimard, 1949.
- RANTSORDAS Fabienne, « Arthéâtre-thérapie, A l'ombre du comme si- Une aire de je en air de jeu », Jargeau, Dorval Editions, 2013.
- ROY Claude, « Enfantasques », Paris, Editions Gallimard, 1974.
- ROYOL Jean-Pierre, « Le souffle du neutre », Jargeau, Dorval Edition, 2015. « Au fil de l'éphémère », « La cause de l'autiste », Jargeau, Dorval Edition, 2013, « Quand l'inaccessible est toile », Jargeau, Dorval Edition, 2009.

Sitographie.

Site stagiaire PROFAC : BONNINGUE Catherine, « Qu'est-ce que l'inconscient ? » ; LACAN Jacques, « La chose freudienne. », « L'objet », « La famille » ; RANTSORDAS-ROYOL, « De l'art-thérapie comme journal intime éphémère. », ROYOL Jean-Pierre, « Définition de l'art-thérapie », « Préambule à la fiche patient. » ; ROYOL Fabienne et Jean-Pierre, « Code de déontologie » ; SOLER Corinne, « Le réel- L'inconscient réinventé » ; ZERBIB Marc, « Le droit à la folie – la folie comme limite de la liberté ».

<http://acegaa.org/le-cout-d-une-creation-d-emploi>

<http://artherapie-levillage.org>

www.associations-gouv.fr/83-lesalarie.html

www.guideduportage.com

www.lacanquotidien.fr/blog/wp-content/uploads/2011/12/LQ104.pdf

<http://site/lacanlestadedumiroir/2metz/home/limportance-de-lautre-chez-lacan>

www.larousse.fr

www.lautoentrepreneur.fr

www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452.html

www.maison-de-retraite-medicalisee.org/cantou

www.netpme.fr

www.oriffpllr.com

<http://psychanalyse-paris.com/tuche-et-automaton.html>

www.unapl.fr/files/guide-pratique-2015

www.valas.fr

RAPPORT DE STAGE

Coralie KAPELUSZ

Stage effectué du 9 mars au 30 juin 2015

En EHPAD

(Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

:

Responsable de stage : La directrice de l'établissement

Référente de stage : La psychologue clinicienne

INTITULE FORMATION : CERTIFICAT D'ART-THERAPEUTE – CNCP

2015 / 2016

PROFAC 19 Avenue Lafayette 13200 Arles

PLAN DU RAPPORT DE STAGE

Introduction : Immersion dans un EHPAD.....	42
1) Description de l'EHPAD.....	43
<i>A/ La résidence</i>	43
<i>B/ Les rencontres</i>	44
<i>C/ La mise en place des interactions</i>	46
2) Travaux artistiques et manuels en individuel et en groupe.....	47
<i>A/ Observations et propositions : entretiens individuels</i>	47
<i>B/ Observations et propositions : activité en groupe à l'unité protégée</i>	53
<i>C/ Partenariat et supervision de la psychologue clinicienne</i>	55
3) Apport du stage.....	56
<i>A/ Découverte d'une spécialité : la gérontologie</i>	56
<i>B/ La symptomatique des troubles dégénératives</i>	57
<i>C/ Le bénéfice de la créativité</i>	58
Conclusion : Médiation artistique et art-thérapie : mon expérience.....	60

Immersion dans un EHPAD.

Mon stage s'est déroulé dans un Etablissement d'Habitation pour Personnes Âgées Dépendantes, EHPAD. L'établissement est situé en plein cœur d'un parc pinède de 1 hectare, au pied du Massif du Garlaban à quelques minutes du centre-ville d'Aubagne, et à moins d'une heure de Marseille (PACA).

Cette maison de retraite est une entreprise régit par un gestionnaire qui emploie un effectif important de salariés. Elle permet la présence permanente d'une équipe pluridisciplinaire comprenant un médecin coordinateur, des infirmiers, un psychologue, des aides-soignants et des auxiliaires de vie. Des professionnels extérieurs libéraux interviennent régulièrement au sein de l'établissement, des médecins traitants, des kinésithérapeutes, une orthophoniste, une musicothérapeute.

Cette maison de retraite médicalisée accueille des personnes âgées autonomes, semi-valides et dépendantes. Elle dispose d'une unité protégée spécialisée dans l'accueil des personnes désorientées ou atteintes de la maladie d'Alzheimer et de pathologies apparentées, le CANTOU.

Le stage s'est déroulé pendant quatre mois, du 9 mars au 30 juin 2015. J'étais présente quatre matinées par semaine ainsi que 10 jours en continuant durant les vacances d'avril.

C'est dans cet environnement que j'ai passé la porte de cet établissement, où un badge m'a été remis par la direction. J'étais officiellement stagiaire en art-thérapie et c'est habillée de ce signifiant que je suis partie à la rencontre de l'autre. Je n'ai pas vu s'écouler ces quatre mois qui ont été d'un enrichissement intense. J'ai pu outrepasser la majeure partie de mon imaginaire concernant ce secteur précis, et rentrer dans la réalité de ces résidents. J'ai effectué ce stage en deux temps distincts : le premier dans l'observation la plus neutre possible, c'est-à-dire en étant attentive aux relations transférentielles et contre-transférentielles qui surgissaient, ainsi que tout ce qu'une mise en mouvement d'un travail psychique comprend ; puis, en supervision avec la psychologue, à mettre en place un espace art-thérapeutique.

1) Description de l'entreprise et déroulement concret du stage.

A/ La résidence.

Le premier entretien avec la directrice a été très clair, cette résidence était dans une situation critique et instable car la haute direction, souhaitait sa fermeture. Elle m'a cependant assurée que je ferais mes heures de stages ici ou dans une autre maison affiliée à la société. Lors de notre entretien, j'ai pu comprendre que cet établissement hébergeait des personnes âgées depuis plus de trente ans (sous l'égide de directions successives).

A ce jour, la bâtisse est considérée comme hors-norme. Il est en projet de gros travaux de modernisations dans le cadre de l'hygiène et de la sécurité. J'ai appris également, que la société n'était que locataire des murs et du terrain, alors qu'il était propriétaire de tous les autres sites, partout en France et à l'étranger. En effet, cette société est un groupe omniprésent dans le domaine de la santé du quatrième âge, gérant une chaîne de maison de retraite et de cliniques de soins. Cet EHPAD avait un potentiel pouvant loger jusqu'à 70 résidents. Ramené à 37 lors de mon arrivée, à la suite de transfert sur d'autres sites d'hébergement, je rentrais donc dans un lieu en pleine hémorragie de sa capacité d'accueil.

Cette situation précaire et inquiétante pour tous les employés a créé une atmosphère de travail difficile pour tous, nonobstant le planning des animations était maintenu :

Lundi : Atelier mémoire/ Musicothérapie/ atelier jardinage.

Mardi : Jeux de cartes/ Jeux de mémoire.

Mercredi : Sœur Irène/ Lecture biblique.

Jeudi : Loto

Vendredi : Sport adapté.

Samedi : Journée des familles/ Accordéon.

Dimanche : Guinguette/ Jeux de société.

La résidence était aménagée sur deux étages. Le comptoir d'information et d'accueil situé dans le grand sas d'entrée du rez-de-chaussée était désert, seuls quelques résidents s'installaient parfois dans les fauteuils. Au même étage, se trouvaient les bureaux de la direction, de la psychologue, du médecin coordinateur et la salle des infirmières. Le « salon des familles », était utilisé deux fois par semaine par l'orthophoniste

Les résidents prenaient leurs repas dans une grande salle commune où la plupart des animations avaient lieu. Elle était attenante à la cuisine.

On trouvait à côté de la salle des Kinésithérapeutes, l'accès à l'unité protégée appelé aussi CANTOU, Centre d'Animation Naturel Tiré d'Occupation Utiles.

Cet espace, dont l'ouverture se faisait par un code, logeait la plupart des malades atteints d'Alzheimer ou de pathologies apparentées. Les résidents hébergés, avaient pour la plupart déjà fugué, ils étaient assez souvent agités, demandant une surveillance particulière, et pour certains optimale. La définition de CANTOU, n'a pas manqué de me surprendre dans son idéal proposé :

« Le mot cantou d'origine occitane et signifiant « coin du feu », est révélateur de l'atmosphère qui y règne (...) c'est l'endroit idéal pour des personnes âgées dépendantes auxquelles on a fait la promesse qu'elles ne sombreraient pas dans l'oubli.⁵⁶ »

B/ Les rencontres.

Dans la période d'observation, la constatation d'une journée type était avérée. Discernant les différentes relations que les résidents entretenaient avec chaque corps de métier, la découverte de quelques rapports conflictuels entre les résidents et le personnel a été flagrante. Malgré les thymoanaleptiques consommés par la majorité des sujets âgés, les humeurs se heurtaient avec celles des auxiliaires et aides-soignants.

Le matin, les résidents apprêtés étaient amenés un par un dans la salle commune, placés devant une table attitrée. La télévision était allumée et certains pouvaient contempler le paysage par la fenêtre, en attendant leur séance de kinésithérapie. Des boissons étaient mises à leur disposition. Parfois, un bénévole venait pour lire le journal, il avait pour consigne de ne pas lire les sujets traumatisants. Après m'être présentée et avoir participé, je lui ai fait part de mon étonnement de le voir prendre place à une table et ne faire la lecture qu'à Mme T. Il m'a expliqué qu'avant les transferts des résidents, il y avait trois personnes supplémentaires, et qu'ils étaient les seuls à souhaiter connaître les actualités. Ce bénévole n'avait pas essayé de re-proposer la lecture à d'autres. Cet exemple m'a permis d'apercevoir la situation de fixité qui c'était installée. Une adaptation psychique n'avait pas pu s'achever car le changement d'effectif avait été soudain.

C'est dans ce contexte particulier qu'a démarré ce stage.

⁵⁶ Source internet : Wikipédia

L'après-midi, après quelques heures d'attente dans un silence que seule la télévision rompait, les animations démarraient. Vers 15 heures, les résidents qui avaient été déplacés étaient remis à leur table pour prendre une collation. De temps en temps, les auxiliaires de vie jouaient aux cartes ou aux dominos avec eux. Et après le repas du soir les résidents étaient ramenés dans leur chambre pour être couchés.

Dès ma première matinée, je suis allée vers chacune des personnes pour me présenter et connaître leurs noms proposant de resservir à boire ou de m'asseoir pour me joindre à eux. Certains, m'ont tout de suite fait part de leurs maux et dans un magma de plaintes, j'ai pu mesurer l'abandon et l'incompréhension de leur situation. D'autres, m'ont appris à écouter leur silence.

J'ai établi la même démarche à l'unité protégée. La différence essentielle était leur mobilité. J'ai proposé, alors, de les accompagner dans leurs déambulations, certains me prenaient le bras. J'ai écouté leurs silences, leurs absences et leurs paroles incompréhensibles. J'ai profité également de cette période pour m'observer de l'intérieur. Tout comme j'ai tenté d'accueillir en son entier les êtres que je rencontrais, j'ai essayé d'accueillir mes impressions aussi bien physiques que mentales. Les refouler ne m'aurait pas permis d'avancer. J'ai accueilli aussi les regards intrigués des aides-soignantes et encadrantes. Après avoir répondu aux sollicitations de l'orthophoniste, je l'ai invité à un échange en privé, sur ses expériences, sa fonction son savoir et ma théorie. Je peux dire que dans cette première période j'étais telle un OPTNI : Objet Psychique Tournant Non Identifié. Identifiais-je mon objet ?

J'ai pris beaucoup de temps à faire évoluer ce stage, parfois je m'en sentais coupable car si passer à l'action me brûlait les doigts, je ne voulais pas brûler d'étape. En définitive, j'ai réalisé que le temps institutionnel ne m'importait pas. Seul comptait le temps de l'inconscient, présent et insondable à la fois.

La psychologue, référente de stage, m'avait prévenu de la probable méfiance des résidents à mon égard. En effet, ma présence au quotidien a eu un impact dans la création d'un lien véritable, et chacun de mes retours amenaient de nouvelles ouvertures entre nous.

C/ La mise en place des interactions.

Après un inventaire succinct du matériel mis à disposition par l'établissement suivi d'un tri, je suis allée spontanément vers les résidents pour leur montrer les éléments choisis.

La disposition de la salle commune était faite de sorte que les résidents, avec leurs difficultés voire leurs impossibilités à se mouvoir, ne se voyaient pas et donc communiquaient peu. Il aurait été impossible de tout déplacer pour former une configuration groupale. J'ai commencé par aller de table en table pour poser ici et là des images de magazines, préalablement sélectionnées, ainsi que de la colle, des feuilles, des feutres.

Cette première approche n'a pas eu un bon accueil et a agacé la majorité d'entre eux. De plus, malgré mes explications, aucune initiative n'était prise, et aucune action n'était envisagée. Mais le groupe atteint d'aphasie partielle ou totale s'est démarqué. Un feutre a été touché, j'en ai facilité l'ouverture, un point a été posé sur la feuille, des regards parcouraient les images. Cette première tentative de faire rentrer un tiers dans les rencontres fût très concluante : je m'y prenais mal. Toutefois j'avais créé du mouvement.

A l'unité protégée, c'était différent grâce à la configuration de l'étage. Dans un premier temps, je n'ai pas osé les faire se rejoindre autour de la petite table où j'avais éparpillé avec méthode le matériel. Je n'ai même pas osé éteindre le téléviseur. Par la suite, la psychologue m'a donné des conseils cliniques et m'a conviée à participer à son atelier mémoire. Cet atelier s'adressait à trois résidents qui, d'après les diagnostics posés, avaient encore certaines capacités cognitives à stimuler. Parallèlement j'ai persévéré à l'intégration de la théorie, et j'ai travaillé plus en profondeur la notion de cadre sécurisant que l'art-thérapeute se devait de créer. Dans ma mise en mouvement psychique, je me suis autorisée à penser comme une éventuelle art-thérapeute. J'ai rajouté aux matériels existants, des apports personnels tels que de la pâte à modeler, des marionnettes, des recueils de poésies et un appareil de sonorisation comprenant des baffles et un micro.

J'ai choisi de m'orienter dans la proposition de plusieurs médiateurs, pour aiguïser leurs curiosités et créer de multiples brèches afin d'accueillir la singularité de chacun.

2) Travaux artistiques et manuelles en individuel ou en groupe.

J'ai soumis à la psychologue les différentes réponses que j'avais glanées lors d'entretiens informels concernant un début de prise en charge expérimentale mené par une stagiaire art-thérapeute, ainsi que sur certains résidents qui paraissaient intéressés par mes explications sur la méthode de l'art-thérapie. Je lui ai précisé les supports artistiques que j'envisageais d'utiliser en fonction des personnes, ainsi que mon souhait d'investir deux lieux pour les rencontres individuelles : la salle dite « salon des familles », une autre plus vaste et de passage appelée « le bastidon ».

Pour l'unité protégée je lui ai décrit un atelier en groupe dans leur salle commune. Avec son aval, je me suis représentée auprès des intéressés pour prendre rendez-vous et j'ai questionné l'équipe encadrante pour connaître les horaires qui ne dérangeraient pas leur organisation. Par la suite, j'ai regretté de ne pas leur avoir expliqué le fonctionnement, à savoir de ne pas intervenir pendant les ouvrages, les productions ou les évènements, mais de nous laisser faire sans aucun commentaire.

A/ Observations et propositions : entretien individuel avec Mme G. puis Mr P.

Lorsque je suis allée chercher Mme G. dans la salle commune, elle ne se souvenait pas de notre dernière entrevue où je lui avais proposé une rencontre à date et heure précise, néanmoins elle était ravie d'être emmenée ailleurs. Quand nous sommes arrivées dans la salle, j'avais installé sur la table des petits pots de pâte à modeler, du matériel d'art-plastiques, deux recueils de poésie : celui de Claude Roy intitulé « *Enfantasques* » et celui de Jacques Prévert « *Paroles* ». Quatre marionnettes, représentant un écureuil, un hérisson, un petit garçon blond et une petite fille brune étaient exposés sur une commode. En rentrant Mme G. m'a dit reconnaître cette pièce, j'ai su plus tard que l'ancienne art-thérapeute avait fait un atelier d'argile dans cette même salle. J'avais effectivement aperçu des photos et des productions sur le meuble, objets que j'avais soigneusement rangés. J'ai intentionnellement agi de la sorte afin de réactiver du mouvement dans ces comportements figés : laisser le flou du passé pour faire place nette. Nous nous sommes assises, j'ai regardé ma montre en lui donnant l'heure et je lui ai expliqué que je me portais garante de la raccompagner pour le déjeuner.

Le médecin coordinateur avait diagnostiqué Mme G. à un stade intermédiaire de la maladie d'Alzheimer, souffrant d'anxiété et de troubles spatio-temporelles caractéristique. Je l'ai donc senti rassurée et j'ai commencé ce qui a été notre premier entretien préliminaire.

J'ai procédé de la même façon pour les entretiens suivant, en adaptant mes explications aux interrogations verbales ou non.

Ainsi j'ai définis l'art-thérapie telle que je l'étudiais, éclairée par la psychanalyse. En parlant de la confidentialité de l'échange sur le plan discursif et pratique, expliquant qu'aucun savoir technique n'était requis et en annonçant la notion d'objet éphémère je lui ai ensuite proposé de toucher les différents objets apportés. Puis, suivant l'article 6- ENTRETIEN PRELIMINAIRE- du code de déontologie édité par PROFAC, j'ai demandé à Mme G. de préciser sa demande à propos d'un éventuel suivi art-thérapeutique.

« Aucun suivi art-thérapeutique ne peut s'engager sans entretien préliminaire. Lors de tout entretien préliminaire le patient est conduit à préciser sa demande et l'art-thérapeute est tenu de présenter l'art-thérapie telle qu'il la pratique. »⁵⁷

Elle m'a fait part d'un certain fatalisme quant à son état et à sa situation dans cet établissement. Au fur et à mesure de notre entretien elle m'apparaissait déprimée car elle se rendait compte, de ses troubles mnésiques, puis elle a fait allusion à un sentiment d'abandon en se plaignant de personnes qui n'étaient pas gentilles avec elle. Sa déception emprunté d'amertume était formulée clairement lorsqu'elle m'a confié en avoir assez d'être posée, déplacée, et oubliée comme un objet, elle m'a parlé aussi de sa volonté de créer du lien social avec les autres résidents. De mon côté, je prenais en considération le fait qu'elle ne me reconnaissait pas et même si en début de stage cela a été une prise de conscience violente, je me suis aperçue rapidement que dans ses trous de mémoires pouvaient se trouver l'ouverture. Je m'explique, en dépit de la dégénérescence cognitive de Mme G. et aux conséquences cliniques d'être diagnostiquée malade d'Alzheimer, Mme G. se souvenait. Ce qui constitue la mémoire à long terme et à court terme étaient défaillante : épisodique, sémantique, procédurale, et visuo-spatial. Mais Mme G. marchait à « l'arrière-goût ». Ce goût qui reste en bouche bon ou mauvais. Elle se rappelait donc, des ressentis envers les personnes qui lui avaient fait du bien ou non. J'avais observé cela dans son quotidien, lors de sa toilette ou de ses repas. Son humeur était influencée par les personnes qui interféraient dans son environnement qui provoquaient, ses agitations ou son calme apparent.

A la suite de ce premier entretien j'ai proposé à Mme G. un autre rendez-vous qu'elle a accepté avec curiosité et volonté de changement.

⁵⁷ Source internet : site des stagiaires PROFAC.

Nous nous sommes revues dans les mêmes conditions une semaine plus tard. Je suis allée la chercher et elle m'a suivie avec plaisir toujours dans la même salle. Je parle de « plaisir » car sur le chemin Mme G. ne manquait pas de compliments à mon égard. Les flatteries m'ont paru indispensables à travailler dans ma mise en mouvement psychique. Du fait de mon statut d'apprentie, la confiance en moi me manquait. J'ai reçu les compliments avec politesse, et surtout comme un bien être de sa part de l'emmener dans un ailleurs. Il me semble qu'au point de départ c'était notre ailleurs, et j'espérais que cela deviendrait tout à fait sien. Sa place, son lieu, son statut de sujet.

Le deuxième entretien préliminaire a été plus agité. Ses trous de mémoires étaient plus évident, Mme G. m'a demandé plusieurs fois où elle se trouvait et pourquoi. Entrecoupé d'allusion à l'abandon et de joie à la vue des marionnettes, ce tête-à-tête m'a permis de ne pas chercher la source de son sentiment présent, mais d'accueillir toutes les informations qu'elle me donnait sans en interpréter les significations. J'ai terminé cet entretien en la laissant toucher et manipuler les marionnettes. J'ai observé le plaisir qu'elle prenait à caresser la douceur de la peluche, elle leur parlait en me jetant des regards complices. C'était comme si elle s'autorisait une régression, un retour à l'enfance et à la tendresse. Après m'avoir dit qu'elle ne savait pas les manipuler, et lui avoir rappelé qu'aucune technique n'était requise, j'ai été surprise de la voir enfiler la marionnette animale de son choix. Elle mettait la main dedans, elle la faisait prendre vie, elle la faisait parler, elle jouait. Puis tout en reposant la marionnette, elle m'a demandé si elle lui appartenait. Je lui ai rappelé la notion d'éphémère de chaque objet et production qui seraient proposés en séance et l'invitait à une autre rencontre.

Le dispositif que j'ai créé pour Mme G. a commencé par la lecture d'un poème intitulé : « *Les pas qui ne sont pas perdus pour tout le monde* »⁵⁸. Ce poème a eu pour effet de faire parler Mme G. de ses voyages. Elle ne savait plus où elle était partie mais elle se rappelait de la liberté ressentie, partagée avec son mari. Elle s'est souvenue avoir vécu au Maroc. Elle s'est souvenue de ses enfants. Elle ne se rappelait plus combien elle en avait, mais il lui semblait en avoir quatre, deux garçons et peut être une fille. Qui était le quatrième ? Était-il à elle ? Je me rappelle être resté avec mes interrogations. Je l'ai laissé aller à ses bribes de souvenirs, j'ai continué d'accueillir ses trous de mémoire, sans tenter de les colmater.

« (...) *l'incurable non-sens, c'est à dire ce trou béant dans le savoir et viser au mieux* »⁵⁹

⁵⁸ Poème de Claude Roy, *Enfantasques*, édition Folio junior, p67

⁵⁹ J.P Royol, « Art-thérapie, Au fil de l'éphémère ». Dorval édition. p84

Mme G. s'est souvenue avoir donné le sein, elle m'a dit avoir nourri au moins trois enfants, ses dires étaient hésitants et elle avait repris une intonation détachée. Réalité ou fantasme ? Je pensais au sein, l'objet absolu et perdu. Je réfléchissais à une éventuelle identification entre l'objet de désir, le sein et la place du sujet à être utile, indispensable même. Puis aux traits des objets abandonnés, la mère à l'enfant, l'enfant à la mère, la relation. Ce rapport du Moi dans son incorporation à l'objet total. J.D Nasio parle de la mélancolie dans un investissement de l'objet qui reviendrait sur le Moi⁶⁰. Un Moi identifié aux traits des objets abandonnés, traits du Moi comme un oignon, formé par différentes couches d'identification à l'autre.

Ensuite, j'ai proposé à Mme G. les marionnettes. Elle les a regardé mais cette fois sans les saisir. Elle est devenue joviale, les trouvant jolies. J'ai compris qu'elle ne se rappelait pas les avoir vues. Un long silence s'est installé. Puis chose surprenante Mme G. s'est « arrêtée » : elle était absente, en suspens. Quand elle m'a regardée de nouveau, il m'a semblé qu'elle était revenue à elle, qu'elle s'était évanouie psychiquement et qu'elle reprenait connaissance. Elle m'a demandé alors où elle était, ce que nous faisons et pourquoi. Malgré ma surprise, je lui ai répondu calmement en la rassurant. Mme G. m'a demandé ce qu'il y avait dans les pots, je lui ai ouvert la pâte à modeler. Elle s'est mise à la malaxer silencieusement. Je lui ai suggéré de finir notre entrevue par la lecture d'un poème. J'avais fait les choix de lecture auparavant avec la possibilité de changement bien entendu. J'ai clôturé cette séance expérimentale par deux poèmes du même recueil: « *L'enfant qui est dans la lune* » et « *La grande ourse et la petite ourse* ». Sur le chemin de la salle commune je lui ai demandé si elle souhaitait que l'on se revoie la semaine suivante, elle m'a répondu « pourquoi pas ». Assise à sa table, sur sa demande je lui ai servi à boire, elle m'a remercié. En prenant congé d'elle je l'ai remercié à mon tour.

Nous n'avons pas eu d'autre rendez-vous, les raisons me sont d'abord apparus d'ordre institutionnel, et organisationnel : sa toilette était faite trop tard. Cependant, nous avons partagés d'autres choses, comme jouer aux dominos.

⁶⁰ J.D Nasio, « Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse ». Ed. Petite bibliothèque Payot. p83

J'ai rencontré Mr P. pour la première fois sur le perron. Il était très agité réclamant à tous ceux qui passaient une cigarette ou du feu pour allumer un bout de mégot. J'ai été surprise qu'il ne puisse pas fumer quand il voulait, alors j'ai questionné la direction. Celle-ci m'a parlé de son tabagisme important et m'a expliqué que Mr P. était régulé à une cigarette toutes les deux heures à partir de 10h. A contrario de Mr L. qui lui, avait quelques cigarettes attribuées en début de journée car il se limitait indépendamment. J'ai constaté rapidement qu'un cercle vicieux s'était installé : Mr P. s'agitait fortement contre la direction car il était en manque de nicotine, et qu'il ne supportait pas être tenu d'attendre l'heure dite. La direction ne concevait pas le comportement agressif, allant parfois jusqu'aux insultes, et sévissait en ne lui accordant pas la cigarette à l'heure attendant qu'il se calme. Ainsi le jeu s'arrêtait, après avoir duré un certain temps par une dépressive capitulation de Mr P. Nous avons passé plusieurs moments ensemble soit pour prendre quelques repas dans la salle commune, soit dehors pendant sa pause cigarette, soit dans le sas d'entrée en compagnie d'autres résidents. Je n'ai jamais cherché à tenter de comprendre les phrases de Mr P. Son élocution ne rendait pas la chose facile et le faire répéter sans jamais comprendre, ou finir par faire semblant l'aurait mis en situation d'échec. Malgré tout, des bribes de conversations me parvenaient et nous faisions avec. C'est ainsi que Mr P. m'a demandé en quoi consistait l'art-thérapie. J'ai proposé un premier entretien préliminaire à Mr P. L'espace avait été choisi en fonction de sa mobilité car si elle était réduite, il ne tenait pas en place. Il voulait de manière récurrente se déplacer ou que quelqu'un le fasse pour lui. L'espace était suffisamment ouvert pour qu'il n'ait aucun sentiment physique d'oppression. J'ai demandé à Mr P. s'il pouvait me préciser sa demande, il m'a parlé de son père qui buvait beaucoup et qu'il n'aimait pas. Il m'a fait part également de nombreuses plaintes du quotidien. Il s'interrompait parfois pour me demander si c'était fini, et comme il portait à son bras une montre je lui ai proposé de regarder l'heure afin que nous décidions de la fin de l'entretien ensemble. Quand la décision fût prise j'ai remarqué que les impatiences de sa jambe s'étaient arrêtées. La rencontre s'est terminée sur sa demande de nous revoir. Un prochain rendez-vous a été pris.

Au deuxième entretien, Mr P. m'a parlé de sa mère. Il ne cessait de dire qu'elle lui manquait, ses répétitions étaient entrecoupées de compliment à son égard, et de l'amour qu'il se portait mutuellement. J'ai tenté d'intriquer le diagnostic posé et la théorie de J. Lacan, concernant le concept du « Nom-du-Père ». Mr P. souffrait de psychose et d'anxiété chronique et je me suis demandée dans quelle mesure, l'entrée du tiers symbolique n'avait pas eu lieu, mettant en échec le refoulement originare. Mr P. était-il

un sujet forclos ? Nous avons fini la séance par un autre rendez-vous où je lui ai dit que je ramènerai le matériel énoncé précédemment.

Le dispositif créé pour Mr P. s'annonçait par la lecture d'un poème intitulé *L'ordre nouveau*⁶¹. Mr P. à l'annonce de l'auteur a affirmé qu'il était mort et m'a pris la main en me déclarant son amour. Consciente du procédé d'une relation transférentielle, j'ai guidé Mr P. à se saisir de la matière à modeler mise à sa disposition. Ce matériau m'a semblé faire lien symbolique entre le dehors et le dedans, lui permettre de créer par une empreinte corporelle, une empreinte psychique. Et peut-être faire œuvre de marquage du passage d'un état à un autre. Si l'hypocondrie de Mr P. était avérée, il se plaignait toujours de manière morcelée : « J'ai mal au cœur », « J'ai mal à l'œil », « J'ai mal au bras ». Oscillant entre l'intérieur de son corps (le cœur) et l'extérieur (le bras), entre l'angoisse et l'agressivité vers autrui, par exemple il pensait que l'infirmière ne voulait pas le soigner. D'après Mélanie Klein dans sa conception de la psychose, on pourrait parler d'un clivage dont les objets de désirs seraient endogènes et exogènes.

A l'intérieur de la séance, dans un silence qui m'a semblé paisible, Mr P. a reposé ce qu'il avait confectionné, nous l'avons rangé et je lui ai proposé de terminer sur un autre poème intitulé *Cet amour*⁶².

Je n'ai pu revoir Mr P. avant un certain temps dans ce même cadre. Il est rentré dans une période de dépression importante, ne voulant plus se lever et prenant ses repas dans sa chambre. Quand je l'ai revu pour une deuxième séance, je l'ai prévenu que ce serait la dernière car j'étais en fin de stage. Il m'a répondu avec ce qui m'a paru être de l'humour, que j'allais beaucoup lui manquer. Après que nous ayons ri, je lui ai proposé des marionnettes. Il a choisi de prendre le hérisson. Lui donnant son propre prénom, il l'a fait raconter une histoire dont je n'ai pas compris la signification, néanmoins je le sentais joyeux. Il m'a semblé que cet objet concret avait permis de faire sien ce petit animal en lui donnant la place de sa main. Il s'était identifié à ce petit hérisson. Le fait de pouvoir l'enlever par la suite, a permis de représenter l'objet et peut-être de symboliser la différence entre sujet de l'inconscient et objet psychique. Cette mise en mouvement était-elle comme un positionnement du sujet dans l'acceptation de sa singularité ? Était-ce aussi ajouter du symbolique dans une chaîne de signifiants où il en manquait ? Enfin, était-ce permettre un écart pour que puisse passer librement *Le souffle du neutre* ?⁶³

⁶¹ Jacques Prévert, « Paroles », Ed. Folio, p176

⁶² Ibid, p140

⁶³ Titre de l'ouvrage de J.P Royol, Dorval éditions.

B/ Observations et propositions : activités en groupe à l'unité protégée (Mme G, Mr D et Mme V.)

Six personnes résidaient à l'unité protégée. J'ai mis en place un atelier de création collectif deux fois par semaine. Il avait lieu le matin et se terminait à l'heure du déjeuner. L'auxiliaire et l'aide-soignante en charge, profitaient souvent de l'atelier comme un moment d'accalmie pour s'affairer. Quand elles avaient fini, elles venaient voir et il est arrivé plusieurs fois qu'elles demandent au résident de leur faire quelque chose, quelque chose pour elles. J'ai été stupéfaite de leurs intrusions. Puis je leur ai demandé de ne jamais intervenir, ni juger, ni commenter les compositions ou les "non-productions" des résidents. Je leur ai expliqué que s'il ne se passait rien pour elle, il se passait quelque chose pour eux et surtout : je proposais un espace d'accueil à l'intention des résidents.

Par la suite, il m'a fallu réitérer ma demande car les équipes tournaient beaucoup. Mes efforts n'ont pas été vains et ont abouti à une mise en place d'un atelier de médiation artistique. Je ne parle pas d'espace art-thérapeutique groupal, car je n'ai pas pu être dans un cadre tout à fait cohérent avec les enseignements de PROFAC. Du fait de ma position de stagiaire, il me manquait l'expérience.

J'ai commencé par amener toutes sortes de matériaux (images, colle, laine, tissus etc.), auxquelles j'ai ajouté la peinture. Après avoir changé la disposition des tables, je suis allée chercher un par un les résidents et je les ai fait s'asseoir. Ayant passé beaucoup de temps avec eux, j'ai constaté être dans cet "arrière-goût", particulier aux personnes atteints de troubles mnésiques chroniques. Ainsi, ils avaient l'air sceptique, néanmoins en confiance. Une fois installé, je leur distribuais de quoi "bricoler" par eux-mêmes. Les images étaient toutes différentes et lorsqu'une personne n'était pas intéressée par une illustration proposée j'en présentais de nouvelle. Un silence s'installait peu à peu, certains semblaient inactifs mais je pouvais observer leurs balancements itératifs et d'autres gestes stéréotypés.

Mme G, une femme d'origine espagnole était souvent très agitée. Elle se frottait la cuisse de façon répétitive et incessante. En français, son accent prononcé rendait la communication difficile. Sujette à un langage délirant elle pouvait passer du rire à l'offense. Nous avons échangé toutefois en espagnol malgré mon vocabulaire limité. A sa question « qu'est-ce que vous voulez ? » en rapport à l'activité que je proposais, j'ai cherché à trouver mon "bien-dire" avec cette juste distance propre au métier d'art-

thérapeute, je lui ai retourné la question et proposé de dessiner, déchirer, coller... Elle a haussé les épaules et s'est remise à son toc de frottement.

Une autre fois j'ai proposé de la peinture, elle s'est saisie d'un pinceau et a mélangé toutes les couleurs, non pas sur le support proposé mais sur la palette, et quand je l'ai invité à peindre sur sa feuille, elle a fini par mélanger le tout, proposant une mélasse où les feuilles et les couleurs ne formaient plus qu'une seule matière entre elles.

Lors d'une activité où j'ai proposé des feutres, elle reproduira son mécanisme compulsif de frottement sur la feuille.

Dans un dispositif où j'avais proposé une feuille à chacun et sur laquelle leurs initiales étaient inscrites, elle les a reconnues. Quand pour certains j'ai proposé qu'ils écrivent et complètent leurs initiales en commençant par leur prénom, j'écrivais pour Mme G. C'est ainsi qu'elle m'a parlé de Zaccaria, son mari, elle était très heureuse de s'en souvenir.

Mr D. était le plus âgé, j'avais été témoin à plusieurs reprises de son hyper-oralité. Pendant les repas il mangeait lentement et en dehors il mettait facilement des objets à la bouche. J'étais attentive à cela et il m'est arrivé plusieurs fois d'intervenir.

Sur sa feuille Mr D. avait dessiné schématiquement un piano et il pianotait dessus.

Pour l'activité peinture Mr D. a essayé à maintes reprises de manger les couleurs ou de boire l'eau de rinçage des pinceaux. Je lui ai expliqué plusieurs fois que ce n'était pas comestible en finissant par des : « Non, pas à la bouche Mr D. ». Cette phrase récurrente et maternelle finissait par nous faire rire il me répondait souvent par des « ah bon » avec bonhomie.

Malgré une apparente complicité entre nous, j'ai dû interdire à Mr D. d'approcher la pâte à modeler. J'avais compris l'extrême appétence que cette matière pouvait lui inspirer. Ainsi pour garder l'activité groupale, je n'ai pas recommencé la proposition de cet atelier "modelage".

Mme V. était souvent enfermée dans un mutisme total. Par la suite nous avons régulièrement chantonné ensemble en s'échangeant des sourires.

La première fois que des feutres lui ont été présentés elle a enlevé le bouchon d'un feutre vert, déposé un point sur la feuille blanche, et était comme absorbée par son pull en laine qu'elle détricotait. La couleur du feutre choisi et celle de son pull était la même. Sans

donner de signification particulière j'avais emmené une pelote de laine et si elle ne s'en est pas saisie, j'ai constaté qu'elle n'y était pas insensible.

Dans l'activité peinture, Mme V. a mélangé elle aussi, toutes les couleurs sur la palette et elle a peint ses mains : involontairement des empreintes apparaissaient sur sa feuille.

Dans l'activité feutres Mme V. a enlevé tous les capuchons, elle s'est mise à colorier la feuille, sans donner de forme mais en changeant plusieurs fois de couleurs jusqu'à s'arrêter à celle de l'orange. A ce moment-là Mme V. ne chantonnait plus, elle paraissait très concentrée. Il m'a semblé alors qu'elle était hors temps, continuant son activité pendant que les autres rangeaient. Comprenant qu'il fallait que je lui propose un accompagnement de fin d'activité plus personnelle, je me suis assise près d'elle, elle a souri et j'ai pu l'entendre marmonner. Parlait-elle à une image qu'elle avait créée et que je ne voyais pas ? J'ai commencé à remettre avec elle les capuchons aux feutres. Une auxiliaire est intervenue mettant du discours dans un espace où la parole se symbolisait. Mme V. s'est agitée immédiatement, se remettant à décapuchonner les feutres, elle continuait. Je suis restée dans une neutralité bienveillante, il m'a paru que si j'intervenais je n'aurais fait qu'accentuer la souffrance qui s'immisçait. Tout est rentré dans l'ordre institutionnellement parlant.

Appliquer humanité, théorie et regard clinique n'a pas été chose facile, néanmoins les expériences éprouvées, qu'elles aient été mené en individuelles ou en collectives m'a permise de mieux appréhender la fonction d'art-thérapeute et d'aborder cette méthode.

C/ Partenariat et supervision avec la psychologue clinicienne.

Avec la psychologue, nous avons pu traiter différents points aussi bien objectifs que personnels. Pouvoir parler librement de mes observations a été nécessaire au bon déroulement du stage.

Après chaque action menée auprès des résidents, un rendez-vous était pris avec elle. Je lui faisais un bilan clair sur le déroulement de l'atelier, lui exposant également les différentes réactions des résidents, tout ceci bien sûr en toute confidentialité.

Selon le principe de l'association libre j'ai pu évoquer et analyser avec elle, certain problème relationnel que je n'avais pas conscientisé sur le moment. Prenant pour points de départ des moments de malaise envers les réactions de certains soignants ou aidants, nous avons eu un échange très instructif sur les notions de maltraitance et bientraitance, des notions qui contiennent bien des nuances.

Lors de ces entretiens j'ai pu constater les phénomènes transférentiels dont je faisais l'expérience avec elle.

Elle était *sujet- supposé- savoir* pour répondre à mes interrogations.

J'ai partagé avec elle le concept d'*hainamoration* et comment je l'avais aperçu chez une résidente à mon égard.

Nos échanges m'ont permis de trouver des réponses à un vocabulaire débutant en psychopathologie et de faire lien avec le vocabulaire psychanalytique.

Les travaux effectués auprès des résidents ne se sont pas fait sans un travail continu sur moi-même.

Le soutien de la psychologue a été très important dans le bon déroulement des apprentissages provoqués par le stage.

J'ai pu mesurer alors combien nos rôles étaient différents mais qu'ils nécessitaient tous les deux de s'articuler avec toute l'équipe institutionnelle.

3) Apport du stage.

L'immersion dans cet EHPAD m'a permis de découvrir ce qu'est la vieillesse et comment scientifiquement elle est abordée. J'ai pu apprendre le vocabulaire attribué aux troubles des personnes âgées, et constater qu'une fois les diagnostics posés il ne restait plus beaucoup de place pour permettre aux résidents et à leurs familles de ne pas rester figés psychiquement. La survie de l'âme, l'attente de la mort laisse pourtant un intervalle à la créativité.

A/ Découverte d'une spécialité : la gérontologie

Ce stage a permis de comprendre comment cette spécialité s'occupe des problèmes biologiques, psychologiques, sociaux et économiques d'une personne âgée.

Cependant certains résidents avaient moins de 50 ans. Ils présentaient des troubles psychiatriques à la suite d'accident cardiaques vasculaires.

J'ai été décontenancée par la dépossession économique et sociale vécue par certains d'entre eux. En effet, une mise sous tutelle ne donnait plus le droit de gérer à leur convenance leurs biens. Dans le meilleur des cas, le tuteur était un membre de la famille

qui entretenait une communication fréquente pour l'organisation des demandes et des dépenses. A l'inverse, c'était un tuteur professionnel qui ne répondait pas au téléphone et qui pouvait mettre des mois à s'occuper d'une demande pourtant simple et élémentaire : soins corporelles, vêtements et sous-vêtements.

Ce qui était appelé *projet de vie* se résumait en un court paragraphe sur le moral et la santé du patient, ainsi qu'une brève description de ce que la personne avait aimé par le passé. Certains « projets de vie » n'avaient pas été remis à jour depuis 15 ans. Cependant la psychologue et la directrice conscientes de ce hiatus m'ont proposé de participer à développer ce point si l'avenir le permettait.

Aussi j'ai pu me rendre compte que les traitements médicamenteux étaient très présents dans le quotidien des résidents. Si leurs effets ont leurs importances et l'art-thérapie ou toute méthode de soins psychique se doit de procéder avec, il m'a semblé qu'un sujet à part entière peut s'ensuivre : Les enjeux des traitements chimiques chez les personnes âgées.

Les échanges avec les kinésithérapeutes lors de ce stage, ont été très enrichissants, car à l'écoute de leurs expériences et à l'observation de leur travail, j'ai constaté qu'ils participaient à la réussite d'un maintien de mouvement : être debout, marcher, se tenir droit sont des positions physiques où un parallélisme psychique peut se faire via des expressions comme “continuer d'avancer”, “garder la tête haute” ou “rester debout”. Les massages personnalisés aidaient les personnes à ne pas trop s'éloigner de leur corps en souffrance. Le morcellement propre à la structure devenue psychotique pour la majorité, amenait à un déni de leurs propres corps, et la kinésithérapie pouvait être un tremplin pour redonner du lien entre le physique et le psychique. L'action positive des kinésithérapeutes remontaient le moral dépressif de certain : ils se sentaient plus vivant.

B/ La symptomatique des troubles dégénératifs.

L'apprentissage des termes psychopathologiques et leurs définitions m'a aidée à mieux comprendre les comportements des patients et à faciliter les relations avec les professionnels.

Mais si certains troublent tels que l'apathie, l'agnosie, l'apraxie, ou l'anosognosie, caractérisaient les résidents, il m'a semblé que leurs vérités, leurs symptômes n'étaient pas de l'ordre de ces préfixes qui fixent de près. Si ces termes ont permis de positionner les médecins, les infirmières ou les familles, ils peuvent enfermer le patient. Et l'emprisonner ne peut pas permettre la libération d'une fin de vie pourtant certaine. Si les

problèmes rencontrés en rapport à la santé mentale des résidents, trouvaient pour la plupart des soignants des solutions par les médicaments, ces solutions ne pouvaient pas être durables. Maintenir une thymie stable au quotidien n'est bénéficiale que pour l'institution cette recherche de comportements homogènes n'est pas possible à atteindre puisque chaque personne est elle-même hétérogène :

*« Le sujet visé par ces approches simplificatrices subit (...) une forme de réduction imageante qui le rabat à un simple organisme. La conséquence la plus néfaste (...) est qu'il s'agit de s'attacher au comportement (...).Le comportement est le mime d'une parole tue ».*⁶⁴

Accueillir la vieillesse et de toutes les dégénérescences qu'elles impliquent, me paraît être une action plus profonde.

Tous les professionnels de la résidence m'ont confié que cet établissement regroupait les psychotiques tandis que les autres sites prenaient en charges les personnes en souffrances physiques majoritairement. Ce stage, à travers les expériences en gérontologie m'a permis une approche sur différentes maladies tels qu'Alzheimer et Parkinson. J'ai réalisé combien les différentes histoires de vie, les nombreux souvenirs qu'ils soient bons ou mauvais, apportaient de grandes difficultés dans cette dernière étape de la vie. Mais comme écrit M. Royol à propos des jeux de mots et du retour aux plaisirs de l'enfance :

*« Une marge est offerte par ce qui nous reste du principe de plaisir pour affronter le principe de réalité ».*⁶⁵

Et ce présent est un droit du passage à l'acte créatif.

C/ Les bénéfices de la créativité.

La capacité de créer est propre à chacun et en la stimulant elle permet de rester au plus près des spécificités qu'ont tous les individus. Elle permet tout au long de la vie de dépasser les difficultés des complexités sociales et psychologiques. L'acte créatif est primordial tant dans les milieux familiaux et sociaux que professionnels. Etre créatif est une chose, le rester en est une autre car il est ambitieux de rester au plus près de nos désirs qui s'adressent à nos manques. Si la création permet de se rencontrer soi-même, la créativité tente de répondre à la question : « Qui suis-je ». Cette question pourra se poser toute la vie car la fonction créative est inaltérable, a contrario des fonctions cognitives de la mémoire. Les bénéfices de la créativité se retrouvent dans tous les domaines attendants

⁶⁴ Jean-Pierre Royol, Art-thérapie 1, site internet stagiaire Profac.

⁶⁵ Ibid

aux jeux, ainsi rester joueur s'applique à toutes les structures psychiques qu'elles soient de l'ordre de la névrose, de la psychose ou de la perversion. La créativité active des mouvements psychiques singuliers. L'inconscient qui a son propre langage l'utilise sans arrêt. Les phénomènes transférentiels s'en inspirent aussi, car il n'y a pas de créativité sans imagination. Chez les personnes âgées en souffrance il y a souvent blocage de la créativité. Cet obstacle engendre l'étroitesse d'un passage où ne circulent plus les mouvements propre à la création, « l'imagine air » s'est essoufflé. Sortir de ce clivage pour rétablir des correspondances et l'énergie vitale prend le dessus, le monde redevient vivant, le mouvement reprend. La créativité se retrouve dans les stratégies d'évitement ou de détournement, mécanisme de défense du Moi qui est en danger. Persister créatif, c'est rester en communication avec les autres et l'Autre, le discours normatif ne suffit pas.

Si le langage est appauvrissant, l'état créatif peut répondre à ce besoin de plonger dans l'illimité et de permettre une perspective de dépassement et de surpassement de soi. Les mots et les maux, dans un espace artistique et ludique peuvent s'orienter vers une consistance symbolique.

Conclusion : Médiation artistique et art-thérapie

Tout au long de mon stage j'ai pu expérimenter, découvrir et rencontrer.

En rentrant dans cet EHPAD j'avais idéalisé la réalité. Préparé à observer et accueillir avec neutralité bienveillante je suis arrivée avec mes utopies. J'avais rejeté l'idée de faire de la médiation artistique sachant que ce n'était pas l'enseignement donné par mon école de formation PROFAC. J'ai été amené à revenir sur ce positionnement.

Avec le statut de stagiaire je n'ai pu que redéfinir un cadre de médiation artistique à l'unité protégé pour travailler avec tout le groupe. Grâce à cette adaptation, la différence entre ces deux fonctions est apparue évidente. Tout en maintenant la notion d'objet éphémère et sans perdre de vue la déontologie de l'école j'ai pu me mettre en relation avec les sujets en ce sens. L'application à un travail, enchevêtré à ce que demande le rôle d'art-thérapeute a permis d'articuler mes incursions. Ainsi mes interventions en médiations artistique sont restées agencé suivant l'article 4- PROBITE du code de déontologie :

« L'art-thérapeute a un devoir de probité dans toutes ses relations professionnelles. Ce devoir fonde l'observance des règles déontologiques et son effort continu pour affirmer ses interventions, préciser ses méthodes et définir ses buts. L'art-thérapeute se doit donc de respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensable à l'exercice de l'art-thérapie. »⁶⁶

⁶⁶ Site stagiaire PROFAC : Code de déontologie,.