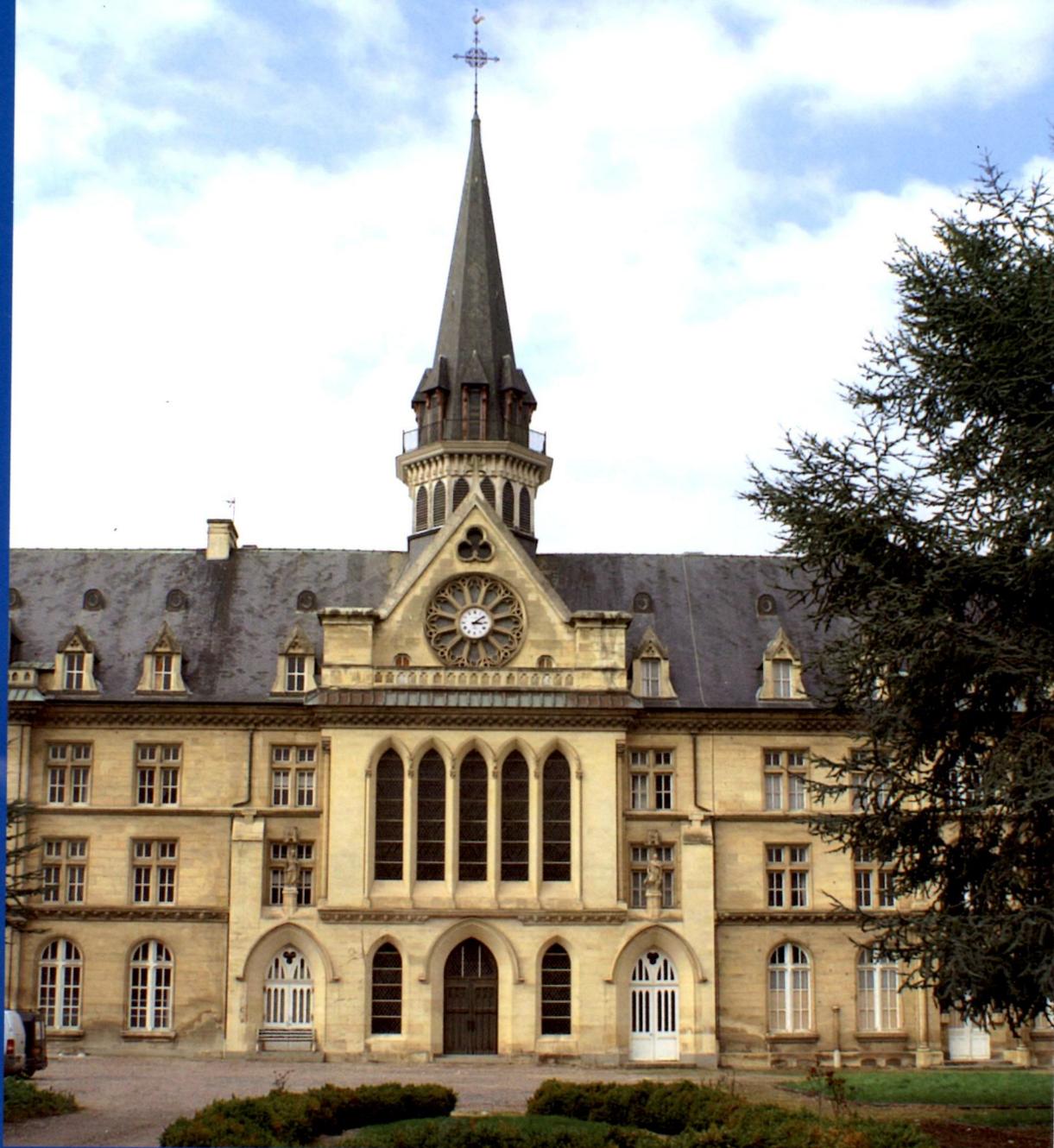


PRATIQUES & RECHÈRES



Les rencontres de l'Association Croix-Marine de Basse-Normandie en 2007

*en santé
mentale*

13 mars, Caen :

une maison pour les adolescents : pour quoi faire ?

5 juin, Saint-Lô :

vie psychique, art et culture, l'absolue nécessité de l'inutile ?

13 novembre, Flers :

le corps dans les soins psychiques

N° 41

Juin 2008

5 €

Fédération d'aide à la
Santé Mentale
CROIX-MARINE



SOMMAIRE



Éditorial

Dr Patrick ALARY - Président Croix Marine, Basse-Normandie



UNE MAISON POUR LES ADOLESCENTS : POUR QUOI FAIRE ? - Caen, 13 mars 2007

- 2 • POTENTIALITÉS ET RISQUES D'ADOLESCENCE
Patrick GENVRESSE - Pédopsychiatre, Maison des Adolescents du Calvados
- 7 • RECEVOIR DES ADOLESCENTS DANS UN CMP
Hervé DESPREZ - Psychologue clinicien



VIE PSYCHIQUE, ART ET CULTURE, L'ABSOLUE NÉCESSITÉ DE L'INUTILE - Saint-Lô, 5 juin 2007

- 10 • DOIT-ON ATTENDRE DE L'ART ?
Bruno DUFOUR-COPPOLANI
- 13 • DE LA SINGULARITÉ DES EXPÉRIENCES EN ATELIER D'EXPRESSION VERS UNE
CRÉATION COMMUNE "VIE, LÀ SANS SOUCIS"
Carole GOUSSAIRE, Psychologue au CHS de Saint-Lô
Roseline HIRARD, arthérapeute à La Glacerie



LE CORPS DANS LES SOINS PSYCHIQUES Flers, 13 novembre 2007

- 18 • CORPS ET AME : LE CORPS DANS LES SOINS PSYCHIQUE
Jean FILMONT, Psychologue clinicien - Bon-Sauveur, Picauville
- 23 • LE PACKING : UNE TECHNIQUE POUR ENVELOPPER D'UN DISCOURS LE CORPS PSYCHOTIQUE
Samuel LELONG, service de psychiatrie - CH Flers
- 28 • CAS CONCRET SUR LES PACKS
Julien LAPLANTIF, Infirmier de secteur psychiatrique - CH Flers
- 31 • LA RELAXATION THÉRAPEUTIQUE COMME MÉDIATEUR ENTRE CORPS ET PSYCHISME
Marie-Hélène TRICHET, Infirmière de secteur psychiatrique - CH Flers
Marie-Pierre LE DISEZ, Infirmière de secteur psychiatrique - CH Flers
- 33 • L'ESPACE SNOEZELLEN, UN PROJET INNOVANT EN PSYCHIATRIE
Dr Marc TOULOUSE, Psychiatre - M. GONET, Cadre de Santé - S. CHATELET, Infirmière de secteur
psychiatrique - F. ZIELINSKI, aide-soignante - Secteur "Côte Fleurie" - CH de Caen
- 38 • LES ENVELOPPEMENTS SECS
Emmanuelle PECCATTE, Marie-Hélène TRICHET, Infirmières de secteur psychiatrique - CH Flers

En ce qui concerne l'intervention du Dr Alary lors de la journée du 5 juin 2007, nous vous remercions de vous reporter à ces bibliographies et liens sur internet :

- Pierre Paduart *Psychisme et culture* - <http://pagesperso-orange.fr/geza.roheim/html/paduart.htm>
- René Kaës *Contes et divans ; Médiation du compte dans la vie psychique*, Dunod, 2004
- Alain Costes *L'art, pour quoi faire ?* - <http://actupsy.free.fr/art.htm>



Editorial

La tête dans la savane arborée...



Il n'est pas simple de revenir du Burkina Faso. Surtout quand la poussière de latérite rougit encore les chaussures, que les regards graves des enfants rencontrés, la reconnaissance de leurs parents, les émotions et les sourires de ces rencontres, que le visage triste de cette jeune peul répudiée en raison de sa fistule vésico-vaginale, rayonnante après que l'intervention a réussi, nous accompagnent chaque jour.

Nous sommes dans le même monde, pas sur la même planète. La famine rôde, l'écart croît entre l'Afrique et le monde occidental. Alors, que penser de notre sophistication, de l'inflation surréaliste de la bureaucratie, de la part grandissante de la gestion, de la folie du doute ?

Ce retour met en relief les valeurs qui fondent nos actions, centrées sur la singularité de la personne et de sa souffrance, ici psychique, la continuité et la proximité des soins dans la cité, l'inscription du symptôme dans une psycho dynamique du sujet souffrant, le partenariat avec les autres professionnels de la santé mentale, les usagers et leurs familles.

De Fada n'Gourma, on perçoit mieux encore que la psychiatrie est en crise pour des raisons variées. Le manque de moyens n'en est pas la raison principale même si, d'un point de vue prospectif, les données démographiques sont inquiétantes. Les pratiques ont beaucoup changé : les psychiatres sont formés dans des services universitaires où, pour beaucoup d'entre eux, prévaut un modèle qui se veut scientifique, la désormais fameuse médecine basée sur les faits prouvés, c'est-à-dire un modèle fasciné par la mesure et l'efficacité à court terme qui a peu à voir avec l'expérience clinique et thérapeutique. Les soignants du diplôme d'état sont formés en n'ayant que quelques bribes de psychiatrie : ils arrivent dans les services et sont parfois bien seuls... Ils sont alors confrontés à la peur des malades, s'ils n'ont pas la chance de s'intégrer dans des équipes chevronnées. Il s'en suit des réflexes sécuritaires... Les cadres infirmiers, quant à eux, deviennent de plus en plus des cadres administratifs. Il existe un risque de perte de la culture du soin institutionnel, voire même de la clinique psychopathologie pour un modèle médical "pur et dur" et des soins dûment protocolisés.

Il ne faudrait pas que l'on en arrive à produire une psychiatrie aseptisée, dépourvue de scories psychiques, sans référence au désir ou à la mort, hypothétiquement parfaite et sanctionnée par le juge, quand ce n'est pas le cas, au service d'un maître tout puissant sans visage, bref, une psychiatrie sans humanité.

Rêvons, à l'instar d'Emmanuel Lévinas, d'être "bergsonien" pour affirmer la priorité « ontologique et non seulement psychologique de la durée sur le temps linéaire et homogène. Ceci nous protège d'un monde où tout est réglé à l'avance, sans avenir ni espoir. »

C'est cette volonté qui anime cette revue. Elle reprend l'essentiel des interventions des trois journées Croix-Marine Basse-Normandie qui se sont déroulées en 2007 : le corps et l'esprit, l'adolescence, l'homme, en un mot...

¹ L'éthique comme philosophie première, Rivages poche, Paris, 1998

PRATIQUES ET RECHERCHES EN SANTÉ MENTALE

REVUE DE L'ASSOCIATION
CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation Bon-Sauveur
50360 PICAUVILLE
Tél. 02.33.21.84.00 (poste 8466)
Fax 02 33 21 85 14

Directeur de publication :
Dr Patrick ALARY
Responsable de la rédaction :
Maryse CORBET
Comité de rédaction :
Jean-Claude ANDERSON,
Jeanne BERTAUX,
Jean FILMONT,
Jean-Noël LETELLIER,
Serge LOQUET,
Marie-Line LAMARE-HAMELIN,
Bernard NOUHAUD,
Michel PITON.

Mise en page et impression :
Imprimerie LECAUX-OCEP
Tourlaville • 02.33.88.52.52

Crédit photos : Léon Faligot

Secrétariat : 02.33.21.84.66

ISSN 1157-5135
Dépôt légal : 2^{ème} trimestre 2008



UNE MAISON POUR LES ADOLESCENTS :

POTENTIALITÉS ET RISQUES D'ADOLESCENCE



Dr Patrick GENVRESSE

Pédopsychiatre
Maison des Adolescents du
Calvados

L'adolescence a environ 100 ans. Sa naissance clinique est marquée en 1905 par 2 ouvrages, l'un de Freud pour la vieille Europe, « Les trois essais sur la théorie sexuelle » dont le 2^{ème} chapitre traite des « métamorphoses de la puberté », Freud mettant la sexualité au cœur de la structuration du sujet, l'autre, pour le nouveau continent, de G. Stanley Hall, somme de 1300 pages s'intitulant sobrement « L'adolescence ». Granville Stanley Hall considère l'adolescent comme un « néo-atavique », enclin « aux tempêtes et à la tension » à cause de « forces ancestrales se disputant la prépondérance ». Beaucoup plus près de nous, rendons grâce au scénariste de « Matrix » qui a métaphorisé l'adolescence en faisant de son héros, qui se nomme justement Néo, un élu rédempteur, (re)découvrant la réalité, la véracité du monde (pilule bleue ou rouge ?) dans le cadre d'une microsociété d'affranchis luttant contre la Matrice.... Force, puissance et apprentissages-éclair sont au rendez-vous, ainsi que la confrontation avec des êtres posés, raisonnables, similaires (en noir et blanc) mais totalitaires et maîtrisant, les adultes. N'oublions pas l'initiateur, le père spirituel, Morpheus, qui donne symboliquement naissance à l'élu et dont la vie est, à un moment mise en balance avec celle de son mythique rejeton.

Un siècle d'existence de la clinique adolescente qui s'est développée en même temps et à partir des concepts psychanalytiques.

Bien sûr, il y a toujours eu des adolescents, en témoignent quelques écrits au travers les siècles :

« Je n'ai plus aucun espoir pour l'avenir de notre pays si la jeunesse d'aujourd'hui prend le commandement demain. Parce que cette jeunesse est insupportable, sans retenue, simplement terrible... notre monde atteint un stade critique. Les enfants n'écoutent plus leurs parents. La fin n'est peut-être pas loin... ».

HESIODE, poète grec en 720 avant J.C.

« Les jeunes gens, de par leur caractère, sont enclins aux désirs et capables de faire ce qu'ils désirent [...] Ils sont coléreux, prompts à s'emporter et suivent généralement leurs impulsions. Leurs ardeurs les dominent [...] En tout, ils mettent de l'excès, ils aiment avec excès, haïssent avec excès et se comportent de même en toutes autres occasions. Ils pensent tout savoir et soutiennent avec force leurs opinions, ce qui est encore une des causes de leurs excès en tout ».

ARISTOTE, philosophe grec du IV^{ème} siècle avant J.C.

*« Car jeunesse et adolescence
Ne sont qu'abus et ignorance »*

François VILLON, poète du X^{ème}

Au début du XX^{ème} siècle, l'attention est portée principalement (déjà !, serions-nous tentés de nous exclamer ?) sur le vice, l'indiscipline et les transgressions des jeunes, avec l'avènement du concept de délinquance.

DUPRAT écrivait en 1909 : « l'adolescent est un malade en puissance », tandis que DURKHEIM affirmait que : « l'appétit sexuel de l'adolescent le porte à la violence, à la brutalité, voire au sadisme. Il a le goût du sang et du viol... ».

Maurice BARRES, écrivain et député français, faisait déjà en 1909 un diagnostic que nous ne démentirions pas

aujourd'hui, nous le citons : « si des lycéens se suicident, c'est que l'Université française est coupée des traditions morales, incapable de donner aux enfants les repères indispensables à la formation de leur équilibre psychique... »

P. DEPROSGES, enfin, plus près de nous : « C'est la faute au malaise des jeunes si, après trois années de fac et 7 ans de lycée, ils croient encore que le Montherlant est un glacier alpin, Boris Vian un dissident soviétique et Sartre, le chef-lieu de la rilette du Mans. »

On le voit la question de l'adolescence, ses excès, ses troubles, la menace en germe qu'elle suppose avec la montée en puissance qui la caractérise ne sont pas une création de notre époque dite post-moderne. Certains historiens, anthropologues, Philippe Ariès et Margaret Mead notamment, considèrent que l'adolescence est apparue avec la modernité.

Mais ce qui caractérise notre modernité, c'est d'abord l'allongement de cette période, rendant ses contours plus flous à chacun, c'est ensuite la façon attentive et craintive des adultes de considérer cette période maturative entre l'enfance et l'âge adulte. Ce qui caractérise notre temps, c'est le fait, peut-être sans précédent, que si l'on élève nos enfants à partir de nos valeurs passées, celles qui nous ont fondées, c'est maintenant pour un avenir dont les contours tendent de plus en plus à nous échapper.

La période d'adolescence est une promesse d'avenir, une fantastique montée en puissance, une conquête identitaire par la différenciation à l'égard de ses modèles, une revendication d'autonomie. Cette exigence est encore accrue actuellement par la montée de l'individualisme et la prescription de l'épanouissement per-

sonnel. La sexualisation du corps, l'érotisation de la pensée sont autant d'exigences à intégrer, autant de pression (de violence) interne, qu'elles mettent à l'épreuve les bases narcissiques de l'enfance et la solidité, la qualité de limites internalisées dans la relation à l'environnement. « *Tout se prépare pendant l'enfance, mais tout se joue à l'adolescence* » écrivait E. Kestemberg en 1980.

« *On peut dire d'un fleuve que son courant est violent mais on ne dit rien des berges qui l'enserrent* ». Ce proverbe chinois illustre les enjeux de la violence pubertaire interne et des limites qu'elle suppose pour être contenue. Comment un adolescent peut-il soudain apprendre à patienter, à tolérer la frustration, si, depuis qu'il est tout petit, l'objectif a été de le combler, de lui éviter toute déception en répondant immédiatement à tous ses désirs ou en se montrant mortifié de ne pouvoir le faire. À l'inverse, comment cet autre adolescent peut se soumettre à la frustration et à la passivité confiante quand son histoire se caractérise par la discontinuité, l'incohérence et la carence, le contraignant pour sa survie à un activisme de tous les instants (mises en actes, transgression, rapines, consommations excessives). Cette fameuse « toute puissance » du bébé lorsqu'elle perdure parfois à l'adolescence par manque de limites éducatives cohérentes et continues est décuplée par la puissance du désir libidinal, rendant le jeune aliéné à l'assouvissement de ce désir et à la recherche de sensations. Ce socle phénoménologique de « toute puissance » fait souvent l'objet d'incompréhension et de discordance entre les éducateurs et les médicopsy, les premiers considérant, à juste titre, qu'elle représente, en germe, un mode de structuration pathologique de la personnalité (personnalité antiso-

cial, états limites, structuration psychotique), les autres affirmant, cela est vrai, que ce n'est pas du registre de la nosographie psychiatrique classique...

Au début du XX^{ème} siècle, en pleine période de lois d'inspiration médicale sur la question de la délinquance, des psychanalystes, des psychologues et des éducateurs (je pense à August Aichorn, en particulier) ont dégagé le concept de délinquance du déterminisme génétique en vogue à l'époque, pour travailler à des hypothèses de compréhension environnementielles et personnelles avec l'objectif de proposer une prise en charge psycho éducative. Aujourd'hui, nous refusons toujours le déterminisme, avec raison, et l'on accorde des potentialités ouvertes et variées à des enfants qui présentent à l'évidence des troubles du comportement et de l'adaptation. La psychanalyse a toujours un mode de raisonnement rétrospectif, prônant l'apaisement des symptômes et de la souffrance psychique par la conscientisation (la mise en sens) et la résolution de traumatismes et de conflits passés. Le présent est parfois miné par le passé. Pour autant, la tendance actuelle est de refuser tout lien de continuité éventuel entre troubles chez l'enfant (instabilité physique et psychique, agressivité, violence, conduites d'opposition) et les conduites déviantes chez l'adolescent jusqu'à la psychopathologie chez l'adulte.

À l'heure du succès de la notion de résilience, qui a l'avantage de nous sortir de l'inéluctabilité, du « *qui a bu, boira...* », de « *l'enfant battu devient parent maltraitant* », il faut tenir à cette affirmation des potentialités ouvertes pour les êtres en cours de structuration. Mais pourquoi, à ce titre, s'enfermer à dénier le risque de continuité psychopathologique chez certains à partir de l'enfance





UNE MAISON POUR LES ADOLESCENTS : POUR QUOI FAIRE ? CAEN, 13 MARS 2007

jusqu'à l'âge adulte. Je pense qu'il s'agit même de l'enjeu clinique principal des cliniciens de l'enfance et de l'adolescence : proposer une aide, un soutien thérapeutique dans le but de soulager le sujet, son entourage, mais aussi pour infléchir le cours d'une continuité psychopathologique potentielle. Winnicott affirmait, en son temps, que le meilleur traitement de l'adolescence, c'était le temps, c'est encore vrai, mais insuffisant. Pour certains, il est essentiel que des adultes en référence soient là et tiennent le temps nécessaire, le temps nécessaire au jeune pour se sortir de la tempête pubertaire et se reconnaître différencié.

Les troubles du comportement et de l'adaptation à cet âge (violences contre autrui, contre soi, troubles à l'ordre public, conduites délictueuses, prises de toxiques, refus scolaire, troubles oro-alimentaires) lorsqu'ils se répètent ne sont pas qu'insupportables et difficiles à contenir pour l'environnement social, ils sont également aliénants pour le jeune, le piégeant dans un même type de réponses aux conflits, aux contraintes, aux frustrations. Il est désormais admis que ces troubles dans leur continuité s'inscrivent en coin et gauchissent la personnalité du jeune en cours de remaniement.

À l'adolescence, souvent, il n'y a pas de pathologie organisée au sens nosographique classique, mais les troubles de l'adaptation à cet âge, s'ils sont laissés à leur évolution spontanée, risquent d'être précurseurs d'une psychopathologie à venir. Ils conviennent d'être considérés, d'être explorés par l'analyse du fonctionnement psychique de l'adolescent et d'être traités (abord individuel, travail avec l'environnement et chimiothérapie...)

Il ne s'agit pas pour nous d'opposer de façon radicale une lecture structurelle des troubles à leur reconnaissance dite a-théorique selon le DSM, mais de dire que les troubles de l'adolescence dans leur répétition ont un potentiel pathogène sur la personnalité en cours de remaniement.

À ce sujet, le débat a été vif à propos du rapport INSERM d'octobre 2005 sur les troubles du comportement de l'enfant et leurs possibles conséquences à l'adolescence et à l'âge adulte. Les fervents des théories psychanalytiques l'ont remis en cause, dénonçant un réductionnisme insupportable, un a priori sur un déterminisme excessif et des propositions thérapeutiques qui leur semblaient relever plus du dressage que de l'accompagnement à l'épanouissement et à la construction de l'être. Sur tous ces points, ils ont raison,

mais pourquoi à partir de cela rejeter en bloc la notion de prédictivité alors même que cette question est au cœur de la psychanalyse et de la pédopsychiatrie (le sujet souffre des avatars et traumatismes, carences, maltraitements de son passé).

En psychopathologie adolescente, cette lecture est essentielle et rares sont les jeunes souffrants que nous rencontrons qui ne présentent pas, dans leur histoire, des avatars de vie et de dysrelations, souvent pléthore, qui donnent du sens à leurs troubles du comportement et de l'adaptation. La prévention et la prise en charge précoce sont au cœur de cette discussion.

Une jeune fille de 14 ans, Cindy, que j'ai vue récemment en consultation sur l'insistance de sa « tata » accepte de me parler de sa violence : *« je me bats avec les autres, fille ou garçons quand on me cherche, et je sens que je ne peux plus me contrôler, que je pourrais faire n'importe quoi... »* Placée en famille d'accueil depuis quelques années, en raison de la violence familiale (le père battant fréquemment la mère, passive et dépressive), elle se montre elle-même, fascinée et effrayée, par sa propre violence révélée et amplifiée par ses transformations pubertaires et la montée en puissance de son désir. Elle raconte et élabore : *« Mon père, je sais pas comment dire, mais je le hais... quand je l'ai vu, il n'y a pas longtemps, ça s'est mal passé, je m'étais battue avec une fille, il s'est pris de me faire la morale et de me dire qu'on ne tapait pas sur les autres comme ça, surtout sur les plus faibles, je l'ai regardé et je lui ai dit : maman, elle était plus faible et je lui ai tourné le dos et je suis partie... Il m'a rattrapée, m'a pris par le cou et m'a serrée et j'ai vu... dans ses yeux qu'il était capable (la jeune fille s'arrête, sidérée par sa représentation)... Elle poursuit : « Je le hais et en même temps c'est tellement moi, quand je le vois, je me vois, comment faire... ?? »,* témoignant de sa propre violence interne la contraignant à un fonctionnement psychique clivé.

Les troubles du comportement sont en notable augmentation chez les jeunes ces trente dernières années, ce qui redonne à l'adolescence, dans les médias, toute son aura de violence potentielle. Mais convenons que s'interdire quelque chose, accepter le sens de la frustration, attendre un peu, ne sont plus les valeurs de notre société : il n'est pas surprenant que les enfants parvenant à l'adolescence avec peu ou pas de limites intériorisées, plongés dans le bain social qui prône le droit immédiat au plaisir, aient beaucoup de difficultés à soudain être capables de différer ce plaisir et ces besoins. Les limites, les codes moraux, les règles ne reposent que sur les acquis de l'enfance. Ce qu'un adolescent aura intériorisé du temps de l'enfance, il pourra le conserver, même s'il en conteste un temps le bien-

fondé. Dans le cas contraire, il lui faudra la rencontre avec la rigueur et la sévérité de la loi, les contraintes de la réalité extérieure et les exigences de la vie en groupe pour que celles-ci lui soient imposées, l'extérieur exerçant dans ce cas une contrainte dont la violence équivaut à la violence à laquelle est entraîné le jeune par ses propres exigences pulsionnelles. Lorsque les troubles de l'adolescent sont en lien avec un défaut d'autorité limitante intériorisée dans l'enfance, l'environnement doit se montrer contraignant et autoritaire, dans un lien relationnel et d'explicitation, afin de donner, dans la durée, quelque chance au jeune d'intérioriser ce qui lui fait défaut depuis toujours.

Le mot vulnérabilité est à la mode, il est l'un des conjoints du couple « vulnérabilité-stress » cher aux neuro-développementalistes et convenons que ce modèle est à même de fédérer leurs thèses avec les hypothèses psycho dynamiques.

Pour nous, la vulnérabilité d'un jeune confronté au processus des transformations adolescentes s'apprécie par son histoire, la qualité des liens établis, leur continuité, la sécurité et la cohérence des relations qu'il a tissées avec son environnement. De la même façon que Winnicott affirmait que le bébé n'existait pas, l'évaluation d'un adolescent, l'abord de sa souffrance et de ses troubles éventuels suppose la connaissance de son environnement.

Philippe Jeammet, en 1990, avançait déjà que : « *L'adolescence constitue le révélateur potentiel de ce qui demeure de vulnérabilité antérieure* ». Le processus d'adolescence, en lui-même, induit une fragilité particulière, une possible déstabilisation et l'éclosion de troubles, surtout lorsque des éléments de vulnérabilité existentielle préexistent ou bien quand les changements imposés au jeune par la puberté sont insupportables pour son environnement.

À la contrainte paradoxale du processus d'adolescence qui consiste à se séparer, se différencier tout en continuant à se nourrir concrètement et symboliquement (par le jeu des identifications) de ses parents, s'ajoutent actuellement les mots d'ordre sociaux d'autonomie, d'épanouissement individuel et de réduction des risques.

L'adolescence est une **traversée à risque** en ce qu'elle représente un aller de l'avant pulsionnel, physique et psychique vers des terres inconnues, et la rencontre d'un autre Soi, dont les nouveaux contours sont à définir, accepter et intégrer. La prise de distance, l'autono-

mie, l'accès à la sexualité et aux sentiments amoureux supposent, en effet, pour chaque jeune, une mise à l'épreuve de Soi, de son identité propre, de ses capacités et de ses qualités. Plus le jeune aura pu, pendant son enfance, intégrer dans son environnement d'éprouvés de sa qualité propre, dans la continuité et dans le cadre de limites cohérentes, moins le recours à la prise de risque lui sera nécessaire pour affirmer l'estime qu'il a de lui-même.

En revanche, pour ces jeunes dont l'identité bringuebale sur un narcissisme insécuré et carencé, le marquage du corps (autrefois « blessures symboliques ») par des tatouages, des piercings, des automutilations en tout genre, des scarifications à répétitions et les tentatives de suicide peuvent être comprises comme des tentatives de reprendre la maîtrise sur un corps qui paraît leur échapper, sur une identité aux contours estompés par les changements subis.

Les prises de risques à l'adolescence sont, pour certains, une exigence vitale, une nécessité à s'éprouver, à se prouver et à conforter son existence et son unicité dans le regard de l'autre (que celui-ci soit admiratif ou épouventé). Elles sont l'équivalent de l'Ordalie du Moyen Age (prendre le risque de mourir pour mériter de continuer à vivre), elles n'ont pas valeur de rites d'initiation des cultures traditionnelles, au sens où elles ne sont pas reconnues par la société (elles sont au contraire dénoncées par celle-ci), et n'ont pas de valeur symbolisée de passage.

Pour conclure, disons que nous sommes volontiers inquiets pour les adolescents, parfois même jusqu'à leur prédire des lendemains qui déchantent. Nous sommes également attentifs à détecter leur inconfort psychologique, débusquer leurs angoisses et à en reconnaître les signes.

Un sondage Ipsos récent pour la fondation Wyeth met en évidence que :

- 72 % des adultes estiment que les adolescents sont souvent mal dans leur peau. Or, dans ce même sondage, seulement 19% des adolescents estiment être mal dans leur peau.
- Cet important décalage de perception se confirme tout au long de l'enquête : Pour exemple, 73% des adolescents déclarent se sentir bien à l'école, alors même que seulement 47% des adultes (moins de 1 sur 2) le pensent.
- 39 % des adolescents témoignent de la pression qu'ils ressentent, 81 % des adultes en sont persuadés.
- 21 % des adolescents confessent avoir des difficultés



UNE MAISON POUR LES ADOLESCENTS : POUR QUOI FAIRE ? CAEN, 13 MARS 2007

relationnelles (avoir du mal à aller vers les autres), alors que 50 % des adultes le pensent.

Ce sondage confirme les chiffres de l'INSERM, les travaux de Marie Choquet, stables depuis 20 ans, qui affirment que 80 % des adolescents vont bien, mais il attire l'attention sur le fait que les adultes sont inquiets et ont tendance à surestimer le mal-être à l'adolescence. Il s'agit sans doute d'un effet de culture, la notion de crise d'adolescence étant désormais bien établie dans les esprits de chacun jusqu'à parfois se confondre avec la représentation d'adolescent en crise. Un mot sur le terme de crise, du grec « Krisis » qui veut dire « décision », il s'agit d'un changement brutal d'un état en bien ou en mal. C'est dire si la crise, au sens maturatif du terme, est obligatoire et imposée à chaque adolescent.

Il y a, en effet, actuellement, c'est ce que je ressens, une source importante de transmission de l'angoisse entre les générations, du fait des mutations rapides socioculturelles de ces 40 dernières années qui déboussolent et désappointent les aînés en charge de transmission des valeurs, du savoir, en tâche de définir des limites pour leurs jeunes...

Nous élevons nos enfants, en fonction de nos valeurs passées, dont on se rend compte qu'elles sont rapidement bousculées par l'évolution actuelle. Le défi que nous posent certains jeunes, c'est la réponse, par des conduites de refus et d'autodestruction, à une société qui prône et offre des possibilités nouvelles, sans doute sans précédent, de consommation et de réussite personnelle.

« Ils ont pourtant tout pour être heureux, ils ont toute la vie devant eux... » Entend-on parfois devant la fréquence des tentatives de suicide ou autre trouble des conduites, les adolescents nous obligent à nous interroger sur ce qui pousse l'être humain à se détruire lui-même.

Autrefois l'importance accordée à la sexualité infantile, sa mauvaise compréhension faisaient scandale, jusqu'à ce temps, les années 70, sortie de l'obscurantisme, disent les plus optimistes, où le tabou de la sexualité aurait été levé. Les jeunes et moins jeunes suicidaires nous confrontent maintenant à cet autre scandale, l'appétence pour la mort ou du moins la souffrance, qu'est le masochisme.

L'inquiétude, notre anxiété à l'égard des adolescents, notre tendance, parfois, à survaloriser leurs difficultés, sont aussi le miroir réfléchissant de nos propres angoisses, nos mouvements dépressifs et notre malaise concernant notre avenir...

Alors... l'adolescence serait-elle également le miroir et le révélateur de la crise du milieu de la vie (40-50 ans) que certains théoriciens individualisent comme nouvelle étape maturative de l'existence, la question est posée...

Elliot JACQUES, psychanalyste anglais, développe l'idée que le véritable deuil de l'enfance se passe beaucoup plus dans la crise (voyez que là aussi, le terme s'impose) du milieu de la vie qu'à l'adolescence.

Alors « *Le goût des autres....* », « *American Beauty* », « *Kennedy et moi* », « *le cœur des hommes...* » sont sans nul doute des films de l'air du temps

BIBLIOGRAPHIE

- Genvresse P. « *L'adolescent dans tous ses états : la famille, l'école, la société et son état interne* » Assemblée Générale ADSEAM 17 juin 2005
- Genvresse P. « *Aînés déboussolés, jeunes perdus...* » rencontres ACSEA 14 février 2006
- Marcelli D. « *Autorité et sexualité* » in Actes de la cinquième journée de Médecine et santé de l'adolescent Angers 13/12/2003
- *Le Point* jeudi 8 mars 2007, n°1799, p.30





Hervé DESPREZ

Psychologue clinicien
Fondation Bon Sauveur
Picauville

RECEVOIR DES ADOLESCENTS DANS UN CMP

Je suis psychologue dans la Manche, dans un secteur de psychiatrie adulte, et j'interviens principalement sur le CMP de Valognes. Les jeunes y sont reçus à partir de 16 ans (âge limite entre psychiatrie adulte et pédopsychiatrie).

Quand j'ai donné le titre de mon intervention, je ne savais pas encore ce que j'allais dire. J'ai commencé par reprendre mes notes concernant quelques jeunes vus en CMP pour repérer les particularités de leurs demandes.

Ils viennent parfois d'eux-mêmes, parfois sur le conseil d'amis qui sont déjà venus. Ils viennent aussi adressés par l'infirmière du lycée, par le médecin de famille, à la demande de leurs parents, ou enfin adressés par l'hôpital général quand il y a eu un passage à l'acte ou une hospitalisation.

Alexandra : elle avait 16 ans quand je l'ai reçue pour la première fois ; elle est adressée par l'infirmière du lycée. Ses parents sont divorcés, elle vit avec sa mère, elle voit peu son père car elle ne s'entend pas avec sa belle-mère. Elle est amoureuse d'un garçon de son âge avec qui elle a une relation depuis quelques mois, mais lui est moins amoureux qu'elle, elle craint la rupture. Elle se sent dans une dépendance extrême par rapport à lui, et ne peut envisager sa vie sans lui. Dès qu'il ne répond pas à ses demandes, elle s'angoisse.

Aurore a 16ans aussi, elle a eu un suivi pendant quelques mois, vers l'âge de 11 ans, pour un épisode anorexique. Elle a été considérée comme guérie par tout le monde et aujourd'hui, elle traverse à nouveau un épisode d'anorexie. Elle a perdu 15 kg en quelques mois, malgré cela, elle garde quand même un surpoids, car en fait de guérison, elle était devenue boulimique mais personne ne s'en inquiétait. Elle a un copain avec lequel il y a de nombreux conflits, lui ayant recours très régulièrement au cannabis et à l'alcool.

Fany, 16 ans. Elle s'isole, est triste, se sent rejetée. Elle ne supporte pas sa couleur. Elle est métisse. Sa mère est blanche. Son père est noir, il a quitté le domicile laissant sa femme et ses 3 enfants sans nouvelles. Fany a fait des recherches, l'a retrouvé et celui-ci a accepté de la prendre en vacances, mais au bout de quelques jours, elle a dû fuguer car il buvait et était violent avec elle. Il lui dira plus tard qu'il ne la considère plus comme sa fille.

Antoine, 16 ans, sa mère appelle pour que je le reçoive car elle trouve son fils triste, parfois il pleure dans sa chambre, elle lui a proposé de me rencontrer, il est d'accord. Quand je le reçois, il me parle de l'ambiance familiale qui est très conflictuelle, il ne supporte plus d'assister aux scènes entre ses parents.

Je vais arrêter là cette énumération pour essayer de dégager de ces cas ce qu'on nomme souvent « un problème lié à l'adolescence ».

Chez eux, pour le dire simplement, est apparu un malaise lié à une difficulté dans la relation aux autres : aux parents, et à l'autre sexe, difficulté aussi par rapport à leur corps. Et pour eux, il y a, à ce moment de leur vie, quelque chose de nouveau qu'ils perçoivent et ne peuvent mettre en mots, pour le dire en termes lacaniens : le sujet a affaire à un réel.

L'expérience analytique nous enseigne qu'il y a pour tout sujet une rencontre traumatique avec un réel. Cette rencontre peut se répéter à différents moments de l'existence, qui prennent ainsi valeur de moments cruciaux. Ce réel se présente sous différents aspects, mais sa particularité c'est que les mots manquent à le dire.

Ce réel à ce moment de la vie qu'est l'adolescence, c'est le réel de la puberté.

Qu'est-elle cette puberté ?

C'est d'abord une poussée hormonale qui provoque les transformations corporelles, ce sont les caractères sexuels secondaires qui se développent. Il y a un réel organique. Mais ce n'est pas que ça. Avec cette poussée hormonale, il y a aussi une irruption, un surgissement que les mots ne peuvent dire. Il y a une modification imaginaire du corps. Quelque chose se produit pour le sujet, qui échappe à son savoir.

Le sujet, fille ou garçon, est attiré par l'autre sexe, il aime, il n'aime plus, il est mal parfois, il ne sait pas comment s'y prendre, il n'y a pas de savoir institué et constitué sur ce rapport.

Chez l'animal, l'instinct règle ces rapports, l'instinct c'est un savoir inscrit dans le réel qui organise le rapport à l'autre sexe. Quand le mâle rencontre la femelle, il sait comment ça marche. L'animal ne choisit pas. L'homme si. C'est ce qui fait sa responsabilité et aussi sa solitude. Il n'y a pas d'instinct sexuel qui ferait que l'homme serait attiré par les femmes et réciproquement. Il n'y a pas de reconnaissance comme telle de l'Autre sexe qui serait déterminée à l'avance. Il ne sait pas y faire avec l'autre sexe, il ne sait pas ce que c'est qu'être un homme ou être une femme, il ne sait pas le



UNE MAISON POUR LES ADOLESCENTS : POUR QUOI FAIRE ? CAEN, 13 MARS 2007

sens qu'a son existence, pourquoi il est né, d'où il sort, ce qu'il fait là, pourquoi il va disparaître.

« *L'existence singulière du sujet, dit Lacan, est radicalement inassimilable au signifiant.* »

Ce n'est pas un hasard si ces questions concernant l'identité sexuelle du sujet, la relation à l'autre et le sens de son existence, surviennent à ce moment de l'adolescence et si c'est justement sur celles-ci que l'adolescent va buter.

Il y a un manque structural de signifiants pour répondre à ces questions.

« *Il n'y a pas de rapport sexuel* », Lacan ramasse dans cette formule cette difficulté pour les humains à régler ce rapport avec l'autre sexe. Chacun a à inventer sa propre réponse. Pas d'instinct, pas de savoir, pas de recette, pas de communion ou de complémentarité parfaite...

Reprenons le cas d'**Alexandra**, pour elle, il n'y a pas de doute, $1+1=1$, elle a rencontré le grand amour, il n'y en aura pas d'autre, elle est prête à tout supporter pour que ça dure. Parfois, il lui fait la tête, il l'a même trompée une fois... Au cours des premiers entretiens, Alexandra ne veut pas aborder la question de cette dépendance, en parler serait pour elle la critiquer et la remettre en cause, elle a la même dépendance vis-à-vis de sa mère. Très vite, après le début de nos rencontres, c'était au printemps dernier, son petit ami rompt leur relation. Alexandra, à ce moment, arrête le lycée, elle déprime et reçoit un traitement antidépresseur. Au fur et à mesure des entretiens, elle va chercher une solution du côté de son père, elle souffre de ne pas le voir. Elle va aller passer quelques jours chez lui et elle se rend compte que ce qui lui paraissait insupportable n'était que des malentendus. Elle va, avec ses mots, analyser ce qui se passe pour elle, cerner ce trou dans le savoir pour mieux en déduire sa place. A la rentrée, elle reprend le lycée, le traitement a été vite arrêté, elle ne pense plus à cet ami et gère mieux aussi les relations avec sa mère et ses amis, elle n'est plus avec eux dans une demande d'amour permanente. Je continue à la voir mais nous avons espacé les entretiens.

Quand le sujet rencontre le réel, face à cette rencontre traumatique, face au manque de signifiants, le sujet invente une réponse, un symptôme comme barrage à l'angoisse.

La puberté est un des noms possibles du non-rapport sexuel. Le symptôme comme réponse au non-rapport sexuel c'est l'adolescence. L'adolescence c'est l'ensemble des réponses symptomatiques possible que le sujet va trouver.

C'est la thèse que développe Alexandre Stevens, psychiatre, psychanalyste belge dans une conférence donnée à l'université de Paris VIII en 1998, conférence intitulée : « *l'adolescence, symptôme de la puberté* ». (Parue

dans Les Feuilles du Courtil n° 15, publication du Champ freudien en Belgique).

Alexandre Stevens propose une lecture des différentes réponses possibles que nous rencontrons.

La plus favorable, c'est l'investissement dans les études, c'est le choix d'une position quant au savoir, quant aux significations du monde comme un mode de substitution de ce savoir qui manque sur le sexe. C'est la position positive par rapport au savoir, mais il y a aussi la position négative qu'on peut avoir même chez des bons élèves qui vont arrêter de travailler, rejeter le savoir, le dévaloriser puisqu'il ne répond pas pour eux à la seule question qui vaille.

Autre réponse possible par les identifications :

Le troisième temps du complexe d'Œdipe permettait au sujet de constituer son Idéal du moi. Les identifications parentales constituaient une façon de remettre à plus tard les désirs œdipiens. La génitalité rend possible la réalisation des Vœux œdipiens, l'interdit de l'inceste amène le sujet à se réaménager un nouvel Idéal du moi constitué d'identifications nouvelles à des objets non œdipiens.

Inventer des identifications c'est le fondement des bandes d'adolescents qui indiquent bien qu'il s'agit aussi de traiter quelque chose qui est de l'ordre de la séparation d'avec l'Autre, d'avec les parents.

Le père comme symptôme. C'est une des réponses possibles qui repose aussi sur l'identification mais non plus sur une identification horizontale (aux semblables) mais sur une identification à l'exception. Un père de substitution solide sous la forme d'un professeur par exemple.

Revenons en arrière : l'enfant croit à un Autre consistant. Pour lui, le père est dans cette position d'exception, de savoir, il sait ce qui est bon pour lui, ce qu'il doit faire de sa vie... Mais à l'adolescence, le sujet découvre qu'il n'y a pas de savoir, que l'Autre ne sait pas tout, et qu'il n'a pas réponse à tout. L'adolescent reste démuné devant ce constat, c'est pour cette raison que certains vont s'orienter vers quelqu'un de même sexe, plus âgé qu'eux, sur lequel ils prélèveront des traits d'identification, qu'ils vont situer en place d'exception et qui fonctionnera comme nouveau modèle.

Mais dans la société moderne, cette réponse avec le père est de plus en plus difficile. Le déclin de la fonction paternelle est un phénomène de structure de notre société, consécutif aux effets de développement de la science et de l'universalisation de la culture. Tout le monde se plaint que l'autorité des pères, de la police, des juges, des enseignants... n'est plus respectée. On est passé à l'ère du « tous pareils ».

Mais il y a des tentatives de réinstaller le père au travers de l'intégrisme et des sectes qui sont à distinguer de la religion. En effet, la religion s'appuie sur un père symbolique alors que l'intégrisme et la secte sont plu-

tôt les domaines d'un père jouisseur, domaine où tout est permis, même tuer au nom du père.

Comme Alexandra, face au surgissement de la puberté, Fany essaiera de se retourner vers le père, mais celui-ci se montrera non seulement inconsistant mais néfaste ce qui rend insupportable pour Fany ce trait, la couleur, qui l'identifie au père.

Pour **Antoine**, les choses ne sont pas tellement différentes. Deux fois déjà, il a consulté dans des CMP ou CMPP, le père a toujours refusé de se déplacer. Le père avait promis que cette fois-ci il viendrait me voir, en fait il a pris un rendez-vous mais ne s'est pas présenté. Le père est dans l'armée, la sœur aînée a fait aussi le choix d'une carrière militaire et Antoine, pour le moment, envisage de s'engager dans les pompiers de Paris.

Autre type de réponse à ce manque de savoir : la défaillance du fantasme. Le fantasme se met en place pendant l'enfance. Pour le définir rapidement, c'est ce qui permet au sujet de régler son rapport au réel, ça le protège du réel, c'est la fenêtre au travers de laquelle le sujet perçoit ce réel. Le sujet n'a donc pas affaire au réel mais à une réalité qui lui est singulière, définie par ses propres signifiants. Si plusieurs personnes assistent à une même scène, elles n'en percevront pas la même chose, n'en garderont pas le même souvenir, chacune la voyant de sa « fenêtre ».

Suite à ce bouleversement de la puberté, à cette modification de la relation aux autres, ce fantasme peut donc défaillir. Freud, dans « *inhibition, symptôme, angoisse* », présente le symptôme comme le dernier rempart contre l'angoisse, et quand le symptôme ne tient plus, c'est le passage à l'acte ou l'acting out.

Le passage à l'acte, c'est l'agir qui vient à la place des mots, à la place d'une symbolisation impossible, l'Autre n'existe plus, plus rien ne le raccroche, il quitte la scène. Le suicide est du côté du passage à l'acte.

L'acting out, c'est différent, les coordonnées symboliques ne manquent pas mais sont incomprises du sujet. Dans l'acting out, le sujet monte sur scène. L'acting out introduit la dimension de l'Autre. Est-ce que je compte pour l'Autre ? Que suis-je pour lui ? L'Autre peut-il me perdre ? Dans cette intention de montrer, le sujet cherche aussi à punir l'Autre, certains sujets le disent d'ailleurs « je ne voulais pas mourir, je voulais voir ce que ça ferait à... ».

L'anorexie et la boulimie sont deux réponses régressives, fréquentes, à situer du côté de l'oralité et de la demande d'amour. Elles permettent le rejet de la sexualité qui va, dans l'anorexie, jusqu'à l'arrêt des règles et l'élimination des formes du corps féminin et dans la boulimie jusqu'à la transformation du corps sous l'effet de la demande orale.

Aurore, dès le premier entretien, me demande si je veux recevoir sa famille. Je lui demande ce qu'elle en

pense, elle n'a, dit-elle, aucun problème avec sa famille mais elle pense que ce serait bien. Je lui en laisse l'initiative. Les deux séances suivantes, elle viendra accompagnée d'un de ses parents. D'abord sa mère : elle ne semble pas préoccupée par l'état d'amaigrissement de sa fille, elle ne parle que du petit copain de celle-ci.

Puis le père, il apparaît inquiet et démuni. Après cet entretien, Aurore me dira que son père est non seulement un très gros fumeur, mais qu'il ne peut passer à table sans avoir bu plusieurs apéritifs. A un moment, c'est lui qui s'occupait du suivi scolaire d'Aurore, mais il se montrait très violent physiquement.

Aurore me dira qu'elle ne peut gérer son alimentation quand elle voit son copain, à chaque fois après l'avoir vu, elle est bloquée pendant plusieurs jours. Celui-ci ne la comprend pas alors que lui-même a un problème avec l'alcool et le cannabis. Elle finira par rompre en faisant jouer un rôle d'intermédiaire à sa mère.

Autre recours pour certains adolescents : la toxicomanie. C'est un moyen de jouir hors sexe et qui en plus va conférer au sujet une identité « je suis toxicomane ». C'est une façon de colmater cette question de l'Autre sexe par un recours à un objet qui servira parfois de lien pour découvrir l'autre et permettra quand même l'accès aux relations sexuelles.

Bien sûr, il faut mettre à part les formes de toxicomanie qui servent davantage de couverture à un délire plutôt que de mise à l'écart des problèmes de la sexualité.

En conclusion

L'adolescent ne peut donc attendre de l'Autre un savoir sur son être, ce qu'est un homme ou une femme, ce que c'est que l'existence... mais il peut apprendre de l'Autre quelle est sa place symbolique : ce qu'il doit faire en tant qu'homme, ou en tant que femme, qu'elle est sa place dans sa famille, dans le monde, ses droits et ses devoirs.

A l'adolescence, le sujet fait donc l'expérience d'un manque radical dans le savoir qu'il attendait de l'Autre, il va donc faire des choix dont il sera responsable sans que personne vienne lui dire ce qu'il a à faire.

C'est sur cette question de responsabilité que se fait la distinction entre l'enfant et l'adulte.

C'est une question éthique.

Je citerai pour conclure François Leguill, psychiatre, psychanalyste, lors d'une conférence en 1988 à Rouen :

« Est adulte, quiconque, sans le recours au savoir d'un Autre, assume le fait qu'il y a un point de manque pour dire ce qu'il est, ce qu'il veut et comment faire avec cette jouissance qui lui échappe. L'enfant c'est celui qui ne peut affronter la question de l'acte sans le recours à l'Autre. L'adolescence est donc le temps logique où cette question devient incontournable. »



VIE PSYCHIQUE, ART ET CULTURE, L'ABSOLUE NÉCESSITÉ DE L'INUTILE

DOIT-ON ATTENDRE DE L'ART ?

La question qui préside à mon propos, Doit-on attendre de l'art, peut paraître quelque peu provocante sachant qu'il y a des art thérapeutes dans la salle. Ce que je souhaite c'est distinguer la pratique artistique en tant que telle, en tant qu'activité manuelle, sans préjuger de ses limites, et l'art entendu comme universellement reconnu, le grand art en quelque sorte. A travers cette distinction j'aimerais montrer que, d'une certaine manière, la pratique artistique et l'art sont antinomiques, qu'on ne fait pas de l'art, tout au plus peut-on espérer que celui-ci surgisse dans une pratique qui, plutôt qu'artistique, devrait être qualifiée d'expérimentale tant les malentendus subsistent sur la nature pseudo-mystifiante de l'art et les croyances qu'il véhicule.

J'expliquerai, ce que je crois, que l'art n'est jamais comme on l'attend, plutôt un déséquilibre, que le chaos l'aspire, qu'il est le fruit d'une acuité soutenue et d'expériences incertaines, une sécrétion du monde et qu'en cela il trouve son universalité, que l'art réfute l'art, qu'il est rétif à toute institution, qu'il est une coïncidence rare et presque improbable qui, dans sa nature même, échappe à tout programme, ne peut s'inscrire dans aucune mission et se trouve incompatible à toute instrumentalisation. Sa rareté tient d'ailleurs autant à l'improbabilité de son surgissement qu'à la volonté toujours plus grande de le récupérer. La question par exemple d'un art citoyen, qui créerait, dit-on si facilement maintenant, du lien social, est une pure aberration. L'autre idée qui verrait dans une pratique innocente – j'emploie ce mot avec la prudence qui lui convient – une autre possibilité de l'art est une vue de l'esprit. Il n'est pas dans mon intention d'être choquant. Ce que je vous dirai n'engage que moi en tant que peintre, en tant que praticien qui, je l'explique, s'oblige à voir. Considérez cela comme une proposition. Une proposition discutable mais il me semble que ce soit ce que nous voulons.

Pour illustrer mes propos, je ne vous montrerai pas des œuvres, je questionnerai avec vous ce que nous croyons savoir de l'art, sans prétendre en donner quelque définition, en citant des chefs-d'œuvre identifiables par tous. Et pour simplifier mes propos, je me limiterai à la peinture, parce que je la pratique, mais surtout parce que son champ est plus connu de tous. Il me semble que ceux qui le souhaiteront pourront transposer, en pratiques installatoires, sculpture ou performances.

Tout commence toujours par une définition et déjà les difficultés commencent. Pour paraphraser Saint Augustin qui évoquait le temps, je pourrais dire que je crois savoir avec vous ce que c'est que l'art, mais si l'on me demande, je serai dans l'incapacité de le définir. Les définitions qui d'ailleurs ont égrainé l'histoire ont toujours été contredites au fil des artistes et des mouvements. La définition de l'art, pour régler provisoirement cette question, serait dans son propre mouvement, toujours reconduite... Il nous faut simplement admettre que *la Vénus de Milo*, *le Bœuf Ecorché* de Rembrandt, un

masque nègre, *l'Urinoir* de Duchamp ou un *Monochrome* de Klein, pour ne considérer que des œuvres emblématiques, ont ceci de commun qu'elles appartiennent toutes au monde de l'art, à son histoire, dans leurs différences absolues et les contradictions qui les opposent. Il y a bien une histoire de l'art cependant. *La Joconde*, une *Asperge* de Manet et *le Porte-bouteilles* de Duchamp nous disent leur appartenance avec la difficulté induite de penser ce même art. Ce qui est donné sans discussion – c'est de l'art – résiste à la raison et au bon sens ; quand je crois le définir, il est ailleurs.

Si nous admettons que l'émerveillement extatique des *Nymphéas* de Monet puisse rejoindre le tragique du *Radeau de la Méduse*, que les métamorphoses viriles et grinçantes de Picasso n'ont d'égal que les féminités lumineuses de Matisse, alors nous reconnaissons que l'art ne hiérarchise pas les qualités des contenus, harmoniques ou dissonants, tragiques ou enchantés. A attendre du beau et de la grâce, peuvent advenir dans une même force de surgissement le trouble et la laideur. Si l'équilibre devient une question, le déséquilibre s'impose comme inquiétude... Chercher l'harmonie suppose la possibilité du chaos. « *L'art n'existe [...] qu'en créant une déchirure par laquelle nous entrevoyons l'abîme* » nous dit Cornélius Castoriadis. Rien d'apaisant dans tout cela. Apollon est indissociable de Dionysos. A vouloir dire le monde, l'art exhume les ruptures, les schizes.

Le cas Van Gogh est plutôt emblématique de bien des malentendus. Il montre à quel point ce qui fait la puissance inquiétante de l'œuvre se trouve, pour des raisons aussi inconscientes que bienveillantes, transfiguré en beauté rassurante quand bien même elle sera dite fiévreuse. J'ose à peine dire que le cas est clinique... Pardonnez-moi.

Prenons *le Champ de Blé aux Corbeaux*. Je vous invite à découvrir cette œuvre qui précède de très peu le suicide du peintre. J'aurais pu choisir *l'Eglise d'Auvers* ou *la Nuit étoilée*, *les Tournesols*, mais le cas du *champ de blé* est tellement significatif... Que n'entend-t-on au pied des cimaises sur la beauté prétendue du tableau, l'impresionnisme – tout est dit dans le vocable – les couleurs pures, le geste, les audaces, que sais-je. Que voit-on en

Exposé proposé par
Bruno Dufour-Coppolani
au centre culturel de
Saint-Lô, le mardi 5 juin
2007, dans le cadre des
rencontres de l'association
CROIX-MARINE
autour d'une réflexion
intitulée :
"VIE PSYCHIQUE, ART ET
CULTURE, l'absolue
nécessité de l'inutile".

réalité ? De la peinture, une touche fébrile, des couleurs acides, des contrastes violents, un espace contraint, un dessin chaotique, une symbolique morbide (les corbeaux). Que ressent-on ? Un éclat, un malaise, une déchirure.

Dans la plastique, dans la concrétion matérielle du tableau un agencement s'est imposé qui, comme le dit si bien Deleuze, échange un ensemble de percepts en un bloc d'affects, qui fait que la chose tableau est depositaire d'un trouble que l'on va dire intérieur, d'un moment d'humanité. Quelque chose dans la forme déborde la forme.

Van Gogh a su trouver et reconnaître dans la forme le malaise qui l'habite. Non pas, comme on pourrait le croire naïvement, qu'il ait su donner une forme à son délire mais que sa plastique, ses choix donc qui sont aussi des élans, ont pu être marqués au plus près par son malaise et conduire un geste que l'artiste aura pu reconnaître comme juste. Ce qui arrive sur la toile, c'est ce qui lui arrive. Cela s'appelle l'expressionnisme. Pour bien comprendre ce phénomène, il faut en revenir à la mise en œuvre : L'artiste est au monde, aux aguets, il fait et considère, refait et interroge, jusqu'à, peut-être, reconnaître dans ce qui est advenu sur la toile une forme qu'il reconnaît, en écho à ses inquiétudes. Comme une coïncidence. Il la reconnaît sans l'avoir jamais rencontrée ; comme juste. Cette forme il la cultive et la développe. La perception de ce qu'il a fait rejoint l'affect qui l'a préfigurée. Il s'y reconnaît en quelque sorte. Nous sommes bien loin de l'élégante beauté impressionniste que nous croyions voir et qui fait se pâmer les bonnes âmes cultivées.

Cela arrive au moment où la question du moi s'impose dans les esprits. Le *Je* de Van Gogh est reconnu dans le *Je* de chacun d'entre nous. Ce que nous pourrions dire, après, comme une reconnaissance, c'est que Van Gogh, avec d'autres comme Rimbaud, donne forme à une nouvelle question qui affleure : celle du *MOI* et de ses déchirures. Cette question arrive au monde quand le monde la rend possible, latente dans les esprits ; figurée elle est reconnue et devient un marqueur dans le mouvement des idées. Caravage a pu en d'autres temps inaugurer une forme de réalisme quand le corps est devenu une question charnelle. Plus tard, Rembrandt a pu s'inquiéter de sa propre image dans un temps où la surface se fait sensible et l'âme rejoint le corps. Ce que je veux dire c'est que les époques, dans leurs mutations, charrient avec elles de nouvelles questions qui trouvent à s'incarner avec leur lot de craintes et d'incertitudes. On est tenté de croire que ce sont les nouvelles questions qui font avancer le monde. Peut-être. C'est rassurant. Je crois pour ma part que c'est le mouvement irrépressible du monde qui libère de nouvelles questions, inédites, toujours inquiétantes parce qu'elles sont un défi incessant à ce que l'on voudrait bien être un équilibre. Dire ainsi que l'art est une

expression du monde qui trouve sa forme par la médiation d'un artiste c'est aussi admettre dans un sens quasi platonicien que l'artiste prête son corps à l'art et que ce faisant, c'est l'œuvre qui fait l'artiste beaucoup plus que l'artiste ne fait l'œuvre ; nous y reviendrons.

On voit bien la nature inconfortable de l'art quand, débordant la seule pratique, émergent du fond du monde les inquiétudes nourries par les grandes mutations. L'artiste devient alors, il s'y est engagé, le médiateur de ce qui s'annonce, mutations et drames compris. Très brièvement, je pense que l'artiste, qui fait du monde sensible son territoire, qui est aux aguets donc, saisit mieux que d'autres, c'est son métier, ces inquiétudes et, dans ses échanges avec la matière, reconnaît ça et là une forme qui les épouse. Jean-François Lyotard, que les analystes connaissent, a ce mot magnifique : *L'esprit est abordé par la matière*. Dans ses agencements qu'on appelle la composition, ses choix toujours réinventés, l'artiste ne peut faire mieux que de déposer ce qui du monde le hante. Son œuvre est sa hantise. Elle n'est pas une chose ; en écho à ses inquiétudes elle est une part d'être perpétuée dans le temps. Qu'on se souvienne des travaux de Giacometti, de Bacon ou de Soulages.

La possibilité de l'œuvre repose ainsi sur la coïncidence assez improbable, qu'un artiste découvre, dans l'expérience qu'il conduit, une forme superposable à son pressentiment inquiet et à une question qui advient au monde, ne sachant rien ni de l'un, ni de l'autre. Peu importe que Van Gogh ait eu conscience ou non que sa peinture donne forme à une question que le monde accouchait. Peu importe que cette forme soit le pur résultat d'un malaise somme toute trivial, d'un dérangement. Ce qui importe c'est que le monde ait trouvé là la forme convenant à une idée qui n'attendait que d'être incarnée pour surgir. C'est pour cela que je dis qu'on ne fait pas de l'art. On ne le pratique pas. Tout juste peut-on espérer le saisir au détour d'une expérience, en totale ignorance des conséquences possibles.

Nous arrivons au point très important du passage de l'expérimentation artistique à celui de l'avènement de l'œuvre, de l'Art. Quand le peintre pressent dans son expérience la justesse de sa découverte, il la soumet à son public (la question de la nature du public est déterminante et se posent les problèmes de la réception puis de l'instauration de l'œuvre qui mériteraient un développement trop conséquent. Il en va de l'art comme de la politique, une société a les œuvres qu'elle mérite...). Le public a son tour reconnaît (ou ne reconnaît pas) comme juste la forme qui lui est proposée. Si oui, la reconnaissance engage le processus d'instauration et fait de la chose une œuvre. Dans cette phase qui intonise en œuvre ce qui n'est au départ qu'un objet propositionnel, l'artiste est impuissant. Ce qu'il pense être



juste l'est-il pour les autres ? Cela signifie que le public contribue au devenir de l'œuvre et qu'en retour le peintre ne devient artiste que dans cette reconnaissance. Si dans la peinture un pan d'humanité a pris forme, il faut que pour l'œuvre un pan d'humanité reconnaisse la forme. Il en résulte que c'est plus l'œuvre qui fait l'artiste que l'artiste ne fait l'œuvre. Dire je suis un artiste n'a alors aucun sens. C'est dans la reconnaissance de l'œuvre et son instauration que le public, au sens noble de la réception, et lui seul peuvent désigner l'artiste. Ceci pour dire que l'on peut s'engager à peindre, sculpter, installer, mais que c'est dans la totale incertitude que l'art peut advenir. Comment dès lors peut-on programmer quelque mission artistique que ce soit ?...

Encore faut-il que l'œuvre instaurée s'inscrive dans le grand roman de l'histoire de l'art comme participant au processus du mouvement des formes et des idées. Sachant, et ce n'est pas le moindre des paradoxes que l'art dans son devenir réfute immédiatement ce que l'art instaure. C'est sa nature. Il ne peut être dans le mouvement du monde sans être mouvement lui-même, non pas parce que c'est désiré, mais parce que l'acuité aiguisée qui le rend possible (nous sommes bien dans le monde sensible) l'oblige à toujours voir derrière ou plus loin. S'ouvrir à l'art c'est accepter d'être dérangé au plus profond, déstabilisé, inquiété d'un monde qui ne peut s'établir. A chaque poussée d'art, comme il y a poussée de fièvre, il y a scandale et fureur. Le monde n'est jamais prêt à ce qu'il ne prépare pas. S'ouvrir à l'art, c'est accepter d'être déchiré. L'art ne règle pas plus le monde que la fièvre ne guérit. Il est symptôme. Emergence du dérèglement. Ce n'est pas que l'art réfute les règles : il est au-delà de cette surface. Il pointe les dérèglements. Que peuvent attendre les institutions d'une activité aussi menaçante, d'autant plus menaçante que ses intentions ne le sont pas a priori. Je me permets de glisser là une petite méchanceté aux formes d'art qui ambitionneraient de provoquer ou d'être subversives. Elles auront toutes les chances d'être reconnues comme artistiques, précisément parce qu'elles perturbent, dans leurs intentions, pas en profondeur. Les institutions peuvent s'en satisfaire, prouvant là qu'elles s'ouvrent à l'art... Savoir que l'art est scandaleux ne signifie aucunement que le scandale puisse satisfaire l'art...

L'art n'est rien d'autre qu'une question au monde toujours renouvelée, pas une réponse, la formulation, mieux encore, la forme donnée aux questions qui finissent par affleurer, qui sont pressenties, dira t-on, et finissent par être reconnues dans une forme par l'artiste puis son public, j'oserais presque dire par son public puis par l'artiste. On ne fait pas de l'art. Tout au mieux s'y engage t-on. Il ne peut-être projet. Tout au mieux s'y risque t-on dans l'espoir mal assuré qu'une vision personnelle reconnaisse sa forme et rencontre d'autres inquiétudes. Etre aux aguets et expérimenter

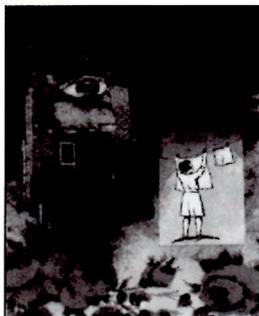
ne constituent en rien un projet. Une posture tout au plus qui s'effectue sans programme.

L'art interroge le chaos quand l'ordre s'instaure. Ni bon ni mauvais, pas plus utile qu'inutile, il est peut-être la forme que le monde se donne et in fine la forme toujours vivante de ce que le monde fut. Vient à l'esprit le rapport que l'art entretient avec le temps, qui est des plus curieux : Je peux juste dire ce qu'il a été. Dire ce qu'il est est toujours contredit par ce qu'il en advient. Cette tautologie qui voudrait que ce soit de l'art parce que c'est dans l'histoire de l'art ou que c'est dans l'histoire de l'art parce que c'est de l'art n'est qu'une apparence. Elle est résolue en partie par ce phénomène de la reconnaissance qui à sa manière fait son histoire. Dire que l'art est reconnu nous ramène à cette idée que le peintre se met en situation de reconnaître une forme qu'il n'a jamais vue et de la reconnaître comme juste. Ce n'est pas un paradoxe si l'on revient à cette idée que ce qui est reconnu est dans une forme latente sans être incarné. L'art reconnaît et il sera promu précisément par une reconnaissance toujours perpétuée, c'est sans doute une de ses caractéristiques les plus fortes. J'en arrive à penser que l'art s'institue dans l'avoir été et qu'il ne trouve sa consistance identifiable que dans la mémoire de ce qu'il fut, sans doute du fait qu'il ne peut être acceptable dans son avènement. Cela permet au moins de comprendre le retard que prend le monde sur la forme qui advient.

Il est curieux de constater combien la société se réclame de l'art tout en le réduisant. Il lui faut le soutenir pour le contenir. Il y va de son équilibre. L'art ne se décrète pas, il ne s'institue pas, il transpire le monde quand le monde s'échauffe, poussée de fièvre symptôme d'un désordre. La pratique artistique, dans son acception courante, est tout sauf cela ; on peut sous certaines conditions lui reconnaître toutes sortes de vertus, reconstructives, de convivialité, apaisantes, voire thérapeutiques. Mais si la pratique est bien nécessaire à l'art, elle n'est que sa condition. Si la fleur ne peut se passer de la terre, la terre de son côté ne produit pas toujours des fleurs. Quand, dans la pratique, indispensable, l'art advient, c'est que le vouloir voir rejoint dans une dangereuse curiosité le vouloir savoir, que l'artiste endosse et fait endosser à ses risques et périls. La fleur, souvent, est toxique ou vénéneuse. Quand l'art est réduit à sa pratique, ce qu'il est dans toutes les formes d'instances, il est la négation même de l'art : consensuel, rassurant, faussement subversif, prétendument provocant... Si la pratique artistique peut se révéler apaisante, c'est qu'elle est restée aux lisières de l'art. Au-delà de cette frontière à la limite de laquelle il est bon de se tenir, dans son exercice même, l'art révèle du monde ce que le monde libère, indistinctement et dangereusement. Je me plais à dire que ce qui fait la force de l'art c'est qu'il oblige à voir. Cela ne préjuge en rien de ce qui sera vu et cette obligation expose celui qui s'y engage.



« Vies, là, sans soucis... »



Exposition du Collectif Hospitalier
des Arts-Thérapeutes Bas-Normands

DE LA SINGULARITE DES EXPERIENCES EN ATELIER D'EXPRESSION VERS UNE CREATION COMMUNE « VIES, LÀ SANS SOUCIS »

Carole GOUSSAIRE

Psychologue au CHS de St Lô,
utilise des médiations expres-
sives pour un travail de
groupe avec des patients

Roseline HIRARD,

arthérapeute sur La Glacière,
responsable d'ateliers
d'expression

C'est celui qui permettra d'illustrer mon propos cet après midi.

Lorsqu'on attend des effets thérapeutiques du travail en atelier il faut d'abord s'interroger sur la place du dispositif dans la trame institutionnelle.

Ce doit être un lieu repéré comme un espace de production et de parole possible, un lieu ouvert sur des temps limités avec des soignants bien repérés. Par exemple, l'atelier jeu dramatique se déroule tous les mardis de 14h à 16h30 au théâtre de l'hôpital. Il y a deux modules de septembre à juin pour permettre l'entrée de nouvelles indications. Cet atelier fonctionne en groupe fermé d'une dizaine de personnes. Il a été animé longtemps par deux infirmières et moi-même pour permettre une régularité de fonctionnement hebdomadaire.

Pour ne pas rester dans une relation imaginaire avec les patients, un travail en articulation avec les autres soignants doit pouvoir se faire à minima. Il s'agira surtout d'évoquer la personne en termes d'évolution dans les réunions d'équipe.

Le choix du lieu demeure important sur le plan de la réalité et sur le plan symbolique. Pour nous c'est un théâtre situé dans le cœur de l'hôpital et en même temps c'est un endroit à part, en dehors. C'est un lieu fermé, sans passage, il n'est relié à aucun service et c'est la seule activité de soin qui s'y réalise. Sinon il peut être utilisé pour réunir les professionnels des différents secteurs et il est prêté pour des répétitions de théâtre amateur et de chant choral à une association. Donc je dis souvent qu'il est en dedans et en dehors de l'institution, il est vraiment vécu comme tel, me semble-t-il, par tous les participants.

A propos de tous les ateliers il faut noter l'importance de la permanence et de la rigueur du cadre proposé. Cela va participer à donner une fonction contenante et d'étayage à l'atelier, condition nécessaire à une libre expression.

On énonce des règles :

- La régularité de présence est demandée, les rendez-vous se prennent sur un autre temps.
- Ne pas porter de jugement esthétique ou pédagogique, être discret sur ce qui concerne les autres.
- S'exprimer le plus librement possible dans le moment des séances. Dans l'atelier jeu dramatique, le travail est essentiellement basé sur l'improvisation.
- Les productions, dans les ateliers arts plastiques par exemple, appartiennent à la personne mais restent à l'atelier. Elles ne sont pas destinées à être montrées ou exposées.

Notons la différence de termes pour se présenter : chacune a une pratique singulière dans son établissement respectif.

Pourtant, nous nous sommes rencontrées cette année au sein d'un collectif régional de soignants travaillant en atelier d'expression. Avec nos collègues des autres établissements nous avons mis en place une exposition itinérante regroupant les productions des ateliers membres du collectif.

Nous vous proposons donc aujourd'hui un exposé à deux voix pour rendre compte de la diversité des pratiques en atelier d'expression et pour témoigner d'une expérience commune de création en cours. Nous évoquerons l'articulation possible entre les deux modalités d'intervention avec des groupes de patients.

C'est parce que je travaille dans des structures telles qu'hôpital de jour ou services d'hospitalisation au long cours que s'est développé l'intérêt pour les groupes à médiation.

On connaît la difficulté des suivis en individuel avec les patients psychotiques, leur discours souvent répétitif est marqué par la difficulté à associer.

Nous ne sommes pas dans le même champ libidinal et fantasmatique et de ce fait notre capacité d'écoute et d'attention s'épuise. Ou alors il arrive qu'on reçoive les projections d'images et d'angoisse archaïques dans la relation en face à face. Ce n'est pas facile pour le soignant et guère thérapeutique pour le patient.

La relation avec le patient au sein d'un groupe paraît plus aisée, d'autant plus que le travail en atelier implique une médiation qui va permettre un décentrage dans la relation. L'attention n'est pas directement dirigée sur la personne mais sur son jeu, sa création, sa peinture ou toute autre forme d'expression. C'est plus facile, moins angoissant de faire ensemble plutôt que d'être ensemble.

Je travaille sous cette forme depuis une quinzaine d'années, toujours en coanimation avec d'autres soignants. Il y a eu un atelier collage, un atelier terre, un polyvalent, un d'écriture et un atelier jeu dramatique, mis en place en 94 et qui existe encore aujourd'hui.



En jeu dramatique cela signifie que nous ne travaillons pas pour une représentation.

Nous avons souvent constaté en évoquant des situations avec les équipes soignantes que les patients ne se conduisaient pas de la même manière dans un groupe « atelier » ou dans un groupe « hôpital » (de jour ou service intra). Dans les ateliers nous les trouvons souvent plus imaginatifs, plus vivants, ils peuvent nous surprendre et se surprendre aussi d'ailleurs.

Anzieu dit : « *Dans le petit groupe plus sécurisant, plus contenant pourra s'élaborer peu à peu une capacité de créer, de fantasmer, alors que le grand groupe est le dépôt des éléments plus archaïques.* »

Mais c'est aussi parce qu'il y a possibilité de déposer, dans le cadre hospitalier, les éléments plus archaïques, que les patients vont pouvoir se mettre à créer et se laisser aller à jouer avec leur pensée dans un autre espace.

C'est important, dans une visée thérapeutique, cette nécessité d'espaces différenciés mais aussi emboîtés ou tangents, en lien de toute façon.

Au préalable donc pour qu'un dispositif ait des effets thérapeutiques :

- Il faut qu'il soit annoncé comme ayant cette visée.
- Il faut s'interroger sur sa place par rapport aux autres dispositifs dans l'institution.
- Il faut poser la nécessité de la permanence et du cadre proposé.

Ensuite, que se passe-t-il dans l'atelier, quels sont les mécanismes à l'œuvre ?

Les personnes accueillies souffrent d'un défaut de symbolisation et ces dispositifs sont justement mis en place pour favoriser la symbolisation. On part du principe que ce qui est figé verbalement peut-être éventuellement contourné sous une autre forme. Le jeu théâtral est un moyen privilégié d'expression gestuelle et affective, et de rencontre avec l'autre.

La personne est respectée dans ses rythmes, ses productions, nous sommes attentives à une parole possible sur ce qui est éprouvé, associé. Le temps de verbalisation en fin de séance favorise ce lien entre parole et sensation.

Les théories de Winnicott sur l'espace transitionnel servent souvent de référence à ce type de travail en groupe.

Sans reprendre un exposé théorique, on peut dire que ces groupes thérapeutiques sont des espaces transitionnels au sens de Winnicott c'est-à-dire des espaces où il y a une mise en commun des illusions, des pensées, des associations que l'on peut créer ensemble et avec lesquelles on peut jouer. Un espace intermédiaire entre la réalité interne et externe des participants.

Les personnes vont jouer avec leur imaginaire, leur pensée, elles vont se surprendre, découvrir des possibilités nouvelles, se confronter à l'autre. J'ajouterais aussi qu'elles prennent vraiment du plaisir à jouer, on rit beaucoup dans l'atelier.

On m'a demandé dernièrement si la dramatisation ne favorisait pas le délire chez les patients psychotiques. Non, la difficulté est justement de pouvoir jouer à être un autre. Dans le long terme c'est tout un travail d'individualisation qui peut advenir.

Pour illustrer ce propos je peux évoquer l'expérience de Mlle G qui à ses débuts dans l'atelier, il y a une dizaine d'années, ne pouvait jouer que son propre personnage. Il fallait qu'elle garde le même prénom, le même âge, la même configuration familiale...

Un jour, elle s'est présentée dans un rôle qui restera le même pendant deux ans : Sylvie, jeune, jolie, secrétaire et célibataire.

Puis peu à peu, Mlle G s'essaie à autre chose, certes pas de personnages humains mais des animaux, un extraterrestre, la lune, une vague etc. Ensuite elle commencera à jouer différents personnages, elle accepte même d'être une femme mariée dans un jeu avec un patient homme. Deux mois après, elle s'amuse à l'idée d'avoir un amant dans un jeu type vaudeville... Aujourd'hui, elle peut prendre sans danger n'importe quel rôle, elle a accédé au jeu/je.

Des mécanismes de l'ordre de la symbolisation et de la subjectivation sont à l'œuvre dans ces groupes. Mais, pour que ça puisse fonctionner comme espace transitionnel il faut aussi que les animateurs thérapeutes soient, d'une part, garants du cadre proposé, et d'autre part développent leur propre capacité de rêver et de jouer pour aider à la transformation des affects. Le thérapeute doit être à l'écoute de ses propres émotions, de ce qu'on lui envoie pour métaboliser en quelque sorte ce matériel et le renvoyer dans l'aire de jeu.

Le soignant est dans l'activité créatrice, il reçoit, transforme et impulse par le jeu.

C'est dire l'importance de la coanimation dans ces espaces de travail. Valérie Lefranc, ici présente anime l'atelier jeu dramatique avec moi depuis sa création. Cette habitude de travailler ensemble participe à créer un espace sécurisant, dynamique et je crois que nous arrivons à transmettre notre plaisir à jouer.

Voici donc les grandes lignes du dispositif de **groupe thérapeutique à médiation** que nous mettons en place.

Je passe maintenant la parole à **Roseline** qui va nous parler de sa pratique en arthérapie.

Évoquer ce qu'est l'art thérapie serait trop long, il faut simplement savoir qu'en France il y a de nombreux courants de pensée à ce sujet, les formations existan-

tes ne débouchent pas sur un diplôme professionnel car ce métier en tant que tel n'est pas reconnu en France.

J'ai terminé ma carrière en service adulte. Mon parcours professionnel est celui d'infirmière, formée en art thérapie à Sainte-Anne et Paris V, un cheminement personnel m'a conduit vers le psychodrame et j'ai exercé comme psychodramatiste dans l'établissement où j'assumais, par ailleurs, ma fonction d'animatrice d'atelier d'expression et d'art thérapeute.

J'ai longtemps exercé en pédopsychiatrie. Mes fonctions se déroulaient sous cette formule, j'animais un atelier d'expression au sein d'une unité temps plein (service libre) ce que l'on nomme couramment l'ergothérapie :

- 1 atelier ergothérapie 7 demi-journées
- 1 atelier art thérapie 2 demi-journées en coanimation avec une infirmière.

Une demi-journée est ouverte pour accueillir des patients venant de l'hospitalisation sous contrainte. Je suis détachée plein temps à ce poste.

Moyens

L'atelier d'art thérapie est un espace destiné uniquement à cette activité, situé en dehors de l'unité mais en cohabitation avec un autre secteur, ce qui n'est pas sans poser de problèmes. Il faut une grande organisation.

Sur le plan financier, 2 budgets distincts sont attribués. L'atelier s'adresse uniquement aux personnes en cours d'hospitalisation. La population accueillie présente toutes les pathologies.

Sur quel modèle est accueilli le patient ?

Sur indication médicale, ce sont les arts plastiques qui sont proposés comme médiation. Le groupe est ouvert. La séance se rythme en 3 temps :

- **Proposition d'une thématique ou d'une consigne** inspirée de l'histoire de l'art ou de thème plus proche des préoccupations du groupe qui offre des possibilités créatrices soit en peinture/dessin ou modelage
- **Mise en commun en fin de séance** de ce qui s'est passé pour chacun. La présence dans le cadre de l'atelier de diverses médiations expressives est le prétexte au langage parlé. La mise en tension vers les mots permettra dans l'échange avec les autres, de mettre en œuvre une véritable distanciation symbolique d'autant plus opératoire qu'elle s'effectue en lisière, à proximité de la matière.
- **La créativité** est un des dénominateurs communs que l'homme et la femme se partagent.

Tout comme se partage la détresse que suscite l'absence ou la perte de Vie créative, l'art thérapeute peut être engagé dans une production ou bien être dans une position d'accompagnement.

Ce qui nous motive

Citation de Deleuze

« La création c'est quelque chose qui a affaire avec la résistance, c'est résister »

L'utilisation de l'expression est un effort qu'exerce un sujet pour retrouver ou inventer des limites lorsqu'il traverse une crise d'identité. Celle-ci se traduit volontiers par des turbulences pluri langagières.

Il est essentiel de maintenir l'axe production et parole à un niveau émotionnel dans le contexte de la séance.

Cet entre-deux (l'atelier) est un lieu d'expression. Nous cherchons à y mettre en œuvre les meilleures conditions pour favoriser la possible rencontre pour des personnes en souffrance, en marge ou en recherche de quelques sens à conférer à l'existence.

De cet improbable espace de création, nous nous essayons à créer un nouage pour redécouvrir, par le biais de la créativité propre à chacun, une forme d'expression originale qui fait sens dans le regard de l'autre en retrouvant son humanité et un tissage langagier.

Cadre dans lequel on exerce

Qu'il s'agisse d'aller vers la thérapie ou la création on rencontrera une question qui ne doit pas être élucidée : *« Que peut-on conserver ou perdre, que peut-on conserver et perdre ? »*

L'expérience du processus créatif, en terme psychanalytique, vise à conserver les expériences étant décrites comme l'effort inconscient de préserver, recréer, restaurer l'objet perdu ou plutôt la relation perdue à l'objet conçu en termes d'objet.

L'art thérapie c'est quoi ?

L'atelier d'art thérapie n'est pas un lieu où l'on doit acquérir ou développer telle ou telle aptitude ; c'est un espace où chacun s'approprie ou se réapproprie lui-même ses potentialités, ses moyens, sa capacité à se représenter. L'apport de l'expression est un outil d'individuation.

La fonction prépondérante dans l'usage de l'objet médiateur réside dans sa présentation comme objet à symboliser.

De la créativité il y a l'expérience de l'espace. L'expression représente une soupape en diminuant l'angoisse par le fait même qu'elle met dehors ce qui était dedans, elle intègre une émotion interne dans une représentation externe donc une mise à distance au moyen de la représentation quelle qu'elle soit.

Carole GOUSSAIRE

Dans cette deuxième partie je vais évoquer une autre expérience de travail en atelier, favorisée par l'appartenance à un collectif régional.

Le collectif des arts thérapeutes Bas-Normands existe depuis 1999, il regroupe des soignants ayant une pratique en atelier d'expression. Son objectif est « d'élaborer, réaliser et promouvoir des activités thérapeutiques à médiation artistique et culturelle ». Les signataires sont les CHS de Caen, de Cherbourg-Picauville, de



Saint-Lô, le CPO d'Alençon et le CH de L'Aigle. Les rencontres sont trimestrielles. Au départ il s'agissait d'échanges sur nos expériences ainsi que d'approfondissement théorique, puis nous nous sommes interrogés sur la possibilité de mettre en place des projets communs. Dès le début les ateliers de L'Aigle et d'Alençon travaillaient sur des expositions conjointes (gilets, totems, art postal, cent familles...).

Pour nous qui nous situions dans un autre champ, l'intérêt du collectif était de pouvoir confronter les pratiques, d'avoir un espace extérieur à l'établissement pour nourrir une réflexion, d'autant plus que ce type d'activité reste marginal dans notre secteur : les groupes à médiation sont animés à Saint-Lô par des soignants détachés d'un service pour le temps du travail en atelier.

De par les concepts qui sous-tendent le dispositif de nos groupes thérapeutiques à médiation, il était impossible de participer à une expérience ayant pour objectif une exposition. Cependant, c'était parfois bien tentant... alors, nous avons mis en place des espaces spécifiques pour un travail bien ciblé. C'est ainsi que nous avons pris part à des projets initiés par l'équipe de Caen (les boîtes souvenirs, les rues, un concours de nouvelles...). Nous nous adressons alors principalement aux patients de l'hôpital de jour, avec l'objectif d'être ensemble sur un temps assez court pour créer en vue d'une exposition.

Au sein du collectif, une question revenait régulièrement : pourrait-on envisager une expo commune à tous les établissements signataires ? La réponse est oui, il s'agit de l'exposition intitulée « Vies, là, sans soucis » qui a été inaugurée à Caen en Avril et qui va se poursuivre jusqu'à la fin de l'année dans des lieux culturels des villes participantes.

Les ateliers ont travaillé à partir d'un recueil de nouvelles de G. Kalebka : « Retour aux villas sans soucis ».

L'idée était de créer des personnages qui pourraient avoir affaire avec ceux des villas. C'est très large et ouvre à l'espace de tous les possibles. L'ouvrage sert de fil directeur mais chaque atelier garde une très grande liberté de création.

Sur Saint-Lô, un groupe s'est constitué en mars 2006 pour une lecture découverte des textes de Kalebka, rapidement il devient un lieu d'échange et de verbalisation animé, la dynamique « sans soucis » s'installe...

Ces rencontres hebdomadaires se sont déroulées sur quatre mois, en coanimation avec Annie Leroy infirmière au C.M.P. Elles ont pris fin sous cette forme au début de l'été, rendez-vous pris en septembre pour la poursuite de l'aventure.

Ouvrir un espace de création intersectoriel type « arts plastiques » en vue de travailler sur des personnages nous intéressait d'autant plus que nous avions, par le passé, travaillé ensemble sur un atelier d'expression « polyvalent ». Atelier, qui comme bien d'autres a disparu de la palette de soins du secteur à défaut de permanence dans l'animation de tels ateliers.

Sur Saint-Lô, il y a un roulement infirmier sur l'ensemble des structures du secteur tous les quatre ans, et certains services ne peuvent pas dégager de temps infirmier pour des pratiques d'art thérapie. Ainsi, adhérer à ce projet « vies là sans soucis » était une manière de mettre en place une dynamique d'atelier sans problème de coanimation durable.

Unaniment, les patients ayant découvert en groupe l'ouvrage de Kalebka avant l'été, ont souhaité participer à la création de personnages en vue de l'exposition. Ainsi sont nés Joseph, pêcheur de sardines pour les villas (papier collé sur armature en grillage) et Claudia, mannequin haute couture.

Beaucoup d'échanges pour décider des tenues du mannequin, confection des robes et accessoires (robe ballon, œuf, de mariée, feuille, gothique...), maquillage et mise en tableau, prises de vues en intérieur et extérieur, choix des photos pour la confection d'un press-book agrémenté de collages et de textes.

Les idées fusent, dès qu'une étape est atteinte, une autre proposition émane du groupe. Le calendrier des expositions nous aide à finaliser ce travail.

Entre-temps, en novembre 2006, s'est déroulé un **stage théâtre** d'une semaine sous forme de séjour de rupture. Participaient à ce stage neuf patients et six soignants des établissements de Caen, Alençon et Saint Lô. Nous travaillions en journées dans la salle de spectacle du CHS de Caen, accueillis par Monique Boblin Pillet, responsable des ateliers théâtre

sur Caen. L'idée était de se créer sa propre villa. Nous avons amené un tas d'accessoires à partir desquels les patients ont été dans la libre improvisation pendant deux jours. Riches de nos trouvailles, il y a eu écriture d'un scénario, puis répétitions des scènes créées. Le film a été tourné sur les deux derniers jours par Arnaud Léger, vidéo cinéaste. Il s'intitule « **La villa fleurie** » et passe en boucle dans l'exposition. Le groupe a sé-



journal dans un grand gîte à Louvigny, courses, préparation des repas, point sur la journée, écriture du scénario, soirée théâtre à Caen, l'expérience mériterait un exposé à elle seule...

Les dispositifs créés dans la perspective de l'exposition « **vies là sans soucis** » sont beaucoup plus souples que celui décrit dans la première partie de l'exposé. Rebondissements, aménagements successifs... « Si on avait su où ça nous mènerait... » disait cette semaine une participante.

Qu'advient des règles de base de l'atelier jeu dramatique énoncées précédemment dans ce cadre-ci :

- La régularité de présence est demandée non par rapport à un enjeu thérapeutique mais parce qu'il y a un chantier en cours, avec des dates butoirs.
- Dans l'atelier le jugement, la critique a sa place. Là, on crée pour montrer aux autres, on se met à la place du spectateur. Le soignant, reste garant du cadre proposé, mais il est aussi coordinateur de l'action et travaille également à une production.

Les patients ont montré une autonomie croissante dans leurs propositions, leurs choix et leurs actions. Tous œuvrent pour le même objectif : l'exposition. Ainsi le rapport soignant/soigné ne se vit plus de la même manière, et d'ailleurs ne s'interroge guère. Ce type d'atelier n'est pas posé d'emblée comme thérapeutique mais il en a les effets, surtout au niveau de la subjectivation.

Roseline HIRARD

Pour nous, Ce collectif permet :

- des échanges autour des pratiques institutionnelles,
- de relativiser les contraintes rencontrées par chacun,
- d'enrichir sa pratique personnelle, de confronter ses interrogations à propos de telle ou telle situation.

L'organisation de thèmes communs qui aboutissent à des expositions itinérantes

Chacun a eu ses embûches et ses temps forts pour mettre en place l'exposition.

Chacun a eu ses embûches et ses temps forts pour mettre en place l'exposition.

Réflexions sur ce corps à corps dans la mise en œuvre de ce travail des participants

Du mot à l'écrit, de la trace à la forme, à la mise en forme d'un texte littéraire appréhendé avec timidité, chaque participant s'est essayé à ce nouveau langage proposé à l'atelier d'art thérapie.

Chacun s'est approprié l'histoire, le sens, l'atmosphère,... malgré toutes les embûches, désirs ou défenses survenus tout au long des semaines de travail autour du thème « Les vies là sans soucis ».

Le travail a permis de :

- transformer les interrogations de chacun pour faire émerger un nouveau sens à ses histoires, somme toute banales, dans une représentation plastique,
- donner une forme, laisser entrevoir une nouvelle image, s'autoriser à être l'auteur de ce qui va émerger.

Chaque participant confronte l'existence de cette nouvelle histoire au groupe, de son histoire personnelle en redécouvrant à travers le biais de sa propre créativité une expression originale, qui fera sens dans le regard de l'autre, en retrouvant son humanité et un tissage langagier au-delà de la souffrance propre à chacun.

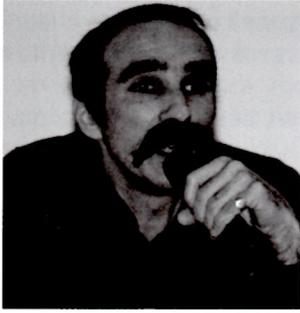
C'est la quête d'une image photographiée qui donnera l'ancrage d'une construction dans l'imaginaire du groupe, en désignant et en rapprochant une photo du texte lu, relu, esquissé et amènera chacun à déplier sa propre expression et à visualiser de manière créative photo/production, sorte de processus de liaison, engageant une tension métaphorique.

Le croisement de la création partagée donne une poésie produisant des effets de vérité.





LE CORPS DANS LES SOINS PSYCHIQUES



Jean FILMONT

Psychologue clinicien
Fondation Bon-Sauveur
Picauville

CORPS ET ÂME : LE CORPS DANS LES SOINS PSYCHIQUES

« Comment avoir passé une vie avec des mots aussi marquants, indispensables, lourds et légers, mais inexacts ? Avec des mots auxquels il faut bien avouer qu'on n'a jamais rien compris, mais l'avouer en se disculpant de toute véritable faute à ce sujet ? Est-ce ma faute si ces mots n'ont jamais eu aucun sens, je veux dire aucun sens exact, assuré ou rassurant pour moi, aucune valeur fiable, pas plus que des dessins au fond d'une grotte préhistorique dont il serait fou de prétendre savoir ce qu'ils veulent dire sans savoir qui les a signés, à tel moment, dédiés, à qui, etc. ? »

La différence, c'est que je n'ai jamais pu ni osé toucher à ces dessins, fût-ce pour en parler un peu, alors que les gros mots que je viens de nommer (esprit, âme, corps, sens, le sens, les sens, le sens du mot « sens », le monde, etc.), je rêve qu'une statistique me révèle un jour combien de fois je m'en suis servi, publiquement, sans confesser que non seulement je n'étais pas sûr de leur sens exact [...], mais j'étais à peu près sûr que c'était le cas pour tout le monde - et de plus en plus pour ceux qui me lisent ou m'écoutent. »

Ce propos est ce que j'ai trouvé de plus proche de l'embarras qui fut le mien quand on m'a proposé d'introduire théoriquement et historiquement à cette journée intitulée « **Le corps dans les soins psychiques** ». Que peut bien signifier ce mot, ce concept de « corps » dans cette formulation ?

Il me semble qu'on pourrait formuler ce qu'écrit Jacques Derrida – c'est lui qui a écrit ces lignes – en commençant à faire une scène à la langue. Parler du corps, du corps dans les soins psychiques, dans les soins de l'âme, c'est, qu'on le sache ou non, et cela n'a pas grande importance qu'on le sache ou non, se retrouver sans plus tarder avec une bibliothèque sur les bras, une bibliothèque multimillénaire. Quand il s'agit de penser la différence âme-corps, on est vite conduit à constater qu'on est déjà pensé par elle, ventriloqué par elle. Dans nos titres, nos institutions, nos représentations, nos corps, nos croyances, nos jugements, en un mot, et pour faire croire un instant que tout ceci pourrait s'unifier facilement, pourrait faire corps sans faire question, dans notre culture, la différence âme-corps est organisatrice, structurante, opérante.

Pour développer un peu ce que je viens d'énoncer, les possibilités sont nombreuses puisque la tradition, qu'elle soit philosophique, religieuse ou encore thérapeutique nous laisse, je l'indiquais à l'instant, une somme considérable de documents, au moins depuis la Grèce antique, par exemple avec les écrits de Platon et d'Aristote, vers qui on se tourne souvent pour trouver les origines de la pensée occidentale. Il faudrait probablement en passer par un parcours de cette ampleur, mais j'ai préféré me limiter à l'époque qui a vu naître la psychiatrie. En effet, dans le champ qui est le nôtre, celui des soins psychiques, de la santé mentale, le caractère organisateur de la différence âme-corps est tout à fait patent, et ce dès qu'on se plaît, plus ou moins mythiquement, à reconnaître comme notre origine, le traitement moral de Pinel et Esquirol. Si

dé-chainer les fous constitue pour nous une image fondatrice, portant et annonçant un certain humanisme, l'adjectif « moral » qui vient qualifier le dit traitement ne s'entend que par son opposition à « physique ». Physique et moral sont, au 18^{ème} siècle, les adjectifs de la différence âme-corps : le physique est ce qui relève du corps et le moral ce qui relève de l'âme. Ainsi se conçoit par exemple la distinction d'une philosophie de la nature, qui traite du physique, avec une grande part consacrée à la physique (le célèbre ouvrage de Newton, publié en 1687 s'intitule ainsi : « Principes mathématiques de la philosophie de la nature »), et d'une philosophie morale et politique dans laquelle s'originent les sciences humaines d'aujourd'hui, y compris pour le champ « psy ».

Pour comprendre le poids de cette opposition du moral et du physique, le plus sûr guide est probablement Descartes. En effet, avec lui, donc dans le courant du 17^{ème} siècle, se trouvent posés, pour la modernité, les enjeux de cette opposition. Rapidement mais simplement : l'âme et le corps, ce n'est pas la même chose. « Chose » est ici à entendre dans une acception philosophique ancienne : c'est la *res* latine, qu'on retrouve par exemple en français dans l'expression « chose publique » (*res publica*), ou encore dans l'expression populaire qui fait de la « chose » la chose sexuelle, acception qui tend à en faire un opposé d'apparence, c'est-à-dire un synonyme de réalité, de substance. Dès lors, avancer qu'âme et corps ne sont pas la même chose, c'est énoncer qu'ils ne sont pas faits de la même chose, du même bois (« *hûle* » en grec, qui donne le préfixe « hyle- », signifiant « matière »), on serait tenté, justement, de dire de la même matière, mais c'est bien là qu'est le hiatus : la substance de l'âme, son matériau, littéralement « ce qui se tient sous » elle, n'est pas matériel, pas étendu selon le mot de Descartes (il ne se tient pas dans les trois dimensions de l'espace). L'opposition, ainsi radicale, voire absolue, s'énonce alors dans ce qu'on a coutume d'appeler le dualisme

substantiel : chose étendue (*res extensa*), matière, d'un côté, et chose pensante (*res cogitans*) de l'autre. D'un côté le domaine du corps : le physique, le mécanique, déjà le machinal, et de l'autre, le domaine de l'âme : la pensée, la volonté, le jugement, l'entendement... Pour introduire, comme dans la foulée, un concept de notre modernité plus récente, si sujet il y a, dans la perspective ici posée, c'est depuis la pensée qu'il pourra s'établir, certainement pas depuis le champ d'un quelconque « être corps », d'une corporéité comme on le disait au moyen âge. Le Cogito cartésien se chargera ainsi de poser les bases d'une fondation du sujet dans la pensée, la *res cogitans*, par exemple à partir d'un propos comme celui-ci, tiré du Discours de la méthode (1637) : « Je connus de là que j'étais une substance dont toute l'essence ou la nature n'est que de penser, et qui pour être n'a besoin d'aucun lieu, ni ne dépend d'aucune chose matérielle. »

Pareil dualisme, bien évidemment, ouvre autant de questions qu'il en ferme et on n'a pas manqué ni ne manque de lui demander de répondre de ce qu'il pose, de le faire se défendre. Son antagoniste historique se met en place dans le courant du 18^{ème} siècle et entre dans ce qu'on a l'habitude d'appeler les Lumières. Il est constitué d'une position dite moniste qui, comme son nom l'indique, prône l'existence d'une seule substance, la matière, d'où son nom de matérialisme. D'un certain point de vue, et ce dès le 18^{ème} siècle, ce positionnement philosophique est simplement celui de la science dans son ambition plus ou moins affichée, suivant les époques, d'expliquer l'ensemble des phénomènes (les apparences) par l'organisation (le terme est présent dès 1746, chez La Mettrie) de la matière, soit sans avoir recours à autre chose, à une autre substance. Cet enjeu-là vient bien évidemment jusqu'à nous, par exemple, et récemment, dans les discussions relatives à l'étiologie génétique des autismes.

Ce passage par Descartes voudrait indiquer que, s'il y a des matrices de la pensée, son dualisme en constitue probablement une, à l'intérieur de laquelle se déploie largement l'histoire de la psychiatrie, et particulièrement celle de la place du corps dans celle-ci. Non que ce dualisme substantiel soit nécessairement nôtre, mais par le fait qu'il pose l'homme concret comme composé (ce qu'il nomme unité de composition, par distinction avec l'unité de nature) d'un corps et d'une âme de natures différentes. Pour le signifier dans un vocabulaire un peu différent : ce que l'index du nom de Descartes nous permet là de situer, c'est que les histoires du corps dans les soins psychiques se pensent dans l'espace d'un trait d'union : celui qui sépare en les unissant, qui unit en les séparant, qui unit et sépare indissolublement, soit celui qui écrit l'âme et le corps. C'est donc dans cette graphie : « âme-corps », que ce qui suit est susceptible de se lire, avec d'une certaine manière l'exercice de ce qu'un trait d'union constitue une forme de double contrainte.

Même s'il en sera peu question aujourd'hui, à en croire le programme en tout cas, voici une illustration actuelle de ce que nous imposent ces considérations, autrement dit une situation qui nous contraint à penser dans ce trait d'union unissant – séparant corps et âme. Il s'agit de cet aspect de nos pratiques qu'est la prescription médicamenteuse, aspect qui ouvre le champ de la pensée du médicament. Une image pourrait être, je crois, celle de la construction d'un tunnel où certains creusent depuis un bout et les autres depuis l'autre.

Ainsi, quand un psychothérapeute reçoit un patient sous traitement médicamenteux, il est en droit de se demander ce que la dite médication peut changer aux conditions et à la forme du travail qu'il est susceptible d'entreprendre avec lui.

Les situations sont bien sûr diverses, en voici quelques-unes :

- parfois nous vient le sentiment que la prescription rapide d'antidépresseurs après un deuil risque de contrarier la mise en place, on serait tenté de dire naturelle ou spontanée, des conditions nécessaires à un travail de deuil. Si c'est le cas, le travail psychothérapique risque fort d'être peu indiqué, ou bien impossible.
- on constate aussi que la mise en place d'un traitement physique, et non moral, donc, peut modifier l'expression de la demande, et les patients nous en indiquent souvent quelque chose dans la distinction qu'ils font alors entre un travail sur les causes – la psychothérapie – et un travail sur les symptômes – la médication -. Ils ont alors souvent l'idée que s'ils ne « comprennent » pas les causes, ils en seront réduits à un traitement chimique chronique, à perpétuité. Et voilà le psychothérapeute en position de celui qui travaille sur les causes, le médicament, lui, c'est bien connu, n'opérant que sur des épiphénomènes !
- d'autres fois, la question est plutôt de savoir si la médication va permettre au patient de se tenir dans les bornes du supportable, bornes du cadre à l'intérieur duquel un travail psychothérapique est possible. C'est souvent sur ce mode, économique au sens freudien du terme, qu'on envisage l'impact de l'arrivée des neuroleptiques dans le vaste mouvement de déchronicisation qui a tant modifié le visage de la psychiatrie ces dernières décennies.

De l'autre côté du tunnel, on peut supposer que les spécialistes du médicament réfléchissent aux effets de ceux-ci ! Quelles que soient les raisons économiques, là pas seulement au sens freudien du terme, du développement de la pharmacopée contemporaine, les forces qui tendent à faire bouger aujourd'hui sémiologie et nosographie psychiatriques correspondent aussi à l'effort de compréhension des effets psycho-tropiques du médicament. Question à mon sens tout à fait légitime et nécessaire de la cible des médicaments comme cela se formule maintenant. Mon peu de compétence en la



matière fait que je ne m'étendrai pas sur le sujet, mais il semble que les définitions et les descriptions des dites cibles se fassent de moins en moins dans des termes physiologiques et de plus en plus dans ceux de démarches comportementalistes et mentalistes.

Cette configuration contemporaine produit, ou produira si on préfère garder à ceci le caractère de la science-fiction, des situations dans lesquelles se trouve potentiellement déjouée la théorie du parallélisme psychophysique sur laquelle nos représentations sont encore souvent construites. Cette conception, qui nous vient de la fin du 19^{ème} siècle, pose qu'à des états d'âme correspondent des états du corps, comme on dessinerait deux droites parallèles, un programme de recherches étant alors d'établir des fonctions plus ou moins bijectives permettant de passer d'une parallèle à l'autre. Je parlais de situations qui tendent à déjouer cette théorie dans la mesure où la médication devient susceptible d'être pensée comme un outil psychothérapique dès lors qu'elle est susceptible de s'exprimer dans les termes des conceptions psychothérapiques (par exemple en tant qu'un corps chimique et une interprétation peuvent se comparer), et que, d'autre part, on commence à essayer de décrire, par exemple avec l'imagerie cérébrale, les effets du travail psychothérapique en termes neurologiques. Dès lors, il ne s'agit plus de deux parallèles dans lesquelles on retrouve aisément l'héritage dualiste que je présentais plus haut mais bien plus de la traduction, du transport, ou encore du transfert d'un langage dans un autre d'une seule et même chose, d'un unique objet, d'une unique réalité. La psychanalyse nous fournit un concept pour penser ces situations où une différence se trouve déjouée, où ce qu'on croyait étranger – comme le corps du même nom bien sûr – se trouve au plus près de soi, familier, dans la maison ou le pays natal. C'est l'inquiétante étrangeté – *Unheimlichkeit* –. On sait comment elle se manifeste toujours autour de la fiction, quand une opposition assurée se fictionnalise. Pour reprendre l'image du tunnel, tout se passe comme si on pouvait passer d'un côté à l'autre sans s'en apercevoir, sans heurt, sans saut.

Ce mot de « saut » qui vient de tomber sous ma plume constitue en quelque sorte à lui tout seul une autre fréquentation de la différence âme-corps, du trait d'union comme nous écrivions. C'est en effet le mot de Freud dans l'expression de « saut mystérieux du psychique dans le somatique » qui caractérise les phénomènes conversifs. Là, la représentation paralléliste correspond davantage puisqu'il faut un saut, et peut être même un mystère, ou une part de mystère. La compréhension freudienne des troubles de conversion, rencontrés par exemple dans l'hystérie du même nom, fait incontestablement modèle, ou paradigme, pour une théorie du corps depuis le champ d'une théorie du psychisme, de l'appareil de l'âme pour reprendre l'expres-

sion de Freud. Pour le décrire assez rapidement et sous l'angle qui nous importe ici, disons qu'il s'agit toujours d'un corps pensé, figuré, soit représenté, comme on peut parler d'image du corps. La dimension saltatoire et mystérieuse vient de ce que l'expérience nous convainc de ce que cette image peut s'écrire, s'inscrire dans le corps réel, classiquement, donc, dans les formes des paralysies ou des anesthésies hystériques. Le tour magique que prend la problématique trouve assez sûrement une explication dans le fait clinique que la belle indifférence et ladite complaisance somatique nous laissent souvent devant la surprise d'une conversion sans reste de l'angoisse en symptôme. Ce corps psychisé, figuré, métaphorique si on veut, ou parlant pour le dire dans un autre vocabulaire, la psychanalyse nous a montré et nous montre qu'il se construit dans et par la vie pulsionnelle, la psychosexualité. Il est ainsi le corps du désir, celui dont les partages et les découpes se font depuis le souvenir, depuis le Wunsch (le souhait freudien), depuis le fantasme. De façon très condensée : là, le corps du corps, c'est le Phallus. Par conséquence, le symptôme conversif est à comprendre comme résultat d'un travail psychique, compromis entre le désir et la défense, résultante convertie de l'élaboration partiellement insatisfaisante d'un conflit psychique inconscient. Là, le corps, en tant que mentalisé, parle comme un lapsus, un rêve, un acte manqué, une obsession ou une phobie. Ce corps s'interprète, il se propose à l'interprétation psychanalytique classique. C'est en ce sens qu'on a pu et qu'on peut parler de langage du corps dans l'hystérie, par exemple comme ont cherché à le faire certains des premiers disciples de Freud en tentant d'élaborer une clef des symptômes conversifs comme on voudrait pouvoir disposer d'une clef des songes.

Sans m'étendre davantage sur ce paradigme, peut être puis je rappeler que ce modèle est aux sources de la psychanalyse et que la docilité – comme on a parfois dit – de Freud aux discours de ses patientes hystériques les rend partie prenante des constructions métapsychologiques. Si ce sont bien les patients qui codent la métapsychologie, on comprendra que la confrontation à d'autres pathologies, à d'autres organi-



sations psychiques, puisse amener à relativiser ce modèle qui n'a d'ailleurs jamais été le seul point de vue permettant, depuis la démarche et la théorie psychanalytiques d'énoncer un discours sur le corps. Et c'est bien ce qui s'est produit, progressivement, depuis la naissance de la psychanalyse : confronté par exemple aux enfants, aux psychotiques dans le champ psychiatrique, aux dites pathologies nouvelles avec les cas difficiles (état limite, personnalités narcissiques, as if, patients borderline...), ou encore dans le champ de la médecine générale aux patients atteints de maladies somatiques, le discours analytique en est venu à se développer sur d'autres aspects théoriques de la pensée freudienne et à se doter de nouveaux outils. Ces mouvements amènent au-devant de la scène une façon de penser le corps qui diffère sensiblement de ce dont il s'agit dans le modèle de la conversion. Pour l'indiquer avant de le développer davantage, disons que là où le corps apparaissait comme un terrain d'expression de la vie psychique, il va maintenant plutôt être envisagé comme source voire ressource de celle-ci. Autre modalité, donc, de fréquentation du trait d'union, modalité qui dessine cette fois plutôt la problématique d'un seuil, comme le psychique viendrait à être pensé comme appuyé sur le fonctionnement somatique. C'est dorénavant à la question de l'étayage que nous allons nous intéresser.

On connaît l'insistance de Freud à faire place à la psychanalyse du côté des sciences de la nature (par distinction avec les sciences de l'esprit dans le monde germanophone), on sait aussi comment il a répété au long de son œuvre la perspective que la psychanalyse cède un jour la place à des traitements non psychothérapeutiques, en particulier chimiques. Ce fond(s) moniste de la pensée freudienne est presque un lieu commun : qu'on s'en revendique ou qu'on essaie de le taire, tout le monde le sait. Qu'en faire ? Quelle influence cette position fondamentale de Freud peut-elle avoir sur ce qui nous intéresse aujourd'hui ?

Si nous avons plus haut, à l'occasion de ce que nous disions de la conversion, indiqué que la chose du psychique, c'est la chose sexuelle, la psychosexualité, la vie pulsionnelle, c'est que nous nous trouvons renvoyés à la question de ce que c'est qu'une pulsion pour la psychanalyse. La phrase est célèbre, elle est tirée de l'article « Pulsions et destins des pulsions » (1915) : « Si, maintenant, nous abordons par le côté biologique l'examen de la vie d'âme, la pulsion nous apparaît comme un concept frontière entre animique et somatique, comme représentant psychique des stimulus de l'intérieur du corps et parvenant à l'âme, comme une mesure de l'exigence de travail qui est imposée à l'animique par suite de sa corrélation avec le corporel. » La poussée, soit l'aspect économique de la pulsion, est ainsi à comprendre comme une excitation, comme une exigence – de travail – à l'endroit de l'appareil psychique. Trouvant ses sources dans le somatique (en

particulier dans les dites zones érogènes) la pulsion est en quelque sorte la répercussion, le déplacement fonctionnel, pensés ici par le concept de représentation (« représentant psychique ») des excitations endosomatiques dans l'appareil psychique. Le psychique vient à être pensé comme appuyé sur le somatique, il en est en quelque sorte une dérivation. C'est cet appui que la théorie psychanalytique nomme « étayage », étayage de la pulsion sexuelle sur la pulsion d'autoconservation dont l'exemple en somme princeps est celui de la dérivation de la pulsion sexuelle orale sur la faim et le nourrissage du nouveau né. L'image est presque celle d'un décollement, d'un décollage : les plaisirs associés à la satisfaction du besoin de nourriture du bébé vont progressivement s'autonomiser de la satisfaction alimentaire, par exemple par la satisfaction hallucinatoire, ou dans le suçotement, mais aussi dans le passage de l'ingestion à l'intériorisation, ou encore dans celui qui va du sein maternel à l'objet transitionnel. L'étayage, si on suit la direction pulsionnelle qui va de la source à l'objet, c'est donc aussi l'appui sur les soins maternels, rendu nécessaire par la prématurité biologique du bébé. Il ne s'agit pas ici de (re)développer tout ceci, mais faisons quand même les remarques suivantes :

- 1- Cet étayage est d'abord un appui fonctionnel : ce sont des fonctions somatiques et corporelles sur lesquelles se développent les pulsions, la psychosexualité. Autrement dit, ce n'est pas le tout du corps, ou le corps comme tout, l'imaginaire totalisant du corps qui est d'abord ici en cause mais bien des fonctions du corps. Il n'en reste pas moins que la fonction psychique de synthèse, que Freud a toujours dévolue fort logiquement au Moi pourra être pensée comme appuyée sur une fonction somatique, j'ai nommé l'organe qu'est la peau, dans sa fonction d'enveloppe. Le packing, par exemple, dont il sera question tout à l'heure, peut ainsi être conçu comme mettant en œuvre pratiquement cette fonction moïque de la peau théorisée par D. Anzieu dans le concept de Moi-peau.
- 2- Dans la mesure où l'objet de la pulsion, comme nous le disions plus haut, s'étaye sur les soins maternels, autrement dit sur un autre que (le) moi, il est à remarquer que c'est sous l'égide du transfert que ces moyens thérapeutiques que sont les thérapies par le corps peuvent prendre sens : là, comme dans la cure-type, et pour les mêmes raisons, mais dans des registres différents de ceux de la seule communication langagière, s'organisent des retrouvailles avec l'objet par la mise en œuvre de la relation thérapeutique. Des considérations techniques, en particulier liées à l'inefficacité des interprétations classiques, peuvent donc être à l'origine des élaborations théoriques des techniques corporelles. C'est ce que nous évoquons plus haut en indiquant que c'est



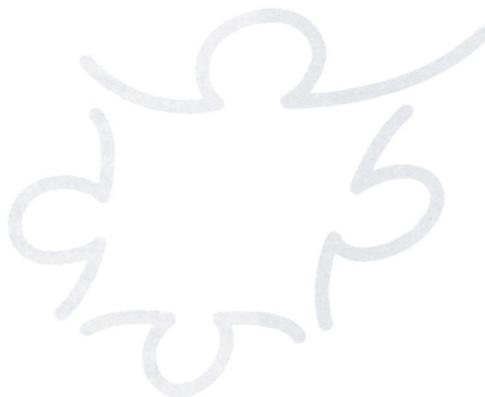
au contact des enfants, des psychotiques, des cas difficiles et des patients somatiques que ces élaborations théoriques se sont faites.

- 3- La notion d'étayage est d'usage très général dans la psychanalyse freudienne puisqu'on trouve chez Freud aussi bien l'idée de l'étayage de la pulsion, que celle de l'étayage des mécanismes de défense, ou encore celle de l'étayage des instances psychiques. Freud émettra par exemple l'hypothèse que la pulsion d'emprise se développe par étayage sur la musculature striée. Il pourra qualifier de « refoulement organique » le fait que la station debout, soit l'étape de l'évolution de l'espèce humaine qu'est la verticalisation, ait amené une prise de distance avec le sol, et donc un refoulement de l'odorat, contraignant les comportements sexuels à s'étayer davantage sur la pulsion scopique puisque dans le même temps les organes génitaux s'exhibent. Quant à l'étayage instanciel, Freud défendra l'idée d'un étayage du Surmoi sur l'acoustique, ce qui permet de problématiser par exemple les enjeux de la voix, mais c'est bien sûr le Moi, être de frontières comme on le dit, qui est conçu comme « avant tout une entité corporelle, non seulement une entité toute en surface, mais une entité correspondant à la projection d'une surface » [Le Moi et le Ça, 1921]. On comprendra dès lors que les organisations psychopathologiques qui ont amené les élaborations théoriques que nous évoquons puissent toutes être cliniquement décrites comme relevant de difficultés d'intégration du Moi.
- 4- Cette notion d'étayage travaille la théorie comme un « entre » du corps et de l'esprit, elle donne consistance à l'idée d'une sorte de main psychique (selon l'expression d'A. Green) qui fait la prise (aussi au sens de la précipitation chimique), le montage en quelque sorte de la vie animique sur la vie somatique. C'est, je crois, la raison pour laquelle on pense si souvent les thérapies corporelles comme des médiations, au même titre, donc, que les médiations thérapeutiques par l'art, le jeu, le groupe ou les activités quotidiennes. Encore faudrait-il insister sur le

fait que ce n'est pas tant la médiation comme technique, comme moyen d'atteindre un but, qui convient ici, mais davantage la médiation pensée comme milieu, comme médium, au sens d'environnement donc. L'indication de ces médiations se fait toujours depuis l'hypothèse de difficultés ou de défaillances dans les processus de mise en place de la vie psychique, la prescription reposant quant à elle sur la proposition de (re)donner des opportunités à ces processus de s'organiser, de se mettre en place.

Au bout de ce parcours, j'ai donc tracé, dans le trait de la graphie « âme-corps » trois versions du corps. La première nous renvoie aux questions philosophiques que j'évoquais en commençant, en particulier à celle de l'unité de l'être et à la composition de cette unité. Ce corps-là pourrait être celui de la science dans son monisme matérialiste. J'incline à penser qu'il constitue facilement dans le champ qui est le nôtre une sorte de corps-inquiétant-étranger, gardé à distance mais susceptible de faire retour. Ensuite est venu le corps tel qu'on le pense depuis le paradigme de la conversion, celui qui s'organise à partir des signifiants, soit depuis le langage et les mots. Ce corps est celui des névroses bien mentalisées comme le disent les psychosomatiques, exemplairement l'hystérie. Enfin, la question de l'étayage et de son « entre » - dont la phonétique laisse entendre plusieurs écritures - vient interroger les processus de liaison eux-mêmes : la délégation du somatique dans le psychisme.

Je n'ai cependant pas vu disparaître l'embarras qui me tenait lorsqu'on m'a proposé de venir vous parler. Peut-être n'y a-t-il pas de synthèse possible, d'ajustement de ces versions - donc de ces traductions puisque ce mot a aussi cette acception -. Peut-être n'y a-t-il pas de différence sans différend, pas plus que sans différence, puisque je citais Jacques Derrida en commençant. Il reste, je crois, que si le concept de corps embarrasse, nous reconduit aux difficultés voire aux impasses des discours métaphysiques, c'est du même coup l'appellation de ces techniques psychothérapeutiques comme « corporelles » qui vient à faire question.



LE PACKING : UNE TECHNIQUE POUR ENVELOPPER D'UN DISCOURS LE CORPS PSYCHOTIQUE

Cela va faire maintenant quelques années qu'un certain nombre de patients en errance psychotique, tentant d'évoluer dans un monde dans lequel plus aucune boussole n'indique depuis bien longtemps la direction qu'il convient d'emprunter pour ne pas se perdre, ont fait le choix de venir déposer et mettre au travail quelques-unes de leurs angoisses existentielles sur les draps froids et humides du service de psychiatrie de l'hôpital de Flers. Sur les draps froids et humides, certes, mais aussi et surtout entre les oreilles ouvertes et attentives de ceux qui tentent de leur fournir un lieu capable de les apaiser et de mettre en forme, jour après jour, contre vents et marées, une constellation transférentielle soignante. Il aura fallu batailler un peu, zigzaguer, se frayer un chemin, semaines après semaines, entre les sacs de vestiaire, les fauteuils roulants et autres chariots de ménage pour faire des 5m² de la petite « salle pack », un espace respecté qui tient le coup.

En préparant cette intervention, je me suis dit que l'emploi du mot « technique » dans le titre pour qualifier le packing avait peut-être été une erreur de ma part car avant d'en constituer une - une « technique » - il s'agit avant tout d'en faire un espace, un espace d'accueil, un espace de support pour les patients psychotiques pris dans un dispositif de soin plus global soigneusement pensé et travaillé, un praticable qui fabrique du « tenant lieu de symbolique » comme aiment à le dire Jean OURY et Ginette MICHAUD, s'inscrivant lui-même dans une éthique soignante rigoureuse.

A l'image de l'asepsie comme condition fondamentale permettant à un chirurgien d'opérer son patient, le packing ne peut être isolé du reste d'un service et se doit de prendre place dans un environnement bien préparé et travaillé préalablement. Même si les séances de packing ne concernent directement qu'une petite équipe de 5 ou 6 soignants constituant ce que l'on appelle chez nous l'« équipe pack », elles mobilisent malgré tout le service dans son entier (son médecin, son cadre et le reste de l'équipe) qui doit alors permettre qu'elles se passent dans les conditions de sérénité, de tranquillité et de disponibilité optimales. Il est une évidence de rappeler qu'avant de tenter de soigner un patient, il convient de s'occuper, en premier lieu, du milieu et de l'ambiance dans lesquels il évolue jour après jour.

Le packing est avant toute chose une philosophie du soin. Il ne doit donc pas, à mon sens, être considéré comme une technique au sens classique du terme, c'est-à-dire utilisé mécaniquement et compris comme un moyen matériel d'obtenir coûte que coûte un résultat, mais plutôt comme une proposition que l'on fait à un patient, un espace possible qu'il fait sien ou non, pour venir y mettre au travail son corps tout entier et ses angoisses en présence de soignants attentifs à tous les mots et les signes qu'il émet dans ce contexte particulier. La dimension transférentielle est essentielle pour faire de cette pratique un espace thérapeutique.



Samuel LELONG
Psychologue clinicien
Service de psychiatrie
CH FLERS

Ces conditions sont le préalable minimum pour que le packing puisse garder sa légitimité de pratique soignante parmi d'autres en psychiatrie adulte ou infantile. Une longue élaboration est nécessaire pour la mise en place des conditions minimales aptes à assumer des séances de packing mais aussi et surtout pour que ces séances ne deviennent pas source de projections fantasmatiques résonnant du côté de la contention ou de la camisole de force. Il me semble particulièrement important de le souligner dans le contexte actuel où une association de parents d'enfants autistes a fait le choix d'instruire en procès des équipes utilisant cette pratique thérapeutique, jugée violente et maltraitante.

C'est finalement une vieille pratique que celle des enveloppements humides. Son origine est à chercher dans les anciennes théories hydrothérapiques pratiquées par les aliénistes du 18^{ème} et du 19^{ème} siècle : les bains d'eau froide, les immersions par surprise, les douches froides... aux finalités soi disant relaxantes ! C'est en 1850 que l'on peut lire les premiers récits d'emmaillotements humides. Il faut tout de même leur reconnaître, à ces aliénistes, une intuition assez subtile quant aux effets apaisants de l'eau sur l'angoisse des patients qu'ils tentaient tant bien que mal de soigner sans le recours possible à une quelconque substance chimique. Bien entendu, nous savons aussi que ces techniques ont très souvent viré à la contention, notion qui envahit peut-être encore aujourd'hui la fantasmagorie existant autour des packs et qui freine le développement de sa pratique. La contention, rappelons-le, n'est évidemment pas la contenance et cette distinction est de taille lorsqu'on évoque les enveloppements humides.

Au tout début du 20^{ème} siècle, c'est la psychanalyse qui est venue féconder les pratiques soignantes psychiatriques et qui a permis une ré-interrogation radicale de ce qui tentait de s'élaborer autour de la souffrance psychique. Au fil des décennies qui suivirent, le packing se



fit une place comme une technique reconnue, parmi d'autres, au service de la prise en charge psychothérapeutique des sujets psychotiques. Ce terme de « pack », « packing », (que l'on pourrait traduire par « emballer », « mettre dedans ») nous le devons à un psychiatre américain, WOODBURY, qui introduisit cette pratique en France dans les années 1960/1970, après avoir mené plusieurs études sur le sujet aux Etats-Unis. Il affirmait alors dans un de ces articles que « 87% des crises de morcellement aigu pouvaient être enrayerées en quelques heures par les enveloppements sans aucun médicament ». De plus, WOODBURY précise que cette technique permet la poursuite d'un dialogue humain qui permet aux soignants d'accéder à un matériel psychique profond indispensable à la psychothérapie des patients psychotiques.

Il nous faut souligner que le packing arrive en France à un moment où le questionnement psychanalytique commence à tourner autour des notions de limites, d'image du corps, de relations contenant/contenu ou encore de peau psychique. On assiste aussi à la publication des premiers écrits de Didier ANZIEU sur le Moi-Peau, en 1974, dans son célèbre article paru dans la Nouvelle Revue de Psychanalyse. A la suite de ces recherches et dans la lignée de cette élaboration théorique, se dégagent les premiers écrits autour du concept plus général d'enveloppes psychiques, permettant de donner une nouvelle cohérence à ces notions de limites, d'images du corps évoquées un peu plus haut.

La technique, en elle-même est très simple. Elle se résume à envelopper un enfant ou un adulte (la plupart du temps en sous-vêtements) dans des serviettes et un drap trempés dans de l'eau froide mais vigoureusement essorés et d'être là, avec lui, au cours du réchauffement, attentif à ce que cette situation particulière va lui permettre d'évoquer ou de revivre. Chaque membre du patient est enveloppé consciencieusement par une serviette, de même que la poitrine. La tête, elle, reste volontairement libre de tout mouvement, indiquant notre désir de communiquer. Un drap, humide lui aussi, sera bien serré tout autour du patient et aura pour fonction d'assurer la cohérence de l'ensemble. Enfin, deux ou trois couvertures, douces et chaudes, finiront d'envelopper le patient et permettront un réchauffement plus rapide.

Habituellement, les deux soignants présents à la séance se positionnent de part et d'autre du patient de manière à ce que ce dernier puisse les voir et échanger avec eux. Mais il peut aussi arriver qu'un des soignants doive se mettre aux pieds d'un patient qui se perd dans des angoisses de chute, d'écoulement ou encore de précipitation. Parfois, c'est le rebord du lit qui fournit un appui stable et rassurant.

La durée du packing peut varier de 30 à 60 minutes environ. Ce temps précieux de l'enveloppement en présence des soignants sera non seulement un moment d'observation et d'attention toute particulière mais aussi un moment d'échanges sur ce qui est en train de se passer, un moment de massages ou de silence aussi. Après que l'on a prévenu le patient de la fin toute proche de l'enveloppement, le développement se fait tout doucement dans le sens inverse de celui de l'enveloppement. Des serviettes bien chaudes finissent de sécher la peau du patient et nous terminons la séance par la prise d'une petite collation ensemble.

Avant d'aborder plus précisément les références théoriques qui étayent la pratique des packs, il me semble utile et important de rappeler l'origine embryologique commune de la peau et du tissu nerveux, indiquant par là-même l'extrême intrication biologique qui les lie.

Je tiens à souligner que l'utilisation et la fonction des enveloppements humides en clinique infantile, avec des enfants autistes par exemple, sont sans doute différentes de celle que l'on utilise en clinique adulte. L'utilisation du packing avec des enfants autistes aura des spécificités et ne fera pas forcément exactement référence aux mêmes concepts théoriques que ceux que l'on peut utiliser en clinique adulte des psychoses. Le cadre de cette intervention étant particulièrement restreint, je ne pourrai pas entrer dans les détails de ces prises en charge qui gardent, bien entendu, une trame commune mais qui présentent, tout de même, des caractéristiques qui leur sont propres. Je resterai donc dans une approche théorique relativement générale.

L'idée maîtresse qui guide la pratique des packs est celle de faire tenir ensemble, de rassembler et en même temps de soutenir, d'être présent.

Certains auteurs, comme DE COULON, interprètent les effets du packing selon une grille de lecture winnicottienne. Pour cet auteur, la cure constitue la création d'un lieu « suffisamment bon » par une attitude adéquate de l'équipe soignante qui permet un accompagnement vers une régression proche de la dépendance absolue décrite par WINNICOTT. Les soignants se situent alors dans une position de « mère suffisamment bonne » qui pose un regard empathique sur le sujet, nomme ce qui lui arrive et lui permet ainsi d'accéder à un sentiment de sécurité intérieure et de portage de lui-même qui soit plus consistant. L'effet apaisant des packs est mis en parallèle avec l'effet calmant de l'objet transitionnel qui permet bien souvent à un enfant de s'endormir.

Il est devenu aujourd'hui une évidence que de faire référence à l'apport fondamental de Didier ANZIEU sur la théorisation des liens qui unissent le corps à la psy-

ché à travers le concept de Moi-peau. Freud lui-même avait, dès le départ de ses élaborations théoriques psychanalytiques, parfaitement perçu l'étayage du Moi sur le corps. Mais il revient à Didier ANZIEU une conceptualisation extrêmement rigoureuse de cette hypothèse. En effet, la peau est l'enveloppe du corps, tout comme le Moi tend à assurer une fonction d'enveloppement de l'appareil psychique. A partir de là, les fonctions de la peau peuvent fournir des points d'appui précieux au développement des fonctions du Moi. Le Moi-peau apparaît donc comme un concept précisant le rôle fondamental de la peau dans l'étayage de la constitution du Moi d'un sujet. Didier ANZIEU théorise des analogies entre les fonctions du Moi et celle de notre enveloppe corporelle, fonctions qui peuvent être résumées en quelques mots : limiter et faire consister un intérieur et un extérieur, contenir, permettre l'échange et organiser. Il en donnera alors la définition suivante : « par Moi-peau nous désignons une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps ». Dés lors, la surface de l'appareil psychique peut, dans cette perspective, être considérée comme le représentant de la surface cutanée. En outre, Didier ANZIEU insiste particulièrement –et c'est souvent une chose qui est oubliée lorsqu'on fait référence à cette notion– sur l'étayage social du Moi-peau d'un petit sujet qui ne peut se construire qu'en présence d'un autre humain et de son langage.

La dissociation psychotique est le résultat ou la cause, selon les références théoriques, d'une atteinte profonde de l'image du corps du sujet. L'unité de la personne est distendue, le sentiment d'être un soi unique et différent de l'autre n'est maintenu qu'au prix de défenses drastiques comme le sont les enveloppes pathologiques ou l'expérience délirante. Le moi est fracturé et désorganisé en éléments épars. La littérature psychanalytique est particulièrement fournie sur ce sujet. Donald MELTZER parle par exemple, à ce propos, d'angoisses de démantèlement.

Quoi qu'il en soit, cette déstructuration est telle que le sujet en psychose perçoit le monde comme une menace dont les limites avec son propre appareil psychique et son image ne sont plus nettes.

Pour Didier ANZIEU, le pack va fournir au patient psychotique enveloppé la sensation d'une double enveloppe corporelle : non seulement une enveloppe thermique (froide puis chaude, suite à la réaction de la peau au froid) mais aussi une enveloppe tactile (les linges mouillés et serrés qui tapissent la quasi-totalité de la peau). Pour Didier ANZIEU, le pack permet la reconstitution passagère du Moi du patient comme séparé des autres tout en étant en continuité avec eux, ce qui constitue une caractéristique fondamentale du Moi-peau.

Claudie CACHARD, grande praticienne des packs, a parlé à ce propos d'une « membrane de vie », membrane qui à la fois contient, entoure, protège et permet d'échanger avec l'extérieur. De plus, la présence soignante unie et attentive à cette expérience unique que le sujet est en train de vivre fournit l'étayage social nécessaire à la reconstitution d'une enveloppe suffisamment solide pour se tenir dans le monde. Tout ceci concourt à investir davantage la peau du patient comme une « surface portante ». De nombreux auteurs s'accordent sur l'idée que c'est la fonction « contenante » qui est touchée dans la psychose et que c'est l'intériorisation de cette fonction porteuse et organisatrice qui fait défaut chez le sujet en psychose.

Car l'idée, dans cette perspective, est bien celle d'offrir aux sujets une proposition d'enveloppes de secours, structurantes, qui prennent la place pour un temps, des enveloppes pathologiques et grâce auxquelles ils peuvent abandonner une partie de leurs défenses par l'agitation motrice, sonore, maniaque ou délirante et se sentir unis et immobiles. Il est tout à fait étonnant de voir comment les patients peuvent s'apaiser lorsqu'ils sont enveloppés. C'est une expérience que nombre de parents d'enfants autistes ont pu faire. Un enfant doit pouvoir ressentir cette sensation particulière d'être porté et rassemblé dans un conteneur (BION) figuré par la peau qui tient tout ensemble les différentes parties de son corps, un conteneur qui, petit à petit s'élèvera à une fonction contenante. Lorsqu'il ne peut éprouver cette sensation, l'enfant va trouver une possibilité de tenir ensemble toutes les parties de son corps par l'utilisation d'enveloppes pathologiques comme, par exemple, l'exercice de sa muscularité, soit en positif par l'hypertonie, soit en négatif par l'hypotonie. Cette « seconde peau musculaire » comme le formule Esther BICK tient lieu de peau là où elle fait défaut dans ses fonctions contenante et maintenant. Il est évident que l'apaisement trouvé lors de l'enveloppement n'est que passager mais la répétition des packs fait en sorte qu'il devient de plus en plus durable. Le packing permet la récupération ou la construction progressive des enveloppes psychiques minimales permettant non seulement de pouvoir se tenir dans le monde mais aussi capables de retenir les contenus psychiques tout en les organisant. L'intégration progressive d'une fonction contenante moins pathologique va fournir un point d'appui organisateur de la vie psychique sur lequel le sujet va pouvoir s'appuyer pour être-au-monde.

De plus, le sentiment d'apaisement induit par les packs permet au sujet de s'ouvrir un peu vers un extérieur qui devient, de ce fait, moins menaçant pour l'intégrité identitaire. Les soignants peuvent alors être perçus comme un point d'appui, un réceptacle possible aux angoisses qu'il éprouve. C'est ce que Pierre DELION a nommé la fonction phorique de l'équipe soignante, ou comment une équipe peut, grâce à ses « épaules psy-



chiques », devenir le point d'ancrage, de soutien, de rattachement d'un patient qui jusqu'alors s'était débrouillé pour ne faire appel à aucun autre car il ne percevait pas forcément que d'autres humains pouvaient l'aider à quelque chose dans ce qu'il était en train de vivre.

Pierre DELION propose qu'un patient pris en charge dans une institution soit considéré, en quelque sorte, comme un expérimentateur qui cherche dans son laboratoire et que nous soyons, nous, soignants, ses laborantins, à son service, c'est-à-dire une aide à ses trouvailles en lui offrant des propositions de travail. En dehors du laboratoire-institution, il est difficile de faire en sorte que les expériences prennent sens et soient validées. L'enveloppement humide peut alors constituer un espace privilégié, un cadre, où le patient peut faire un certain nombre d'expériences autour de son corps, mais toujours entouré, épaulé, par les laborantins-soignants qui gravitent autour de lui et qui deviennent alors porteurs d'une partie des signes de souffrance qu'il émet dans ce contexte. C'est la mise en mot progressive de ces signes par les soignants qui en reparlent entre eux en réunion de régulation et avec le reste de l'équipe, en présence ou non du patient, qui va permettre de représenter les choses dans un discours enveloppant et sécurisant.

Si l'on s'en réfère à la clinique lacanienne, Jacques Alain MILLER nous dit que « ce dont le schizophrène se spécifie, c'est d'être pris sans le secours d'aucun discours établi ». Les patients schizophrènes peuvent avoir le sentiment d'être en dehors de leur propre corps, d'où, parfois, le recours à un certain nombre d'inventions personnelles pour qu'ils puissent se lier à lui. Ces inventions, ce peut être des anneaux aux doigts, des bonnets en plein été pour relier la tête au corps, ou comme Philippe – patient psychotique de notre service – qui s'applique chaque matin à serrer le bracelet de sa montre au maximum jusqu'à ce qu'une marque rouge apparaisse au niveau de son bras, une marque qui permet de recréer chaque jour une attache au corps. Lacan nous invite à penser que la schizophrénie constitue le paradigme du questionnement énigmatique de l'être dans le corps, du rapport de l'être à ses propres organes.

Le propre du schizophrène est de ne pouvoir faire appel à aucuns des discours établis, aucuns des discours « communs », typiques, classiques, ces discours qui donnent implicitement les solutions paresseuses que la plupart d'entre nous adoptons, des solutions qui indiquent à celui qui s'y laisse prendre, le bon usage du corps et de ses constituants. Avec les mains, il faut faire cela mais pas ceci. Avec les pieds, on fait comme ça, pas comme ci. Et avec la tête, et bien, c'est comme cela, et pas autrement. C'est en quelque sorte ce que l'on appelle l'éducation qui n'opère pas chez le schizo-

phrène, sur qui le discours commun n'oriente pas la façon d'être, d'agir et de se mouvoir dans le monde.

Le corps, ses organes et son usage font problème à tout être humain. Trouver à quoi sert tel ou tel organe va se faire petit à petit. Ce qui va spécifier le normopathe, le névrosé commun si l'on peut dire, c'est sa capacité à pouvoir utiliser sans angoisses les solutions courantes, les solutions « pauvres » dictées par un discours établi, à pouvoir avoir recours au discours d'un autre qui va lui permettre sa construction identitaire et narcissique.

Le schizophrène, lui, nous rappelle Jacques Alain MILLER, dans ce questionnement, est sommé d'inventer. Faute de pouvoir faire référence au discours d'un autre jugé trop dangereux, trop angoissant, trop intrusif, qui puisse lui indiquer ce qu'il convient de faire et ne pas faire avec son corps, il lui faut inventer des solutions qui lui sont personnelles et qui sont toujours uniques. C'est, par exemple, ce que fait Vincent, jeune patient schizophrène qui vient me rencontrer depuis des années, lorsqu'il m'explique que dans sa tête il y a des canaux à dopamine qui s'ouvrent et qui se ferment et qui sont reliés à des tubes dans le dos, dans la moelle épinière, qui en permettent l'évacuation par les poils des fesses. Pour lui, lorsqu'on échange, les canaux à dopamine s'ouvrent et elle peut s'évacuer. Ça circule et c'est l'apaisement de l'angoisse. Ainsi haut et bas du corps se relie, solution trouvée au clivage « horizontal » de son corps. Haut et bas se relie dans cette invention délirante de son image corporelle. C'est aussi grâce à ses longues séances solitaires d'entraînement physique (pompes, étirements...) que les muscles de son corps se relient à son être. Sans ces inventions personnelles, c'est la catatonie qui s'empare de lui, autrement dit c'est le ravage et l'envahissement d'une pulsion de mort qui délie, qui sépare et qui mortifie son corps. La réintégration des organes hors-corps dans le corps, voilà un des soucis du schizophrène, autrement dit, comment, pour lui, inventer les moyens symboliques de réunifier le corps, de le soutenir sans l'aide d'un discours préétabli.

Chez le schizophrène, il y a un certain nombre d'organes qui s'échappent du corps, qui ont leur petite vie à eux, qui jouent, en quelque sorte leur propre partition sans se soucier du chef d'orchestre. C'est ce que Gisela PANKOW, dans son travail extraordinaire sur la restructuration dynamique de l'image du corps, pouvait théoriser comme la confusion des parties et du tout dans le corps des patients schizophrènes.

Ce que l'on vient de dire est aussi une autre façon de parler d'une pathologie du stade du miroir compris comme identification fondamentale d'un enfant à sa propre image correspondant à la première structuration du « Je », ce que LACAN a défini comme étant

l'identification primordiale. La dernière étape du stade du miroir, nous rappelle LACAN est la conviction pour l'enfant que l'image qu'il perçoit dans le miroir est la sienne. Il voit son image optique virtuelle dans le miroir et il se reconnaît dans cette image, ce qui donne la dimension de l'imaginaire à cette conquête de l'identité en lien avec le miroir. Le sujet schizophrène souffre d'un défaut imaginaire massif, imaginaire à entendre au sens lacanien du terme, à comprendre, entre autre, comme un défaut fondamental de la construction des assises narcissiques qui, normalement, ont pour fonction de rassembler, d'unifier le sujet. Un jeune patient schizophrène m'expliquait, il y a de cela 15 jours, que lorsqu'il se regardait dans le miroir, il ne s'y reconnaissait pas. Il voyait bien un garçon, mais point son image à lui. Et de me dire, après quelques secondes de silence : « vous savez, quand je me regarde dans la glace, j'ai une tête qui me revient pas. J'ai un problème d'identité ». « Une tête qui me revient pas », une phrase comme seuls les patients schizophrènes savent en faire et qui condense en quelques mots une multitude de sens. Il est fort probable que cette phrase est non seulement à entendre dans le registre de la réalité comme, effectivement, une image de lui-même qui, pour lui, n'est pas renvoyée par le miroir, autrement dit une tête à laquelle il ne peut s'identifier, à laquelle il ne peut croire faute de conviction que cette image puisse être la sienne mais aussi dans un registre plus symbolique comme une tête qui ne le nourrit pas narcissiquement. Avec les patients schizophrènes, il faut tenter des « greffes d'imaginaire » comme nous le dit Ginette MICHAUD.

Si l'on en revient à notre sujet, Pierre DELION propose l'idée selon laquelle l'enveloppement humide représente un système identique à celui du miroir, autrement dit un système qui renvoie au sujet, non pas une image visuelle de lui-même, mais une image sensorielle de son propre corps qui a un lien, elle aussi, avec la dimension imaginaire. Cette représentation sensorielle n'est pas le corps réel, bien sûr, mais une image de ce corps faite de sensations qui permet au sujet enveloppé de s'y reconnaître lui-même en un tout unifié qui le représente. Les draps seraient, en quelque sorte, un « miroir sensoriel » pour le corps tout entier. Mais c'est aussi le groupe soignant dans son entier qui devient un miroir dans lequel un patient peut se retrouver. Les mots de chaque soignant vont lui renvoyer quelque chose de lui-même dans une attention qui va le faire exister. On commente ici un bouton, là une brûlure ou encore une cicatrice mais aussi un frisson qui pourrait indiquer un ressenti du froid. Il y a là, peut-être, une manière d'y introduire des « greffes d'imaginaire » au sens de Ginette MICHAUD.

La situation de thérapie par les packs repose sur l'instauration d'un climat de confiance d'un patient vis-à-vis de l'environnement qui va lui autoriser une régression, une sorte de laisser-aller, qui va lui permettre d'être en contact avec les parties les plus souffrantes de son être mais ceci toujours accompagné. Il me semble que c'est justement là, hors d'un discours établi, que le pack a son mot à dire et qu'il devient un médiateur de choix.

Le pack peut alors constituer une proposition faite à un patient suscitant une autre invention psychotique que celle trouvée jusqu'alors, invention qui pouvait devenir dangereuse pour lui et pour son appareil psychique. A l'image de l'objet transitionnel qui n'acquiert sa valeur que lorsqu'il est choisi par un enfant, le pack n'aura de valeur que s'il est choisi par un patient.

Pour terminer, j'ajouterai que le pack devient aussi, la plupart du temps, un « pack institutionnel », autrement dit la reconstitution d'une enveloppe soignante qui avait été particulièrement malmenée voire détruite par les attaques psychotiques de certains patients. Dans chaque prise en charge par les packs, il y a une relance de la vie psychique et de la réflexion des soignants autour d'un patient qui attaque leurs capacités de penser. Souvent, c'est la violence de nos patients qui fait voler en éclat nos capacités à pouvoir les penser en détresse ou en train de mourir. Celui qui est violent n'est plus un sujet au sens propre du terme mais celui qui reçoit cette violence est tout autant menacé, en miroir, dans son intégrité et sa subjectivité. Le pack permet la reprise d'un dialogue possible, ce que Julien, infirmier dans le service de psychiatrie où l'on pratique les packs et membre de la « petite équipe pack » va tenter de vous montrer en vous exposant l'histoire de la prise en charge de Claire.





CAS CONCRET SUR LES PACKS



Julien LAPLANTIF

Infirmier de secteur psychiatrique

Service de psychiatrie de Flers

Claire, jeune femme âgée de 37 ans, troisième d'une fratrie de 4 enfants, présente des troubles de la personnalité complexes liés à des carences infantiles, une instabilité : de l'humeur, des relations interpersonnelles et de l'image de soi. Elle a été placée à l'âge de 10 ans en raison de maltraitance de la famille. Elle est anxieuse ; facilement dépressive, impulsive, agressive et auto agressive. Elle présente également une addiction à l'alcool, des conduites alimentaires anarchiques et des problèmes d'incurie (elle ne se lave pas, ne lave pas ses affaires). Elle est souvent habillée de façon discordante.

Elle est prise en charge depuis de nombreuses années ; on note 70 hospitalisations (HO, HL, HDT confondues) sur la période de février 1989 à mars 2006 dont une hospitalisation en UMD. Ces hospitalisations vont d'une nuit à 260 jours en 2003. Sur cette période, Claire se présente à de multiples reprises aux urgences (alcoolisée et violente, suite à des tentatives de suicides, des automutilations). Ces comportements et ces nombreux passages aux urgences sont à l'origine de la saturation du personnel des urgences.

Sa demande est difficilement identifiable ; elle est la plupart du temps anxieuse, tendue, akathisique, agressive ne supportant ni l'attente ni la frustration. Elle présente de grandes difficultés dans la relation aux autres. Elle est paradoxalement opposante et agressive vis-à-vis de ceux qui veulent l'aider et de ce fait elle nous plonge souvent dans la confusion et la difficulté à penser son monde intérieur. Sa demande est manipulante sans cesse dominée par la crainte de la séparation et de l'abandon. Elle ne tient pas compte de l'autre, et, élément très important, veut garder le contrôle des événements : elle est demandeuse mais pas dans le soin. Les passages à l'acte agressifs ou auto agressifs vont de paire avec cette demande excessive et impatiente. Elle n'hésite pas à :

- agresser physiquement l'autre
- a fait de nombreuses tentatives de suicide
- s'automutile de façon régulière
- se met très souvent en danger
- s'alcoolise régulièrement

Son comportement nécessite très souvent qu'elle soit contenue physiquement ; Claire nous demande souvent à ce que nous la frappions ; elle a fait de nombreux passages en chambre de soins intensifs avec contentions, ce qui l'apaise. La violence est son moyen d'attirer l'attention, c'est également un moyen de communication.

Elle a tendance à passer à l'acte lorsqu'elle se sent délaissée ou abandonnée. De nombreux actes de délinquance sont à noter notamment des dégradations de véhicules, saccage du service des urgences et du cabi-

net de son médecin traitant. La majorité de ses actes de délinquance ont une valeur relationnelle ; elle détruit tout ce qui peut la protéger ou l'aider. **Dans son comportement nous pouvons noter l'importance de la dimension masochiste.** Elle se présente très souvent aux urgences pour des fractures, des blessures, cela nécessite de lui mettre un plâtre, un bandage ; on peut alors parler d'enveloppe pathologique masochiste. Claire a une image d'elle-même très perturbée. Cette perturbation de l'image de soi peut être considérée comme l'élément majeur dont découlerait l'anxiété, l'agressivité et la difficulté dans la relation à l'autre.

Il s'agit donc d'amener Claire à :

- mieux gérer ses réactions émotionnelles
- s'affirmer et consolider son image d'elle-même
- reconsidérer l'image qu'elle peut avoir des autres et du monde extérieur.

En novembre 2001, Claire a subi une agression avec séquestration de 3 jours, avec sévices corporels graves. Ses agresseurs ont été jugés et incarcérés. Cette agression a nécessité un éloignement de Flers. Depuis Claire ne suscite plus le rejet comme par le passé parce qu'elle accepte, voire demande, de l'aide. Elle supporte mieux la dépendance. Elle montre à plusieurs reprises une culpabilité face aux conséquences de ses actes ; elle verbalise mieux sa souffrance souvent en pleurant (ce qui est nouveau). Elle associe sa tristesse à ses passages à l'acte.

En 2003, elle débute une relation affective avec un homme qui présente lui aussi une addiction à l'alcool.

Fin 2004 des séances de PACK sont envisagées avec l'accord de Claire ; il est très important qu'elle garde le contrôle des événements. C'est elle qui peut décider d'arrêter les packs quand elle le souhaite ou en changer la fréquence. Elle est au centre du soin. Elle exprime des difficultés à s'occuper de son corps (hygiène). Le pack est donc un espace d'accueil qui lui est offert si elle le souhaite pour s'occuper de son corps.

Le déroulement du pack

Dans un premier temps nous accueillons Claire, qui participe à la préparation du pack. Elle nous aide à humidifier les draps et les essorer. Nous allons ensuite dans une pièce calme avec lumière douce, deux couvertures sont installées ainsi que les deux draps humides froids. Claire se met en sous-vêtement et s'installe sur le lit ; elle est alors enveloppée des deux draps humides et des couvertures. Pendant le pack des serviettes de toilettes sont mises sur un radiateur à chauffer. Ses serviettes permettent de réchauffer Claire lorsque le pack est terminé. Elles sont appliquées sur chaque membre et sur le torse.

Début des packs en janvier 2005

Pendant les 3 premiers packs Claire présente des difficultés à se laisser aller et à se détendre. L'excitation est toujours plus ou moins présente. Elle demande beaucoup à ce que nous la grattions. Claire s'inflige quotidiennement des lésions de grattages importantes. Elle évoque son problème d'alcool. Claire exprime la crainte de rester hospitalisée sous contrainte dans le service ; elle n'a pas confiance en nous. Lorsque nous lui expliquons que nous n'allons pas la garder, elle nous répond que de toute façon elle n'est pas assez « folle » pour ça.

A partir du 4^{ème} pack (07/02/05) Claire réussit à se détendre, à se relaxer, elle est à la limite de s'endormir. Elle semble plus en confiance, mais présente toujours des gestes brusques et un état d'incurie.

Au 5^{ème} pack (14/02/05) Claire se présente alcoolisée, elle avait au préalable téléphoné pour prévenir de son alcoolisation, nous lui disons que nous l'attendons quand même. Peut-être essayait-elle de tester notre capacité d'accueil, elle avait peur d'être rejetée. Pour la première fois elle s'est endormie pendant le pack, elle n'a eu aucune réaction au moment de s'allonger dans les draps froids.

Les 6^{ème}, 7^{ème}, et 8^{ème} pack (21 au 28 février 2005) : Claire arrive à se détendre pendant les packs, dit qu'elle se sent bien après, verbalise qu'elle en tire de la satisfaction, apprécie l'application de serviettes chaudes en fin de pack. Elle demande toujours à ce que nous la grattions mais les lésions de grattages qu'elle s'inflige sont moins importantes, cependant elle présente des marques de brûlures de cigarettes, lorsque nous la questionnons à ce sujet elle répond que ces pratiques l'aident à se reconnaître quand elle est perdue. Pendant les packs elle parle beaucoup de son ami et évoque son père qui s'alcoolisait. On note une légère amélioration de l'hygiène. Claire dit se rendre compte de son odeur corporelle désagréable.

Au 9^{ème} pack le 07/03/05 : Claire a téléphoné pour dire qu'elle s'était alcoolisée et qu'elle ne viendrait pas.

10^{ème} pack (04/04/05) : Claire se confie plus aux soignants, parle de son enfance maltraitante, de son père qui les frappait (elle et ses sœurs), explique qu'il s'alcoolisait tous les jours. Dit que parfois elle téléphone à sa mère car elle ne sait plus qui elle est, ni comment elle s'appelle.

11^{ème} pack (11/04/05) : Claire veut tout arrêter : les packs, le traitement, elle ne veut plus de lien avec la psychiatrie, dit que nous avons tout décidé à sa place. Néanmoins le pack à lieu, elle présente toujours des plaies de grattages. Nous lui expliquons que le pack sera prêt la semaine prochaine et qu'elle est libre de venir ou non.

Après entretien avec son psychiatre, elle est d'accord pour continuer les packs tous les 15 jours, c'est elle qui est à l'origine de cette demande. Un rendez-vous est proposé à son ami pour lui expliquer le sens des packs. Claire ne veut plus prendre son traitement mais continue à aller aux rendez-vous avec son psychiatre.

12^{ème} pack (20/05/05) : Claire est très logorrhéique, évoque le décès de son père, parle de son ami qui aurait une relation avec une autre femme, elle dit s'en moquer.

13^{ème} pack (13/06/05) : Claire se présente très calme, pas d'excitation comme les fois précédentes. Elle pose beaucoup de questions personnelles aux soignants, apprécie l'application des serviettes chaudes pour la réchauffer, ne présente aucune automutilation récente. Lors de l'entretien avec son psychiatre (20/06/05) elle dit apprécier les packs et la fréquence tous les 15 jours. Son ami n'est pas venu à l'entretien.

14^{ème} pack (27/06/05) : calme, de nouveau très questionnante sur la vie personnelle des soignants mais elle maintient une juste distance. Les lésions de grattages sont moins importantes. Elle semble affectée par la suspension des packs en août en raison d'un effectif réduit pendant les congés d'été.

15^{ème}, 16^{ème} et 17^{ème} pack (11/07 au 12/09 2005) : les séances se déroulent bien, elle blague beaucoup avec les soignants de manière appropriée, a fait preuve de beaucoup de réflexion dans ses discussions. Elle évoque l'enfance de sa mère. Elle présente une hygiène correcte.

18^{ème} pack (10/10/05) : Claire demande de nouveau à ce que nous la grattions mais dit qu'elle ne sent rien (préfère le contact peau à peau) Par contre elle ressent bien les différences froid/chaud. Elle nous a parlé d'une intervention chirurgicale de la hanche qu'elle a subie à l'âge de 11 ans, élément de sa vie que nous ignorions totalement.



19^{ème} pack (24/10/05) : Un peu excitée et logorrhéique en début de pack, Claire a réussi à se détendre et à s'apaiser par la suite.

20^{ème} pack (21/11/05) : Claire a un discours adapté, un bon contact. Elle évoque la maladie orpheline dont est atteint son ami ; maladie qui le fait souffrir des articulations notamment lorsqu'il fait froid. Pendant le pack, elle est détendue et calme.

Claire souhaite arrêter les packs jusqu'en mars, nous accédons à sa demande. Elle a arrêté son traitement et se rend juste au rendez-vous avec son psychiatre et va au CMP une fois tous les deux mois.

21^{ème} pack (13/03/06) : contente de reprendre les packs et de reprendre contact avec les soignants. Claire exprime des difficultés dans la relation avec son ami ; parle de séparation mais n'en semble pas affectée. Elle plaisante beaucoup avec les soignants et pose de nouveau beaucoup de questions personnelles. Ces questions personnelles sont peut-être en lien avec une identification aux soignants, le fait de nous voir humain et non pas comme des soignants ayant tous les pouvoirs sur elle. Par la suite elle nous questionnera presque systématiquement sur nos vies privées.

22^{ème} pack (24/03/06) : annule le pack, elle a téléphoné pour nous prévenir.

23^{ème} pack (10/04/06) : Claire est indécise ce jour, ne sait pas si elle veut faire le pack. Après entretien avec le psychiatre elle accepte. Au cours de l'entretien elle apprend le départ de son psychiatre. Elle souhaite alors arrêter les packs au moment du départ du psychiatre. Le pack se déroule bien, elle est détendue.

24^{ème}, 25^{ème} et 26^{ème} pack (du 24/04/07 au 29/05/06) : à l'aise pendant les packs, les conversations tournent toujours beaucoup autour de la vie personnelle des soignants. Elle arrive à verbaliser les difficultés qu'elle a à ressentir les choses de son corps. Claire verbalise qu'elle se sent plus détendue après le pack mais que cela ne dure pas. Son hygiène est correcte. Elle discute de l'actualité, donne son avis ; c'est la première discussion de ce genre avec elle. Claire confie aux soignants qu'elle vient de rompre avec son ami et qu'elle s'est mise sur liste rouge, elle nous donne son nouveau numéro de téléphone ; elle fait confiance aux soignants.

27^{ème} pack (12/06/06) : bon contact et détendue, contente d'avoir un pack ce jour, cependant elle s'effondre lorsqu'elle évoque le départ du psychiatre du service, la séparation semble très difficile. Elle n'a pas eu de gestes violents. Elle a exprimé de vrais affects dépressifs et nous avons pu l'accompagner ; ceci n'aurait pas été possible si elle n'avait pas eu confiance en nous. Claire parle de nouveau beaucoup de l'actualité.

28^{ème} pack (24/06/06) : détendue pendant le pack, les progrès au niveau de l'hygiène se confirment. Claire demande des conseils pour prendre soin d'elle, pour laver ses vêtements par exemple.

29^{ème} pack (18/09/06) : calme pendant le pack, Claire ressent les draps comme très froids en début de pack, elle se gratte moins fort qu'habituellement.

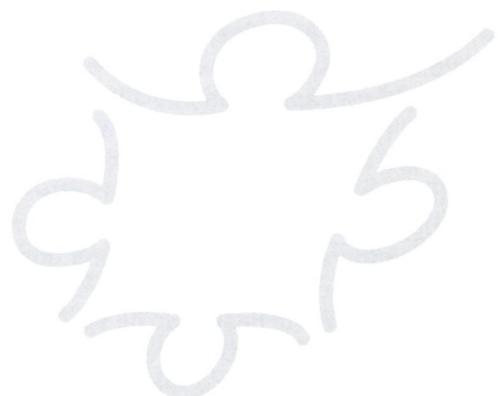
30^{ème} pack (30/10/06) : calme et adaptée, Claire souhaite de nouveau arrêter les packs pendant l'hiver. Nous acceptons sa demande. Les packs ne reprendront pas pour le moment.

Dernièrement, Claire a fait la demande de reprendre les packs, nous attendons qu'elle nous recontacte.

Conclusion

En conclusion nous notons : une diminution des lésions de grattages, une amélioration notable de l'hygiène, une ouverture et une prise en considération de l'autre. Elle porte un intérêt plus vif au monde extérieur. Pendant ces séances de packs, Claire nous a également confié des éléments biographiques précis qui étaient jusque-là inaccessibles. Claire supporte mieux l'attente, elle est nettement moins agressive et moins violente. Aucun passage à l'acte hétéro agressif n'est à noter, à notre connaissance, sur cette période.

Nous avons réussi à établir une réelle et durable relation de confiance avec Claire. Elle téléphone dans le service pour avoir des nouvelles des soignants, pour demander de l'aide, des conseils. Elle nous parle de son enfance, de ses différentes hospitalisations, de son corps ; chose qu'elle ne faisait pas avant. Auparavant elle induisait le rejet, maintenant elle suscite plutôt de l'attachement.



LA RELAXATION THÉRAPEUTIQUE COMME MÉDIATEUR ENTRE CORPS ET PSYCHISME

Pendant l'Antiquité, il n'y avait pas de différence entre spirituel et médecine : la parole était utilisée pour chasser la maladie. On recherchait une forme de sagesse en observant les rythmes de la nature en général et de la nature humaine plus particulièrement (rythmes respiratoires, de la circulation, de l'influx nerveux...)

C'est créer une union en soi-même, entrer en soi par un entraînement méthodique qui, par paliers successifs, nous conduit à un nouveau mode d'être.

Soigner le corps par l'esprit, calmer le mental en détendant ce dernier, voilà le double intérêt de la relaxation ; une thérapeutique amenée à se développer à mesure que l'on découvre l'importance de la psychosomatique.

Il existe différentes méthodes de relaxation. Ici, à Flers, nous utilisons le training autogène de Schultz et la sophronisation de base.

CHOIX DE LA MÉTHODE UTILISÉE

Le training autogène de Schultz (du grec *autos* : par soi-même et *gennân* : engendrer) désigne des exercices pratiqués par le sujet lui-même, de façon répétitive et méthodique.

Le training autogène se fit connaître au début du XX^{ème} siècle (1908-1912) par le Dr Schultz qui, à partir de ses expériences cliniques sur la possibilité qu'avaient certains individus d'entrer personnellement dans un état d'autoconcentration, créa cette technique de soins non médicamenteuse.

Nous demandons aux personnes qui suivent nos séances de se mettre en condition de détente (nous y reviendrons plus tard) et nous leur suggérons de ressentir, par une introspection, des sensations corporelles qui leur permettent d'obtenir, petit à petit, une relaxation de plus en plus profonde (les personnes restent à la lisière entre la veille et le sommeil), d'où une déconnexion générale de l'organisme.

Je tiens à souligner certaines nécessités pour que le travail thérapeutique se fasse :

- l'indication thérapeutique faite par un médecin. Depuis les simples états d'épuisement, d'insomnie, de syndromes anxio dépressifs avec somatisations (ou pas), de stress aigus ou chroniques jusqu'aux affections endocriniennes ou métaboliques en passant par la dermatologie, la gastro-entérologie, les états de douleurs aiguës ou chroniques et certaines maladies neurologiques (ex : fibromyalgies). La contre indication étant les patients psychotiques et les enfants pour ce choix précis de relaxation.
- L'accord du patient
- Le but final : l'autonomisation du patient.

La sophronisation de base constituant la porte d'entrée en relaxation profonde, correspondant au seuil sophro-



Marie-Hélène TRICHET
Infirmière de secteur
psychiatrique
CH Flers



Marie-Pierre LE DISEZ
Infirmière de secteur
psychiatrique
CH Flers

liminal (ou portes du sommeil). L'individu devient relativement indifférent aux stimulations du monde extérieur tout en devenant attentif à ses sensations cénes-thésiques.

Nous traitons les troubles liés au stress, à l'anxiété ainsi que leurs composantes psychosomatiques telles que maux de tête, insomnies, troubles du comportement alimentaire.

Il n'y a pas de contre-indication aux jeunes ou à la psychose.

Lors des séances, je demande aux participants de se concentrer sur leur respiration. Cette dernière doit être ample, régulière, calme, détendue : les poumons devant se remplir d'air jusqu'à leur base, le ventre s'arrondir puis nous imaginons un massage qui va détendre tous les petits muscles du visage, de la nuque, du cou, des épaules au bout des doigts, du tronc, du bassin, du ventre, des membres inférieurs jusqu'aux hanches. Suite à ce relâchement musculaire, une sensation de pesanteur est là : on rejoint le Schultz avec la chaleur périphérique du corps et la fraîcheur du visage. Je termine la séance par une préparation mentale à la réactivation allant de la reprise de l'activité avec les étirements.

Les personnes viennent à nous grâce aux plaquettes distribuées dans les différents services et aux méde-



cins de secteur. Elles sont adressées au Dr Benjelloun (Médecin psychiatre référent de la relaxation sur le secteur), puis nous les rencontrons pour leur présenter le fonctionnement du groupe, c'est-à-dire qu'on leur dit que la séance commence par un temps de verbalisation (pour déposer les stressés) suivi d'un temps de relaxation à proprement parler et nous terminons par un temps de parole pour savoir comment s'est passée la séance et les encourager à pratiquer chez eux.

Nous leur demandons également de signer un contrat d'engagement à la discrétion et de participation lors des séances et en dehors pour qu'ils s'entraînent.

D'autre part, nous leur demandons de remplir un questionnaire pour connaître leur niveau de détente ce jour-là. Nous leur présenterons ce même questionnaire pour qu'ils le remplissent à nouveau en mi-temps de groupe et en fin de session. Ceci nous donne une évaluation de leur état de tension/détente lors du bilan. Nous sommes régulièrement supervisées par J. L. Machavoine, psychologue.

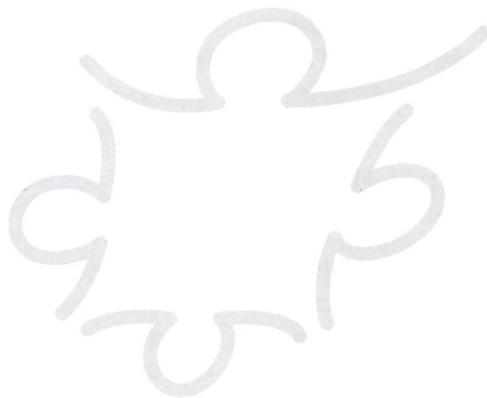
Le groupe évolue pendant 10 à 15 séances de septembre à janvier et de janvier à juin.

Le groupe est « fermé » (8 à 10 personnes) avec un début et une fin.

La salle est isolée, confortable et les conditions mises en place (lumière tamisée, matelas, couvertures, coussins) favorisent un climat de confiance permettant aux personnes relaxées de se laisser guider à ce « lâcher prise » nécessaire (mais pas toujours confortable) et évolutif. Leur vécu intérieur se modifie au fur et à mesure de leur pratique.

Il est à noter que le groupe est très porteur et enrichissant. Parallèlement, nous pourrions donner l'atmosphère d'une rentrée scolaire (appréhension de l'inconnu) à la fin de cette dernière, mais sous un angle soignant.

Je conclurai sobrement en vous disant que nous gardons toujours en tête, avec ma collègue, que les personnes que nous accompagnons dans ce processus de soins ne sont pas là pour être miraculeusement guéries de tous les « maux », mais que nous pouvons, et l'expérience nous le confirme, avec les « mots » les soulager (dans la plupart des cas cliniques). Nous tentons simplement de les aider à faire des liens entre leur psychisme et leurs souffrances physiques et morales de les « réconcilier » avec eux-mêmes dans un premier temps.



L'ESPACE SNOEZELLEN, UN PROJET INNOVANT EN PSYCHIATRIE

Nous avons souhaité faire une présentation la plus pratique et la plus vraie possible ainsi nous évoquerons le projet depuis sa genèse mais aussi quelques aspects des difficultés que nous rencontrons et que cette présentation nous aura permis de mettre à jour...

Equipe du Secteur "Côte Fleurie" du **CH de Caen**



Dr Marc Toulouse
Psychiatre

NAISSANCE D'UN PROJET DE SERVICE

Voilà comment tout a commencé en 2003 à l'assemblée générale de l'association de notre secteur. Cette année-là, deux aides soignantes de l'unité des Glycines présentent leur projet de créer un espace de jeu et de détente pour les patients déficitaires du rez-de-chaussée... Le rez-de-chaussée des Glycines est une sous-unité de notre service de long séjour. Y sont accueillis 7 patients déficitaires très dépendants. Patients qui pourraient être accueillis en MAS si les places existaient pour des personnes gardant des troubles importants du comportement. C'est un peu la cour des miracles et effectivement des miracles il y en a. C'est de cela que nous allons vous parler aujourd'hui.

1. Un projet tout simple.

L'intention de ces aides-soignantes était donc tout simple : se doter d'un espace de jeu avec un peu de matériel pour jouer avec les patients, les occuper, s'en occuper autrement. Quelques ballons, coussins, tapis...

A l'époque, notre service venait d'être restauré et nous avions prévu, à toute fins utiles, une salle intitulée "salle d'activité". Il s'agissait donc de mettre en place une nouvelle activité pour ces patients déficitaires.

Ces soignantes ont non seulement obtenu les quelques crédits qu'elles avaient sollicité mais surtout leur projet à été relayé par la surveillante de l'unité qui avait entendu parler d'une salle d'activités dans une institution dont elle connaissait le directeur. Elles ont décidé d'aller voir. C'est comme ça qu'elles sont entrées dans l'univers Snoezelen.

2. Une autre dimension.

Rentrées convaincues, elles n'ont pas tardé à m'en parler et elles ont monté un dossier de présentation, un véritable dossier de presse sur le concept Snoezelen. C'est leur enthousiasme qui m'a poussé à accepter l'invitation à aller visiter une autre salle ailleurs. Nous avons organisé une visite avec des collègues infirmiers et notamment le Président de l'association du service. Elles ont aussi organisé une après-midi d'information sur le concept Snoezelen pour les soignants du service

en élargissant aux autres unités de soin : service d'admission, géronto-psy... Il s'en est suivi un conseil de service qui a décidé que cet outil novateur pouvait devenir un projet de service et justifiait un investissement de la part de l'association.

Très vite j'ai eu l'intuition que ce projet ne concernait pas seulement les patients déficitaires mais qu'il pouvait renouveler nos pratiques dans d'autres situations : dépression, psychoses, démences.

Si les émotions s'expriment essentiellement par le corps, on pouvait, par les stimulations sensorielles rejoindre le cerveau émotionnel...

Une AG exceptionnelle a voté un budget d'investissement. Il s'agissait de multiplier par 10 le budget initialement prévu pour la salle d'activité. On peut dire que l'association a vraiment cassé sa tirelire pour la mise en place du projet.

Le projet a d'autant mieux obtenu l'aval de l'administration qu'il ne lui a rien coûté !

3. La formation.

Erigé en projet de service, nous avons concentré les demandes de formation sur l'Espace Snoezelen. Il se trouve que le concept est suffisamment connu pour faire l'objet de formations proposées par un organisme répertorié par le CHS ce qui a sûrement rassuré la personne chargée de la formation continue.

Notre souci, était que suffisamment de personnes soient formées dans les différentes unités pour que nous puissions effectivement utiliser cet outil pour différents patients.

C'est ainsi que nous avons réuni un groupe de 13 soignants pour un premier cycle de formation. 13 soignants exclusivement de notre secteur. 13 soignants de l'équipe pluridisciplinaire et des différentes unités de soin du secteur. Le médecin chef, deux cadres infirmiers, une ergothérapeute, 6 infirmières et 3 aides soignantes.

Quatre jours de formation qui ont eu lieu dans le service même et avec notre salle toute neuve. Quatre jours d'imprégnation, de déconnexions, de surprise et de joie. Quatre jours où les barrières hiérarchiques sont tombées.

Ils s'agissait plus d'entrer dans l'univers Snoezelen que d'apprendre une technique. L'espace Snoezelen c'est un espace de liberté offert au patient et au soignant qui y invente une nouvelle relation ludique, sensorielle. Un espace décalé dans l'hôpital.



4. Un début plein de surprise.

Nous avons eu cette formation en Mars 2005, et les soignants se sont lancés sans filet. Sans technique, c'est l'inventivité du soignant qui entre en jeu. On y trouve ce que l'on y apporte. Cela demande un véritable engagement du soignant.

C'est cette expérience toute neuve que nous avons l'audace de vous présenter aujourd'hui. Les temps de

supervision nous ont permis de partager entre nous les premières surprises : un tel refuse de venir, une telle s'est mise à parler de son enfance, celle-là de son délire qu'elle cherchait à dissimuler dans le service... Tous ont parlé de joie, de plaisir... Est-ce que le plaisir a souvent droit de cité dans un hôpital ?

Et si c'était ça le miracle dont je parlais tout à l'heure ?



M. Gonet

Cadre de santé

MAIS UN ESPACE SNOEZELLEN, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Snoëzelen est un néologisme issu de la combinaison de deux verbes hollandais : "snuffeler" et "doezelen".

Le premier se traduit par les termes renifler, flairer, fureter, fouiner. Il représente une dimension active.

Le second signifie somnoler, estomper, adoucir. Il renvoie à une notion de calme, de détente.

Dans la dualité du mot Snoëzelen, se trouve la force du concept associant le bien-être et l'exploration sensorielle.

Le concept vient de Hollande dans les années 1970. Deux psychologues en ont été les initiateurs. Les implantations françaises datent du début des années 1990. Il a été présenté en France pour la première fois en 1989 lors d'un colloque de l'association des Paralysés de France.

Cette méthode ne constitue pas une technique d'apprentissage ou d'acquisition de performances corporelles mais un ensemble de stimulations basales de la vue, du toucher, de l'ouïe et de l'odorat, accompagné d'un environnement musical.

Le concept fait avant tout référence à une démarche d'accompagnement, à un mode d'approche, à une façon d'accompagner la personne, de la rencontrer.

Les professionnels initiés à cette méthode considèrent qu'elle change radicalement la relation patient / soignant.

Trois axes prioritaires :

- L'importance du respect de la personne.
- La priorité aux expériences sensorielles, aux sens.
- La recherche du plaisir, de la détente et de la sécurité.

C'est un espace et un moment privilégié pour donner une importance à la communication, verbale ou non, à l'écoute, au respect de l'autre, de son rythme. C'est un esprit, une façon d'être plus qu'une technique.

LES MOYENS POUR CONSTRUIRE CETTE DEMARCHE ET EN GARANTIR LE SENS

Il faut :

- **Aménager un espace harmonieux**, "unité de lieu" où chacun puisse être installé le plus confortablement possible et créer une certaine ambiance visuelle et sonore, qui soit en rupture avec l'espace de vie quotidien, institutionnel. L'espace doit pouvoir être modulable afin d'être adaptable au fur et à mesure de la dynamique du « travail ».
- **Assurer une régularité des séances**, dans « l'unité de temps » déterminée au niveau de l'équipe, d'une durée également modulable en fonction du projet défini.
- **Veiller à la composition de groupes très restreints** (un groupe est déjà constitué avec deux patients).
- **S'assurer éventuellement de la présence d'une personne "tiers"**, observateur "effacé" du vécu avec le / les patients.
- **Veiller à construire les séances afin de proposer à la fois un cadre ritualisé et structurant tout en ayant le souci de la créativité.**
- **Veiller particulièrement aux transitions** (les effets de SAS) ; préparer l'arrivée, l'accueil, le départ et le retour vers les groupes (usage des effets lumineux, ouverture des volets ou allumage progressif de la lumière, choix des musiques, sonorités vocales, attitudes corporelles).
- **Assurer une grande discrétion** concernant ce qui se passe dans cet espace, afin de ne pas trahir le vécu émotionnel et la libre expression de chacun.
- **Articuler cette démarche avec les équipes** en lien avec le projet d'accompagnement individualisé du patient ; (ne pas hésiter à interpeller les paramédicaux sur les observations réalisées en séances par exemple ; à l'inverse, les paramédicaux se doivent d'aller chercher des informations sur la qualité de vie

du patient dans son groupe d'appartenance...]).

- Favoriser un climat de confiance, afin que chaque patient et intervenant puisse s'approprier réellement un vécu partagé dans une certaine intimité.
- Se situer en tant que soignant par rapport au patient par rapport au patient, clarifier en permanence cette position et les limites à ne pas franchir dans les échanges.

La démarche pouvant être nouvelle, elle est construite progressivement. Elle exige une réflexion permanente, un travail de parole devant être institué le plus rapidement et progressivement possible, et régulièrement. Un travail d'analyse de la pratique doit être mis en place avec les formateurs de la démarche initiale de formation ou un psychologue.

Il est important que chaque intervenant puisse donner un temps de "reprise personnelle" après les séances par un travail d'écriture, lui permettant d'évaluer son propre vécu, ce qu'il a découvert dans les échanges ce qui est réajuster.



S. Chatelet
Infirmière



F. ZIELINSKI
Aide-soignante

TÉMOIGNAGES

Présentation d'Annick

Annick est une patiente âgée de 53 ans. Elle a eu, à 2 ans, une encéphalite qui a provoqué une épilepsie temporale. A 7 ans, elle est admise au Bon Sauveur où il est diagnostiqué une débilité moyenne avec troubles du caractère, une carence et une immaturité affective associées. Puis en 1982, apparaît un délire à thème persécutif avec hallucinations psychosensorielles.

Annick, ayant bénéficié de l'Ecole dispensée par les religieuses du Bon Sauveur, s'exprime aisément avec un vocabulaire diversifié. La vie des Glycines (service moyen-long séjour) est rythmée par sa forte présence, elle parle fort, chante souvent. Elle a un grand besoin de contact avec le personnel autant physique que verbal ; elle aime être maternée, cajolée, vient souvent vers nous, nous caresse la main, le bras ; elle aime que

Cela nécessite :

- Une approche globale de la personne, une démarche transversale au niveau de l'équipe pluridisciplinaire.
- Un personnel formé, respectueux et tolérant.
- Un lieu de parole où peuvent s'échanger questions et doutes.
- Sans jugement de valeur ni interprétation, respectant et stimulant les potentialités du sujet de soin.
- Une adaptation de nos codes conventionnels à l'originalité et la singularité de chacun d'eux.

En conclusion, quelques phrases de patients qui ont bénéficié d'une prise en charge au sein de l'espace Snözelen :

- « Je n'ai plus le cafard au moral ».
- « J'ai les nerfs moins contrariés ».
- « Ça me détend largement ».
- « On occupe le temps, c'est beau, c'est recherché, on est bien ».
- « Je suis bien et en confiance ».
- « Je suis tranquille, je suis bien là ».
- « Est-ce que je peux aller à l'espace Suizerland ? ».

l'on s'occupe d'elle. Globalement, Annick est en quête affective, essentiellement dans la recherche du toucher avec les soignants. Elle est toujours en demande d'une relation privilégiée avec le soignant.

Bienfaits de l'espace Snoezelen

Au début, Annick était frileuse à l'idée de rentrer dans l'espace "c'est tout noir !" "c'est dangereux !" "ça fait des vagues !"

Au fil du temps la régularité des séances a induit une relation de confiance, privilégiée, très chaleureuse.

Aujourd'hui, Annick a très bien investi l'espace, elle s'allonge spontanément sur le matelas à eau, demande à écouter Edith Piaf, ceci n'est pas dû au fruit du hasard. En effet, cette chanteuse la relie à son passé (sa mère chantait beaucoup Piaf avant qu'elle ne s'endorme).

Elle qui est souvent hypertonique, triste, persécutée, trouve un moment de sérénité, de gaieté, de confort.

Verbalise beaucoup les bienfaits "ici, j'ai moins le cafard au moral" "j'ai les nerfs moins contrariés" "c'est merveille !".

Elle qualifie un massage de « petit chauffage qui fait du bien au dos ».

Elle manifeste ses envies dans le silence ou dans le mouvement, s'il s'agit du mouvement ; elle est capable de chanter et danser avec beaucoup de rires et de fous rires.



Snoezelen lui offre une atmosphère de cocon où elle se sent bien. Espace devenu familier où le plaisir est présent à chaque fois.

Présentation de Jean-Pierre

Patient âgé de 60 ans, admis aux Glycines depuis 2 ans (suite au décès de sa mère). Il souffre d'une schizophrénie déficitaire ponctuée de crises d'angoisses hystériques. Physiquement, il est voûté, il bave beaucoup, son élocution est difficile.

Au quotidien, il affiche un visage souvent triste, son regard est inexpressif, a beaucoup de difficultés à se concentrer sur une activité.

Les bienfaits de l'espace Snoezelen

Autant pour Annick, il a fallu du temps pour se familiariser avec l'espace, autant pour Jean Pierre l'investissement du lieu a été immédiat, il s'est très vite senti à l'aise.

Le support de toutes les séances repose sur l'écoute de Johnny Hallyday : c'est son idole depuis qu'il a 14 ans, il connaît quasiment tous les titres de ses chansons, il se rappelle tous les concerts auxquels il a assisté. Ce chanteur occupe une grande place dans sa vie.

Pendant les séances, JP est paisible, son visage d'habitude fermé, devient radieux, détendu, souriant.

Il verbalise beaucoup les bienfaits « j'ai beaucoup d'émotions » « après, je suis plutôt gai » « c'est un grand moment de plaisir ».

Il accepte volontiers de danser, il dit « j'aime danser car je bouge mon corps » « ça me stimule » « vous me faites penser à Sylvie Vartan ! ».

Aujourd'hui, JP est très demandeur de l'Espace, celui-ci lui apaise ses angoisses « mes angoisses sont moins grandes ici ».

Présentation de Madame X

Madame X est une jeune femme de 29 ans, elle a une fille de 5 ans. Elle a vécu pendant 7 ans avec le père de son enfant. A l'heure actuelle, elle vit chez sa mère. Elle travaille de façon épisodique dans la coiffure. Sa première hospitalisation date de 2001 (service d'admissions).

De multiples hospitalisations ont eu lieu depuis, dues essentiellement à des ruptures de traitement et au déni de sa maladie.

Elle présente une schizophrénie paranoïde avec un automatisme mental important et une prédominance d'un délire cénesthésique vécu de manière extrêmement angoissante.

Elle se sent pénétrée par l'oreille, le cerveau. Un voisin lui ôte ses veines, sa chair.

Son délire est étendu à sa fille, elle-même violée. Lors de ses périodes d'angoisse, Mme X demande une relation privilégiée avec les soignants.

Nous lui avons proposé l'atelier Snoezelen dans le but d'essayer de l'apaiser.

Les bienfaits de l'espace

Lors des séances, Mme X apprécie la relation duel avec un soignant. Elle demande à être cocoonée, protégée. Elle se livre corps et âme, a peu de distance relationnelle.

Elle apprécie particulièrement les massages qui lui permettent de se détendre, elle choisit le matelas à eau. Les massages pratiqués allongés sur le dos lui sont bénéfiques car ils permettent un contact verbal important.

Mme X exprime l'intensité de son angoisse par rapport au ressenti de ses hallucinations. Elle verbalise la teneur de son délire. Elle est sensible à l'ambiance de la salle, aux jeux de lumière et à la musique.

Pendant ces périodes où elle est détendue, elle parle de certains moments agréables de sa vie ; la musique qu'elle aime ; les bons instants passés avec sa fille.

Elle aime choisir les huiles essentielles proposées et préfère les essences fruitées.

Elle dit qu'elle aime l'espace Snoezelen car il lui permet de se ressourcer.

AVEC LE RECUL

Docteur Marc Toulouse

Les témoignages que nous venons d'entendre sont des prises en charge récentes et nous aurions pu les multiplier. Toujours le même miracle d'un espace décalé où le corps et le plaisir sensoriel ont droit de cité...

Pourtant, deux années plus tard, notre bilan est un peu mitigé.

Non pas par rapport à l'intérêt de l'espace Snoezelen en lui-même mais sur notre manière de l'utiliser.

- Nous avons pu constater que ce ne sont pas surtout les patients visés par le projet initial qui en bénéficient le plus.
- La tension sur le temps soignant dans les différentes unités n'a souvent pas permis que les soignants motivés puissent se dégager pour un temps Snoezelen. Sans pratique l'enthousiasme est peu à peu retombé.
- De la douzaine de soignants qui ont bénéficié de la deuxième tournée de formation, aucun n'a osé se lancer réellement dans la pratique. Nous n'avons pas su les aider à se lancer.
- Nous n'avons pas réussi à faire vivre régulièrement

les réunions de supervision, ces moments pour relire ensemble nos expériences, les joies et les difficultés. Ces réunions d'échange de pratique nous auraient aidés à progresser et à nous encourager.

- D'où une certaine désaffection de notre bel outil...
- Conscient de ces difficultés d'organisation, nous avons missionné spécialement Françoise Zielinski qui reste passionnée, pour faire vivre plus cette activité : soit pour proposer des séances, soit pour permettre à ses collègues de pratiquer. Ceci constitue un début de remobilisation mais n'est pas suffisant.
- La formation qui nous a introduits à l'espace Snoezelen était intéressante mais insuffisante pour innover et progresser. Je ressens qu'il faudrait, pour

aller plus loin, travailler avec quelqu'un qui pourrait donner plus de sens à ce qui se passe dans cet espace. Je pense que c'est typiquement le rôle que pourrait jouer un psychomotricien... Hélas nous n'avons pas de psychomotricien et bien peu de perspectives d'embaucher dans ces temps de restriction...

Nous avons voulu vous présenter ici un projet innovant en toute simplicité et transparence.

L'enthousiasme ne suffit pas à faire vivre un tel projet, il y faut en plus une organisation rigoureuse et un brin de professionnalisme... Je pense que cette occasion de présentation aura eu l'avantage de nous remobiliser et nous permettra de remettre notre espace Snoezelen dans le sens de la marche.





LES ENVELOPPEMENTS SECS

Pour vous parler des enveloppements secs, nous allons partir d'un cas concret, d'une personne que nous appellerons Yves, si vous le voulez bien.

Nous procéderons de la manière suivante :

- *Présentation de Yves, son comportement et ce qui a motivé la prescription des enveloppements.*
- *Technique utilisée pour réaliser les enveloppements secs*
- *Les effets bénéfiques des enveloppements sur le comportement de Yves*
- *Ce qui a contribué à la réussite de ce soin, c'est-à-dire pourquoi ça a marché, à notre avis.*



Marie-Hélène TRICHET
Infirmière de secteur psychiatrique
CH Flers



Emmanuelle PECCATTE
Infirmière de secteur psychiatrique
CH Flers

PRÉSENTATION DE YVES

Yves souffre d'une psychose infantile avec arriération mentale sur terrain épileptique, avec des troubles du comportement à type d'hétéro agressivité. Yves vit en institution psychiatrique depuis l'âge de 17 ans.

Le 12 décembre 1995, il a été transféré à Flers pour des raisons de secteur géographique alors qu'il était hospitalisé au CPO D'Alençon depuis 33 ans. Face à ce changement, Yves a eu une attitude positive, participant aux activités proposées mais dès la fin décembre, des troubles du comportement réapparaissent avec dégradation du matériel, automutilation et perte des repères temporels et spatiaux.

En janvier 1996, Yves reçoit la visite de sa mère qu'il n'avait pas revue depuis de nombreuses années. Il semble l'avoir reconnue car il l'embrasse.

En novembre 1997, Yves, 42 ans ½, est hypertonique avec un comportement destructeur : détérioration du matériel et automutilation au niveau des doigts pour ensuite barbouiller ses vêtements, les murs, le mobilier et les draps de sang.

De plus, il trempe régulièrement ses vêtements dans la cuvette des toilettes ou les jette par la fenêtre.

Les sorties extérieures sont devenues angoissantes pour lui et il refuse de participer aux activités qui lui sont proposées. Il cache des peluches, des crayons, des papiers ou des mouchoirs dans ses vêtements. Il est sans cesse dans le questionnement : qui travaille ? qu'est-ce qu'on mange ? est-ce qu'on met les habits au sale ?

Ce mal être est difficile à comprendre et à gérer pour l'équipe, c'est pourquoi des enveloppements secs ont été prescrits en novembre 1997 par le Docteur Mathieu, psychiatre du service à cette époque, pour tenter d'établir une relation corporelle et permettre à Yves d'évoluer dans sa relation à l'autre mais aussi lui donner des limites corporelles pour casser le cycle mutilation - destruction - agressivité.

En février 1998, Yves est hospitalisé 20 jours en médecine suite à une surinfection bronchique grave ayant entraîné une crise comitiale le mettant entre la vie et la mort. Durant cette hospitalisation, il reçoit la visite de sa mère et d'un de ses frères.

Début mars 1998, Yves est de retour dans le service. Il est très amaigri, fatigué, ayant régressé sur le plan locomoteur et nécessitant une aide au repas et à la marche.

A partir de la mi-mars, il réintègre le groupe et la vie du service mais on assiste à une réactivation importante de l'angoisse psychotique : il devient hypertonique de jour comme de nuit, il se mutilé beaucoup, détruit le matériel, déménage sa chambre la nuit, a un sommeil très léger, est parfois insomniaque. Il macule les murs de sang et de selles, a tendance à boucher les ouvertures (portes, fenêtres, toilettes) de sa chambre avec ses vêtements et ses draps provoquant des inondations. Une contention ventrale la nuit est mise en place. Il ira jusqu'à agresser un patient et un soignant.

A noter qu'en avril 1998, sa mère et sa sœur jumelle lui rendent visite. Sa mère reviendra seule en mars 1999 le

voir pour la dernière fois, la visite s'étant mal passée. Devant la permanence et la recrudescence des automutilations et des crises clastiques dues à l'angoisse psychotique, plusieurs hospitalisations ont été nécessaires, son comportement étant devenu ingérable, hospitalisations d'une à trois semaines à chaque fois. (mars 1998 à avril 1999).

De retour au service un protocole d'isolement en chambre est à chaque fois mis en place :

- store et porte fermés à clé
- matelas au sol
- repas en chambre accompagné
- ouverture partielle du store le jour
- activités fixes avec les mêmes soignants, une fois par semaine : pâte à modeler avec l'ergothérapeute et enveloppement sec avec deux soignants.
- une activité le matin et l'après-midi lui est proposée sans obligation (écoute musicale, dessin, lego)

Yves n'avait aucun contact avec les autres patients, dans un premier temps.

Ce protocole était modulable en fonction de son comportement et de ce qu'il voulait car l'enfermement devenait persécuteur. Nous lui laissions la porte ouverte quand il le souhaitait et il allait en salle de télévision à sa demande. Le retour dans le service se faisait donc progressivement à sa demande et à son rythme. Au début, le rythme des enveloppements était irrégulier en raison des hospitalisations et de son comportement.

Ce n'est qu'à partir de **fin novembre 1998** que les enveloppements ont pu se faire une fois par semaine. Puis à partir de **fin mars 1999**, nous faisons deux enveloppements par semaine dans la mesure du possible.

TECHNIQUE UTILISÉE

Au début, lors de la mise en place de cette activité thérapeutique, Yves a été accompagné par les deux soignants référents, un infirmier et une aide-soignante, pour l'achat des tissus. Il a choisi des tissus de couleurs et de textures différentes, les morceaux les plus grands étaient extensibles. Lors de cet accompagnement, Yves n'a pas eu une participation active du fait de son angoisse de l'extérieur.

La première séance a eu lieu fin novembre 1997.

Du fait des difficultés à sortir Yves à l'extérieur, les premières séances ont eu lieu dans une grande salle de bain du service. A partir du 13 octobre 1999, les enveloppements ont pu se faire dans une pièce, dans le CMP, en ville.

Pour effectuer ce soin, nous quittions notre blouse, nos chaussures, Yves aussi enlevait ses chaussures ainsi que son manteau. Nous le sollicitons, à chaque fois, pour qu'il participe à la préparation, en sortant les chiffons du carton, en nous aidant à installer le drap et la couverture au sol.

Lors des premières séances, le contact avec les tissus était difficile pour Yves, l'enveloppement du corps n'était pas possible.

Yves a commencé par toucher les tissus, jouer à cache-cache avec un tissu transparent, faisant coucou aux soignants... tissu qu'il demandera souvent pour mettre sur son visage pendant les enveloppements.

Ensuite, il préférait s'allonger sur les tissus avant d'en être recouvert.

A partir de janvier 1998, un enveloppement des membres supérieurs et inférieurs était parfois possible, après il était recouvert par le reste des tissus. Il s'allongeait souvent sur le côté en position fœtale.

En mai 1998, on dispose un tapis de sol pour un meilleur confort.

A partir d'octobre 1998, il accepte, à chaque séance, que nous l'enveloppons selon la méthode pack, c'est-à-dire enveloppement membre par membre en mentionnant le nom des parties enveloppées en l'aidant à se les approprier afin de travailler son image corporelle, son identité. Une fois chaque membre enveloppé, nous rassemblions les bras au tronc avec des tissus extensibles et les deux jambes entre elles avec le même genre de tissu, puis avec un drap pour l'ensemble du corps et, enfin, une couverture qui terminait l'enveloppement. Le tissu coloré transparent était déposé sur le visage d'Yves à sa demande.

Les soignants étaient positionnés de chaque côté du patient, près de sa tête.

Au début, il fallait serrer, contenir, il se souillait, il se mutilait, il questionnait beaucoup et avait du mal à se détendre.

A partir de janvier 1999, il arrivait à se détendre plus facilement pendant le soin posant moins de questions et parfois même s'endormait. On note même de vrais éclats de rire à partir de mai 1999.

Dès février 2000, nous avons introduit le dessin en fin de séance pour notifier l'arrêt du soin pour qu'il puisse s'exprimer avec des pastels de différentes couleurs sur une feuille blanche.

L'activité durait une heure trente, avec environ quarante-cinq minutes d'enveloppement.

Nous nous organisons pour que l'enveloppement ait lieu chaque semaine, le même jour. A une époque il y a eu jusqu'à deux séances par semaine.



LE CORPS DANS LES SOINS PSYCHIQUES FLERS, 13 NOVEMBRE 2007

Pour nous aider et nous guider dans ce soin, nous étions régulièrement vus en supervision par la psychologue de l'équipe soignante du service. On abordait avec elle tous nos questionnements, nos inquiétudes, les réactions d'Yves, les passages de relais, tout ceci nous apportant un soutien indispensable.

BÉNÉFICES DES ENVELOPPEMENTS

Yves repère mieux son corps, nomme les différentes parties en se les appropriant. Il ressent les choses : « il a pleuré, il a ri, il chatouille » dit-il. Il arrive à se détendre complètement sans s'endormir.

Les enveloppements rassemblant Yves ont contribué à diminuer ses angoisses, lui permettant d'effectuer des changements de lieu, même avec d'autres patients mais toujours accompagné de soignants. Il demandera même sa sortie.

Il recherche une relation privilégiée avec les soignants, a beaucoup moins de gestes de violence, de destruction, seules les automutilations et souillures persistent à moindre degré. Le questionnement prend une vertu de lien relationnel.

Durant cinq années d'enveloppement, Yves a pu intégrer les changements de soignants dus au roulement, y compris pour les enveloppements. Yves réclame le soin et les soignants qui l'enveloppent alors qu'ils sont absents, il y fait même référence lorsqu'ils sont partis.

Il y a eu une évolution dans les dessins de Yves par rapport :

- aux couleurs qui sont devenues plus claires
- au temps pour produire le dessin, qui devient plus long
- à la valeur du dessin, il ne les jette plus ou ne les chiffonne plus
- au graphisme : les traits étaient, au début, lourdement marqués puis on passe à des cercles légers et fluides.

Yves n'a plus besoin d'avoir sa porte de chambre fermée à clé pour dormir la nuit et il a pu réintégrer progressivement le groupe. Son évolution lui a même permis d'être en chambre à deux. On a également constaté une amélioration de langage et de la communication.

Actuellement il dit avoir six ans alors qu'en 1998-1999, il affirmait n'avoir que deux ans.

La contenance par rapport au rassemblement a pu être utilisée également par les soignants porteurs des enveloppements pour calmer des angoisses dans le service en amenant Yves en écoute musicale et en étant, au fil du temps, simplement près de lui ou lors du coucher en bordant Yves de façon serrée pour l'aider à

retrouver ses limites, évitant ainsi, comme le contrat pouvait le prévoir, l'isolement en chambre.

Je suis arrivée en fin de prise en charge et je suis partie du postulat, étant comportementaliste, que je pouvais utiliser l'enveloppement sec avec Yves pour l'accompagner de façon progressive chez le dentiste. En effet, Yves ayant des problèmes dentaires, il fallait l'accompagner chez le dentiste pour un bilan, tout en évitant qu'il s'arrache lui-même les dents, comme il avait pu le faire par le passé.

Dans la pratique, nous avons enveloppé Yves, il s'est détendu, puis nous avons parlé du dentiste. De façon progressive, nous avons pu entrer chez le dentiste qui a pu examiner Yves. Toujours en utilisant les enveloppements secs avant chaque séance d'exposition, Yves a pu passer son panoramique dentaire sans se mutiler ni casser le matériel radio. Malheureusement, aucune dent n'a pu être sauvée, il a fallu faire les extractions dentaires sous anesthésie générale.

Les objectifs étant atteints, nous avons décidé avec Yves d'arrêter les enveloppements secs après en avoir diminué la fréquence. Les tissus ont été rangés avec lui et les dessins décrochés puis rangés dans un classeur. La dernière séance a eu lieu le 17 juillet 2003.

Il fut un temps où Yves avait le carton de chiffons rangé dans son placard de chambre et il lui arrivait, de sa propre initiative, de sortir les chiffons pour les étaler par terre afin de s'allonger dessus.

Avec du recul, on peut dire que le comportement d'Yves en 1997, était certainement dû à trop de changements et de stimulations ayant provoqué chez lui une recrudescence des angoisses psychotiques qui les enveloppements ont permis d'atténuer.

POURQUOI ÇA MARCHE ?

D'après nous, c'est grâce au travail d'équipe, les soignants participant étaient porteurs des enveloppements, ils travaillaient aussi sur des jours de repos, il y avait donc une régularité dans le soin : même jour, même heure, une fois par semaine.

On souligne également l'importance des transmissions écrites accessibles à l'ensemble de l'équipe, le soutien de la psychologue lors des régulations, les passages de relais en quatre séances.

D'autre part, le regard de l'équipe sur Yves a changé.

