

**FORMATION D'ART-THERAPEUTE**

**EATA – École d'art-thérapie et d'animation**

**Jenny Joseph**

**ATC-3**

**TRAVAIL DE MEMOIRE FINAL**

**Art-thérapie et sclérose en plaque :**

**l'intégration psychique d'une maladie invalidante  
à travers l'art-thérapie**

**Montcherand, le 10 mai 2014**

## **Résumé :**

La maladie de la sclérose en plaque (SEP) est une maladie neurologique auto-immune chronique du système nerveux central.

Au fur et à mesure de son évolution, la maladie peut entraîner des séquelles durables, voire un handicap moteur. Il arrive que les personnes, souffrant de SEP, soient placées en établissement résidentiel, au vu de leur perte d'autonomie physique.

Dans le contexte où la motricité est quasi inexistante, l'art-thérapie s'inscrit d'une manière toute particulière dans la vie des personnes et pose de nombreuses questions : quelle(s) création(s) ? Comment créer ? Faut-il créer pour la personne ? Est-ce nécessaire de devenir son outil ? Quels en sont les bénéfices pour ces personnes, alitées une grande partie de la journée ? Quels objectifs ? Quels aboutissements ?

Ce travail de mémoire, basé sur l'expérience d'une art-thérapeute en institution, cherche à montrer comment le processus en art-thérapie peut soutenir la personne dans l'intégration psychique de cette nouvelle réalité de vie et en quoi, il peut permettre à l'être humain de reprendre maîtrise sur sa vie et de refaire des choix, en conscience et connaissance de causes.

Tout au long du travail, il est question de l'ajustement permanent du thérapeute ainsi que des notions de transfert et contre-transfert, particulières dans ce type de suivi, où le thérapeute offre sa présence inconditionnelle, une écoute attentive, à la fois, au corps et au psychisme, et accepte parfois d'être « l'outil » pour la personne.

## **Remerciements :**

Je remercie tous mes proches qui m'ont soutenue dans l'élaboration de ce travail ainsi que les professionnels qui m'ont encouragée à poursuivre dans la démarche exposée ci-dessous.

A tous, je leur adresse, ma profonde reconnaissance.

## **Mise en garde :**

Les avis émis dans ce travail n'engagent que son auteure.

## Table des matières :

Page

<b>1. Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Constat de départ.....</b>	<b>1</b>
<b>3. Problématique.....</b>	<b>2</b>
<b>4. Hypothèse.....</b>	<b>3</b>
<b>5. Méthodologie.....</b>	<b>3</b>
<b>6. Développement.....</b>	<b>4</b>
<b>6.1. La maladie de la sclérose en plaque</b>	<b>4</b>
6.1.1 Définition	4
6.1.2 Les formes de SEP chez les personnes vivant dans l'établissement	5
6.1.3 Les conséquences de la maladie sur la vie des personnes	6
6.1.3.1 <i>Les souffrances psychologiques</i>	6
6.1.3.2 <i>Le système de défenses</i>	6
<b>6.2. L'art-thérapie</b>	<b>7</b>
6.2.1 Définition	7
6.2.2 Le dispositif art-thérapeutique avec les personnes souffrant de SEP	7
6.2.3 Le but de la démarche avec ces personnes	8
6.2.4 Les paramètres nécessaires au dispositif art-thérapeutique	8
6.2.4.1 <i>La relation thérapeutique</i>	9
6.2.4.2 <i>L'alliance thérapeutique</i>	9
6.2.4.3 <i>La création</i>	10
6.2.4.4 <i>Le soutien moteur de l'art-thérapeute</i>	11
6.2.4.5 <i>L'ajustement permanent de l'art-thérapeute</i>	11
<b>6.3. L'intégration psychique d'une nouvelle réalité de vie</b>	<b>12</b>
6.3.1 Le processus d'intégration psychique	12
6.3.2 Les phases du processus d'intégration psychique	13
6.3.3 Les effet de l'intégration psychique	14
6.3.4 Des exemples de processus d'intégration psychique	15
<b>7. Conclusion.....</b>	<b>16</b>
<b>8. Bibliographie.....</b>	<b>18</b>

## **1. Introduction :**

Le sujet de ce mémoire a éclos au fil des séances individuelles en établissement résidentiel avec trois personnes, de 55 à 65 ans, souffrant de la maladie de la sclérose en plaque (cf. Travail de mémoire - Définition sclérose en plaque, p.4)

Art-thérapeute stagiaire dans un premier temps (juillet 2012 à octobre 2012) puis salariée à 80% (depuis novembre 2012), je me suis vue, rapidement, confrontée à la dépendance physique causée par la SEP et de ses dégâts psychiques catastrophiques sur la vie des personnes qui vivent dans cet établissement depuis environ une année.

Mouvements moteurs quasi anéantis. Dépendance totale aux soins et regards des soignants. Grave rupture d'équilibre psychique. Estime de soi saccagée, perte de confiance en soi et en la vie, anéantissement de la réalisation de soi et des projets personnels, désinvestissement envers la vie, angoisses face aux questions de vie et de mort, image du corps réduite à néant, processus de deuil bloqué, rétention des émotions, isolement et dépression.

La mission de l'art-thérapeute est de proposer et de mettre à disposition un cadre sécurisant et des médiums artistiques visuels (peinture, craies, collage, argile, etc.) qui permettent à la personne de s'exprimer, créer, se recréer, se mettre en œuvre, dans le but de retrouver un meilleur équilibre de vie. La création est attendue, à un moment donné.

Par ce travail théorique, sur la base de mes expériences vécues avec ces trois personnes et les différentes lectures effectuées, je souhaite discuter de la possibilité et pertinence d'une démarche en art-thérapie, avec des personnes souffrant de SEP, avec une motricité très réduite. Plus précisément, je souhaite considérer l'intérêt d'oser devenir « l'outil » de création pour la personne et de montrer comment et en quoi, l'art-thérapie a permis à ces personnes de commencer à intégrer la réalité avec la maladie, d'effectuer « un travail psychique extrêmement profond et fécond » (Deschamps, 1997, p. 92) et de retrouver un meilleur équilibre de vie.

## **2. Constat de départ :**

Afin d'évaluer la possibilité d'une démarche en art-thérapie avec les trois personnes souffrant de SEP, je les rencontre individuellement pendant une heure, en leur présentant ma fonction et ma mission dans l'établissement. Ces trois personnes souffrent d'une sclérose en plaque différente (cf. Travail de mémoire - Les formes de SEP des personnes vivant dans l'établissement, p. 5).

Deux personnes (Madame D. et Madame M.) sur trois sont alitées la plupart du temps. Individuellement, quand elles me voient arriver dans leur chambre, avec le chariot créatif, elles s'exclament : « Cela ne sert à rien », « Je ne peux plus rien faire », « Je n'y connais rien ». Mais en même temps, durant toute la séance, elles s'expriment sur ce qu'elles vivent au sujet de la maladie et de leur réalité de vie. Elles me remercient pour le moment en déclarant : « Cela m'a fait du bien de pouvoir parler à quelqu'un ». Je vérifie si elles souhaitent me revoir. La réponse est positive.

Quant à la troisième personne, Madame F. (cf. Travail de mémoire - Les formes de SEP des personnes vivant dans l'établissement, p. 5), elle se déplace de manière autonome

avec un « rollator » dans la salle prévue pour l'art-thérapie. Le chariot créatif lui rappelle de bons souvenirs de bricolages. Elle cherche à tenir un crayon pour écrire son prénom. Le crayon gicle dans l'espace, à répétitions. Elle me parle de sa vie passée, la maladie et sa vie actuelle. Elle me communique avoir apprécié ce moment différent de ce qu'elle vit au quotidien. Elle aussi, souhaite une prochaine rencontre.

Suite à ces trois rencontres, les constats sont les suivants :

- les trois personnes ont utilisé l'espace de parole offert. Elles ont parlé, avec émotions, de la SEP et de leurs difficultés face à cette réalité. Elles souhaitent une future rencontre. Je fais l'hypothèse qu'elles ont besoin d'un espace pour pouvoir exprimer leurs vécus.
- Une personne sur trois a été intéressée au chariot créatif. Les deux autres l'ont rejeté.

Face à ces constats, je m'interroge sur la forme de l'espace dont elles ont besoin : est-ce que l'art-thérapie est une démarche pertinente à proposer aux personnes souffrant de la SEP, avec une motricité très réduite ?

### **3. Problématique :**

Je prends conscience que dans le contexte des personnes souffrant de la SEP avec un important handicap moteur, la création prend une place toute particulière. Pour certains, créer est inimaginable. Pour d'autres, cela est attirant mais les confronte durement à la réalité.

De nombreuses questions m'habitent : en quoi, d'une manière générale, des séances d'art-thérapie peuvent être bénéfiques à une personne souffrant de SEP avec une motricité extrêmement réduite ? N'est-ce pas plutôt une thérapie verbale dont ces personnes ont besoin ? Est-ce véritablement possible d'accepter d'être emprisonnée dans un corps et d'avoir besoin de l'autre pour toutes les tâches de la vie, dont créer ? Le processus en art-thérapie ne va-t-il pas mettre, une fois de plus, en échec la personne et la renvoyer uniquement à son handicap et ses pertes ? N'est-ce pas renforcer le sentiment de non-valeur de soi ? Le développement de la créativité et la création sont-elles vraiment une priorité pour ces personnes alitées, une grande partie de la journée ? Et si le processus art-thérapeutique était trop intense et dense face aux traumatismes inhérents à l'annonce d'une maladie grave ? Comment faire en tant qu'art-thérapeute face à un corps qui ne bouge que très peu : peut-on intervenir sur l'œuvre de l'individu ? Quelles sont les compétences créatives à offrir pour être dans la mission de l'art-thérapie ? Est-ce que l'art-thérapeute doit devenir « l'outil » de la personne en création ? L'aide physique va-t-elle influencer tout le processus ? Vais-je être capable, en tant que jeune thérapeute, d'assumer ma fonction dans ces situations extrêmement précaires ? Face à la force de cette maladie invalidante et évolutive, vais-je pouvoir supporter de rester aux côtés des personnes, le temps qu'elles le demandent ?

Face à ces nombreuses interrogations, je pressens devoir réfléchir profondément à la faisabilité d'une démarche art-thérapeutique, avec ces personnes.

## **4. Hypothèse :**

Partant du consensus « qu'il persiste toujours des capacités créatrices intactes à un certain niveau » (Troll & Rodriguez, 2012, p.154), j'imagine qu'au fil des rencontres avec les personnes, la création peut être suggérée. Des solutions peuvent être créées, en composant avec la maladie.

Je fais donc l'hypothèse que pour une personne souffrant d'une maladie invalidante grave telle que la SEP, choisir de s'engager dans un processus en art-thérapie permet, par l'accompagnement (psychique et physique) de l'art-thérapeute, de débiter l'intégration de cette nouvelle réalité de vie (cf. Travail de mémoire – Le processus d'intégration psychique, p.12) avec la maladie, de retrouver une situation de meilleur équilibre personnel et psychologique et de ressentir le sentiment profond d'être en vie sur son chemin, quoi qu'il arrive.

## **5. Méthodologie :**

L'expérience, avec des personnes souffrant d'une maladie invalidante grave et avec une motricité très réduite, est nouvelle pour moi, en tant que stagiaire art-thérapeute. Je me retrouve à devoir tisser des ponts entre deux éléments qui me semblent antinomiques : la création et la quasi impossibilité de mouvement moteur.

MSP de métier, la production et la valorisation par le travail comptent beaucoup à mes yeux. Dans les différents ateliers de production où j'ai travaillé, j'ai dû trouver des solutions ergonomiques pour que les personnes puissent exécuter leurs tâches ; malgré le handicap physique.

Dans le cas des personnes souffrant de SEP, avec une motricité très réduite, j'imagine rapidement des solutions pour créer : soutenir la main de la personne, devenir son outil de création. Mais... Est-ce art-thérapeutique ? Ai-je le droit ? J'ai peur que la démarche en art-thérapie, dans ces conditions, ne fasse plus de mal que de bien aux personnes.

Afin de vérifier si ces deux réalités (l'art-thérapie et la motricité très réduite) peuvent coexister, je commence à me documenter en différents ouvrages (art-thérapeutique, psychologique, psychanalytique, biographique).

Tout d'abord, j'ai besoin de réinterroger le sens, le but, les objectifs de l'art-thérapie ainsi que la place et le rôle de l'art-thérapeute. Face à ces personnes qui ne peuvent pas créer de manière autonome, j'ai l'impression qu'une grande partie de mes connaissances théoriques en art-thérapie tombent. Par ces nombreuses recherches, je souhaite pouvoir comprendre l'art-thérapie, la création, la créativité, pour en retirer la substance nécessaire. Je me dois de vérifier si je peux mettre à disposition des personnes souffrant de SEP un cadre art-thérapeutique adapté. L'inventer et l'ajuster aux personnes.

Hill, par son vécu, me soutient dans la notion de l'importance de replacer la personne hospitalisée, dans la position de créatrice, actrice de sa vie. Ces notions viennent éclairer ma posture d'art-thérapeute, au chevet des personnes. Il pense, en effet, qu'une « attitude passive à une attitude active est essentielle ». (Hill, 2008, p. 69)

Klein dans ses réflexions et questionnements autour des pratiques en art-thérapie me

permet de m'interroger, encore et encore, sur le sens de l'art-thérapie, avec des personnes souffrant de SEP. Quand il exprime que « l'art-thérapie n'est pas que catharsis, mais un processus de transformation, où le thérapeute doit se faire l'allié de ce qui, chez la personne, désire accomplir le chemin de la transformation positive » (Klein, 2012, p.12), je comprends que l'expression de la souffrance, vécue par les personnes, les soulage, un temps ; mais que cela ne s'inscrit pas dans un processus de transformation positive de la personne. Je saisis que mon rôle dans le processus de transformation est important mais le comment m'échappe, encore. Des résistances de la part des personnes concernant la création existent. La maladie et la souffrance semblent si ancrées à l'intérieur des personnes.

Ne trouvant pas d'ouvrages sur l'art-thérapie et la SEP, je dirige mes recherches sur le handicap moteur et l'art-thérapie. Je comprends que la création peut être, certes, possible avec des personnes souffrant d'un handicap moteur mais qu'en plus, elle permet un certain nombre de bénéfices (valorisation, création d'un espace autre que pour la maladie, rupture de l'isolement, création de nouvelles images internes, nouvelles sensations corporelles).

Parallèlement, face aux nombreuses pertes causées par la maladie, je parcours des ouvrages sur le deuil et ses étapes. Je constate que la notion d'acceptation est quasi exigée pour pouvoir retrouver un équilibre de vie. Les personnes souffrant de SEP me répètent : «Je n'ai qu'à accepter ». Cela me questionne : est-ce vraiment possible d'accepter une telle maladie ? N'est-ce pas plutôt d'intégration de la réalité dont il s'agit ? Et si la proposition de création permettait de travailler ce rapport à la réalité avec la maladie ? En faisant des recherches sur la notion d'acceptation, je constate qu'un psychologue clinicien (Ducommun) a écrit des articles sur le processus d'intégration psychique de la réalité avec un handicap.

(cf. Travail de mémoire – Le processus d'intégration psychique, p.12)

Afin de mieux en comprendre les enjeux psychiques et émotionnels sur la vie des personnes, je lis des ouvrages de Deschamps. Ces écrits m'éclairent et me soutiennent dans la compréhension de ce qui se passe durant les séances, au niveau du transfert et contre-transfert.

Quant aux ouvrages de Rogers et de Winnicott, ils me permettent de travailler sur les qualités inhérentes à un thérapeute et à « un espace transitionnel suffisamment bon ». (Winnicott, 1971, p.19) Face à la dépendance des personnes souffrant de SEP, Rogers me permet de penser à l'importance de rester deux êtres différenciés afin que la personne puisse retrouver sa liberté intérieure. (Odier, 2013, p.50)

Ce travail cherche à condenser la réflexion critique effectuée au long de ces trois suivis qui durent depuis une année et demie, pour ensuite dégager de nouvelles pistes d'action pour accompagner, au mieux, la vie des personnes qui souffrent d'une maladie invalidante grave.

## **6. Développement :**

### **6.1. La maladie de la sclérose en plaque :**

#### **6.1.1 Définition :**

Selon les neurologues (Moreau, 2008, p.27), la maladie de la sclérose en plaque (SEP) est une maladie neurologique auto-immune chronique du système nerveux central. Ses manifestations cliniques sont liées à une démyélinisation des fibres nerveuses du cerveau, de la moelle épinière et du nerf optique. Les causes restent inconnues. Elle a été décrite pour la première fois en 1868 par Jean-Martin Charcot.

Des troubles psychiques, avec une modification du comportement sous forme de dysthymie, dépression, syndrome maniaque (trouble de l'humeur) plus ou moins marqué, peuvent apparaître. Cependant, ces troubles sont la plupart du temps associés à un état d'anxiété sous-jacent engendré par l'incertitude de la maladie.

Il existe trois modes évolutifs de la maladie (forme récurrente-rémittente, forme progressive primaire, forme progressive secondaire).

L'évolution est très variable entre les individus. Elle est généralement lente, sur plusieurs décennies. Elle se fait typiquement par poussées régressives. Les poussées évoluent naturellement vers la rémission spontanée. Si elles sont invalidantes, elles peuvent recevoir un traitement par corticostéroïdes, qui permettraient de raccourcir leur évolution, de hâter la guérison, mais pas de prévenir une autre poussée.

Avec le temps, les rémissions sont moins complètes, aboutissant à des séquelles fonctionnelles, la perte de la marche survient en moyenne 20 ans après le début de la maladie.

L'espérance de vie est comparable à celle des sujets sains; la SEP n'est généralement en aucun cas mortelle (rares sont les décès, souvent dus à une infection causée par les problèmes qu'engendre la maladie).

Les scléroses en plaque d'évolution progressive (c'est-à-dire n'évoluant pas par poussées régressives) sont, en règle générale, réfractaires à tout traitement.

Les causes inconnues de la maladie ainsi que l'incertitude régnant autour du « comment » et « quand » les prochaines crises auront lieu, remettent en question le sens de la vie et l'intégrité de l'être. La maladie menace perpétuellement.

### **6.1.2 Les formes de SEP chez les personnes vivant dans l'établissement :**

Dans le cas des trois personnes dont traite ce travail, les trois modes évolutifs de la maladie sont représentés. (Moreau, 2008, p.27)

Madame F. souffre d'une sclérose en plaque de forme progressive secondaire. Les poussées deviennent plus rares et font place à une progression qui, le plus souvent, va limiter le périmètre de la marche. Les premiers symptômes sont apparus en 2001 chez Madame F. Aujourd'hui, elle marche avec un « rollator ». Ses membres tremblent beaucoup et sans interruption.

Madame M. souffre d'une sclérose en plaque de type rémittente, avec séquelles. La maladie évolue par poussées successives entre lesquelles la maladie ne progresse pas ; ces formes représentent environ 85% des cas. Les premiers signes de la maladie sont apparus en 1996 à l'âge de 44 ans. Aujourd'hui, Madame M. est beaucoup alitée en raison de la fatigue causée par la maladie. Elle peut encore utiliser sa main droite pour tenir un

crayon ou un pinceau mais elle se fatigue très rapidement. Depuis une année et demie, la maladie évolue. Le crayon tombe souvent. Parfois, elle n'a pas la force de le tenir.

Quant à Madame D., elle souffre d'une sclérose en plaque de forme progressive primaire. Elle se caractérise par une aggravation progressive des symptômes dès le début de la maladie. Les poussées sont absentes ou difficiles à repérer. Les premiers symptômes apparaissent en 1987, à l'âge de 41 ans. Elle est aujourd'hui beaucoup alitée en raison d'escarres difficiles à soigner et de la fatigue causée par la maladie. (cf. Etude de cas)

### **6.1.3 Les conséquences de la maladie sur la vie des personnes :**

#### *6.1.3.1 Les souffrances psychologiques :*

Les êtres souffrant de SEP ne comprennent pas pourquoi cette maladie les a touchés, eux. De grands sentiments d'injustice et de révolte règnent face à ce manque de sens et de raisons, dans ce coup du sort infligé.

Subissant un grand nombre de pertes, au fur et à mesure de l'évolution de la maladie (autonomie motrice, contacts sociaux, déracinement face à leur vie), les personnes perdent de plus en plus leur indépendance physique (motrice, hospitalisation) et psychique (la maladie prend beaucoup de place dans l'esprit de la personne). Elles perdent souvent le lien avec la continuité de leur vie et la maîtrise sur leur vie. La vie avec la maladie, n'a plus rien à voir avec la vie passée. Il y a eu cassure.

La maladie met en cause, sinon en crise, les certitudes, les espoirs et les valeurs qui avaient caractérisé l'existence d'une personne le temps de sa santé. Elle met la personne face à des questions de souffrance et de mort. Dans une telle situation, il devient difficile de ne pas s'interroger sur le sens de la vie, sur celui de sa propre vie. (Pellecchia, 2004, p.79)

Dans le cas de la SEP, les perspectives d'avenir ne sont guère réjouissantes. Prises au piège entre un présent difficile à supporter et un avenir encore moins positif, il devient très difficile pour ces personnes d'habiter leur quotidien avec sérénité et conscience. Elles semblent, soit le survoler en fuyant la réalité, soit s'enfermer dans la dépression. Souvent, seules, elles vivent un important lot d'émotions (angoisse, révolte, tristesse, honte, culpabilité, désespoir, découragement, etc.) et d'interrogations (Qui suis-je ? Que vais-je devenir ? Suis-je un poids ? Suis-je perdue ? Vais-je pouvoir retourner chez moi?).

Deschamps déclare au sujet des maladies graves et du soutien psychologique : « Seul cet espace-tampon peut lui permettre de ne pas tomber dans une symbiose explosive avec le cancer, véritable bombe psychique, ou dans un défi perdu d'avance face à la mort. » (Deschamps, 1997, p. 205)

#### *6.1.3.2 Le système de défenses :*

Face au côté imprévisible de la maladie invalidante, la personne vit une grande anxiété.

L'adulte atteint d'une maladie évolutive va mettre en place, au fur et à mesure des pertes successives, des défenses psychologiques. Pour éviter d'être aliéné, replié sur soi, isolé, il est important de respecter la personne, aménager son quotidien,

apporter une aide psychologique pour éviter la mort psychique.  
(Champonnois, 1996)

Au début de la relation thérapeutique et selon ce que vit la personne, elle peut chercher à se protéger, tester la solidité du lien et la force intérieure du thérapeute, mettre à rude épreuve l'alliance thérapeutique ainsi que le cadre thérapeutique, pour vérifier si elle peut faire confiance et venir se déposer. « La crainte de se trouver dans une situation de rejet ou de dépréciation active ses défenses et peut susciter des sentiments agressifs. » (Odier, 2013, p.114)

Le thérapeute, confronté à ces différentes défenses psychologiques et attaques au cadre thérapeutique, sait que, quand les forces vitales sont englouties par la force de la maladie, soutenir la personne dans la reconnexion à son élan vital, exige patience, engagement total, ajustement permanent, grande mobilisation psychique, empathie, créativité et solidité personnelle, pour qu'un « réseau de sécurité corporelle, affective et langagière » puisse exister. (Deschamps, 1997, p. 241)

Ces constats permettent de mieux comprendre pourquoi deux personnes sur trois ont rejeté d'emblée le chariot créatif. A ce stade du travail, il est manifeste que le cadre art-thérapeutique se doit de composer avec les résistances des personnes et de s'ajuster à chaque individu.

## **6.2. L'art-thérapie :**

### **6.2.1 Définition :**

L'art-thérapie comme toute vraie thérapie est un accompagnement du travail d'un sujet sur lui-même, d'une « autothérapie », avec la particularité qu'il le fait non en direct mais à travers ses productions soutenues par l'art-thérapeute. Celui-ci lui permet que les productions issues de la personne tracent un parcours symbolique vers un « être davantage » qui comprend forcément un « aller-mieux ».  
(Klein, 2012, p.104)

### **6.2.2 Le dispositif art-thérapeutique avec les personnes souffrant de SEP :**

Dans les établissements résidentiels, les soins physiques prennent beaucoup de place.

L'art-thérapeute qui propose de l'art-thérapie aux personnes, vient toucher l'être avec un nouveau regard, celui du thérapeute et avec un nouveau point de vue, celui de la création. S'il propose la création, c'est qu'elle doit être possible !

Galle, au sujet de l'espace art-thérapeutique, dit :

On ne soigne pas, on ne guérit pas le patient, mais on crée le cadre d'une transformation dont le patient reste l'agent, puisant dans ses forces vitales intimes avec l'aide du soignant qui croit dans ses capacités de changement.  
(Galle, 2003, p.20)

Comme vu plus haut, le chariot créatif semble réactiver immédiatement des souffrances

(pertes, réalité intolérable, etc.) chez la personne souffrant de SEP. Fauré, au sujet du travail du deuil, exprime :

Le travail de deuil se fera qu'on le veuille ou non. Il est donc vain de croire qu'on peut échapper à la souffrance de la séparation en tentant, consciemment ou non, de la court-circuiter, car elle reste là, présente, patiente, tapie dans l'ombre et elle attendra le temps qu'il faudra pour réapparaître et réclamer sa légitime prise en compte. (Fauré, 1995, p.30)

Certes, le dispositif art-thérapeutique déclenche tout un lot d'émotions et de souffrances, chez les personnes. Mais, en même temps, il leur permet de s'exprimer très rapidement sur leur réalité de vie. Dans le cas du handicap moteur, Troll & Rodriguez disent que « l'art-thérapeute doit également ne pas dénier le handicap comme certains handicapés peuvent avoir tendance à le faire. » (Troll & Rodriguez, 2012, p.156)

### **6.2.3 Le but de la démarche avec ces personnes :**

La mission de l'établissement résidentiel pour lequel je travaille, est d'offrir la possibilité aux personnes d'avoir une qualité de vie la plus acceptable possible. Poilvert dit :

Respecter la vie, c'est en parler avec la personne handicapée, c'est en découvrir la géographie. Respecter la personne, c'est évoquer ses particularismes propres avec elle, afin de lui donner la possibilité d'être reconnue comme « acteur » dans ce monde, pour qu'elle s'implique. Chacun est attaché à une lutte salvatrice pour conquérir le bonheur et échapper à la souffrance, c'est pourquoi l'aventure de l'adaptation de la personne handicapée est aussi une aventure de l'existence partagée par tous. (Poilvert, 2005, pp. 111-124)

Proposer de l'art-thérapie aux personnes souffrant d'une maladie invalidante, c'est œuvrer pour la vie et leur offrir la possibilité d'être accompagnées dans la quête de soi et dans le rapport à la réalité, avec la maladie. L'objectif de l'art-thérapie, dans sa vision psychodynamique, recherche justement ce qui chez la personne désire accomplir le chemin de la transformation positive, « tendre vers une plus grande libération et accomplissement de soi-même. » (Klein, 2012, p. 13)

A travers la création, connectée à ses limitations et ressources, envies et découragements, la personne a l'occasion de repenser le sens qu'elle souhaite donner à sa vie pour pouvoir la vivre, dans les meilleures conditions possibles.

La conscience et la compréhension de soi ne s'acquièrent pas sans réveiller des peurs parfois bien dissimulées. Mais c'est sans tenir compte de la pulsion de vie. L'énergie qui pousse vers l'accomplissement, vers une évolution positive, la tendance actualisante oblige à défier cette peur qui empêche d'être présent à la réalité. (Odiar, 2013, p.58)

### **6.2.4 Les paramètres nécessaires au dispositif art-thérapeutique :**

Si la proposition d'un processus art-thérapeutique correspond à une attente, un désir, un choix, chez la personne, il faut savoir qu'un certain nombre d'éléments doivent être réunis pour que l'espace thérapeutique corresponde aux besoins et capacités, psychiques et

moteurs, de la personne souffrant de SEP.

Il y a, en effet, d'une part, les qualités du thérapeute dans son savoir-être, et d'autre part, son savoir-faire dans la constitution du cadre art-thérapeutique et dans la proposition de la création.

#### 6.2.4.1 *La relation thérapeutique :*

« Pour Rogers la relation thérapeutique est une manifestation de la vie. » (Odier, 2013, p. 51)

Ainsi, la personne qui choisit de débiter un suivi en art-thérapie, choisit de ne pas rester dans son isolement, en fusion avec la maladie. Elle choisit de vivre !

Aller à la rencontre des personnes alitées pour leur proposer de s'engager dans un processus art-thérapeutique, c'est leur offrir la possibilité d'ouvrir une porte sur leur vie et de reprendre pouvoir sur elle. Toutefois, l'image qu'elles s'étaient faite de leur vie (sans avenir et perspectives), en est aussi bousculée. Prendre le risque de se remettre en mouvement, c'est prendre le risque de ressentir de nouvelles émotions, voir sa vie sous un nouvel angle, être déstabilisé, se confronter une nouvelle fois au fait que la maladie est bel et bien là ; définitive. Cela sous-entend : être secoué, encore une fois, dans son intégrité, identité, responsabilité d'être humain.

Ainsi, même si la personne a le désir de s'engager dans un processus art-thérapeutique, le thérapeute garde à l'esprit que des résistances inconscientes à changer, peuvent s'ériger. Il reste tout au long du suivi, à l'écoute de ces résistances et tensions, en respect à la personne accompagnée, sans rien forcer. « C'est un respect gratuit que, le client obtient sans réserve. Le thérapeute suit le périple de la personne. Cela induit de respecter le processus d'actualisation de la personne. » (Odier, 2013, p.62) Celui de sa mise en œuvre, dans la création.

#### 6.2.4.2 *L'alliance thérapeutique :*

Ainsi, une condition importante dans la constitution de l'alliance thérapeutique est que « le lien relationnel que le thérapeute offre n'entraîne ni contrainte ni intimidation qui pourraient présenter un quelconque danger pour la personne. » (Odier, 2013, p. 136)

C'est par cette sécurité et qualité de lien stable, solide, durable, fiable et suffisamment souple que la personne peut commencer à engager son être dans cette nouvelle relation. Sans cette qualité de lien, il est fondamentalement trop dangereux pour la personne de s'engager à ce croisement de vie et de mort et de vivre de nouvelles expériences.

Deschamps affirme : « Dans des cas malaisés, la neutralité bienveillante ne suffit pas et il faut savoir se risquer dans des terres mal connues pour accompagner le patient et se maintenir dans sa proximité. » (Deschamps, 2009, p.5)

En effet, tant que le thérapeute n'a pas engagé son être au chevet de la personne, elle ne peut pas se mettre en œuvre, dans la création et dans sa vie, pour débiter le processus de transformation positive.

### 6.2.4.3 *La création* :

Galle dit au sujet de la création :

Créer, c'est réagir au vide et à la dissociation, c'est faire quelque chose, se mettre en mouvement, fabriquer, mettre en forme, passer un seuil, rechercher l'unicité de son être, se délimiter, colmater la faille, le trou, c'est un acte médecin qui participe à la reconstruction de soi. (Galle, 2003, p. 20)

Dans les suivis avec les personnes souffrant de SEP, toutes les notions citées ci-dessus ont un sens.

Au début des suivis avec les deux personnes alitées, l'observation suivante a été faite : la personne parle de ce qu'elle vit et répète les mêmes éléments, au fil des séances. « Les conditions de déclenchement de ces manifestations semblent être autant internes, liées à la répétition automatique du phénomène, qu'externes, lorsque des éléments de contexte viennent favoriser leur retour en mémoire ». (Psychologie des émotions, 2002, p.66)

L'être, paralysé physiquement, semble donc être aussi figé psychiquement. Il n'y a plus de fluidité psychique. Le mouvement est bloqué, certainement par le traumatisme de la maladie, sa menace perpétuelle et ses conséquences. Il semble qu'il n'y ait plus d'ouverture sur l'extérieur.

Dans ces situations où l'énergie semble être enfermée, Deschamps exprime au sujet du thérapeute :

Il fait fonction de repère et de re-mère pour aller rechercher la puissance vitale, pulsionnelle et psychique là où elle s'était fourvoyée, emprisonnée. Pour ce faire, il s'implique lui-même totalement dans le jeu, s'offrant comme une sorte de paratonnerre pour capter l'énergie prisonnière de la maladie et convertir le mal. (Deschamps, 1997, p. 279)

De plus, la personne, physiquement enfermée dans son corps, ne peut pas tendre sa main pour aller chercher un médium sur le chariot créatif et se mettre en mouvement, pour sortir de son marasme. De son lit, elle ne peut pas voir tous les médiums proposés sur le chariot et poser son regard ailleurs que sur la maladie. Elle fait un avec la maladie. Elle la terrasse. Autant son corps et son psychisme l'empêchent de se mobiliser.

L'art-thérapeute doit donc se mettre autant psychiquement que physiquement à la totale disposition de la personne si un « espace tampon » de récréation veut être créé. Winnicott dit : « Au début, l'adaptation doit être presque totale car, si tel n'était pas le cas, l'enfant ne pourrait pas développer la capacité de vivre une relation avec la réalité externe ou même de se faire une conception de cette réalité. » (Winnicott, 1971, p.20)

L'art-thérapeute propose la création en suscitant l'intérêt. Il rend accessible les médiums artistiques (énumération, informations, sensations tactiles), offre en toute délicatesse son aide physique à la personne (soutenir la main ou devenir « l'outil » de création de la personne) et reste dans une écoute subtile du moindre signe physique et psychique chez la personne.

#### 6.2.4.4 *Le soutien moteur de l'art-thérapeute :*

Étant donné que la création semble être inimaginable physiquement et inutile par les personnes, l'art-thérapeute est, en effet, responsable de rendre abordable et concevable la création (cf. Etude de cas). Car, s'il ne propose pas la création, ne met pas à disposition ergonomiquement une place adaptée aux besoins de la personne et n'aide pas physiquement la personne, aucune création ne peut se réaliser. La pertinence de la démarche en art-thérapie peut donc être remise en question.

« Rogers considère l'importance de la place et de la fonction de la prise de conscience dans le processus d'actualisation de la personne. » (Odiar, 2013, p. 56)

Durant tout « le temps de gestation » où la création est mise en question par la personne, l'être semble s'approprier, à son rythme, autre que malade. Il renoue contact avec des facettes de son identité et peut, à son rythme, affronter sa réalité de vie, pour peut-être finalement, se mettre en œuvre. Ainsi, l'art-thérapeute vérifie, à chaque proposition (création et médium artistique), le souhait de l'individu. La personne n'est jamais forcée à rentrer dans la création. La relation thérapeutique n'en est pas menacée. La personne est juste régulièrement sollicitée à entrer dans la création et à redevenir créatrice de sa vie, à son rythme. L'art-thérapeute a conscience que le passage à l'acte prend du temps, par les enjeux physiques et psychiques que vivent les personnes souffrant de SEP.

De son côté, l'art-thérapeute garde confiance en le processus, reste patient et continue de mettre à disposition de la personne un espace thérapeutique « suffisamment bon » (Winnicott, 1975, p.19) où le « regard positif inconditionnel » règne. (Odiar, 2013, p. 78) L'art-thérapeute préserve et prend soin du cadre de la création-recréation ; le temps que la création devienne imaginable, pour la personne.

De ce fait, quelle que soit la décision de la personne (créer ou non, recevoir de l'aide ou non, ne rien faire, s'interrompre dans la création, etc.), la création vient servir et nourrir la réflexion de l'individu autour de sa réalité de vie.

Dolto citée par Deschamps, déclare : « Pour que le psychisme reste vivant, il faut qu'il y ait langage échangé, expressif, actuel avec quelqu'un qui prête à celui qu'il écoute la valeur de sujet de sa propre histoire. » (Deschamps, 1997, p. 240)

Accompagnée par l'art-thérapeute, qui s'ajuste perpétuellement à son actualisation, la personne a la possibilité, à son rythme, de se réorienter, dans sa propre vie.

#### 6.2.4.5 *L'ajustement permanent de l'art-thérapeute :*

Tout ce questionnement autour du sens de la création avec des personnes souffrant de SEP, démontre que rejeter d'emblée la création avec ces personnes (par peur d'influencer le processus, par peur de faire un avec la personne souffrante, par peur d'une mise en échec), c'est se piéger avec l'être dans la relation thérapeutique et dans son sentiment d'inutilité, d'impossibilité et de fin.

Rejeter la création, c'est ne pas offrir la possibilité à la personne de se reconnecter à son élan vital et sa créativité, d'explorer de nouvelles manières d'être au monde et de vivre sa vie jusqu'au bout, en toute connaissance de causes.

Dans le cas des trois personnes (cf. Travail de mémoire - Les formes de SEP chez les personnes vivant dans l'établissement, p.5), je cherche à m'ajuster perpétuellement à leurs créativité, demandes, compétences et besoins, tout en leur offrant la possibilité d'aller explorer encore de nouveaux espaces de récréation. Visualisations, méditations, observations de peintures et d'images, contes, la création autonome ou accompagnée. La personne ressent que, même souffrante, de nouveaux espaces existent. Mino dit :

Aider les malades à la prise de conscience de la situation est au cœur de l'accompagnement. Il s'agit de préserver leur lucidité tout au long du « mourir » et de leur donner l'occasion de régler leurs affaires matérielles et affectives, bref de vivre leur vie jusqu'au bout. (Mino, 2007, cité par Doucet, 2008, pp. 121-126)

Ainsi, toutes les étapes du processus créatif (ne rien vouloir faire, faire pour, faire avec, faire seul), servent le processus d'intégration psychique de la réalité et se développent, dirait-on, en parallèle ; avec des hauts et des bas, selon l'évolution de l'état de santé de la personne. Par exemple, pour que la personne puisse faire l'expérience de sa nouvelle mise en œuvre, l'art-thérapeute sait aussi que l'aide physique (soutenir la main de la personne, devenir son outil) peut être un élan nécessaire. Ainsi, lorsqu'il est amené à aider physiquement la personne, l'art-thérapeute se met au diapason du corps psychique et physique de l'individu. En toutes connaissances de causes, il devient le prolongement du corps de la personne. S'il ressent une moindre résistance s'ériger, il stoppe la trace.

Par le maintien durable d'un cadre thérapeutique contenant, suffisamment souple et ajusté à la personne, l'art-thérapeute garantit à l'être la possibilité d'une « transformation positive ». Exister, s'accomplir, se libérer; en toute intégrité et dignité humaine.

### **6.3. L'intégration psychique d'une nouvelle réalité de vie :**

L'étymologie du terme intégration, est éclairante. Il s'agit : d'associer, de faire entrer dans un ensemble, de devenir ressemblant, et également, de rendre entier, de refaire, de réparer.

Parce que le processus art-thérapeutique montre rapidement la réalité de la personne (motricité réduite, dépendance, besoin d'aide, émotions douloureuse, etc.), la réalité fait immédiatement partie intégrante du processus. L'art-thérapeute et la personne doivent « faire avec », composer avec cette réalité, au rythme de la personne.

Ducommun dit : « En ce sens, l'élément à intégrer – le handicap – le sera dans cet ensemble complexe qu'est la personne elle-même, tenant compte de son histoire et de ses aspirations passées, présentes et à venir. » (Ducommun, 2003, p.1)

L'espace thérapeutique offert est un espace potentiel de jeu où tout le quotidien de la personne se rejoue ; mais avec cette occasion de pouvoir s'exprimer, parler de ses émotions, essayer de donner un sens et d'intégrer cette nouvelle réalité à sa vie ; accompagnée par l'art-thérapeute.

#### **6.3.1 Le processus d'intégration psychique :**

Pour que la personne puisse s'engager dans de tels processus (art-thérapeutique et intégration psychique de la réalité) et parvenir à la phase d'intégration de sa nouvelle

réalité de vie, elle va devoir traverser un grand nombre d'étapes, d'émotions, de questionnements et de remises en questions.

Jusqu'alors, habituée à subir, elle se retrouve face à des questions importantes : comment vivre cette nouvelle réalité de vie, avec la maladie ?

Vivre ou mourir ?

Au début du processus art-thérapeutique, ces questions ne peuvent pas être abordées. Il y a « rejet horrifié de toute pensée de mort ». (Deschamps, 1997, p. 199) Pour ne pas souffrir et s'effondrer, les personnes se coupent de ces questions, de leur réalité.

L'accompagnement de l'art-thérapeute ainsi que l'utilisation du médium artistique viennent, d'abord, soutenir l'être, dans la mise en forme de ses vécus intérieurs face à la maladie ; telle une validation de ce qui est dit.

Jusqu'au moment où l'être confronté à la responsabilité de sa recreation et du sens de sa vie, rentre dans une profonde remise en question et transformation personnelle.

Dans le cas de maladies graves, Deschamps dit : « La certitude d'être « moi » s'ébranle mais aussi remet en route une question : qui suis-je ? D'où je viens ? Où vais-je ? ». (Deschamps, 1997, p. 242)

### **6.3.2 Les phases du processus d'intégration psychique :**

Le processus d'intégration de la maladie conçu par Ducommun, basé sur le processus de deuil, se compose de plusieurs phases.

Comme cité ci-dessus, elles semblent, selon la pratique de l'art-thérapeute, se développer en parallèle du processus créatif :

#### La phase de crise :

C'est une étape de confusion où se mêlent beaucoup d'éléments émotionnels différents et de forte intensité. L'identité est en crise, ce qui implique une remise en question personnelle importante. L'estime de soi est fortement perturbée, ce qui peut impliquer un changement significatif dans les relations avec autrui.

Selon mes observations, à cette étape, l'être ne voit pas l'utilité de la création. Il ne peut pas ou/et ne veut pas créer. Il se sent démuni, découragé et impuissant à agir. Il ne voit plus de sens à ce qui lui arrive. Il rejette toute proposition de soutien et de création. Pour lui, sa vie est finie. A ce stade, il a surtout besoin de l'écoute et de la présence empathique de l'art-thérapeute.

#### La phase d'opposition :

La personne se rebelle contre ce qui lui arrive. C'est la phase où les sentiments de colère, de rage et la sensation d'injustice sont prédominants.

Selon mes observations, la création peut apparaître pour extérioriser la révolte et en laisser la trace (avec ou sans aide de l'art-thérapeute). La personne dépose sa colère

dans l'espace thérapeutique.

#### La phase de repli – retrait :

Se mettre en colère a permis d'extérioriser tout le sentiment d'injustice et de révolte mais cela n'a rien changé à l'existence de la maladie invalidante. C'est la phase où les sentiments de tristesse, de souffrance psychologique sont au premier plan. La maladie est cette fois-ci, vécue comme faisant partie intégrante, voir même déborde, dans la vie de la personne.

Selon mes observations, le désespoir est si envahissant que la création et la vie en sont rejetées. La personne est en profonde perte de sens ; dépression, parfois.

L'art-thérapeute valide toutes les interrogations de la personne. Soutenant, il est aux côtés de la personne ; la laissant explorer sa réalité de vie, à son rythme.

L'être est souvent dans un tel chaos que l'art-thérapeute peut se proposer de devenir « l'outil » de la personne, représentant visuellement les réflexions et questions de la personne. Le cadre art-thérapeutique est maintenu. L'individu n'est pas seul. Il est accompagné par le thérapeute.

#### La phase d'intégration :

C'est la phase où l'activité, dans le présent, permet d'être à nouveau vécue avec un certain plaisir, où la liberté d'action et d'expression retrouve créativité et souplesse.

Le handicap moteur et les pertes sont de plus en plus intégrés psychiquement.

Selon mes observations, la personne peut commencer à se laisser créer sans forcément manifester son vécu mais juste pour le plaisir de pouvoir faire. Un sens y est ensuite éventuellement donné pour valider tout le chemin parcouru.

#### La phase de résilience :

A ce stade, on peut d'ores et déjà considérer le processus d'intégration de la maladie comme achevé. La personne a non seulement acquis les capacités permettant de pouvoir dépasser une épreuve difficile mais a également acquis les capacités pour en tirer expérience, force et profit. La personne a retrouvé liberté et autonomie psychique.

On peut envisager que l'activité artistique fait partie intégrante, avec le handicap moteur, de la vie de la personne. La personne a intégré sa nouvelle identité avec la maladie. Elle s'est réincarnée dans cette nouvelle réalité de vie, a trouvé sa créativité et la met au service de sa vie. La vie a un nouveau sens.

### **6.3.3 Les effets de l'intégration psychique :**

Les phases décrites ci-dessus semblent suivre un ordre logique. Et pourtant, il faut savoir que ce type de processus n'est pas linéaire. Il peut s'interrompre, se bloquer, marquer des retours en arrière, selon ce que la personne endure. (Ducommun, 2003) Intégrer la réalité avec la maladie prend donc du temps.

C'est un travail d'autant plus laborieux et éprouvant pour les personnes souffrant d'une maladie invalidante, car à chaque poussée de SEP, un nouvel effort, une nouvelle adaptation leur est demandés. En effet, à chaque nouvelle crise, la même lutte s'impose : s'adapter à ce changement tout en luttant contre l'aspiration à laisser tomber. « Tel un véritable corps à corps avec le vivant. » (Biolaz, 2001, p.55)

Quand la personne se décourage, il peut être important de valider le fait que cette réalité de vie est, en effet, très difficile à supporter. Cela permet de déculpabiliser la personne. (Ducommun, 2003)

Notre reflet de thérapeute ainsi que tout le « parcours symbolique » effectué à travers les créations sont donc des témoins, tout au long de la relation thérapeutique, de l'important et courageux cheminement effectué par la personne.

Tous ces matériaux, psychique et créatif, ré-ingérés en séances, par l'art-thérapeute, permettent à l'être de mesurer tout l'accomplissement personnel effectué. Par son propre regard sur ses œuvres et tout son cheminement personnel, la personne pourra identifier, par elle-même, toute la quête menée et ainsi se questionner, en toute conscience, sur : qu'est-ce qui est véritablement perdu ? Qu'est-ce qui ne l'est pas ? Et dans ce qui est perdu, est-ce possible de compenser ?

Par le processus en art-thérapie, la personne, à son rythme, devient plus consciente face à sa situation. Elle ose la regarder telle qu'elle est, sans que son image de soi n'en soit contaminée.

Fauré dit au sujet d'une perte, d'un changement de situation : « Elle a besoin d'arriver par elle-même à ce constat irréversible, en le laissant lentement se distiller en elle ». (Fauré, 1995, p.53)

A ce stade, certains réussissent à rebondir en trouvant une raison de vivre. D'autres s'aperçoivent que dans les conditions imposées par la maladie, la vie ne vaut plus la peine d'être vécue. En accord avec eux-même, lucide face à la situation, ils prendront les décisions justes pour eux-même.

#### **6.3.4 Des exemples de processus d'intégration psychique :**

A la lecture du livre « Le métier d'homme » d'Alexandre Jollien, la dureté de sa réalité de vie depuis la naissance ainsi que tout son travail d'intégration psychique de son handicap apparaissent rapidement. Malgré le handicap, il n'a jamais cessé de rester en mouvement et d'aller à la quête de son étincelle de vie ; son sens de vie. Il n'a jamais arrêté de se battre. L'écriture, complétée par ses nombreuses lectures, études et réflexions, apparaissent comme une nourriture pour son âme. Dans ses écrits, lui aussi, ne cesse pas de parler de la volonté et du dur labeur que d'affronter cette réalité au quotidien.

Des exemples connus, tels que Frida Kahlo, montrent la possibilité de transcender son handicap et son destin, par la peinture. Alison Lapper, handicapée depuis sa naissance, artiste reconnue en Grande-Bretagne, est peintre et utilise son corps pour continuer de s'interroger sur la normalité : comment nous voyons-nous ? Comment les gens nous voient ? Comment les voyons-nous ?

Par ces différents témoignages, la possibilité de trouver, par la création, un équilibre de vie

avec la maladie ou le handicap semble être réalisable. Avec efforts, persévérance, découragement et joie. Chaque être, à sa manière : selon sa personnalité, son chemin de vie, sa créativité, ses ressources, ses difficultés.

Le recueil de textes de Jean-Daniel Biolaz (souffrant de SEP) témoigne, lui aussi, des « curieux moments de détresse traversés », tout en démontrant qu'il est possible d'y survivre. Il affirme qu'il est « impossible de relâcher la discipline, de quitter la bataille de chaque instant et tous les jours ; impossible de céder au danger mortel de la paresse ». (Biolaz, 2001, p.116)

C'est donc bien avec cette précarité permanente et épuisante, physique et psychique, que la personne, la vie, la création et l'art-thérapeute ont à s'ajuster.

## **7. Conclusion :**

Dans l'introduction de ce travail théorique, de nombreuses interrogations régnaient quant à la pertinence et possibilité de proposer de l'art-thérapie à des personnes souffrant d'une maladie invalidante, avec une motricité très réduite.

Il est apparu que les personnes hospitalisées souffrant d'une maladie invalidante grave telle que la SEP ont besoin d'un soutien psychologique, pour leur éviter de se recroqueviller complètement sur elles-mêmes.

L'art-thérapie, comme approche psychodynamique, peut s'inscrire dans un soutien psychologique judicieux, dans le cas des personnes souffrant de SEP. Sa démarche permet à l'être de rompre avec son isolement et ses ruminations et de prendre de la distance avec la maladie. Les bénéfices sont nombreux : valorisation, création de nouvelles images intérieures, nouvelles sensations dans le corps, questionnements existentiels, prises de conscience, actualisation de soi.

Les objectifs sont nombreux et dépendent du cheminement personnel effectué par la personne dans l'intégration psychique de la réalité de la maladie invalidante, de ses ressources et limitations.

Les deux processus (art-thérapeutique / intégration psychique de la réalité) vécus simultanément permettent à la personne d'arriver, à son rythme, à une conscience de plus en plus réaliste de son état personnel. Grâce aux qualités de l'être thérapeute et au cadre contenant et souple mis en place, la personne a la possibilité d'apprivoiser cette réalité, en toute sécurité, en ayant la garantie de ne pas être seule, d'être accompagnée et respectée dans son intégrité et sa dignité humaine. Tel un soutien inébranlable, l'art-thérapeute est capable d'accepter des mouvements parfois extrêmes et de réordonner les affects face à la réalité de vie de ces personnes.

La mise en œuvre donne une nouvelle teinte à la vie des personnes. La personne n'est plus, uniquement, diluée dans le néant. Elle peut devenir forgeronne de ce qui se passe en elle. Elle n'est plus juste malade. Des ressources existent en elle.

Concrètement, les résultats que j'ai observés dans le processus d'intégration psychique de la réalité avec la maladie invalidante, dans le cas des trois expériences vécues, sont : Madame M. s'est aujourd'hui intégrée à la vie de la maison. Le contact avec les

soignantes s'est amélioré et elle participe à quelques animations organisées dans l'institution. Elle ose aujourd'hui regarder sa réalité telle qu'elle est. Elle profite, avec des hauts et des bas, de l'instant présent. Madame F. cherchait régulièrement à fuguer, croyant qu'elle pouvait retourner chez elle, être autonome dans la vie de tous les jours. Aujourd'hui, elle ne cherche plus à partir de l'établissement. S'étant confrontée à ses pertes d'autonomie et à ses conséquences dans l'espace thérapeutique, elle est actuellement plus sereine face au fait de devoir vivre en institution. Madame D., dont traite le cas clinique qui suit, a vécu par le processus art-thérapeutique un profond et fécond questionnement au sujet de sa vie avec la maladie. Elle s'est remise en question et mise en œuvre jusqu'à sa libération ; son départ.

Grâce à une recherche théorique élargie et approfondie sur ces différents sujets et des supervisions qui m'ont permis de garder courage et de me réajuster perpétuellement, j'ai osé prendre le risque de proposer la création aux personnes souffrant de SEP dans un cadre thérapeutique soutenant et suffisamment souple. Ces accompagnements exigent une écoute subtile et un engagement total de la part du thérapeute. Mais surtout, les trois personnes m'ont, elles aussi, appris l'importance de porter notre regard sur la vie, sur ce qui existe, ici et maintenant.

Ces expériences m'ont profondément transformée. Elles m'ont permis de faire un grand travail personnel au sujet des transferts, contre-transferts, sentiments positifs et négatifs, afin de pouvoir garantir aux personnes, en toute bienveillance et ouverture, un lien fiable et solide.

Au vu du manque d'autonomie des personnes souffrant de SEP, l'art-thérapie a été questionnée, dans ce travail. Et, en même temps, il est à considérer que les éléments essentiels restent communs (la relation thérapeutique, la mise en œuvre). Le seul élément qui change mais qui fait toute la valeur d'un tel cadre, est que le thérapeute devient, parfois, « l'outil » de création de la personne. En toute considération et respect de la personne.

En hommage à ces personnes, profondément courageuses, face à la maladie invalidante de la sclérose en plaque :

*Elle s'approchait en hésitant*

*Nous avons échangé un bref et cordial salut*

*Elle avait un visage très doux*

*J'ai senti qu'elle voulait me parler à moi plus qu'à ma particularité*

*Quand elle a engagé la conversation, j'ai bien vu qu'elle se lançait à l'eau*

*Je n'aime pas être questionné comme un objet de curiosité*

*Mais dans sa façon, elle me laissait libre*

*Alors j'ai répondu à l'invitation. (Biolaz, 2001, p.103)*

## **8. Bibliographie :**

Ouvrages cités :

### **Livres :**

- Biolaz, J-D. (2001). Jusqu'à la moelle. Lausanne : Éditions d'en bas.
- Deschamps, D. (1997). Psychanalyse et cancer. Montréal : L'Harmattan.
- Deschamps, D. (2009). Traversées du trauma. Bruxelles : De Boeck Université.
- Fauré, Ch. (1995). Vivre le deuil au jour le jour. Paris : Albin Michel.
- Jollien, A. (2002). Le métier d'homme. Paris : Éditions du Seuil.
- Klein, J.-P. (2012). Penser l'art-thérapie. Paris : Presses Universitaires de France.
- Luminet, O. (2002). Psychologie des émotions : confrontation et évitement. Bruxelles : De Boeck Université.
- Moreau, Th. (2008). Le point sur la sclérose en plaque. Ivry-sur-Seine : Vidal.
- Odier, G. (2013). Carl Rogers, Être vraiment soi-même. Paris : Eyrolles.
- Rogers, C. R. (2010). La relation d'aide et la psychothérapie. Issy-les-Moulineaux : ESF.
- Rogers, C. R. (2005). Le développement de la personne. Paris : Dunod-InterEditions.
- Troll, G. & Rodriguez, J. (2012). L'art-thérapie : pratiques, techniques et concepts. Paris : Éditions Ellébore.
- Winnicott, D.W. (1971). Jeu et réalité. Paris : Gallimard.

### **Articles d'un périodique :**

- Galle, R. (2003). En prison, l'art en liberté surveillée. *Art & Thérapie*, 84/85, 20-30.
- Collot, L. (2004). Le handicap moteur en art-thérapie. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 73, 31-34.
- Pellecchia, A. & Gagnayre, R. (2004). Art et maladie : perspectives pour l'éducation thérapeutique. *Éducation du Patient et Enjeux de Santé*, 22(3), 89-83.
- Doucet, C. (2008). La pratique clinique en soins palliatifs : accompagnement psychothérapie ou psychanalyse appliquée ? *Psychothérapies*, 2, 121-126.
- Hill, A. (2008). L'Art contre la maladie. *Art & Thérapie*, 100/101, 1-81.

### **Articles internet :**

- Champonnois, Ch. (1996). Handicap moteur, aspects psychologiques. Repéré à [http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/handicap\\_moteur,\\_aspects\\_psychologiques\\_p.60-73.html](http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/handicap_moteur,_aspects_psychologiques_p.60-73.html)
- Ducommun, V. (2003). Accepter, faire le deuil ou intégrer le handicap ? Repéré à [http://www.vd-psy.ch/references\\_p2.html](http://www.vd-psy.ch/references_p2.html)
- Poilvert, M. (2005). Respecter la vie et la personne. Repéré à <http://www.cairn.info/connaitre-le-handicap-reconnaitre-la-personne--9782865867516-page-111.html>

## Ouvrages de référence :

### Livres :

- Cameron, J. (2006). Libérez votre créativité. Paris : J'ai lu.
- Dufour, D. (2003). Les tremblements intérieurs. Québec : Les Éditions de L'Homme.
- Klein, J.-P. (1993). L'art en thérapie. Paris : Hommes et perspectives.
- Kübler Ross, E. (1998). Accueillir la mort. Paris : Éditions du Rocher.
- Leader, D. (2010). Au-delà de la dépression. Paris : Payot & Rivages.
- Rogers, C. R. (2005). Le développement de la personne. Paris : Dunod-InterEditions.
- Rogers, C. R. (2010). La relation d'aide et la psychothérapie. Issy-les-Moulineaux : ESF.
- Sudres, J-L. & Roux, G. & Laharie, M. & De La Fournière, F. (2004). La personne âgée en art-thérapie ; De l'expression au lien social. Paris : L'Harmattan.
- Stitelmann, J. & Broustra, J. & Debelle, P. (2002). Au-delà de l'image. Genève : Éditions des deux continents.
- White, M. & Epston, D. (2003). Les moyens narratifs au service de la thérapie. Bruxelles : Satas.
- Winnicott, D.W. (2000). La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques. Paris : Gallimard.

### Articles d'un périodique :

- Collot, L. (2004). Le handicap moteur en art-thérapie. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 73, 31-34.
- Guillaumin, J. (2007). Médiation thérapeutique, médiation symbolisante. *Art & Thérapie*, 96, 6-9.
- Klein, J-P. (1996). La création comme processus de transformation. *Art & Thérapie*, 56-57, 3-7.
- Klein, J-P. & Viarmé, E. (2000). L'exercice en art-thérapie et en médiation artistique. *Art & Thérapie*, 98/99.
- Lesage, B. (2000). Abords des personnes polyhandicapées. *Les Cahiers de l'Actif*, 286-287(3).
- Mendiburu, J-P. (2003). La fonction du cadre. *Gestalt 2*, 25, 11-25.
- Moon, K. (2006). La congruence du thérapeute non directif : un paradoxe éthique, pas un conflit théorique. *Approche centrée sur la Personne. Pratique et recherche 1*, 3, 28-54.
- Quélin-Soullignous, D. (2003). De l'objet à la médiation. *Revue de psychothérapie psychanalytique du groupe 2*, 41, 29-39.
- Stitelmann, J. (2009). Création et auto-réalisation de soi. *Art & Thérapie*, 102-103, 34.
- Yala, N. K. (2009). La création chez Bergson, le sens de la création dans la vie humaine. *Art & Thérapie*. 102-103, 26.

### Articles internet :

- Morvan, J-S. (2010). De la désinstitutionnalisation et de l'intégration communautaire : réflexions et questions introductives. Repéré à : <http://www.cairn.info/l-enigme-du-handicap--9782749212869-page-209.htm>.
- Morvan, J-S. (2010). Personnes tétraplégiques et robot Master II : évaluation psychologique. Repéré à : <http://www.cairn.info/l-enigme-du-handicap--9782749212869-page-119.htm>.

Jenny Joseph  
EATA - ATC-3

## Étude de cas

De l'enfermement  
aux retrouvailles avec soi



## **Résumé :**

Cette étude de cas traite du processus art-thérapeutique de Madame Dupont (pseudonyme). Elle souffre d'une sclérose en plaque (SEP) de forme progressive primaire. Le processus art-thérapeutique a débuté le 2 juillet 2012 et s'est terminé le 18 mars 2014. Mme Dupont est décédée, paisiblement, le 25 mars.

En raison de son état de santé, Mme Dupont est la plupart du temps alitée et recluse en elle. En juillet 2012, lorsque je la rencontre, l'unique geste qu'elle accomplit seule, est boire.

De manière hebdomadaire, durant dix-huit mois, soit 75 séances, nous nous rencontrons dans sa chambre puis dans la salle prévue pour l'art-thérapie.

De recroquevillée sur elle, sans estime d'elle-même et en grande souffrance vis-à-vis de sa réalité de vie, avec la maladie, Mme Dupont a effectué un profond travail psychique sur elle-même et sa vie, grâce à son engagement en « corps à corps avec le vivant » (Biolaz, 2001, p.55) et à l'ajustement permanent du thérapeute.

Par cette étude, je souhaite relater le chemin psychique, émotionnel et artistique parcouru par Mme Dupont, autant dans le processus art-thérapeutique que dans le processus d'intégration de cette nouvelle réalité de vie avec la maladie. Par le processus vécu, Mme Dupont semble avoir regagné un espace de liberté intérieure.

## Table des matières :

Page

<b>1. Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Anamnèse.....</b>	<b>1</b>
<b>3. Contexte d'accueil des personnes souffrant de SEP.....</b>	<b>2</b>
<b>4. Premier entretien .....</b>	<b>2</b>
4.1 Observations et impressions	3
<b>5. Création de l'espace thérapeutique.....</b>	<b>3</b>
<b>6. Développement de la relation thérapeutique .....</b>	<b>4</b>
6.1 La première séance	4
6.2 La deuxième séance	5
6.3 Travail de réflexion	6
<b>7. Description du processus art-thérapeutique.....</b>	<b>6</b>
7.1 Première phase du processus art-thérapeutique	6
7.1.1 <i>Travail de réflexion</i>	8
7.2 Deuxième phase du processus art-thérapeutique	9
7.2.1 <i>Etape 1 – La boîte</i>	9
7.2.2 <i>Etape 2 – Le chemin de vie</i>	10
7.2.3 <i>Etape 3 – Le certificat de décès</i>	11
7.2.4 <i>Etape 4 – Le travail autour des couleurs</i>	12
7.2.5 <i>Etape 5 – La demande d'autonomie</i>	14
7.2.6 <i>Etape 6 – Des séances à dessiner</i>	15
7.2.7 <i>Etape 7 – Le masque</i>	16
7.2.8 <i>Etape 8 – Le papillon</i>	16
<b>8. L'achèvement de la thérapie .....</b>	<b>17</b>
<b>9. Conclusion .....</b>	<b>18</b>
<b>10. Bibliographie.....</b>	<b>19</b>

## **1. Introduction :**

Au début des suivis en art-thérapie avec des personnes souffrant de sclérose en plaque (SEP), beaucoup de questions régnaient autour de la pertinence et la possibilité de proposer des processus art-thérapeutiques à des personnes souffrant d'une maladie invalidante grave, avec très peu de motricité. (cf. Travail de mémoire – Problématique, p. 2)

Pour les raisons suivantes, je souhaite décrire le processus art-thérapeutique et psychique effectué par Mme Dupont :

- des trois personnes qui souffrent de SEP (cf. Travail de mémoire – Constat de départ, p.1), Mme Dupont est la personne avec la plus grande dépendance physique. Psychiquement, elle se renferme sur elle-même. Les soignants relatent la difficulté d'échanger avec elle.
- par le processus art-thérapeutique proposé, Mme Dupont a vécu de nombreuses étapes dans le processus d'intégration de cette nouvelle réalité de vie. Ces dernières se révèlent nettement tout au long du processus art-thérapeutique.
- après dix-huit mois de suivi art-thérapeutique, les proches et les soignants parlent de réconciliation. Mme Dupont parle de « métamorphose ».

Je cherche à partager avec le lecteur, la nécessité de l'ajustement permanent de l'art-thérapeute face au profond et courageux cheminement personnel, dans lequel s'engagent des personnes souffrant de SEP. (cf. Travail de mémoire – Conclusion, p. 16)

## **2. Anamnèse :**

Mme Dupont est née en 1948 dans une famille paysanne romande. Elle fait un apprentissage de vendeuse. A 20 ans, elle épouse son mari. De leur union naissent deux filles.

Son mari décède d'un cancer en 2007. Les symptômes de la SEP datent de 1987. La maladie est diagnostiquée chez Mme Dupont, en 2007. Un état dépressif réactionnel est diagnostiqué en 2008 et traité médicalement. Madame Dupont n'a pas fait de psychothérapie. Elle reste seule à la maison et vit de grandes angoisses.

Les conséquences de la SEP sur la santé de Mme Dupont sont : altération de la mobilité et de la motricité fine, tremblement des membres, diminution de l'amplitude des mouvements, paraplégie spastique, diminution de l'acuité visuelle, dysarthrie, troubles de la mémoire récente, altération cutanée et incontinence.

A son entrée en institution en été 2011, Mme Dupont se déplace en chaise roulante de manière autonome. Elle mange seule mais lentement. Le personnel de l'établissement lui reconnaît beaucoup de volonté.

Une fois par mois, elle participe aux rencontres pour les gens atteints de SEP à l'extérieur de l'institution. Quand je la rencontre, elle ne peut plus s'y rendre.

D'un caractère discret et timide, elle dit avoir eu peu d'amis dans sa vie.

Dans les directives anticipées, il est inscrit son refus de tout acharnement thérapeutique.

### **3. Contexte d'accueil des personnes souffrant de SEP :**

Le souhait de la Direction est d'offrir le maximum de prestations aux résidents afin d'essayer d'améliorer leur qualité de vie. La mission qui m'incombe est de vérifier les bénéfices de l'art-thérapie, dans la vie des personnes. Un processus individuel hebdomadaire en art-thérapie est proposé aux personnes souffrant de SEP. (cf. Travail de mémoire - Constat de départ, p.1)

### **4. Premier entretien :**

Je rencontre Mme Dupont, le 2 juillet 2012 avec mon chariot créatif itinérant.

L'objectif de cet entretien est de faire connaissance et de voir avec Mme Dupont si elle est intéressée à bénéficier de séances d'art-thérapie.



*Chariot créatif et itinérant*

Ses premiers mots sont : « Je suis nulle, je n'y connais rien, je ne suis qu'une simple fille de paysan, cela ne sert à rien au vu de mon état de santé ».

Hormis ses yeux, Mme Dupont ne bouge absolument pas. Figée dans son corps. Clouée au lit. L'amplitude de ses mouvements est extrêmement réduite. Un moment, je me sens mal dans cet environnement. La gravité de la situation me paralyse.

Toutefois, je me présente en lui communiquant mon statut dans l'institution (stagiaire en art-thérapie durant 3 mois) et ma fonction de proposer aux personnes qui le souhaitent, la création, dans un espace thérapeutique, bienveillant, non-jugeant, confidentiel, avec des objectifs thérapeutiques. Et de manière ludique, je lui présente aussi le chariot créatif ainsi que les différents médiums artistiques (journaux, divers traceurs, objets, papiers, livres de contes, livres de pensées, etc.). Mme Dupont esquisse un sourire.

Au terme de l'entretien, je lui demande si elle souhaite une prochaine rencontre. Sa réponse est positive. Je suis, à la fois, étonnée et inquiète et en même temps, intéressée à poursuivre le suivi avec Madame Dupont.

#### **4.1 Observations et impressions :**

- Mme Dupont a semblé inquiète à la simple vue du chariot. Personnellement, je doute, un temps, que l'art-thérapie soit appropriée pour elle.
- Quand je ressorts de la chambre, je vérifie si je suis bien en possession de mes moyens. Je me réapproprie mon corps.
- Dans le contre-transfert, j'identifie que je me sens bloquée autant physiquement qu'intellectuellement (manque d'expériences, peu de connaissances sur la maladie). J'ai juste envie de fuir et de renoncer. Une avalanche de questions m'envahit. (cf. Travail de mémoire – Problématique, p.2)
- La situation de Mme Dupont me touche profondément dans les notions de dignité humaine, de vie, de déchéance et de mort.

#### **5. Création de l'espace thérapeutique :**

A partir de ces constats (envie de me revoir, motricité très réduite, fonction d'art-thérapeute), je réfléchis aux conditions nécessaires dans la constitution d'un espace thérapeutique adapté et soutenant pour Mme Dupont. (cf. Travail de mémoire – Les paramètres nécessaires au dispositif art-thérapeutique, p.8)

La création semble l'inquiéter et, personnellement, je me questionne beaucoup sur la notion de devenir « l'outil » de Mme Dupont.

Pour m'aider à penser la création de cet espace thérapeutique, je m'appuie sur différentes lectures (cf. Travail de mémoire - Méthodologie, p.3), sur les conseils de mon superviseur et sur mon travail personnel que j'effectue face à ce que j'ai ressenti psychiquement et physiquement (contre-transferts), lors de la première rencontre avec Mme Dupont.

A partir de ce premier travail de réflexion, je fais l'hypothèse qu'il est important de mettre à disposition de Mme Dupont, un espace thérapeutique où elle a la possibilité de restaurer « ces capacités de contact avec soi-même. » (Odier, 2013, p.49) Avec ou sans création, dans un premier temps.

Rapidement, j'ai conscience qu'une écoute et présence subtiles me sont exigées. Odier exprime : « Il nécessite une perception subtile permettant au thérapeute d'adopter la position exacte de retrait, d'intervention, ou d'attente, en fonction de ce qui peut être pertinent pour le processus du client. » (Odier, 2013, p. 73)

Ce travail de réflexion me permet de comprendre la nécessité de m'ajuster aux besoins de Mme Dupont.

## **6. Développement de la relation thérapeutique :**

### **6.1 La première séance :**

#### Objectifs :

- permettre à Mme Dupont de continuer à parler d'elle (comme lors de notre première rencontre), tout en lui suggérant de mettre en forme ses vécus (choix : images, éléments, couleurs, etc.)
- permettre à Mme Dupont de ressentir mon accueil inconditionnel positif vis-à-vis de son être
- commencer à construire l'alliance thérapeutique

#### Expression verbale :

Mme Dupont s'ouvre rapidement. Elle me communique avoir manqué de force, dans sa vie. Elle s'est toujours tue. Je vérifie si je l'envahis avec le chariot. Elle confirme être heureuse d'avoir la séance.

#### Création :

Suite à ma proposition, elle choisit un élément représentant son vécu intérieur. Les éléments (ouate, feuilles végétales, coquillage, caillou, plume, clous, tissu, etc.) sont disposés devant elle. Elle choisit le caillou. Elle se sent « recroquevillée » mais « toujours là, en vie, solide ». Elle remercie pour le moment passé. Elle se sent « moins seule et soulagée de pouvoir enfin exprimer ce qui l'habite ».

#### Observations :

Mme Dupont est rentrée dans l'activité proposée, s'est connectée à son état intérieur, a choisi un élément et en a parlé.

#### Impressions :

Mme Dupont semble profiter de l'espace thérapeutique offert. J'ai l'impression qu'elle a besoin d'extérioriser les émotions qui l'habitent concernant son passé et la maladie. Il me

semble aussi qu'elle investit la relation thérapeutique.

## **6.2 La deuxième séance :**

### Objectifs :

Idem, première séance.

La création a pour objectif, pour le moment, de valider les vécus et ressentis de Mme Dupont.

### Expression verbale :

Mme Dupont parle de son inutilité, sa nullité et son manque de compétences. A plusieurs reprises, elle dit : « Vous perdez votre temps avec moi ».

### Création :

Je lui propose d'utiliser de la peinture à doigt (simple, pratique, pas d'outil intermédiaire) pour laisser la trace de ce qu'elle exprime. Elle accepte et choisit la couleur rouge. Je la lui mets sur un doigt. Je lui tiens une feuille A4 blanche, devant elle. Elle fait un trait.



« Les couleuvres. »

Pour elle, ce trait représente toutes les couleuvres avalées durant sa vie.

### Observations :

- Mme Dupont se dévalorise en début de séance. Si lors de l'entretien, je lui pose une question pour mieux comprendre ce qu'elle exprime, elle se retire de l'échange en disant qu'elle n'en sait rien.
- Puis elle accepte la création et en dit quelque chose.

### Impressions :

Émotionnellement, la séance est difficile pour moi. L'impatience m'envahit, parfois. Je me sens prise entre le fait de vouloir répondre à ses demandes implicites (« Non, je ne perds pas mon temps avec vous. Oui, vous êtes importante. ») et celui de lui refléter mes ressentis (profonde souffrance, résignation, tristesse, dévalorisation). Je reste à son

écoute en me rappelant :

Pour l'art-thérapeute la question est d'acquérir la faculté d'attendre sans être angoissé ni par le silence ni par la lenteur du déroulement du processus plastique et de pouvoir faire face d'une façon constructive aux comportements de résistance, d'agressivité, de passivité et de supporter l'extrême dépendance des sujets aussi bien que leur tentative d'autonomie. (Païn & Jarreau, 1994, p.33)

### **6.3 Travail de réflexion :**

Je constate que Mme Dupont semble, une fois, avoir investi le lien et une autre fois, le rejeter. Cela me questionne sur la posture à adopter en tant qu'art-thérapeute. A ce sujet, Deschamps dit :

Supporter que s'exprime l'ambivalence de l'amour et de la haine, moment inévitable et inaugural dans le transfert, au moment où l'on découvre que cet autre entre les mains duquel on a remis son sort n'est pas tout puissant et qu'il ne peut vous épargner le doute. (Deschamps, 1997, p. 100)

Je ressens, en effet, qu'un de mes objectifs personnel est au niveau de la différenciation. Si je ne fais pas ce travail de différenciation, avec la conscience que « c'est tout un art de sentir avec justesse ce qui peut être exprimé ou non au client » (Odier, 2013, p. 74), je ne vais pas réussir à apporter à Mme Dupont l'espace et le souffle nécessaires à sa création.

Le thérapeute doit être assez fort intérieurement pour être en mesure d'accepter toutes les facettes que le client peut livrer de lui-même, sans se sentir menacé par certains aspects que ce dernier lui montre. Un des plus profonds besoins des gens est d'être complètement entendus, totalement compris et entièrement acceptés. (Odier, 2013, p. 83)

Prendre conscience, des transferts et contre-transferts, m'aide à penser ma posture d'art-thérapeute. Le temps qu'elle en aura besoin, je souhaite pouvoir offrir à Mme Dupont un espace où elle a « la liberté de s'exprimer en toute sincérité, de libérer ses sentiments et de pouvoir les accepter, quels qu'ils soient. » (Odier, 2013, p.119)

## **7. Description du processus art-thérapeutique :**

Selon mes observations, le processus art-thérapeutique s'est déroulé en deux phases.

Dans la première phase (1ère à la 8ème séance), je suis dans une « présence simple et sans attente » envers Mme Dupont. (Odier, 2013, p.49)

Dans la deuxième phase (9ème séance à 75ème séance), je suggère des propositions de création à Mme Dupont pour lui permettre de se remettre en mouvement envers sa vie.

### **7.1 Première phase du processus art-thérapeutique :**

## Résumé des créations : (1<sup>ère</sup> à la 8<sup>ème</sup> séance)

Par deux fois, Mme Dupont crée seule. Elle se sent fâchée et révoltée au sujet de la maladie. Elle se dévalorise quant au résultat de la création.

Trois autres fois, je lui propose la création en lui disant que je peux l'aider. Elle accepte. Je lui énumère les médiums (peinture, crayons, stylos, etc.) et couleurs. Elle choisit (médiums et couleurs) avec difficulté comme si elle ne savait plus choisir. Quand le choix est fait, je glisse le traceur entre ses mains et le tient avec elle. Je vérifie si cela lui convient. Elle ne peut pas regarder la feuille. Sa tête ne peut pas bouger. J'initie le mouvement et construis la forme en lui tenant la main. Au fur et à mesure de la création, je lui décris ce que nous sommes en train de faire (« nous sommes en train de dessiner le tronc », « les branches maintenant », etc.). Quand elle voit le résultat (je mets le dessin à la hauteur de son visage), son visage s'illumine d'un sourire jusqu'au moment où elle dit, avec tristesse : « Avant, je pouvais écrire mon prénom, seule. »

D'autres fois, la création n'a pas lieu. Mme Dupont est triste et désespérée. Dans ces moments, elle ne veut rien faire et dit : « Je suis forte. Je ne dois pas me laisser couler. »

Suite à ces huit séances, je vérifie avec Mme Dupont ses objectifs thérapeutiques. Elle souhaite s'engager à s'accorder une juste valeur.

## Observations :

- Mme Dupont crée si je suggère la création (avec ou sans aide) ; elle ne rejette plus la création. Mais si je ne propose pas les médiums artistiques, elle ne s'y intéresse pas.
- Si les activités proposées ou questions suggèrent une trop grande résonance émotionnelle ou liberté intérieure, Mme Dupont se retire en disant : « Je ne sais pas. » ou « Vous devez vous ennuyer avec une pauvre femme comme moi. »
- La maladie et ses souffrances psychiques envahissent l'espace thérapeutique. Dans ces moments, soit Mme Dupont se répète (cela est difficile d'aller plus loin dans son expression), soit elle se renferme sur elle.

## Impressions :

- Par ses répétitions verbales et retraits réguliers, elle donne l'impression de rester « à la surface » de ce qu'elle vit. Comme si la rumination la protégeait de sa souffrance intérieure. Je me demande où elle en est dans son intégration de la réalité avec la maladie. N'est-elle pas dans l'évitement ?
- J'ai l'impression de devoir rester « très collée » à ses propos. Deschamps parle, d'un « accrochage adhésif à l'autre comme à une bouée salvatrice ». (Deschamps, 1997, p.198)

## Contre-transfert :

- J'ai peur que le processus ne tourne en rond et de me figer avec Mme Dupont. Je me questionne à savoir si pour Mme Dupont « le terrain de la créativité s'avère pour elle un lieu d'émotion et de défi, où elle assume un rôle d'auteur, si cette activité lui

est profitable. » (Païn & Jarreau, 1994, p.70)

- Mme Dupont demande à être beaucoup rassurée dans sa valeur (perdre mon temps, m'ennuyer avec elle, personne « nulle ») et peut avoir besoin que je devienne le prolongement de sa main, pour créer. Je ressens ces besoins comme une grande dépendance à mon égard. Le pouvoir qui m'est donné me fait peur.

### **7.1.1 Travail de réflexion :**

Face à ces observations, deux axes (Luminet, 2002, p. 145) se dégagent :

- la solution « d'évitement » :  
ne pas mettre le regard sur la maladie et la souffrance exprimée par Mme Dupont ; venir, à chaque rencontre, avec le chariot créatif et lui offrir ma disponibilité pour créer ensemble (tenir sa main). Les bénéfiques seraient de lui permettre de vivre de nouvelles expériences positives, de la distraction et de la valorisation.

Luminet relate plusieurs études qui démontrent :

Au plus les participants adoptaient des stratégies d'évitement au plus leur bien-être psychologique s'en trouvait amoindri. Carver et al. (1993) indiquent que le déni et le désengagement comportemental représentent des prédicteurs d'un niveau de détresse émotionnelle plus important que des stratégies de reconnaissance de la situation, suite à un diagnostic de cancer du sein. (Luminet, 2002, p. 137)

De plus, je ne ressens, chez Mme Dupont, ni l'envie de se distraire, ni l'envie de créer.

- la solution de « confrontation » :  
accompagner Mme Dupont dans l'expression de ses émotions, états moraux, questionnements et être à ses côtés lors de son processus d'intégration psychique de la réalité. « D'une manière générale, les différents modèles théoriques en psychothérapie partagent l'idée d'un effet bénéfique de l'expression émotionnelle, et tentent d'encourager cette expression. » (Luminet, 2002, p. 139)

Sur la base de Klein, je considère que :

L'art-thérapie n'est pas simple distraction, ne se limite pas à une expression en vue de décharge et soulagement mais que son projet est de relever le défi de la transformation, au moins partielle, de la maladie physique ou mentale, du malaise, de la marginalité douloureuse, du handicap, en enrichissement personnel.  
(Klein, 2012, p. 104)

Je repense aussi à Troll & Rodriguez qui déclarent que : « Ce n'est que lorsque le handicapé a pu travailler la valeur de son handicap qu'il peut développer la partie saine de lui-même. » (Troll & Rodriguez, 2012, p. 156)

Si je ne mets pas à disposition de Mme Dupont un espace thérapeutique où elle puisse apprendre à se réapproprier une liberté intérieure ainsi qu'une saine estime d'elle-même, avec la maladie, j'ai l'impression de passer à côté de la mission de l'art-thérapie.

Laisser la trace me semble donc être structurant pour le processus psychique de Mme Dupont car « toute représentation signale donc en même temps un moi-proprétaire (du corps en tant que cause) et un moi-auteur (de l'œuvre en tant qu'effet). » (Païn & Jarreau, 1994, p.67)

A partir de ces constats, je réfléchis au dispositif art-thérapeutique et aux différentes solutions à mettre en place pour soutenir Mme Dupont dans la création ainsi que dans l'intégration psychique de la réalité avec la maladie.

## **7.2 Deuxième phase du processus art-thérapeutique :**

En plus de créer un espace thérapeutique bienveillant et contenant, mon rôle est aussi de proposer à Mme Dupont des suggestions de création ; lui permettant de commencer à rentrer, à son rythme, dans un processus de création et d'actualisation. Odier dit que « le simple fait de poser un nouveau regard sur soi et sur les événements annonce déjà le début d'un ajustement. » (Odier, 2013, p.3)

Mon objectif, à partir de ce moment, est d'offrir à Mme Dupont des expériences lui permettant de voir, à son rythme, la réalité telle qu'elle est et de pouvoir « vivre sa vie jusqu'au bout en réglant ses affaires affectives. » (Mino, 2007, cité par Doucet, 2008, pp.121-126)

Les étapes ci-dessous représentent, une partie, des créations significatives composant le processus art-thérapeutique de Mme Dupont au sujet de l'intégration psychique de la maladie invalidante de la SEP.

### ***7.2.1 Étape 1 - La boîte (9ème séance)***

#### **Création :**

Je présente à Mme Dupont un carton et ses possibilités de création (matériel, forme, intérieur, extérieur, etc.). Elle me demande de mettre la maladie à l'intérieur (symbolisée par des clous), l'enfermer avec du scotch et de secouer la boîte pour entendre le bruit. Mme Dupont dit « vouloir en finir avec la maladie ».



*La boîte*

Elle remercie pour le moment. Cela lui a fait du bien de « se décharger de ce poids ».

#### Observations :

Mme Dupont a pu symboliser la maladie et son désir de la voir disparaître alors qu'auparavant elle ne pouvait pas en parler.

#### Impressions :

Depuis le début du suivi, je ressens que la maladie use Mme Dupont. C'est une lutte quotidienne, pour ne pas « se laisser couler », dit-elle. Comment Mme Dupont va-t-elle évoluer face à cette réalité de vie avec la maladie ?

Me concernant, je comprends que vivre le flou, la confusion et les émotions inhérentes au début du suivi semble être nécessaires pour pouvoir prendre du recul et ajuster un cadre de transformation adapté à la personne.

### **7.2.2 Étape 2 - Le chemin de vie (17ème séance)**

De : « Il faut faire avec, on n'a pas le choix, il ne faut pas se laisser couler », Mme Dupont se pose maintenant des questions existentielles : « Pour quoi se battre ? Pourquoi cette maladie m'est-elle tombée dessus ? ».

Mme Dupont aimerait recevoir, de ma part, des réponses concrètes sur le sens de la vie et celui à donner à sa vie avec la maladie. Quand Vergely se demande « S'il n'y aurait pas une troisième voie entre la recherche du sens et la révolte. Accepter de ne pas comprendre, et constater qu'au cœur des pires épreuves, la vie est toujours là, imprévisible, plus forte que tout. » (Vergely, 2004, cité par Hennezel, 2005, p. 48), cela m'aide à comprendre que face aux souffrances et interrogations de Mme Dupont, je peux l'accompagner au mieux dans cette intégration de la réalité avec la maladie.

#### Création :

A partir de la 17ème séance, je lui propose l'activité du chemin de vie afin qu'elle puisse essayer « d'établir un nouvel univers de croyances dans lequel le souvenir de l'événement traumatique est inclus. » (Janoff Bulmann, 1992, cité par Luminet, 2002, p. 76) Mme Dupont accepte.

Durant toute l'activité, je suis « l'outil » de Mme Dupont. Elle me dicte des mots. Elle choisit des couleurs pour chacun. Je les écris. La narration s'effectue de manière chronologique. Elle retrace sa vie, avec peu de vie et d'émotions. Elle ne souhaite représenter aucune image, aucun symbole.

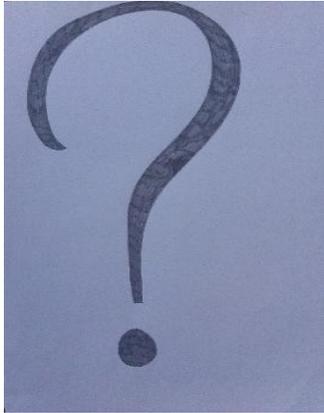
Lorsque Mme Dupont arrive à l'étape de l'annonce de la SEP, la maladie, la mort et le projet de recourir à Exit (Association pour le droit de mourir dans la dignité) prennent toute la place.

#### Observations :

Cette période est un moment charnière dans le processus d'intégration psychique de la

réalité de vie de Mme Dupont. Vivre ou mourir ?

L'objectif de ma présence, durant les séances, est de l'écouter et l'accompagner dans toutes ses questions face à la vie, la mort et son projet de recourir à Exit. Face à son ambivalence (vivre ou mourir), je lui propose de dessiner un point d'interrogation. Elle accepte mais ne veut pas le coller à la fin du chemin de vie.



*Le point d'interrogation.*

### Impressions :

Je fais l'hypothèse que le chemin de vie est venu réactiver le traumatisme de l'annonce de la maladie (2007) et toute la souffrance psychique, contre laquelle Mme Dupont luttait depuis longtemps, seule. Par le lien de confiance, le cadre art-thérapeutique et le processus art-thérapeutique, Mme Dupont a, certainement, l'occasion de régler des éléments qu'elle avait laissés en suspens ; en étant assurée d'être totalement soutenue dans ses profonds questionnements.

### **7.2.3 Étape 3 – Le certificat de décès (30ème séance)**

Mme Dupont vit une situation d'ambivalence et de profond découragement à laquelle un état grippal vient se greffer. Elle est encore plus diminuée physiquement. Psychiquement, elle va mal.

### Création :

Lors de cette séance, je lui montre son chemin de vie et lui demande si elle aimerait y changer quelque chose. Elle souhaite créer son certificat de décès (feuille noire). A sa demande, j'écris ce qu'elle me dicte (« Mme Dupont a décidé de quitter la terre malgré tous les bons soins reçus »). Mme Dupont souhaite que je le colle à la fin du chemin de vie.



*Le certificat de décès*

A partir de ce moment, elle revient sur sa vie passée et voit ce qu'elle perdrait si elle mourrait. Mme Dupont souhaite valoriser, par des soleils, de nombreux souvenirs, sur son chemin de vie. Elle se réapproprie des qualités personnelles. Pour chaque qualité, nous lui créons, ensuite, des diplômes.

Son objectif de départ, s'engager à s'accorder une juste valeur, est bel et bien, en cours.



Le chemin de vie revisité par Mme Dupont.

### Observations :

Durant deux mois, Mme Dupont a traversé une période de grandes souffrances. A son rythme, elle pense sa réalité de vie avec la maladie. A ses proches, aux soignants, elle évoque son projet de recourir à Exit. Elle est entendue.

Hennezel dit : « Avoir conscience de sa propre mortalité oblige à ne pas vivre à la surface des choses. » (Hennezel, 2005, p. 8)

### Impressions :

Depuis le début du suivi (juillet 2012), je ressentais que Mme Dupont mettait beaucoup d'énergie pour ne pas se laisser couler tant elle avait peur de ne pas se relever. Durant deux mois, elle s'est laissée tomber. Accompagnée, elle s'est relevée.

Je fais l'hypothèse qu'en prenant conscience de sa propre mortalité, elle reprend maîtrise sur sa vie. En se donnant le choix de mourir, elle peut aussi rechoisir de vivre, avec la maladie.

Deschamps, évoquant les personnes atteintes d'un cancer, dit : « Et ils témoignent de leur long chemin de renaissance, de ce passage initiatique de la mort à la vie, où ils ont repris la charge et la fierté d'être homme, et où ils ont doucement repris place dans le temps. » (Deschamps, 1997, p. 109)

### **7.2.4 Étape 4 - Le travail autour des couleurs (37ème séance)**

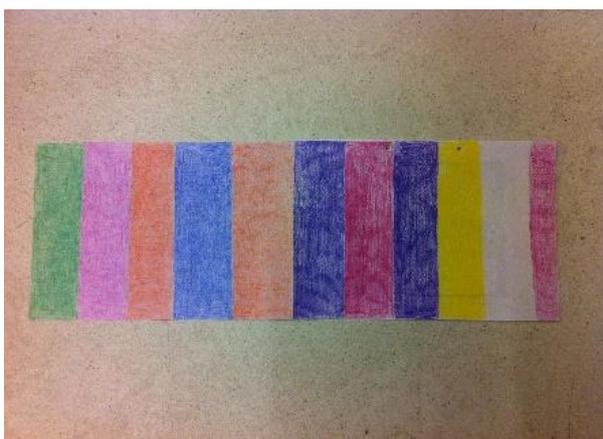
Je propose à Mme Dupont d'être dorénavant levée pour les séances d'art-thérapie. Elle va mieux et je fais l'hypothèse qu'en étant dans la posture assise, cela peut l'aider à se repositionner comme actrice de sa vie.

## Création :

Pour soutenir tout le chemin parcouru, je lui propose le thème « couleurs ». Le rituel est de choisir une couleur pour créer une échelle représentant ses états intérieurs.

Prendre conscience de la signification de ces mouvements internes conduit à une symbolisation. Elle donne à la personne la possibilité d'une réconciliation entre ces deux parties, organismique et psychique, qui, divisées, l'affaiblissent et ne lui laissent pas accès à un épanouissement optimal. (Odier, 2013, p.55)

Par ce travail, je fais l'hypothèse que Mme Dupont pourrait en prendre conscience et apprendre à vivre avec leurs fluctuations.



*Echelle de couleurs*

Parallèlement, je lui propose l'activité mandalas pour sa symbolique (symbole du Soi) et pour le résultat visuel dont pourrait bénéficier Mme Dupont. Elle pourrait prendre conscience de ses capacités à composer une oeuvre avec plusieurs couleurs. Pour cette activité, je pense à de nombreux critères (dimensions, durée activité, résultat). Je suis la main qui colorie.



*Mandalas effectués sur plusieurs séances*

### Observations :

Mme Dupont choisit avec plus de facilité et de plaisir les couleurs. Elle utilise aussi des couleurs qui auparavant symbolisaient des choses douloureuses pour elle.

Elle parle très peu de la maladie. Quand elle en parle, c'est pour parler de la période difficile qu'elle a réussi à dépasser. Elle nomme « avoir eu deux vies ». Elle parle d'elle comme une « femme patraque » dans sa vie passée. Maintenant, elle se sent « une femme vivante avec des couleurs à l'intérieur ». Elle ajoute : « les couleurs ont remplacé les couleurs d'antan ».

Elle ne parle plus d'Exit. La mort n'est plus présente dans les discussions. Est-ce le fait de savoir qu'elle peut choisir la fin ?

### Impressions :

Mme Dupont semble apprivoiser sa nouvelle réalité de vie avec la maladie, tout en commençant à habiter son quotidien avec une conscience différente.

Je m'interroge : comment va se poursuivre la suite du processus ? Combien de temps sera-t-elle intéressée par les mandalas ?

## **7.2.5 Étape 5 – La demande d'autonomie (52ème séance)**

### Création :

Mme Dupont choisit un mandala plus grand (cf. Etude de cas - Illustration page de garde). Le travail est plus long. Elle dit que recevoir de l'aide, en création, lui permet de vivre de nouvelles expériences mais elle m'exprime aussi sa lassitude de me regarder faire, d'être dépendante et handicapée. Je lui demande quelles sont les solutions à disposition pour se sentir plus en harmonie avec la réalité. Elle souhaite essayer de créer seule, mais pas sur le mandala.

Elle tient seule un crayon et le laisse aller sur une feuille de brouillon. Mme Dupont est dans la sensation et la satisfaction de faire avec la motricité qui lui reste. Elle rayonne.

### Observations :

Pour la première fois, Mme Dupont demande à créer et à se mobiliser par elle-même. Alors qu'au début du suivi, elle ne voyait pas d'intérêt à créer, aujourd'hui, elle tient le crayon, crée et y met du sens. Elle ne se dévalorise plus.

### Impressions :

Mme Dupont semble chercher à reprendre sa liberté et à redevenir « créatrice de sa vie ». Au quotidien, j'apprends qu'elle s'affirme de plus en plus et participe plus activement aux animations (prend la parole).

## 7.2.6 Étape 6 - Des séances à dessiner (53ème séance et suivantes)

### Création :

Je propose à Mme Dupont de continuer à dessiner. Elle accepte avec plaisir.

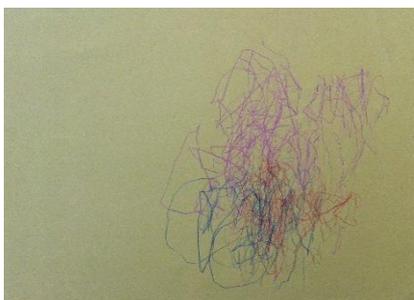
Elle observe que ses dessins sont peu représentatifs. Mais ce qui compte, pour elle, est qu'elle crée. Ces dessins viennent lui « prouver qu'une fois de plus », elle est une « battante », « une solide » et qu'elle est « sortie de l'ornière ». dit-elle.



« Je sors de l'ornière. »



« Je suis heureuse d'être dehors. »



« J'ai réussi quelque chose. »

### Observations :

L'action de tracer permet à Mme Dupont de s'attribuer des ressources, des qualités et de la valeur, par elle-même. Par rapport au début du suivi, elle s'inquiète beaucoup moins de mon regard.

### Impressions :

Mme Dupont retrouve de la liberté intérieure. Je me questionne sur la suite de la thérapie, voir la fin. Dans ce type de situation, est-il possible de préserver un espace psychique « sain », sans soutien régulier ?

### 7.2.7 **Étape 7 - Le masque** (72ème séance)

#### Création :

L'équipe Animation me propose de peindre des masques avec les personnes que je vois en art-thérapie. A ce moment, c'est une de leurs activités au sein de l'institution. Ces masques seront portés lors du Carnaval. Je réfléchis (objectifs, bénéfiques, sens, enjeux, etc.) et propose cette activité à Mme Dupont. Elle accepte, choisit ses couleurs avec aisance et tient le pinceau, avec engagement et fierté.



« *Métamorphose.* »

Elle l'appelle : « Métamorphose ». Il représente pour Mme Dupont, tout le chemin parcouru et la lucidité acquise. Elle dit se sentir « vivante » aujourd'hui et y « voir beaucoup plus clair ».

#### Observations :

Elle prend beaucoup de plaisir à peindre son masque. Lors du carnaval, elle le porte, avec fierté.

#### Impressions :

Mme Dupont ressent à l'intérieur d'elle une évolution. Elle se sent plus vivante et consciente. Je me demande sous quelle forme va évoluer la métamorphose de Mme Dupont par la création ?

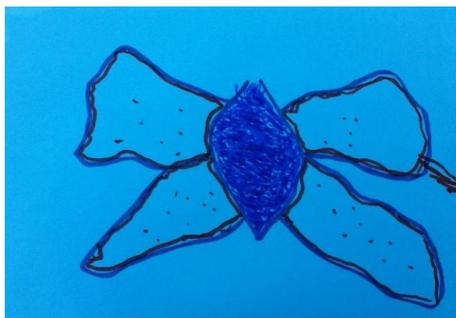
### 7.2.8 **Étape 8 – Le papillon** (73ème-75ème séances)

#### Création :

Suite à « Métamorphose », je lui propose de continuer à travailler sur la transformation positive. Elle pense au symbole du papillon et souhaite le mettre en forme. Elle sollicite mon aide pour le dessiner. Elle le souhaite « solide » et « robuste ». Elle choisit une feuille bleue ainsi qu'un stylo bleu pour le dessiner (sa couleur préférée). Cette couleur symbolise l'affection qu'elle a pour son papa décédé.

A la 74ème séance, Mme Dupont est alitée. Elle ne souhaite rien créer.

A la 75ème séance, Mme Dupont ne veut pas poursuivre son papillon.



*Le papillon*

A la fin de la séance, elle dit : « Il manque de couleurs, il aimerait sortir de son cocon pour aller découvrir de nouveaux paysages ». Je l'aide à mettre de la couleur (rouge). Nous tenons le stylo, ensemble.

### Observations :

J'observe que Mme Dupont a perdu beaucoup de poids et qu'elle ne peut plus boire seule. Elle me parle que ses escarres sont à nouveau d'actualité. Elle aimerait être levée et participer aux animations. Son état de santé l'en empêche. Elle parle de l'injustice de la maladie tout en répétant qu'aujourd'hui, elle se sent « lucide » et y « voit beaucoup plus clair ».

### Impressions :

Je me demande comment Mme Dupont va vivre cette nouvelle étape dans l'évolution de la maladie.

Le 25 mars, Mme Dupont décède paisiblement, selon les aides-soignants.

### Impressions suite au décès :

Par tout le cheminement effectué par Mme Dupont, je fais l'hypothèse qu'en voyant la maladie regagné du terrain, elle a pu voir la réalité telle qu'elle était et a pu lâcher prise ; sereinement. Choisir la fin.

## **8. L'achèvement de la thérapie :**

Tout au long du suivi, la fin de la thérapie me questionnait beaucoup. Serait-ce une thérapie sans fin ?

La fin a eu lieu, pour Mme Dupont, dans des conditions paisibles et sereines.

Ce départ a affecté les autres personnes souffrant de SEP. En même temps, chacune a été soulagée d'apprendre que la fin pouvait être vécue sereinement.

## **9. Conclusion :**

Cette étude de cas montre tout le processus de production artistique et d'intégration psychique de la réalité de vie avec la maladie, effectué par Mme Dupont.

Par mon ajustement permanent (psychique, physique) aux besoins de Mme Dupont, elle a eu la possibilité de réordonner sa vie pour enfin se retrouver et être accompagnée jusqu'au bout. De passive, elle est redevenue active pour ensuite être actrice de sa vie.

La difficulté particulière avec Mme Dupont a été d'affronter la réalité de la SEP (cf. Etude de cas – Etape 2 – Le chemin de vie, p.10), qui je le pressentais, était encore une blessure vive.

Par le processus en art-thérapie, Mme Dupont s'est rapproprié les bons et moins bons souvenirs de sa vie. Elle a pu regarder sa réalité de vie. « Convaincue d'avoir fait tout ce qu'elle devait faire », elle a pu partir, lâcher prise. S'envoler vers de nouveaux horizons.

Hennezel dit : « Ceux qui ont vécu pleinement et intensément leur vie, les joies comme les peines, vont vers la mort comme vers une ouverture de lumière ». (Hennezel, 2005, p.107)

J'ai aujourd'hui compris que lorsque l'espace thérapeutique est ajusté perpétuellement aux besoins de la personne, il devient un espace où l'être a la possibilité d'ouvrir une porte sur sa vie, à son rythme et selon ses besoins.

En effet, j'ai fait le constat qu'il est possible de mettre à disposition des personnes, un espace transitionnel « suffisamment bon », dans lequel une relation thérapeutique pouvait naître et pouvait permettre la transformation positive de la personne, même si je devais devenir, parfois, son outil, le prolongement de sa main. « Re-connu, re-gardé par l'art-thérapeute comme un sujet capable d'améliorer l'image qu'il produit, le sujet y gagne du même coup la possibilité d'améliorer l'image qu'il a de lui. » (Païn & Jarreau, 1994, p.111)

## **10. Bibliographie :**

### **Livres :**

Biolaz, J-D. (2001). Jusqu'à la moelle. Lausanne : Éditions d'en bas.

Deschamps, D. (1997). Psychanalyse et cancer. Montréal : L'Harmattan.

Hennezel, M. (2005). Mourir les yeux ouverts. Paris : Albin Michel.

Klein, J.-P. (2012). Penser l'art-thérapie. Paris : Presses Universitaires de France.

Luminet, O. (2002). Psychologie des émotions : confrontation et évitement. Bruxelles : De Boeck Université.

Odier, G. (2013). Carl Rogers, Être vraiment soi-même. Paris : Eyrolles.

Païn, S. & Jarreau, G. (1994). Sur les traces du sujet. Paris : Delachaux et Niestlé

Troll, G. & Rodriguez, J. (2012). L'art-thérapie : pratiques, techniques et concepts. Paris : Editions Ellébore.

### **Article d'un périodique :**

Doucet, C. (2008). La pratique clinique en soins palliatifs : accompagnement psychothérapie ou psychanalyse appliquée ? *Psychothérapies*, 2, 121-126.