



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

=====

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Professeur Yves MATILLON

*« Vous vous occupez de Moi comme une
Personne »*

**Apport de l'expérience corporelle en
balnéothérapie sur l'organisation psychomotrice d'une
patiente atteinte de démence Alzheimer**

**Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

par

LEFEBVRE Marthe

Juin 2012

N° 1124

Directeur du Département Psychomotricité
Jean Noël BESSON

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. GILLET Germain

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Directeur **Pr. KIRKORIAN Gilbert**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. FARGE Pierre**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. COLLIGNON Claude**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Pr MAUME-DESCHAMPS
Véronique**

Observatoire Astronomique de Lyon
M. GUIDERDONI Bruno

IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

Ecole Polytechnique Universitaire de
Lyon (EPUL)
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (CPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christ**

Sommaire

Sommaire	3
Remerciements	5
Introduction	6
Partie Théorique :	8
1. LA DEMENCE DE TYPE ALZHEIMER	9
a. Origine du mot, évolution des conceptions	9
b. La maladie d'Alzheimer bouleverse la psychomotricité du sujet.....	10
c. Hypothèses étiologiques	15
2. LE CORPS, ETAI DE LA PSYCHEE	18
a. Le Moi est avant tout un Moi Corporel	18
b. La métaphore du Moi-peau.....	18
c. Conceptions de S. Robert-Ouvray	21
d. « Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre ».....	24
3. LA MEDIATION « EAU »	29
a. La symbolique de l'eau.....	29
b. L'ambivalence liée à l'eau.....	29
c. Les propriétés physiques de l'eau.....	30
d. L'eau, médium malléable	34
4. CONCLUSION DE LA PARTIE THEORIQUE	35
Partie Clinique :	36
1. MON LIEU DE STAGE	37
2. PRESENTATION DE MME B	38
a. Description physique de Mme B	38
b. Anamnèse	38
c. Suivi médical	39
d. Suivi psychomoteur	40
3. RENCONTRE AVEC MME B	41
a. Premières rencontres.....	41
b. Observation psychomotrice lors des premières séances de balnéothérapie ..	43

c. Recueil d'informations auprès du référent de Mme B, d'une Aide Médico-Psychologique (AMP) et lors de la synthèse de Mme B	48
--	----

4. EXTRAITS DE SEANCE	52
a. La régulation tonique.....	52
b. Les sensations	54
c. Les enveloppes	55
d. La distance relationnelle.....	57
e. Les expériences régressives.....	58
f. L'évolution	60
5. CONCLUSION.....	61

Partie Théorico-clinique : **62**

1. MME B ET LE PROCESSUS DEMENTIEL.....	63
a. Des pertes à répétition, une vie à reconstruire.....	63
b. Rassembler les morceaux pour lutter.....	65
c. Re-sentir pour ré-émerger.....	66
2. MME B, SON CORPS ET L'EAU	68
a. L'eau : une matière qui ravive les sensations de peau.....	68
b. L'eau : un espace d'expérimentations sensori-motrices.....	72
3. ETRE PSYCHOMOTRICIEN AVEC LE SUJET DEMENT.....	75
a. Etre garant d'un cadre qui a du sens.....	75
b. Un climat affectif particulier	76
c. Revisiter la fonction maternante.....	79
d. Le psychomotricien et l'eau	83

Conclusion..... **85**

Bibliographie **87**

Remerciements

Merci Mélanie

Un stage si formateur !

Une belle rencontre !

Merci Amélie

Des lectures et relectures ! Un réel soutien !

Merci Clarisse et Manon

Une amitié précieuse depuis 3 ans !

Une entraide en toutes circonstances !

Merci Kamla, Mathilde et Marion

Des liens sincères ! Du plaisir partagé !

Merci à toute ma famille

Des questionnements ! Des encouragements !

Merci Laurent, Suzanne, Elodie, Isabelle, Hortense, Marion, Hélène

Des retrouvailles ! Des rires ! Des surprises ! Un peu de détente entre deux écrits !

Introduction

Travailler sur la démence n'était pas prévu au départ...

Fin de deuxième année, stage de 15 jours : je passe une journée à l'accueil de jour de l'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Je me glisse incognito parmi la dizaine de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Au cours de la matinée, le médecin me fait visiter les lieux, il semble convaincu de la place de la psychomotricité auprès des personnes démentes... il me propose presque un poste alors que je ne suis qu'en fin de deuxième année ! Quelle idée ! Non, je ne travaillerai pas auprès de sujets déments.

Ce jour-là, Mme N m'adresse la parole sur un ton impérieux ; Mr P ne cesse de me relater avec émotion que sa femme l'a abandonné ; Mme C est immobile pendant des heures, elle ne sourcille même pas lorsque son mari s'assied près d'elle ; Mr L est persuadé que les soldats allemands sont à nos trousses... Leur façon d'être me déconcerte, m'effraie, une sensation étrange m'habite : la plupart d'entre-eux semble venu d'ailleurs, ils paraissent avoir fait soudainement irruption dans notre monde, ce monde qu'ils semblent ne plus comprendre...

Quelques mots retracent ma journée : incohérent, insaisissable, obscur, irreprésentable, énigmatique, accablant, sidérant. Je me sens totalement impuissante et démunie, tout est perdu d'avance...

Quelle conception réductrice ! Me voilà maintenant en troisième année, je rencontre Mme B : coup de théâtre ! Rencontre déroutante mais ô combien enrichissante ! Je souhaitais écrire mon mémoire sur l'autisme mais au fond de moi, je le sens, je le sais, j'écirai ma rencontre avec Mme B. Elle sera le point de départ de mon mémoire.

Mme B ne parle presque pas, sa pensée se troue, se délite, s'arrête parfois... Pourtant, Mme B est présente ! Son corps si libre dans l'eau est le témoin de sa présence. Dans les premiers temps, ce corps me sidère par le côté régressif, archaïque de ce qu'il donne à voir dans l'eau. La façon d'agir de Mme B fait émerger chez moi des images du jeune enfant qui explore son corps et joue. Ce premier ressenti identifié, je parviens à penser davantage ce qui se joue pour Mme B dans ses « mises en scène » corporelles. Mme

B utilise et maîtrise son corps, il est très investi dans l'eau, elle l'habite. Son corps est-il l'élément physique, matériel sur lequel elle peut compter ? Constitue t-il sa « bouée de sauvetage » ? Est-ce lui qui conserve une partie de sa mémoire ?

La psychomotricité, c'est bien cela : le corps, étai de la psychée. Qu'en est-il pour le sujet dément ? Et qu'est ce que la maladie d'Alzheimer ? L. Ploton la définit comme un « *poly-syndrome associant une pathologie neurologique, des défaillances cognitives et des manifestations psycho-affectives particulières [...]. Il propose de considérer la clinique observée non comme le résultat simple d'une perte mais peut-être comme le résultat d'une réorganisation neuropsychique adaptative*¹ ». Ce que j'observe de Mme B correspondrait à une tentative de s'adapter à la dépossession dont elle est victime : elle perd les liens entre ses pensées, les liens entre son présent et son passé.

Et si l'expérience du corps en relation pouvait l'aider à retrouver une continuité d'être, voire de penser ? « *Vous vous occupez de Moi comme une Personne* » est la phrase que Mme B nous livre lors de notre 10^{ème} rencontre. Ces mots extrêmement touchants et remplis de sens témoignent-ils du processus de symbolisation qui se réenclenche chez Mme B ? Pensée réamorcée par son vécu en balnéothérapie ?

Ce cheminement à propos du suivi de Mme B me conduit à la problématique suivante : comment face à sa pensée qui se délite, le sujet dément peut-il trouver appui sur des expériences corporelles fondatrices lors de séances de psychomotricité en balnéothérapie ?

Dans une première partie théorique, je montrerai comment la démence constitue un processus de désintringement psychomotrice. Ensuite, à travers les points de vue de plusieurs auteurs, je soulignerai que notre corps constitue un étai fondamental de notre psychée. Mes explications sur le média « eau » en psychomotricité concluront la théorie.

Dans un second temps, ma partie clinique fera part de ma rencontre avec Mme B. Je terminerai par une partie théorico-clinique mettant en lien mes observations psychomotrices et mes notions théoriques.

¹ VIGIER C., (2009), La psychomotricité : ou de la fonction d'étayage et de lien dans la maladie d'Alzheimer, *thérapie psychomotrice* n°160, p40

PARTIE THEORIQUE :

1-La démence de type Alzheimer

2-Le corps, étai de la psychée

3-La médiation « eau »

4-Conclusion

1. LA DEMENCE DE TYPE ALZHEIMER

La démence de type Alzheimer est une maladie qui affecte de nombreuses personnes vieillissantes. Elle se caractérise essentiellement par des pertes de mémoire et des interruptions dans la pensée du sujet. Après un bref retour sur les conceptions historiques de la démence, j'expliquerai en quoi la psychomotricité du sujet est troublée. Je terminerai par les hypothèses étiologiques.

a. Origine du mot, évolution des conceptions

Le mot « démence » vient du latin « démantia » qui signifie : folie ou conduite dépourvue de raison.

Depuis Aristote et sa description des premiers cas de démence, nombreux sont ceux qui ont évoqué les causes de cette affection. La religion, notamment au Moyen-Age s'est également positionnée : le dément était un possédé du démon.

Au début du XIX^{ème} siècle, Jean-Etienne Esquirol, psychiatre français, affirme : « *l'arriération mentale est une pauvreté de naissance, la démence est une richesse perdue²* ».

La psychanalyse donnera à son tour son point de vue : Freud parle d'un désinvestissement de la conscience à cause d'une perte que le Moi dénie.

Les travaux du psychiatre et neurologue Aloïs Alzheimer fournissent fin XIX^{ème} siècle une description précise des symptômes démentiels.

Face à l'augmentation de sa prévalence, la maladie d'Alzheimer suscite de plus en plus l'intérêt des chercheurs.

Dans le langage courant, le mot Alzheimer est de plus en plus employé. On entend souvent dire « *je ne retrouve plus mes clés, c'est Alzheimer qui commence !* ». A travers cette formulation teintée d'humour, c'est certainement la crainte de « perdre la tête » qui est sous-jacente. Pour le moment, on ne peut guérir cette maladie et chacun peut être touché. Les personnes vieillissantes semblent s'en défendre par le biais de formulations humoristiques.

² MONTANI C., (1994), La Maladie d'Alzheimer, quand la psychée s'égare, p24

b. La maladie d'Alzheimer bouleverse la psychomotricité du sujet

Ce sont essentiellement les ouvrages de C. Montani : La Maladie d'Alzheimer « quand la psychée s'égaré » et de G. Le Gouès : Le psychanalyste et le vieillard qui m'ont servi de référence. Leur approche est d'ordre psychanalytique. Tous deux s'accordent sur le fait que la démence est un processus c'est-à-dire qu'elle ne désorganise pas brusquement l'appareil psychique, cela se fait par étapes. G. Le Gouès évoque un démantèlement en deux grandes phases : la perte de l'identité de pensée suivie de la perte de l'identité de perception. Quant à C. Montani, elle décrit les phases suivantes :

❖ L'entrée dans la démence de type Alzheimer

Au cours de cette première étape, le sujet est de plus en plus distrait, il oublie les choses si bien que cela perturbe la réalisation des tâches de la vie quotidienne. Il cherche ses mots ou ne sait plus ce qu'il veut dire ce qui rend son discours moins fluide. Cet égarement ajouté à la méfiance que le sujet peut développer vis-à-vis de ses proches finit par les alarmer et les inquiéter. C'est le phénomène de *psycholyse* qui débute. Cette notion développée par G. Le Gouès correspond à « *la désorganisation mentale où les acquisitions les plus récentes disparaissent les premières*³ ». L'entourage encourage alors le sujet à aller consulter un médecin.

G. Le Gouès remarque aussi que cette entrée dans la démence peut être en partie masquée par les éventuelles capacités intellectuelles ou artistiques du sujet.

❖ Les prémices de la maladie d'Alzheimer : l'altération du Moi conscient

La deuxième étape se caractérise par de véritables « trous de mémoire » qui empêchent le sujet de se souvenir des noms propres, des lieux, des dates, de ce qu'il a fait récemment. Ce sont d'après G. Le Gouès des arrêts de la pensée dont le sujet se rend compte : il comprend qu'il a perdu le fil de ses idées parce qu'il a cessé de penser pendant un court instant. Il s'agirait là de la perte de l'identité de pensée : « *tout ce qui fait la*

³ LE GOUES G., (1991), *Le psychanalyste et le vieillard*, p13

signature d'une pensée, sa force vive, sa fécondité s'émousse (...) ⁴». A cause de cette défaillance de l'activité psychique, le sujet se retire progressivement des activités culturelles et intellectuelles dont il avait l'habitude, par exemple : les mots croisés... Il compense ces moments d'absence psychique en s'appuyant davantage sur la perception visuelle : la présence physique de l'interlocuteur l'aide à poursuivre son discours, à relancer sa pensée.

Face au manque de représentations fines et de liaisons logiques entre elles, le sujet ressent un malaise et peut l'exprimer ainsi : «*je ne sais plus ce que je deviens* ». Ses plaintes portent davantage sur ses ressentis que sur ses oublis répétés. Il se sent en inadéquation avec ce qu'il était auparavant et éprouve une discontinuité d'être, il ne se sent plus vivre et exister continuellement. Ceci est souvent source d'anxiété et de désarroi. Ainsi, la personne entrée dans la démence ressent en elle de profondes transformations qui l'inquiètent et l'attristent sans forcément la déprimer. L'essence même de sa personnalité est touchée.

Pour pallier aux pertes et aux éventuelles angoisses, les défenses névrotiques du sujet se renforcent (refoulement...) et d'autres défenses apparaissent:

- La dépendance à un autre : le sujet investit beaucoup son aidant principal au point de l'idéaliser. Cette personne (conjoint, enfant...) correspond au bon objet puisque le sujet dément peut prendre un véritable appui sur elle. Parfois, cet aidant peut aussi faire office de mauvais objet : le sujet dément déplace sur lui son angoisse pour ne pas sentir sa dégradation. Par exemple, il peut l'accuser de lui voler ses affaires pour ne pas penser qu'en réalité c'est lui qui ne les retrouve pas.
- Des attitudes contre-phobiques : le sujet évite et fuit certaines situations au sein desquelles ses déficits seraient trop flagrants.

Le sujet dément n'a pas conscience de ces défenses, elles lui permettent d'éviter les situations déplaisantes et de maintenir voire de rétablir sa continuité psychique. Ces moyens de lutte vont eux-mêmes être attaqués par la démence : ils finissent par perdre leur fonction protectrice avec l'avancée de la maladie.

⁴ 3, *ibid.*, p16

Dès les prémices de la démence de type Alzheimer, le Moi conscient autrement dit l'identité du sujet est touchée. Les pertes de mémoire créent des vides qui fragilisent le sentiment corporel, le sentiment de continuité temporelle, les sentiments de possession, le raisonnement, l'autonomie ainsi que l'estime de soi. Heurté dans son sentiment d'identité, le sujet sait de moins en moins qui il est, il se sent étranger à lui-même et la perte de ses limites est sous-jacente.

❖ **La démence installée : les limites du Moi**

La troisième étape est marquée par une installation fréquente de troubles de l'humeur chez le sujet souffrant de démence de type Alzheimer. Il peut traverser des périodes dépressives en lien avec sa lucidité sur ses difficultés : il se reconnaît diminué. Il présente alors un faciès triste et un ralentissement psychomoteur important. Selon G. Le Gouès, ceci est lié à l'effacement de l'objet interne, il serait de moins en moins disponible « *en tant que référence structurante et durable* ⁵ ». Néanmoins, la dépression pourrait, pour cet auteur, avoir une valeur positive dans le sens où le Moi tente de réaliser son travail de deuil face aux pertes subies. Chez le sujet déprimé, G. Le Gouès pense que l'organisation psychique de l'objet interne est solide. Il remarque que chez d'autres sujets, la projection délirante prend le pas sur la dépression. Dans ce cas, l'objet interne serait d'emblée moins robuste pour affronter les pertes. Le sujet a l'impression que certaines personnes qui l'entourent sont malveillantes, curieuses... Il s'en plaint, il projette sur ces mauvais objets externes ses pulsions destructrices. Le clivage entre bon et mauvais objet lui permet alors de se défendre contre les angoisses. Parmi celles-ci, on trouve l'angoisse d'une enveloppe perforée, ou encore de vidage de la substance. En résulte alors souvent une dépersonnalisation : durant un bref moment, le sujet perd l'unité de son Moi, il n'a plus le sentiment d'être une personne unifiée.

Même si le sujet souffrant de la maladie d'Alzheimer présente des troubles de l'humeur, il faut savoir que cette dernière est changeante en fonction de l'ambiance. Le sujet dément est très sensible au climat affectif c'est-à-dire au ton de l'interlocuteur, à son regard et à la qualité de sa présence. G. Le Gouès nomme cela *le savoir affectif* du sujet dément : il aura tendance à être confus voire agressif s'il y a du mouvement autour de lui,

⁵ 3, *ibid.*, p44

s'il se trouve dans une situation anxiogène... Au contraire, une relation authentique et bienveillante dans un espace calme l'apaise et l'aide même à rétablir des liens entre ses pensées.

Parallèlement aux troubles de l'humeur, des dérèglements physiologiques apparaissent en ce qui concerne l'alimentation et le sommeil.

Le sujet peut alterner des périodes de boulimie et des périodes où il refuse de s'alimenter, mais il tend globalement vers une perte d'appétit. Viennent aussi le gêner dans son alimentation des perturbations dans l'utilisation des couverts : il ne reconnaît plus la fonction de la fourchette si bien qu'il utilise le couteau ou la cuillère à la place... G. Le Gouès parle d'une perte de l'identité de perception : les objets sont perçus mais le sens qui leur est attribué n'est plus le bon. Ceci serait la prémice d'une confusion interne entre les représentations de Soi et celles des autres.

Quant au sommeil, le sujet a souvent des difficultés à s'endormir, il peut se lever et déambuler la nuit, son cycle veille-sommeil est généralement perturbé. En parallèle, il éprouve de plus en plus de difficultés pour se repérer dans le temps puisqu'il ne se sent plus exister continuellement. Se représenter la durée nécessite des opérations mentales complexes qu'il n'est plus en mesure d'effectuer. La désorientation spatio-temporelle devient plus flagrante. Les lieux connus et familiers sont progressivement désinvestis par la personne. On parle de phénomènes de « jamais vu » : alors que le sujet dément connaît le lieu dans lequel il se trouve, il a l'impression de ne jamais avoir vu cet endroit. Ainsi, il peut se trouver complètement désorienté en se réveillant le matin.

L'espace et le temps perdent leur valeur de référents stables ce qui affaiblit encore plus le sujet dans sa permanence.

Face au Moi qui s'effrite, on assiste souvent à un défaut de pare-excitation : le sujet crie, s'agite, devient agressif. On parle de déshinhibition. Un trop plein d'excitation est libéré, le Moi ne peut plus faire face. Parallèlement s'opère une baisse des censures : le sujet dément ne respecte plus les règles de bienséance si bien qu'il devient familier, indécent, impudique... Il peut aussi évoquer de vieilles rancunes dont l'affect est resté en mémoire, il s'exprime alors sous forme d'euphorie naïve ou d'angoisse profonde. L'ensemble de ces comportements est dû à l'abaissement de la puissance refoulante du Moi, les pulsions et désirs du sujet ne sont plus arrêtés par le Moi ni refoulés dans l'inconscient. Peu à peu, ce que le sujet vit mentalement s'exprime dans le comportement

si bien que ses rêves peuvent être mis en scène pour de vrai. Soumis à des cauchemars dans lesquels figurent ses parents ou amis décédés, le sujet dément les voit ou leur parle parce qu'il ne différencie plus le cauchemar de la réalité.

Devant l'ampleur de la désorganisation, la dépendance à l'autre augmente de plus en plus, la présence de cet aidant devient vitale puisque le sujet souffrant de la maladie d'Alzheimer ne peut plus s'occuper de lui seul. D'autres mécanismes entrent en jeu pour pallier aux bouleversements : le sujet se rappelle son passé sans l'élaborer, ses comportements phobiques s'accroissent (il a peur d'entrer dans une pièce...), il manifeste de l'agressivité lorsqu'une personne intervient de façon inappropriée avec lui, il déambule, s'agrippe, vit des phénomènes de dépersonnalisation. Il chercherait aussi à consolider son identité en effaçant peu à peu ses descendants (petits enfants puis enfants) de la filiation. Par ce biais, il se croit le dernier de la lignée, il est à nouveau l'enfant de ses parents et non plus le parent de ses enfants.

Cette étape marque la perte des limites du sujet : la différence entre son dedans et le dehors s'amenuise. Il n'a plus le sentiment constant d'être une personne individualisée ayant ses propres représentations. La confusion intérieur-extérieur annonce la désinhibition psychomotrice qui va suivre.

❖ **La démence avancée : démantèlement psychée/soma**

Lors de la quatrième étape selon C. Montani, la baisse des représentations mentales provoque un retour de l'instinct sous sa forme comportementale et non plus sous la forme de son représentant psychique. Par exemple, l'instinct de cramponnement peut se manifester par la préhension d'objets, la recherche de quelque chose dans les plis de la robe...

L'activité psychique s'amenuise tellement qu'elle laisse émerger des pulsions qui s'expriment dans le registre corporel. Peu à peu, la psychomotricité du sujet se scinde : la psychée est de moins en moins raccordée aux expériences corporelles. Autrement dit, les sensations et éprouvés bruts ne sont plus reliés par la pensée ; pour exemple, la toilette du sujet dément entraîne parfois ce que Winnicott appelle des *terreurs sans nom*.

La dépersonnalisation devient quasi permanente si bien que pour retrouver un semblant de continuité dans son existence, le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer dépend des bons soins de l'environnement, il a besoin d'une *mère suffisamment bonne* au sens de Winnicott. Le psychisme encore présent c'est-à-dire l'inconscient persiste sous une forme corporalisée.

L'appareil psychique du sujet dément se déconstruit mais il n'est pas pour autant absent. La démence de type Alzheimer entraîne d'après G. Le Gouès une régression structurelle correspondant à la baisse des censures et une régression fonctionnelle où la pensée et le comportement sont régis par le principe de plaisir et non plus par le principe de réalité. La pensée s'appuie alors davantage sur des images que sur des mots, elle revient au pôle perceptif le plus sensoriel.

c. Hypothèses étiologiques

Les causes de la démence restent encore incertaines pour le moment. Dans le domaine médical à proprement dit, les spécialistes de la neurologie, la biochimie, la génétique, l'immunologie se sont penchés sur l'étiologie de la maladie d'Alzheimer. Du côté de la psychologie, les psychiatres et psychanalystes ont également émis leurs hypothèses.

❖ En neurologie

Les 2 éléments lésionnels les plus importants sont :

- Les plaques séniles : ce sont des structures anormales dans les espaces extracellulaires. Une plaque se compose d'une région centrale : la protéine amyloïde, entourée d'un amas de débris de neurites. Les neurites sont les axones provenant de la destruction de neurones avoisinants.
- La dégénérescence neuro-fibrillaire : des assemblages de filaments anormaux se déposent à l'intérieur des neurones.

Plaques séniles et dégénérescence neuro-fibrillaire sont plus des marqueurs que des causes de la démence.

❖ En Biochimie, génétique, immunologique

D'autres hypothèses ont été émises dans ces différents domaines mais aucune n'a été validée.

❖ En Psychiatrie

Depuis les années 1970, la démence de type Alzheimer fait partie des pathologies mentales. Différents psychiatres se sont penchés sur la psychopathologie et notamment :

- L. Ploton : pour lui, le sujet voudrait vivre et en même temps il se conformerait au souhait implicite des plus jeunes : voir mourir les plus âgés. L. Ploton parle donc d'un « compromis » entre l'instinct de conservation et l'adhésion aux attentes implicites du groupe, ce compromis permet de « *vivre biologiquement tout en mourant socialement*⁶ ».

- J. Maisondieu : d'après lui, le sujet se défendrait d'une destruction individuelle, familiale et sociale en renonçant à rencontrer les autres, en s'écartant du circuit social. Il s'effacerait progressivement pour que sa famille et lui-même conservent une image de lui passée et idéalisée.

❖ En Psychanalyse :

- C. Balier, M. Péruchon... : la démence serait un moyen de se défendre contre l'angoisse d'abandon. Le sujet dément aurait vécu une perte d'objet, un traumatisme non mentalisable qui n'aurait pas pu s'élaborer dans la dépression.

- M. Grosclaude : elle affirme que le sujet dément garde une permanence. Il existe au travers de ses manifestations : radotage, restes du passé, stéréotypes gestuelles et langagières, fausses-reconnaisances..., mais il est perdu. La démence serait une problématique de « l'existence » qui concernerait l'unité psychée-soma. Il y aurait « *rabattement du psychisme sur le somatique*⁷ » au cours du processus démentiel.

⁶ 2, op.cit, p40

De plus en plus nombreuses sont les théories qui se penchent sur la maladie d'Alzheimer : d'une part les théories organicistes et d'autre part celles relevant de la psychogénèse. En effet, cette maladie se situe au confluent du somatique et du psychique. Faisant ce lien entre le corps et la psychée, la psychomotricité semble être un moyen d'accompagner le sujet dément en écoutant son corps et sa psychée.

Je conclurai cette partie théorique sur la démence avec une citation de M. Grosclaude : « *Le processus démentiel est l'occasion pour la psychée non pas de disparaître (...) mais de se rabattre vers sa terre d'origine corporelle, de se transformer et de reprendre un codage, une texture, remêlée à son matériau d'origine, sans exclure la possibilité d'un nouveau redéploiement de la psychée vers son état « différencié » sans pour autant que celui-ci soit le même qu'avant.*⁷ » M. Grosclaude parle de « terre d'origine corporelle », voyons dans la seconde partie que le Moi est d'abord corporel.

⁷ GROSCLAUDE M., (1995), Démence : « retrouver » le sujet, *Le Journal des psychologues*, n°127

2. LE CORPS, ETAI DE LA PSYCHÉE

« [...] l'expérience corporelle – sensorielle, motrice, comportementale – est un préalable à l'émergence de la pensée⁸ ». Dans ses écrits, Freud développe cette idée de la construction du psychisme en appui sur l'expérience corporelle. D. Anzieu poursuit dans cette voie avec son concept de Moi-peau. S. Robert-Ouvray précise la conception freudienne avec la notion d'intégration motrice. Enfin, l'être ne peut véritablement se construire sur le plan psychomoteur sans la présence d'un autre maternel : D. W. Winnicott, W. R. Bion ainsi que H. Wallon et J. de Ajuriaguerra l'ont bien explicité.

a. Le Moi est avant tout un Moi Corporel

Dans Le Moi et le ça, Freud rappelle que la conscience est une surface de l'appareil psychique et qu'elle correspond aux perceptions, autrement dit, nous sommes conscients de ce que nous percevons.

Nous n'avons pas d'emblée conscience de notre Moi à la naissance. Il est d'abord préconscient c'est-à-dire accessible à notre conscience. Il va se former à partir des perceptions internes (la faim, la satiété, la digestion...) et externes. Ces dernières naissent à partir de la surface du corps du bébé grâce aux bons soins maternels. Le corps propre contribue donc à la naissance du Moi.

Freud exprime cette notion fondamentale ainsi : « *Le Moi est avant tout une entité corporelle, non seulement une entité en toute surface mais une entité correspondant à la projection d'une surface*⁹ ».

b. La métaphore du Moi-peau

La peau revêt une grande importance pour le psychanalyste D. Anzieu : « *elle fournit à l'appareil psychique les représentations constitutives du Moi et de ses principales fonctions*¹⁰ ». La peau est, selon lui, le support indispensable à la construction du Moi de l'enfant. D'ailleurs, chez l'embryon, la sensibilité tactile apparaît la première.

⁸ POTELE C., (2000), Psychomotricité : entre théorie et pratique, p22

⁹ FREUD S., (1923), Essai de psychanalyse, p194

¹⁰ ANZIEU D., (1985), Le Moi peau p119

C'est en réponse à Freud et à M. Klein que D. Anzieu développe son concept de Moi-peau. Le Moi-peau d'Anzieu correspond chez Freud au Moi à l'état originnaire c'est-à-dire au Moi corporel. Freud explique en effet que « *l'enveloppe psychique dérive par étayage de l'enveloppe corporelle* ¹¹», autrement dit, le psychisme se développe en s'étayant sur l'expérience corporelle. D'après D. Anzieu, Freud désigne indirectement la peau avec le mot « surface ». Quant à M. Klein, elle néglige l'importance de la peau dans sa réflexion, D. Anzieu souhaite donc expliquer le rôle majeur qu'elle joue dans la structuration psychique de l'enfant, il crée alors le Moi-peau.

Le Moi-peau est : « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* ¹²». Cette définition nous permet de comprendre que le Moi de l'enfant se construit grâce aux sensations de la peau : lors de la tétée et des soins, le bébé est tenu, porté dans les bras de sa mère et serré contre son corps. La maman l'embrasse, le berce, le caresse tout en fredonnant et en jouant avec lui. Il sent la chaleur de ce corps, son odeur, ses mouvements... Le bébé et sa mère ont alors une peau commune.

Les expériences de contact corps à corps (*Holding* et *Handling*) accompagnées d'une relation sécurisante d'attachement permettent à l'enfant de percevoir sa peau comme une surface comprenant une face interne et une face externe. Cette interface devient le support de la distinction dedans/dehors, de la limite entre l'intérieur du corps et l'extérieur, l'enfant l'intériorise. Il perçoit aussi le volume ambiant dans lequel il se sent baigné.

Ainsi, « *surface et volume lui apportent l'expérience d'un contenant* ¹³». Ce contenant garantit à l'enfant l'intégrité de son enveloppe corporelle et par extension, de son enveloppe psychique. Il acquiert son propre Moi-peau, la peau commune s'efface pour lui permettre de se différencier de sa mère.

Ceci est possible si l'enfant a été suffisamment contenu par son contenant (la mère ou son substitut). Il intériorise cette bonne relation et le Moi psychique peut alors par l'intermédiaire du Moi-peau se différencier du soi psychique primaire.

¹¹ 10, *ibid.*, p106

¹² 10, *ibid.*, p61

¹³ 10, *ibid.*, p58

Le Moi-peau trouve son étayage sur les fonctions de la peau. D'après D. Anzieu, « *la peau fournit une enveloppe au corps, le Moi fournit une peau au penser...*¹⁴ ». Le psychanalyste décrit huit fonctions au Moi-peau. Celles de maintenance, contenance, pare-excitation et individuation m'intéressent plus particulièrement en regard de ma clinique.

D'une part, la peau soutient l'ensemble de notre ossature et de notre musculature, d'autre part, la mère porte son enfant, maintient l'unité et la solidité de son corps. Grâce à l'intériorisation de ce holding suffisamment bon, le Moi-peau maintient le psychisme en état de fonctionner.

De la même manière, la peau recouvre toute la surface du corps, y sont insérés tous les organes des sens externes. Lors des soins et des jeux, la mère procure à son enfant un enveloppement tactile et émotionnel. Résulte de ce handling la fonction contenante du Moi-peau : il enveloppe tout l'appareil psychique et fonde le sentiment continu d'existence.

Grâce à sa couche superficielle, la peau protège l'organisme des agressions extérieures (le froid, la chaleur, les radiations...). Le Moi-peau joue alors un rôle de pare-excitation : il traite les stimuli endogènes et exogènes, il protège des agressions en provenance des autres, êtres ou objets. Il marque ainsi la limite entre le dedans et le dehors en maintenant ce dernier à l'extérieur.

La peau, de par son grain, sa texture et sa couleur, est singulière, propre à chacun. Par extension, le Moi-peau nous assure notre individualité, le sentiment d'être une personne unique.

Le Moi-peau explicite bien l'idée selon laquelle le Moi psychique doté de sentiments d'identité et de continuité n'est pas immédiat. Il a besoin d'être étayé par le corps et plus particulièrement par la peau d'après D. Anzieu.

¹⁴ GREEN A., (2007), D. Anzieu vu par son jumeau imaginaire : à propos de le penser, du Moi-peau au Moi pensant, *Le carnet Psy n°118*, p36

c. Conceptions de S. Robert-Ouvray

S. Robert-Ouvray explique comment l'organisation motrice du bébé est un point d'appui essentiel pour son développement psychique. Elle évoque notamment l'enroulement fondamental déjà présent dans la vie intra-utérine ainsi que la coordination motrice.

❖ L'organisation motrice du nourrisson, support d'unicité

A la naissance, les réflexes archaïques (grasping, Moro...) et l'hypertonie périphérique conduisent le bébé à effectuer tous ses mouvements de façon centripète. On observe ainsi des enroulements partiels des schèmes de base qui amènent l'enfant à un retour sur lui. Les schèmes de base sont les plus petites structures motrices possibles, le premier est l'enroulement. Avant de se coordonner, ces enroulements partiels donnent à l'enfant des représentations de lui fragmentées.

Progressivement, le corps tout entier du bébé pourra s'enrouler grâce à la maturation neurologique. La tonicité des membres supérieurs puis inférieurs diminue si bien que les bras se détendent et les cuisses peuvent s'allonger. L'enfant vit alors l'extension et c'est justement dans une dialectique avec l'extension que l'enroulement global du corps se produit. Cette étape fondamentale s'effectue aussi en lien avec un environnement affectif stable ce qui assure au bébé la base de son narcissisme primaire. Cette base constitue alors une assise corporelle et psychique sur laquelle la psychomotricité du bébé s'étayera : ouverture de son corps vers l'extension puis préhension volontaire et ouverture de la psychée vers le dehors relationnel.

Les schèmes de base se rassemblent donc en une unité motrice vers six mois ce qui permet aux parties fragmentées du Moi de se réunir en une première unité psychique : « *le bébé connaît le plaisir d'un premier soi psychomoteur unifié*¹⁵ ». Ce rassemblement assure également au psychisme un sentiment de continuité de vivre. « *L'unification du corps et sa*

¹⁵ ROBERT-OUVRAY S., (2007), Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité, p47

*coordination permet au Moi du bébé de passer d'un état d'objet partiel et fragmenté à un objet entier et unitaire qui soutient le rassemblement psychique*¹⁶».

Par la suite, l'enfant expérimente son axe vertébral en saisissant ses mains et en les amenant devant ses yeux, en s'enroulant en symétrie et en attrapant ses pieds avec ses mains. La symétrie prépare la torsion, elle permettra à l'enfant de regarder autour de lui et derrière lui. Le rachis devient alors l'axe du corps pour l'enfant, les mouvements de symétrie permis par cet axe constituent la base de la construction de l'image de soi. A ce propos, la théorie de G. Haag explique comment l'organisme s'intègre au niveau psychique. Elle souligne trois étapes fondamentales dans la construction de l'image du corps dont la première correspond à « *l'association du contact-dos avec l'interpénétration du regard et l'enveloppe sonore porteuse de modulations à fort message émotionnel, à laquelle s'ajoute pendant le temps du nourrissage l'interpénétration bouche-tétine*¹⁷ ». Cette liaison permet la constitution du sentiment d'enveloppe. Par la suite, l'articulation des deux parties du corps autour de l'axe vertical donne au bébé un sentiment d'unicité. Finalement, l'union du haut du corps avec le bas autour de l'axe horizontal situé au niveau du bassin permet aux membres inférieurs de prendre leur place dans l'image du corps.

❖ **L'intégration motrice**

S. Robert-Ouvray va plus loin dans sa réflexion avec son concept d'intégration motrice. Elle pose l'hypothèse d'une structure de base initiale psychocorporelle qui organiserait à la fois le corps et la psychée du nouveau-né. Selon elle, de cette « *unité psychomotrice issue d'un modèle universel, l'enfant différencie les éléments moteurs des éléments sensoriels, affectifs et représentatifs puis les relie subjectivement pour une création singulière*¹⁸ ». Cette intégration motrice correspondrait à la mise en rapport et en dialectique de deux pôles opposés aux niveaux tonique, sensoriel, affectif et représentatif.

La tonicité est le premier palier du système intégratif. Hypertonie et hypotonie correspondent aux premiers éprouvés de l'enfant, elles sont aussi avec les signaux émotionnels (pleurs), le seul moyen d'expression face à ses besoins. Le premier niveau

¹⁶ 15, *ibid.*, p47

¹⁷ HAAG G., (1988), Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°1, p2

¹⁸ 15, *op.cit.*, p 54

tonique oscille entre le « *pôle hypertonique lié affectivement à l'absence d'autrui et le pôle hypotonique lié à sa présence* ¹⁹ ». Passant de l'un à l'autre, l'enfant intègre le rythme relationnel.

Le niveau sensoriel constitue le deuxième palier. Suivant l'état tonique des muscles, les sensations sont différentes : la contraction provoque durcissement et raccourcissement tandis que la détente entraîne allongement et mollesse. Par l'intermédiaire de ces sensations liées à l'hypotonie ou l'hypertonie, les familles du « mou » et du « dur » se constituent.

Vient ensuite le palier affectif : l'hypertonie dure est accompagnée de déplaisir, l'hypotonie molle de plaisir. L'intervention de la mère est indispensable pour transformer le vécu de l'enfant : elle nomme l'état affectif de celui-ci et le sien. Ainsi, « *les variations toniques et sensorielles prennent une valeur affective et communicationnelle* ²⁰ », S. Robert-Ouvray nous explique là le dialogue tonico-émotionnel, je développerai davantage cette notion dans une prochaine partie.

Le palier représentatif s'étaye sur les précédents : lors de l'hypertonie dure et déplaisante, des représentations dures, noires, insatisfaisantes et mauvaises du Moi et de l'objet apparaissent. Au contraire, l'hypotonie molle et plaisante liée à la présence de la mère amène des représentations douces, agréables, bonnes et satisfaisantes du Moi et de l'objet. S. Robert-Ouvray émet l'hypothèse que le clivage psychique bon-mauvais objet conceptualisé par M. Klein dérive de la dualité tonique première entre l'hypertonicité et l'hypotonicité.

Cette citation de S. Robert-Ouvray synthétise ses conceptions : « *quand la mère interprète affectivement la motricité de son bébé, elle fait passer des sensations d'un niveau tonique au niveau de l'affect et à celui des représentations* ²¹ ». De cette citation, découle ma dernière partie concernant le rôle essentiel de l'environnement maternel pour fournir l'étayage psychomoteur nécessaire au développement de l'enfant.

¹⁹ 15, op.cit, p79

²⁰ 15, op.cit, p 82

²¹ 15, op.cit, p141

d. « Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre ²² »

A la naissance, le bébé a besoin d'être contenu, « *on peut se représenter l'état mental du premier âge comme un état chaotique, oscillant entre des moments de désorganisation, de dissociation, de dispersion et des moments où le bébé se sent rassemblé dans sa personne, dans son corps, dans sa vie mentale* ²³ ». Pour maintenir l'état d'intégration, il a besoin de sa mère. D. Anzieu et S. Robert-Ouvray l'ont déjà évoqué, les théories développées par D. W. Winnicott, W. R. Bion, et J. de Ajuriaguerra insistent sur le rôle fondamental de la mère dans la formation du Moi Corporel.

❖ Les travaux de Winnicott

Winnicott, psychanalyste anglais a développé des notions incontournables concernant la qualité de l'environnement maternel. Il s'agit de la *préoccupation maternelle primaire*, du *holding*, du *handling* et de *l'object presenting*.

A la naissance, l'enfant quitte le milieu utérin dans lequel il était contenu et protégé. Brutalement, il est soumis à de nouvelles sensations et stimulations : la pesanteur, la lumière, le froid, la faim... ainsi qu'à des angoisses corporelles primitives normales. Winnicott parle d'un état de non-intégration primaire pour qualifier la position dans laquelle se trouve le nouveau-né. « *Le nourrisson se vit, dans cette abondante sensorialité, comme une série d'organes non reliés les uns aux autres dans un ensemble, et il peut à certains moments être tout entier « bouche », ou tout entier « ventre » ou tout entier « mains »* ²⁴ ». Le nourrisson est donc centré sur lui-même, il n'a pas conscience de ses limites et de l'unité de son corps, ni de l'existence du monde extérieur. Il possède néanmoins des capacités et notamment d'après D. Anzieu « *un pré-Moi-corporel doté d'un élan intégrateur des diverses données sensorielles, d'une tendance à aller à la rencontre des objets, [...] à établir avec les personnes de l'entourage maternel des relations d'objet [...], doté d'une capacité [...] de discerner des bruits et des sons non verbaux [...], d'émettre des signaux à l'intention de l'entourage (mimique et cri d'abord, et peut-être*

²² LABES G. & JOLY F., (2010), Julian de AJURIAGUERRA et la naissance de la psychomotricité, volume 3 : entre inné et acquis : le bébé et le développement précoce, p128

²³ CICONNE A., GAUTHIER Y., GOLSE B., STERN D., (1997), Naissance et développement de la vie psychique, p19

²⁴ CICONNE A. & LHOPITAL M., (1991), Naissance à la vie psychique, p62

émission d'odeurs, puis regard et posture, puis gestes et vocalises). Ce pré-Moi-corporel est un précurseur du sentiment de l'identité personnelle et du sens de la réalité qui caractérisent le Moi psychique proprement dit²⁵».

Quant à la mère, quelque temps avant la naissance de son enfant, elle développe un état particulier appelé préoccupation maternelle primaire par Winnicott. Grâce à une capacité d'identification primaire c'est-à-dire une capacité d'empathie vis-à-vis des besoins de son nourrisson, elle s'adapte précisément et pleinement à ceux-ci. Cet état de sensibilité et de réceptivité absolu lui permet même d'anticiper les besoins de son enfant, de détecter la raison de son malaise, de lui éviter de vivre des angoisses trop désorganisatrices. A ce moment, le « *Moi de la mère supplée le Moi de l'enfant*²⁶ » grâce à la fonction de miroir : quand le bébé regarde le visage de sa mère, il s'y voit parce que cette dernière lui reflète son état. Il pourra aussi peu à peu voir sa mère elle-même ou plus justement, son état d'âme.

Au moment de la naissance, les deux partenaires de la relation sont donc prêts à se rencontrer.

Cette adaptation de la mère à son nourrisson est possible par l'intermédiaire d'un maternage de qualité c'est-à-dire grâce au Holding et au Handling.

Le Holding correspond au portage physique et psychique du bébé par sa mère. Soutenu et entouré par les bras de sa maman, apaisé par le regard, la voix, l'odeur et la chaleur de celle-ci, le bébé est en sécurité. Il peut déposer son poids dans les bras de sa mère sans crainte, sans avoir besoin de maintenir une vigilance. Il se sent rassemblé et protégé des expériences angoissantes ce qui lui assure un sentiment de continuité d'existence.

Le Handling correspond à la façon dont le petit enfant est manipulé et soigné durant les temps de soin (change, bain...). Toutes les sensations cutanées répétées pendant les soins corporels permettent au bébé de concevoir petit à petit que ses organes sont tous contenus à l'intérieur d'une peau, il unifie alors son image corporelle.

Holding et Handling donnent au nourrisson des vécus d'existence, d'unicité qu'il intègre à son Moi corporel.

²⁵ ANZIEU D., (1985), *Le Moi-peau*, p80

²⁶ GOLSE B., (1985), *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, p80

L'adaptation parfaite de la mère aux besoins de son enfant crée l'aire d'illusion. Le bébé a l'illusion que le sein de la mère est une partie de lui puisqu'il arrive toujours au bon moment et au bon endroit. Il s'agit là de l'object presenting. « *Le sein est, pour ainsi dire, sous le contrôle magique du bébé* ²⁷ ». Plus largement, le bébé a l'illusion qu'un monde extérieur existe et que c'est lui qui le crée. Cette omnipotence ressentie par le bébé est nécessaire pour qu'ensuite la désillusion puisse s'opérer. D'un état de préoccupation maternelle primaire, la mère devient suffisamment bonne. Elle ne répond plus aux besoins de son bébé de manière instantanée mais en fonction de la capacité de celui-ci à tolérer la frustration. Grâce à ce décollage progressif, l'enfant est en route vers le principe de réalité.

Le chemin qui conduit à différencier la réalité intérieure de la réalité extérieure correspond à un autre concept de Winnicott : l'aire intermédiaire d'expérience. Il s'agit « *d'un état intermédiaire entre l'incapacité du petit enfant à reconnaître et à accepter la réalité et la capacité qu'il acquerra progressivement de le faire* ²⁸ ». Elle « *se situe entre la créativité primaire et la perception objective basée sur l'épreuve de réalité* ²⁹ ». Cette aire intermédiaire est constituée des phénomènes transitionnels c'est-à-dire de l'ensemble des comportements permettant le passage du subjectivement à l'objectivement perçu. Winnicott donne plusieurs exemples : le bébé qui tient un bout de tissu ou le met à la bouche, le bébé qui tire des bouts de laine et en fait une boule avec laquelle il se caresse, les gazouillis et notes musicales... Winnicott suppose alors que « *la pensée [...] acquiert un lien avec ces expériences fonctionnelles* ³⁰ ». Cette aire transitionnelle reste présente tout au long de la vie, elle prend la forme du jeu, de la création artistique, du sentiment religieux, du rêve... elle constitue alors « *un lieu de repos pour l'individu engagé dans cette tâche humaine interminable qui consiste à maintenir à la fois séparées et reliées l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure* ³¹ ».

De par ses fonctions, la mère suffisamment bonne permet la maturation du Moi de l'enfant, préalable à la capacité d'être seul. Cette capacité permet à l'enfant de jouer seul tout en sachant que sa mère reste disponible. A ce stade, il a suffisamment introjecté l'environnement, il développe une sécurité interne lui permettant d'être seul.

²⁷ WINNICOTT D. W., (1971), Jeu et Réalité, p44

²⁸ 27, ibid., p30

²⁹ 27, ibid., p44

³⁰ 27, ibid., p32

³¹ 27, ibid., p30

❖ W. R. Bion et la fonction alpha

W. R. Bion souligne l'importance de la capacité de rêverie de la mère et de sa fonction alpha.

Dès sa venue au monde, le bébé est en quelque sorte « bombardé » par les stimulations sensorielles extérieures, il vit des expériences émotionnelles qu'il n'a pas la capacité de comprendre. Grâce au mécanisme d'identification projective, il projette les éléments bruts dans sa mère. Celle-ci doit être en mesure de recevoir ces éléments que Bion nomme éléments bêta et surtout de les transformer, de les détoxiquer pour que le bébé puisse les réintrojecter en éléments alpha. Ceux-ci, issus de la conversion des impressions des sens et émotions fourniraient à la psychée le matériel des pensées.

La transformation des vécus bruts en éléments alpha dépend de la qualité du holding et du handling, de la régularité dans le temps des soins, du maternage offert par la mère à son enfant.

❖ Le dialogue tonico-émotionnel

Wallon donne une place importante à l'émotion dans le développement de l'enfant, elle se situe selon lui entre l'acte et la pensée. Ajuriaguerra développe les notions walloniennes avec son concept de dialogue tonique.

Ajuriaguerra explique que « *Wallon a montré l'importance de la fusion affective primitive dans tout le développement ultérieur du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes tonico-émotionnels et posturaux dans un dialogue qui est le prélude du dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé le « dialogue tonique »*³² ».

Dès la grossesse, le fœtus peut ressentir si sa mère est tendue ou détendue. A la naissance, l'hypertonie ou l'hypotonie peut constituer un appel au même titre que les pleurs, les sourires, les regards... La mère prend alors son bébé dans ses bras, l'harmonie des postures aboutit à un plaisir partagé : « *la mère sent ce corps comme donnant et l'enfant vit le corps accueillant de sa mère comme un lieu dans lequel le contenu et le contenant sont*

³² 22, op.cit, p313

*indissociés*³³». Le dialogue tonique correspond donc à l'accordage tonique entre les deux partenaires de la relation.

On parle aussi de dialogue tonico-émotionnel pour évoquer les termes émotionnels et poétiques que le parent exprime à son enfant en même temps qu'il s'ajuste à son tonus.

La personne qui s'occupe du bébé accorde le rythme, la forme, l'intensité de sa prosodie, de ses gestes, de ses regards à ceux du bébé, elle s'ajuste émotionnellement à lui et lui traduit ainsi ses fluctuations sensori-toniques dans un registre sensoriel.

Lorsque les fluctuations tonico-émotionnelles sont temporellement synchrones entre le bébé et celui qui s'occupe de lui, il perçoit ses modifications musculaires et viscérales. La mère se comporte comme « *un miroir sensoriel de ses mises en forme toniques*³⁴ ». Le bébé ressent alors les contours de son corps et fait l'expérience que son organisme est « un ».

La capacité empathique est mobilisée spontanément chez le parent, elle est essentielle pour permettre à l'enfant de reconnaître et nommer des états affectifs par la suite. C'est parce qu'on dit à un bébé sa tristesse en étant triste de sa tristesse qu'il pourra plus tard reconnaître en lui la tristesse. Quand l'enfant se dit triste, content ou fâché, il mobilise pour qualifier ce qu'il éprouve les traces des expériences tonico-émotionnelles.

Ainsi, la mère s'occupe de son bébé avec son corps, ses ressentis, ses émotions, sa psychée : tout son être psychomoteur est mobilisé.

Pour conclure cette partie théorique, j'ajouterais que « *le sentiment de soi se construit sur la capacité à s'éprouver éprouvant à partir d'expériences engageant tout le corps en relation, au travers de variations et modifications toniques et posturales, initiées par le partage émotionnel. Ce Moi Psychomoteur servirait d'ancrage à la motricité mobilisée à ces différents niveaux (dans son efficacité, son lien au développement cognitif, son expression de la relation et de la conscience du corps propre)*³⁵ ». Intéressons nous maintenant à la médiation « eau », support d'expériences psychomotrices.

³³22, op.cit, p314

³⁴LIVOIR-PETERSEN M.F., (2009), Le dialogue tonico-émotionnel, un gué qui permet au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme, *Thérapie psychomotrice n° 157*, p105

³⁵LEPLAT F., (2010), Psychomotricité de groupe : espace de maturation émotionnelle, *Thérapie psychomotrice n°162*, p108

3. LA MEDIATION « EAU »

L'eau est une médiation très utilisée en psychomotricité. En effet, au travers de ses propriétés physiques et des images qu'elle suscite, elle met en jeu la psychomotricité même du sujet. Le corps dans l'eau perd ses repères habituels ce qui peut entraîner un malaise émotionnel.

a. La symbolique de l'eau.

L'eau est l'un des quatre éléments fondamentaux et naturels qui forment le monde, elle est aussi l'un des constituants majeurs de notre corps.

L'eau possède une valeur symbolique liée à la vie : sans eau, la vie est impossible, « *corps et eau sont intimement liés depuis la conception*³⁶ ». En effet, durant la grossesse, le liquide amniotique constitué essentiellement d'eau est le milieu dans lequel le fœtus se développe. Plus tard, la perte des eaux annonce la naissance. Une fois l'enfant né, son réflexe de succion commence à s'exercer : il tète le lait maternel, liquide nourrissant également constitué d'eau.

L'eau reste liée à l'homme puisqu'elle est indispensable à sa survie, les hommes se sont d'ailleurs toujours installés près des rivières, des sources, de la mer. Beaucoup de mythes évoquant l'eau ont traversé les siècles.

De plus, les vertus de l'eau sont reconnues dans nombre de civilisations. Elle a toujours été utilisée dans les soins psychiatriques ; les cures thermales se sont développées pour lutter contre les problèmes respiratoires, rhumatismaux...

b. L'ambivalence liée à l'eau

Les associations sur l'eau montrent bien qu'elle n'a pas une seule signification, la dualité de l'eau est flagrante :

- eau substance de vie, qui vivifie/eau substance de mort qui tue
- eau qui circule sous terre et alimente le sol, qui nourrit/eau qui engloutit, dévaste
- eau de mer/eau douce

³⁶ POTEL C., (1999), Le corps et l'eau, p44

D'une part, l'eau nous fascine, elle entraîne l'homme dans des rêveries créatrices et dynamisantes mais aussi mélancoliques. L'eau constitue une sorte d'irréalité. Cette fascination est liée à la fluidité de l'eau, elle symbolise ce qui est inconsistant, sans contour défini, ce qui échappe. D'autre part, l'eau peut terrifier, sa force peut nous engloutir dans la profondeur, un tourbillon peut nous aspirer et nous tuer.

Nous voilà plongés dans une ambivalence entre pulsions de vie et pulsions de mort. Du côté de la vie, l'eau peut être un objet extérieur support au jeu, à l'exploration motrice, à la maîtrise, elle peut faire éprouver les limites corporelles ce qui renforce le sentiment d'unité corporelle. Du côté de la mort, l'eau peut être source d'intenses craintes : menace d'envahissement, angoisse d'intrusion, de se dissoudre dans la liquidité et donc de perdre ses limites. L'apesanteur induit en effet une suspension du corps (perte des appuis plantaires) et une expansion illimitée du mouvement à l'origine de la sensation de perte des limites du corps. L'eau devient alors « *un monstre terrifiant qui s'insinue par tous les pores de la peau et entre dans les orifices* ³⁷ ». En fait, la limite du corps et le toucher de l'eau sur la peau se confondent, la peau n'est plus ressentie comme imperméable par le sujet, elle perd sa fonction de contenant.

L'eau est justement une surface de projection des sentiments humains. L'agressivité, les émotions, l'ambivalence... peuvent s'y projeter sans risque de l'altérer. Elle met en exergue les états émotifs et psychiques, c'est « *un miroir grossissant qui met en relief certaines choses de la vie corporelle et psychique qui ne sont pas toujours autrement perceptibles* ³⁸ ».

c. Les propriétés physiques de l'eau

Utiliser la médiation « eau » amène à penser le rapport entre le corps et l'eau : d'une part, l'immersion provoque une modification des référentiels neurologiques habituels puisque les propriétés physiques de l'eau soumettent le corps à des sollicitations différentes de celles du milieu aérien. D'autre part, comme sur terre, le corps met en relief les émotions du sujet au travers de manifestations : tensions, résistances à la détente,

³⁷ 36, *ibid.*, p19

³⁸ 36, *ibid.*, p50

blocages de la respiration. Il nous faut donc percevoir et recevoir les signes corporels de l'autre en lien avec l'adaptation psychomotrice nécessaire dans le milieu aquatique.

La poussée d'Archimède, la pression hydrostatique, la résistance hydrodynamique et la transparence sont les propriétés physiques de l'eau. Voici leur définition ainsi que leurs conséquences sur les fonctions psychomotrices :

❖ **La poussée d'Archimède**

Il s'agit de la «*force verticale dirigée de bas en haut à laquelle est soumis tout corps plongé dans un fluide*³⁹». Cette force diminue le poids effectif dans l'eau ce qui nous donne la sensation de légèreté et par conséquent la sensation d'être porté et soutenu. Le travail musculaire à fournir est ainsi beaucoup plus faible ce qui permet aux personnes en difficulté pour se verticaliser de se redresser plus facilement que dans le milieu aérien. Les thérapeutes peuvent aussi porter le patient plus facilement, ce qui n'est pas sans rappeler la fonction de Holding. Le patient est enveloppé physiquement par les bras du thérapeute, psychiquement par la présence et le regard de celui-ci. S'ajoutent aussi la chaleur de l'eau, ses caresses, ses bercements, son cliquetis...

En nous faisant flotter, la poussée d'Archimède modifie aussi nos appuis plantaires, nous fait perdre pied, *l'équilibre* n'est plus si sûr. Elle déclenche en fait une diminution des pressions intra-articulaires et modifie les sensations des rapports internes des pièces du squelette. Il faut alors s'organiser en fonction de nos volumes et de leur répartition dans le corps et non plus selon la sensation de l'apesanteur et de notre poids.

La flottaison offre aussi une plus grande liberté de mouvements aux personnes immergées, les chutes et les chocs sont amortis ce qui permet au corps de réaliser toutes sortes de culbutes, roulades... qui mettent en jeu les recherches d'équilibre et les *coordinations*.

³⁹ Le petit Larousse compact 2003, p814

❖ La pression hydrostatique

Il s'agit de la pression « *qu'exerce l'eau sur la surface d'un corps immergé* ⁴⁰ ». Cette pression stimule ainsi toutes les parties immergées du corps : elle provoque des stimuli extéroceptifs permanents permettant une meilleure perception des membres. L'eau nous enveloppe, selon C. Potel, « *le corps est contenu dans son entier [...], l'eau trace les contours du corps, en dessine les limites* ⁴¹ ». Les limites corporelles et l'unité du corps sont éprouvées ce qui renforce la sensation dedans-dehors et donc la conscience d'un corps contenant imperméable et individué.

L'ensemble de ces stimuli et l'effet enveloppant ont un impact sur la respiration et le *tonus musculaire*, ceci en lien avec les émotions vécues dans l'eau. De nombreux réajustements toniques sont nécessaires pour tenir *l'équilibre*. L'eau demande une régulation tonique précise et permanente.

❖ La résistance hydrodynamique

Liée à la densité de l'eau, c'est la « *force qui s'oppose au mouvement d'un corps dans un fluide* ⁴² ». Lorsque nous faisons un mouvement dans l'eau, marcher par exemple, la résistance hydrodynamique nous oblige à l'effort ce qui n'est pas sans conséquence sur les stimulations proprioceptives. Ainsi mobilisée, la proprioceptivité permet une meilleure appréciation du *schéma corporel* lors du mouvement. De plus, les informations extéroceptives provoquées par la pression de l'eau s'accroissent. La perception des limites corporelles est indéniable lorsque nous nous déplaçons dans l'eau d'où une meilleure conscience et connaissance du corps.

La résistance de l'eau constitue à la fois un soutien lors des déséquilibres provoqués par la poussée d'Archimède et un obstacle pour construire des appuis aquatiques solides. Elle nous invite aussi à une *rythmicité* différente, davantage dans la lenteur. Même en voulant se déplacer rapidement dans l'eau, la résistance ralentit nos mouvements, il faut mobiliser nos forces pour fendre l'eau. Les sensations corporelles sont alors indéniables.

⁴⁰ 39, *ibid.*, p521

⁴¹ 36, *op.cit.*, p53

⁴² 39, *op.cit.*, p884

❖ La transparence :

Il s'agit de la capacité d'un matériau à se laisser aisément traverser par la lumière. On peut voir des objets immergés dans l'eau, on continue aussi à voir les parties immergées de notre corps ce qui maintient le sentiment d'unité corporelle. Par contre, nos référentiels visuels sont modifiés : les repères de distance et de forme changent si bien que les objets et notre corps nous paraissent déformés. Cette modification visuelle des limites corporelles peut être source d'angoisse pour certaines personnes.

La transparence de l'eau permet aussi d'appréhender sa profondeur c'est-à-dire la troisième dimension : on peut lâcher nos appuis sur le sol de la piscine. Les référentiels vestibulaires prennent alors le pas sur les référentiels articulaires et musculaires.

La profondeur permet de découvrir le corps dans tous les sens de l'espace, d'expérimenter les espaces dedans/dehors, la surface/le fond, le dessous/le dessus...

De par ses propriétés, l'eau provoque des transformations de toutes les fonctions corporelles :

- nos sens subissent les effets de l'eau : nous voyons mal, les sons sont déformés, feutrés, opacifiés, toute la peau est touchée en permanence, l'odeur et le goût de l'eau chlorée sont particuliers.
- notre respiration : on peut ressentir une sensation d'oppression, le souffle constitue alors le lien entre le milieu aérien extérieur et le milieu intérieur aquatique. Respirer dans l'eau demande aussi davantage de maîtrise.
- notre organisation psychomotrice : les items psychomoteurs sont mis en jeu différemment dans l'eau. L'image du corps est elle sollicitée par l'ensemble des propriétés physiques. Spitz affirme que « [...] les sensations associées à l'état de flottaison dans un milieu aquatique laissent des traces qui entrent dans la constitution de la première image du corps ⁴³ ». La sensation de légèreté, le portage, l'enveloppement, la découverte d'éprouvés corporels autres sont autant de ressentis qui peuvent faire émerger différentes émotions. Se rendre compte que l'eau prolonge nos mouvements et les rend plus fluides dans le sens du courant valorise les compétences motrices. Au contraire, voir qu'ils sont plus difficiles à contre courant souligne la solidité du corps. L'ensemble de ces expériences liant corps,

⁴³ 36, op.cit, p40

tonus, émotion, relation, dimension régressive... participe à l'élaboration de l'image du corps.

Les propriétés physiques s'emboîtent comme les pièces d'un puzzle pour faire de l'eau un milieu qui nous porte, nous soutient, nous procure des sensations plus intenses que dans le milieu aérien. En même temps, ces propriétés physiques peuvent nous désorienter, nous retrouvons bien là l'ambivalence liée au milieu aquatique.

d. L'eau, médium malléable

L'eau peut être considérée comme un médium malléable au sens de R. Roussillon. Le médium malléable est d'après lui un « *objet transitionnel du processus de représentation* ⁴⁴ ». R. Roussillon reprend la notion d'objet transitionnel développée par Winnicott puisque le médium malléable n'est pas une représentation (c'est un objet concret) mais n'est pas non plus hors représentation (il est le représentant de l'objet). Le médium malléable se situe donc dans « *l'aire intermédiaire à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure* ⁴⁵ ».

Plusieurs propriétés sont inhérentes au médium malléable, elles sont issues de la rencontre avec la mère. Celle-ci doit se montrer suffisamment malléable pour que les qualités suivantes soient expérimentées par l'enfant : l'indestructibilité, l'extrême sensibilité, l'infinie transformation, la disponibilité, le caractère vivant. Le bébé grandissant, la mère pose des limites et des interdits. Elle devient moins malléable, l'enfant transfère les propriétés expérimentées sur les objets : la pâte à modeler, le papier, l'eau... L'eau répond donc à l'ensemble des caractéristiques du médium malléable. Il est en effet possible de la frapper, de la battre sans l'altérer, elle peut prendre la forme de n'importe quel contenant, elle prolonge aussi les mouvements du corps en se transformant. De par sa sensibilité, l'eau réagit au moindre de nos mouvements. Son caractère vivant est lié aux pulsions de vie ou de mort qu'elle suscite chez nous.

⁴⁴ 36, op.cit, p56

⁴⁵ WINNICOTT D. W., (1971), jeu et réalité, p30

Ainsi, l'eau « *objet médium malléable permet à l'enfant de dépasser l'expérience du sensoriel et d'accéder à la fonction de représentation, dans des processus plus secondarisés*⁴⁶ ».

En conclusion de cette dernière partie théorique, la médiation « eau » en psychomotricité ne mobilise pas seulement notre corps et ses fonctions motrices. L'eau éveille en nous de nombreuses images bien souvent ambivalentes, elle met en résonance nos émotions, mobilise nos capacités d'adaptation, contribue à l'éclosion des processus de représentation.

4. CONCLUSION DE LA PARTIE THEORIQUE

Ces trois parties théoriques, si éloignées soient-elles de prime abord découlent en réalité les unes des autres. La maladie d'Alzheimer décontenance le sujet, égare sa psychée. En deçà des pensées, c'est bien le corps qui s'exprime. Il m'a alors paru fondamental de revenir sur la genèse du Moi corporel. L'enfant acquiert le sentiment de sa personne dans son corps avant de l'avoir dans son psychisme. C'est ce qui me semble être réactualisé pour le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer, nous allons le voir avec Mme B. La mise en jeu du corps est grandement facilitée par l'eau. Cette matière malléable enveloppante fait écho à la perte des limites qui se profile chez le sujet dément. L'ensemble de ses propriétés en font une indication précieuse pour le sujet dément. Mme B en est le reflet. Plongée avec elle dans les eaux parfois troubles de la démence, j'ai peu à peu rendu plus limpide l'incompréhensible et l'impensable, avec le soutien de ma maître de stage. Ma partie clinique relate ce cheminement avec Mme B.

⁴⁶ 36, op.cit, p 59

PARTIE CLINIQUE :

- 1- Mon lieu de stage***
- 2-Présentation de Mme B***
- 3-Rencontre avec Mme B***
- 4-Extraits de séance***
- 5-Conclusion***

1. MON LIEU DE STAGE

L'hôpital gériatrique où j'effectue mon stage comprend des services de court, moyen et long séjours. Parmi ces derniers, se trouvent des services fermés accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

La plupart des séances de psychomotricité auxquelles je participe se font en balnéothérapie (cf. annexe). Cet espace se situe au premier étage de l'hôpital, il s'agit d'une grande salle rectangulaire où se trouve un bassin en forme d'arc de cercle. Une passerelle hydraulique est placée le long de la partie horizontale de l'arc de cercle, elle s'immerge dans l'eau ce qui nous permet de rejoindre le grand bassin. La profondeur est la même partout, tous les patients ont pied.

L'organisation en balnéothérapie est très rigoureuse et nécessite un travail d'équipe. Une aide soignante et un brancardier sont affectés à la balnéothérapie.

Le matin, le patient est douché et vêtu du maillot de bain et du peignoir par une aide soignante dans son service. Le brancardier se charge d'accompagner la personne à l'entrée de la balnéothérapie et vient la rechercher une fois la séance terminée. L'aide-soignante accueille le patient et l'aide à réaliser son transfert pour s'installer sur un fauteuil roulant immersible. Elle l'emmène directement sur la passerelle où ma maître de stage et moi l'attendons. Une fois la séance de psychomotricité terminée, l'aide-soignante rince le patient, l'aide à se rhabiller, le ramène à l'entrée de la balnéothérapie où elle le soutient de nouveau pour le transfert dans son fauteuil.

L'après-midi, un élément s'ajoute, l'aide-soignante douche le patient avant d'aller dans l'eau et l'aide à enfiler le maillot de bain.

2. PRESENTATION DE MME B

a. Description physique de Mme B

Mme B est une dame de taille moyenne âgée de 67 ans. Son visage peu animé et plutôt figé rend difficile sa description physique. En effet, Mme B est peu expressive et ne parle quasiment pas. Elle ne sourit pas, ses cheveux courts grisonnants parfois ébouriffés laissent apparaître un visage sombre et mystérieux. Malgré de jolis yeux bleus que je ne remarquerai qu'après plusieurs mois de suivi, le regard de Mme B n'illumine pas son visage, seules ses fines lunettes rouges lui donnent un peu de vivacité. Il m'a fallu plusieurs séances pour me souvenir du visage de Mme B. Lors de nos premières rencontres, j'étais bien plus imprégnée par le flot de mouvement, l'impulsivité et la tonicité de Mme B dans l'eau.

Les tenues vestimentaires de Mme B sont souvent dépareillées, les couleurs sont pâles ou sombres. Mme B ne semble pas porter attention à son apparence physique.

Un diagnostic de maladie d'Alzheimer a été posé il y a 8 ans. L'IRM a montré une atrophie cortico-sous corticale bilatérale.

b. Anamnèse

Ces quelques éléments de vie de Mme B sont issus de son dossier médical et du document qu'elle a rempli à son entrée en long séjour.

Mme B est née en 1944, elle a plusieurs frères et une sœur. Deux deuils prématurés l'ont affligée durant sa vie : celui de son père à cause d'un cancer dû à l'amiante (Mme B a 38 ans) suivi de celui de sa sœur handicapée décédée à l'âge de 48 ans. Mme B s'est occupée d'elle jusqu'à son décès. Dans le document « histoire de vie » que Mme B a rempli avec sa fille et son référent du service, elle écrit que le décès de sa sœur a été l'événement le plus marquant de sa vie et que la perte d'un être cher la rend triste et que la mort lui fait peur.

Mme B a été mariée et a eu 3 enfants, deux garçons et une fille. Elle a divorcé vers l'âge de 60 ans. Elle et ses enfants n'ont plus aucun contact avec Monsieur. Sur le plan professionnel, Mme B a eu une place d'éducatrice dès l'âge de 16 ans (sans être en

possession du diplôme) dans l'ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) où sa sœur travaillait. Elle aimait son métier d'éducatrice mais elle a poursuivi sa carrière en étant aide ménagère au domicile de personnes âgées. Elle aimait le chant, la danse, le jardinage, la natation mais aussi les mots croisés et le scrabble.

Les premiers symptômes de sa maladie d'Alzheimer apparaissent suite à la séparation avec son mari, son déménagement et son départ à la retraite qu'elle dit vivre difficilement. La maladie est diagnostiquée en 2003, Mme B est âgée de 59 ans. S'en suivent plusieurs hospitalisations en court ou moyen séjour. A son arrivée en long séjour, Mme B écrit dans le document « histoire de vie » qu'elle est contrariée parce qu'elle commence des phrases et ne les finit pas.

La mère de Mme B est toujours en vie et est très présente pour sa fille. Les enfants de Mme B sont également présents malgré la distance de certains.

Je n'ai aucune information concernant l'enfance de Mme B. Sa vie d'adulte a été marquée par des périodes difficiles, plusieurs ruptures de lien l'ont affectée. Mme B a-t-elle pu véritablement les surmonter ?

c. Suivi médical

Comme je le disais, Mme B a été hospitalisée plusieurs fois avant un placement de longue durée.

Les hospitalisations sont les suivantes :

- En mai 2008 : à 64 ans, Mme B est adressée par son médecin généraliste pour « un bilan d'aggravation des troubles du comportement à type d'anxiété ».
- En janvier 2009 : Mme B est hospitalisée pendant 2 jours pour « acutisation de la symptomatologie dépressive avec angoisses et idées suicidaires ».

Lors de cette hospitalisation, le fils de Mme B âgé de 26 ans explique aux soignants qu'il ne va plus habiter chez sa mère. Mme B habitera donc un appartement plus petit et plus confortable, à proximité du lieu de travail de son fils, il pourra ainsi rester présent pour elle.

- En mars 2009 : Mme B a été découverte titubant par l’infirmière lors de son passage matinal. Un médecin a confirmé l’aspect ébrieux et suspecte une prise d’alcool ou un problème iatrogène.
- En mai 2009 : Mme B est hospitalisée 20 jours pour « acutisation du syndrome dépressif et des idées suicidaires ». Une semaine plus tard, Mme B dit ne plus avoir d’idées suicidaires, elle est consciente de sa maladie. Elle souffre de solitude c’est pourquoi elle apprécie d’aller à l’accueil de jour.
- En août 2010 : d’après sa fille, Mme B aurait une inversion jour-nuit, une baisse de moral ainsi qu’une aggravation des troubles cognitifs. Elle ne se souvient pas des prénoms de ses enfants. Le maintien à domicile étant très difficile, une demande de placement en long séjour est faite. Mme B y entrera fin août.
- En mars 2011 : le service dans lequel se trouvait Mme B ferme suite à des travaux dans l’hôpital. Mme B arrive dans le service où elle vit actuellement.

Cinq ans après le diagnostic de la maladie d’Alzheimer, Mme B enchaîne les hospitalisations jusqu’à un placement définitif. La dépression est plusieurs fois mentionnée, c’est ce qui motivera l’indication en psychomotricité.

d. Suivi psychomoteur

En janvier 2011, une indication en psychomotricité en balnéothérapie est faite lors de la synthèse. Depuis quelque temps, Mme B ne mange plus et n’a plus d’élan vital, elle se renferme. Parallèlement à la psychomotricité, une prise en charge en balnéothérapie ludique avec l’animateur est mise en place ainsi qu’un groupe peinture avec une autre psychomotricienne. Les suivis en orthophonie et musicothérapie se poursuivent ainsi que les demi-journées à l’accueil de jour.

Ma maître de stage et sa stagiaire rencontrent Mme B mi-janvier 2011 pour lui proposer la prise en charge individuelle en psychomotricité en balnéothérapie. Mme B est d’accord, la première séance a lieu deux semaines plus tard.

Suite aux observations psychomotrices des deux premières séances (le bilan psychomoteur standardisé n’est pas possible au vu du comportement de Mme B), un travail autour des enveloppes et de la régulation tonique est proposé à Mme B.

Agitation, décharges toniques, mouvements perpétuels et agressivité se retrouvent souvent lors des séances. Contenue par des installations dans l'eau et un cadre sécurisant, Mme B peut se centrer sur une activité et s'investir corporellement. D'elle-même, Mme B poursuit ses explorations en restant sur la passerelle, elle est alors plus en lien. Depuis, la plupart des séances se déroulent sur cette passerelle, l'accompagnement psychomoteur se fait en fonction de l'activité spontanée de Mme B.

Je rencontre Mme B depuis octobre 2011 à raison d'une fois par semaine en séance individuelle d'une vingtaine de minutes.

Le projet de soin a été actualisé. Le suivi de Mme B en psychomotricité en balnéothérapie a pour objectif de l'aider à réguler son tonus en lien avec ses émotions ainsi que de l'accompagner dans ses expériences corporelles spontanées.

3. RENCONTRE AVEC MME B

a. Premières rencontres

Notre toute première rencontre a lieu au bord du bassin, Mme B vient d'être accompagnée pour la douche par une nouvelle aide soignante. Mme B, ma maîtresse de stage et moi sommes debout, assez proches les unes des autres. Ma maîtresse de stage me présente à Mme B. Elle a le visage fixe et ne réagit pas, ce moment me paraît interminable, je trouve Mme B froide. J'ai l'impression qu'elle ne me voit pas, elle ne me fait aucun signe implicite montrant qu'elle m'a remarquée : ni regard, ni acquiescement de tête, ni mimique.

Plusieurs fois, au cours de cette première séance, la sensation de temps interminable, de scène au ralenti se reproduit. Ce que me donne à voir Mme B me sidère. Avant d'aller sur la passerelle, elle est debout au bord du bassin, elle soulève son pied et essaie d'aller toucher l'eau avec celui-ci. J'éprouve subitement une grande crainte : l'attitude corporelle de Mme B ressemble fortement à la préparation d'un saut, va-t-elle sauter dans l'eau ? L'espace d'un instant, tout s'immobilise : j'ai l'impression que mon cœur et ma respiration s'arrêtent mais paradoxalement, je ne bouge ni ne réagis verbalement, je regarde la scène avec un sentiment d'impuissance. Je ne connais pas

encore Mme B mais elle mobilise déjà une foule de ressentis chez moi. Une fois dans l'eau : mêmes sensations lorsque Mme B plonge la tête sous l'eau, la ressort pour reprendre sa respiration, s'immerge de nouveau... Quand Mme B remonte à la surface, l'eau coule sur son visage, dégouline du nez, de la bouche si bien qu'en inspirant, elle pénètre dans le nez de Mme B. Quand va-t-elle s'arrêter ? Va-t-elle recommencer jusqu'à l'épuisement, jusqu'à se sentir mal ? Je ne comprends pas et de nouveau j'observe impuissante et figée. Mme B cherche-t-elle sa limite ? En tout cas, elle est en train d'aller au-delà de ma limite à la voir prendre des risques et je ne sais lui signifier. Il semble y avoir un important décalage entre sa limite et la mienne.

Durant les premières séances, je suis mise de côté par Mme B : lorsque je me trouve derrière elle, elle met ses bras en travers de la passerelle et est en lien avec ma maître de stage. J'ai le sentiment d'être en trop, de ne pas avoir de place dans l'espace créé par ma maître de stage et Mme B. Au fil des séances, je me rends compte que Mme B esquive souvent les situations où nous sommes à trois, préférant les relations duelles.

Dans l'eau, Mme B me percute en nageant, me retient entre ses jambes, m'envoie le ballon avec une force démesurée, me colle puis me met à distance, est-ce une forme d'attaque ? Je me sens aussi objéifiée par Mme B : elle me manipule comme un objet sans se soucier de ce que je peux ressentir.

Mme B me déstabilise, entre sidération et attaque, je me demande ce qui se joue entre elle et moi, son mode relationnel m'interpelle. Cependant, Mme B avait-elle vraiment compris qui j'étais et ce que je venais faire dans l'eau avec elle si soudainement ? S'est-elle alors sentie intrusée par ma présence, attaquée elle aussi ? Mme B aurait-elle manifesté par l'intermédiaire de son tonus cette intrusion, cette incompréhension, et par conséquent son débordement émotionnel ? Nous étions probablement toutes les deux dans l'incompréhension, ce que nos attitudes corporelles semblent avoir traduit.

Rapidement, ces impressions se sont dissipées. Mme B faisant de plus en plus attention à moi, je l'ai trouvée plus adaptée dans la relation. J'étais plus sereine face à ses expérimentations inattendues et surprenantes. J'ai progressivement pris place dans l'espace de soin, dans la « bulle » qui se crée à chacune de nos rencontres.

b. Observation psychomotrice lors des premières séances de balnéothérapie

Une fois la sidération dépassée, des éléments m'interpellent en ce qui concerne les fonctions psychomotrices de Mme B dans l'eau. Je ne retrouve pas les signes que nous avons évoqués en cours théorique à propos de la maladie d'Alzheimer. Je porte alors davantage attention aux courts moments qui précèdent l'arrivée de Mme B sur la passerelle. Mon observation psychomotrice relate donc ce que je vois de Mme B sur terre et dans l'eau.

❖ Equilibre

A 67 ans, Mme B garde un bon équilibre statique et dynamique. Elle se tient droite, l'automatisme de la marche est conservée, ses déplacements sont assurés. Mme B arrive à sa séance en marchant, accompagnée du brancardier. Pour des questions de sécurité (le sol peut être glissant), Mme B doit s'asseoir dans le fauteuil roulant à l'entrée de la balnéothérapie. L'aide-soignante l'accompagne jusqu'à la passerelle où ma maître de stage et moi l'attendons. Parfois, Mme B prend l'initiative de se lever et de nous rejoindre en marchant. Sa marche est souple et harmonieuse, Mme B chantonne, elle donne l'impression de se promener. Elle me semble légère, son tonus est adapté à la situation.

Dans l'eau, Mme B prend peu appui sur ses pieds, elle nage ou se tient aux barres de la passerelle avec les bras pour se déplacer. Son corps, à la surface de l'eau est alors emmené par la traction des bras. Mme B se rééquilibre avec un appui podal si nécessaire. Elle maîtrise ce qu'elle entreprend et se fait rarement surprendre par la flottaison. Il arrive à Mme B de « jouer » avec l'équilibre : elle se met elle-même en déséquilibre. Ses mouvements sont alors réalisés avec lenteur et finement contrôlés ne mettant pas en péril son équilibre. Ceci se rapproche de l'idée d'une recherche de limites que je développerai par la suite.

❖ Coordinations

Au niveau des coordinations, les mouvements fins ne sont pas fluides. A son arrivée en balnéothérapie, Mme B enlève, enfile et retire de nouveau ses chaussettes

spontanément. Le pied et les mains ne s'accordent pas suffisamment bien pour permettre un enfilage efficace. Est-ce une perturbation tonique qui est à l'origine de ce manque d'ajustement ?

Dans l'eau, Mme B sollicite beaucoup les coordinations entre ses différents membres. Elle coordonne ses mains et ses bras pour se déplacer le long de la passerelle. Lors de ses expérimentations motrices spontanées (jeux de résistance, empoigner nos jambes avec les siennes), Mme B fait preuve d'une coordination précise : les mouvements sont fins et toujours bien visés. La motricité fine qu'on évoque souvent à propos des doigts se retrouve au niveau des jambes et pieds chez Mme B. L'harmonie et la justesse des mouvements montrent des repères corporels bien intégrés, cependant, la plupart des mouvements réalisés par Mme B ne sont pas des praxies habituelles. En ce qui concerne les coordinations plus courantes, lorsque nous proposons à Mme B de prendre place sur le fauteuil immergé, elle acquiesce mais tourne un peu en rond comme si elle ne savait pas comment s'y prendre. Est-ce la déformation visuelle du fauteuil immergé qui empêche Mme B de s'y asseoir ? Est-ce la production motrice ou encore une difficulté à se représenter mentalement l'action ? Mme B a-t-elle effectivement compris ce que nous lui avons demandé ?

Nous utilisons peu de matériel avec Mme B, les quelques fois où ce fut le cas, elle eut des gestes assez raides et brusques, ceci rejoint l'idée de perturbation du fond tonique.

Mme B garde un bon contrôle moteur en ce qui concerne ses mouvements spontanés, il est plus compliqué pour elle de réaliser un geste sur consigne orale ou une praxie habituelle. La motricité faciale s'amenuise aussi, Mme B ne parvient pas à rassembler ses lèvres pour souffler sur l'eau, elle a souvent la même expression sur le visage sauf quand elle fronce les sourcils.

❖ **Tonus**

L'idée d'éventuelles perturbations du fond tonique chez Mme B se complète de diverses observations : impulsivité lors de l'utilisation d'un ballon, excès de rapidité ou alors arrêt du geste, agitation frénétique des mains et doigts comme s'il y avait de l'électricité dans ses mains, des décharges toniques dans les doigts. Est-ce le reflet d'un

excès de tension, d'une agitation interne qui diffuserait dans les segments corporels ? Le tonus est un élément important que je développerai davantage dans les extraits de séance.

❖ **Schéma corporel**

Sur le point du schéma corporel, l'investissement corporel de Mme B est bien différent dans chacun des deux milieux. Pendant les quelques minutes précédant l'heure de sa séance, Mme B ne sait pas attendre. Elle gesticule, se lève, s'assied, se lève de nouveau, commence à se déshabiller mais finalement se rhabille. Cette désorganisation corporelle traduit-elle un arrêt de sa pensée ? Mme B lutte-t-elle contre l'absence de représentation ? Cherche-t-elle à maintenir son unité psychomotrice en s'agitant ?

Une fois *dans l'eau*, Mme B investit tout autrement son corps, elle le contrôle mieux : elle se déplace sans gesticuler, l'agitation se dissipe, ses mouvements sont emprunts de précision et de maîtrise. Les nouvelles sensations kinesthésiques procurées par l'eau, l'effet d'enveloppement du corps aident-ils Mme B à habiter son corps ? Son corps est-il le gardien de sa mémoire ?

❖ **Image du corps**

Plusieurs fois, Mme B nous a adressé en séance des remarques verbales à propos de la minceur et de la beauté, évoquant l'image du corps. Fin 2010, les éléments du dossier médical insistent sur la perte de poids (5kg en 1 mois) et l'état dépressif de Mme B qui affirme ne plus savoir cuisiner et faire au plus vite des aliments sans saveur. A ce moment, Mme B a des idées suicidaires, elle se plaint de ne plus avoir le moral. Le dossier indique : « *la maladie paraît évoluer rapidement, Mme B oublie à mesure, n'a plus d'élan vital, ni d'intérêt. Elle a peu de vie de relation car elle reste debout dans sa chambre, elle erre comme une âme en peine* ». Comment Mme B a-t-elle vécu les changements morphologiques ainsi que les pertes provoquées par la maladie ? La dépression est-elle la réponse à la psychée qui s'égare ? Un traitement médicamenteux a dû être mis en place pour lutter contre l'anorexie et l'état dépressif. Peu à peu, Mme B a repris du poids, elle a maintenant une corpulence adaptée.

❖ Temps

Peu d'éléments permettent de percevoir comment Mme B se repère dans le temps. A-t-elle conservé la notion d'un temps cyclique qui revient chaque jour ? Se plie-t-elle spontanément aux heures qui lui sont imposées dans son service ?

Des éléments surprenants me donnent des pistes : Mme B s'est habillée en short fin octobre, une autre fois, elle était en anorak dans le service juste après le petit déjeuner. Mme B a-t-elle conscience des saisons, de la température ? Sort-elle parfois du service ? S'enveloppe-t-elle pour se sentir bien ?

Au niveau du temps historique, Mme B semble bien se repérer dans sa famille ou en tout cas savoir qui sont les personnes qui l'entourent. Elle paraît avoir conservé la conscience d'être inscrite dans une filiation. Par contre, elle nous dit souvent qu'elle a eu une petite fille comme si la naissance était récente, sa petite fille a en réalité trois ans.

❖ Espace

Quant à la notion d'espace, Mme B sait qu'elle se trouve à l'hôpital. En séance de psychomotricité, je remarque qu'elle investit peu l'espace visuellement. Il lui est arrivé de ne pas nous voir lors de son arrivée à la balnéothérapie alors que nous nous situions à environ deux mètres d'elle. Par contre, dès que son regard se porte plus loin, l'espace s'ouvre et Mme B est attirée par cet espace : elle marche et occupe ainsi tout l'espace disponible, tout le vide.

Dans *l'eau*, plusieurs espaces sont naturellement délimités notamment celui de la passerelle. Mme B l'investit beaucoup : elle s'y déplace de différente façon, s'y installe... C'est d'ailleurs elle qui s'y est cantonnée depuis plusieurs mois. Mme B manifeste parfois son envie d'aller dans le grand bassin en essayant de passer sous une barre de la passerelle. Ma maître de stage lui montre qu'il est plus aisé de passer au-dessus de la barre et Mme B parvient à y aller, souvent pour nager.

❖ Communication Verbale

En ce qui concerne la communication verbale, Mme B parle peu et sa voix est très basse. Quand elle s'exprime à l'oral, elle doit chercher ses mots, elle nous livre souvent des bribes à demi-mot en marmonnant, ce qui rend son discours « haché » et confus. Elle utilise des phrases très courtes voire des mots seuls : « *c'était pas prévu* », « *restez-là* », « *et alors ?* », elle répond « parfaite » quand nous lui demandons comment elle va.

Seuls le réel et la logique incombent encore pour Mme B. Par exemple, elle dit qu'il y a des trous dans le toit de la cabane que ma maître de stage vient de construire avec des tapis flottants à trous. Elle sous-entend que ce n'est pas une vraie cabane. D'ailleurs, quand nous faisons appel à l'imaginaire, Mme B semble ne pas comprendre : elle ne répond pas et ramène des éléments du réel.

Parfois, Mme B cherche coûte que coûte à se faire comprendre : elle répète plusieurs fois quelque chose qui semble l'affecter. Lors d'une séance, en utilisant des mots différents à chaque fois, elle nous a expliqué qu'elle était en colère suite à une dispute dans le service. Par contre, lorsque Mme B chante, les pertes qu'elle manifeste dans son discours se retrouvent moins. La continuité de la chanson et la mémoire de la mélodie lui évitent certainement d'avoir à trop penser pour s'exprimer.

Certaines situations montrent clairement que la continuité de penser de Mme B est mise en péril, comme s'il y avait par moments des instants de vide dans sa pensée. Mme B est parfois perdue, comme déconnectée : elle ne répond pas, n'agit pas, elle regarde autour d'elle, bégaie un ou deux mots incompréhensibles. Différentes situations concrètes éclairent mon propos. Lorsque plusieurs personnes se trouvent autour de Mme B (le brancardier, l'aide soignante, ma maître de stage et moi), il semble y avoir trop d'informations à prendre en compte, Mme B est absente, elle ne répond pas, ne sait pas qui lui a parlé... Quand trop de consignes verbales lui sont données, Mme B ne saisit pas : ma maître de stage lui demande de poser ses lunettes sur le rebord à côté d'elle, Mme B cherche, répète le mot « à côté » et ne parvient pas à se sortir de cette situation sans aide. Dans les moments d'attente, comme je le disais plus haut, Mme B s'agite. L'attente la soumet-elle trop fortement au vide que sa pensée lui fait vivre ? Autre exemple : Mme B

s'est une fois fait mal et s'est excusée à ma maître de stage. Cela vient-il traduire une confusion entre elle et l'autre ou une mauvaise perception de ce qui s'est passé ?

Cette observation psychomotrice m'a permis de mettre un peu d'ordre par rapport au contenu des séances. J'ai souvent l'impression après celles-ci d'avoir une montagne à gravir pour décortiquer tout ce qui s'y est passé. Cette observation me permet également de constater qu'une fois dans l'eau, en lien avec notre accompagnement psychomoteur, Mme B habite son corps et se rassemble. Certains comportements indiquent aussi que Mme B subit des pertes corporelles. Les soignants présents au quotidien avec Mme B m'ont permis d'appréhender leur regard sur Mme B, de compléter mes observations, d'avoir une représentation plus globale de Mme B.

c. Recueil d'informations auprès du référent de Mme B, d'une Aide Médico-Psychologique (AMP) et lors de la synthèse de Mme B

Lors de l'entrée de Mme B dans le service fermé de long séjour en mai 2011, un document fait le point sur l'avancée de sa maladie d'Alzheimer.

Mme B manifeste de la tristesse masquée par une hyperactivité, elle est irritable. Des troubles du comportement accompagnés d'une anxiété majeure sont présents et la désorientation temporelle est importante.

Mme B supporte mal les pertes liées à la maladie et le fait que les soignants l'y confrontent en proposant de l'aide lors des soins.

Huit mois après, en janvier-février 2012, les soignantes me livrent des informations plus précises et plus concrètes. Elles me font part chacune de leur vécu subjectif par rapport à la prise en charge de Mme B dans le service : l'une d'entre elle me répond : « *compliqué* » quand je lui annonce que je souhaiterais parler de Mme B, l'autre soignante me dit combien elle trouve intéressant mon choix clinique. Selon elle, il y a de quoi réfléchir ! Le discours de chacune est teinté de ces premières réactions.

Toutes les deux commencent par la même idée : « *Mme B, il faut la canaliser, la recadrer* ». C'est d'ailleurs ce qui motivera la synthèse de Mme B en mars 2012, elle est selon l'équipe de plus en plus désorganisée. Face à l'éparpillement de Mme B, le recadrage

s'impose. Mme B déambule, a des gestes désorganisés et brusques, sème ses photos dans le service, prend les affaires des autres résidents et les dépose dans la salle commune ou dans d'autres chambres. Mme B n'est pas concentrée sur ce qu'elle fait, d'où la nécessité de la ramener sur sa tâche.

Parallèlement, les soignantes remarquent que Mme B s'isole de plus en plus dans sa chambre. Elle déchire des mots dans les magazines, regarde et trie ses centaines de photos. Quand Mme B sort de sa chambre, elle les emmène et les montre aux personnes qu'elle croise. Elle n'est plus capable d'expliquer qui figure sur les photos, elle demande aux soignantes de lui rappeler les prénoms.

Est évoquée l'agressivité de Mme B qui survient quand on la contredit face à ses croyances : Mme B affirme parfois que son père est là (il est décédé depuis 30 ans) ; elle se croit à l'hôpital en tant que soignante ; elle fait la bise à des personnes qu'elle ne connaît pas lorsqu'elle sort du service avec l'AMP. Ramener Mme B à la réalité provoque une grande opposition de sa part. Son agressivité se manifeste rarement contre quelqu'un, Mme B prend l'objet qui lui passe sous la main et avec de grands gestes, le jette au sol ou contre un mur. Elle ne va pas toujours jusque là, son geste est souvent arrêté par la personne qui se trouve avec elle.

L'AMP relie aussi cette agressivité au stress, à l'énervement de Mme B mais elle ne sait pas vraiment quel est l'élément déclencheur et s'il y en a un. Cet état de stress se lit sur le visage de Mme B dès le matin et cela semble conditionner la journée à venir : « *on sait si ça se passera bien ou pas* ». Une journée qui se passe mal est une journée durant laquelle Mme B n'accepte pas ce qui lui est dit et demandé, elle s'oppose, et affirme qu'elle est enfermée. Selon son référent, Mme B est énervée lorsqu'elle se rend compte de ses difficultés.

En ce qui concerne la prise de conscience de la maladie, Mme B a eu d'importants moments dépressifs l'été dernier avec des idées suicidaires. Mme B est parfois lucide sur ses pertes, elle se rend compte de ses incohérences au moment où quelqu'un lui vient en aide (il lui arrive de mettre deux chaussures différentes, de mettre une seule chaussette...), elle prend conscience qu'elle ne parvient plus à s'exprimer verbalement. Mme B affirme alors qu'elle est idiote, qu'elle fait des bêtises, il lui arrive de pleurer, elle se dit « *triste et pas bien* », elle affirme que « *ça ne peut pas continuer comme ça* ». Un jour sur deux, elle refuse d'avalier ses médicaments. Si, au détour d'une conversation, Mme B entend le mot « Alzheimer », elle réplique systématiquement « *ça c'est moi* ».

Au niveau de l'autonomie, Mme B est accompagnée pour sa toilette : ne sachant plus savonner le gant de toilette, c'est la soignante qui réalise cette action, elle laisse ensuite Mme B se laver. Le rinçage est difficile, les gestes désorganisés de Mme B font qu'elle dirige le pommeau de douche davantage sur les murs de la salle de bain que sur elle. Les soignantes laissent Mme B choisir ses vêtements mais cela ne semble plus être au cœur de ses préoccupations : elle ne sait pas quels habits choisir, elle superpose 4-5 couches de vêtements, il lui arrive d'enfiler un tee-shirt autour du bassin. Pour les repas, Mme B reste devant son plateau sans manger, elle regarde ses couverts et semble ne plus savoir les utiliser. Elle peut se tromper de couvert, par exemple, vouloir manger sa soupe avec une fourchette. Cela est fluctuant, Mme B peut parfois manger tout à fait normalement, il faut juste lui rappeler fréquemment de manger. Ceci est d'ailleurs récurrent : il faut répéter sans cesse les choses à Mme B puisqu'elle est souvent distraite et happée par ce qui se passe à l'extérieur. Il faut par exemple lui répéter d'aller à la salle de bain. Elle finit par y aller, elle enlève alors son tee-shirt mais le remet juste après puis ressort de la salle de bain et y entre de nouveau quand quelqu'un lui rappelle. Attirée par les bruits et mouvements autour d'elle, Mme B suit souvent les personnes qui passent devant elle, oubliant ce qu'elle était en train de faire.

Même si Mme B s'isole, les soignantes affirment qu'elle reste en lien avec les autres. Elle prend soin d'une dame qui reste en fauteuil toute la journée, elle lui caresse le visage avec tendresse, lui fait un bisou. Selon l'AMP, c'est une des rares fois où Mme B est douce. Lorsqu'elle cherche à aider d'autres résidents par exemple pour marcher, elle ne s'adapte pas à leur rythme et les force à avancer plus vite. Elle est donc souvent repoussée par ceux-ci.

L'observation des résidents est une autre manière d'être en lien pour Mme B, elle relate aux soignants les « bêtises » des autres : « *elle a renversé le lait* ». Mme B reste sensible à ceux qui l'entourent et notamment à leur état affectif, elle remarque à propos d'un monsieur : « *il pleure* ».

Quand elle n'est pas dans sa chambre ou dans la salle commune à tenter d'aider les autres, Mme B déambule, ses photos à la main. Les deux soignantes relient cela à l'ennui de Mme B, elles la sentent perdue dans ces moments-là. Mme B ne peut plus prendre l'initiative de s'occuper et quand elle a l'occasion de participer à une activité, elle est

présente physiquement mais souvent absente psychologiquement : elle reste pensive et ne fait pas ce qui lui est proposé.

En les questionnant sur le repérage temporel, les soignantes remarquent que Mme B n'a plus de repères stables. Par exemple, en amenant vers 16h le goûter à Mme B, une soignante l'a découverte dans le noir : Mme B avait déjà fermé les volets. Pour les repas, Mme B ne vient pas spontanément dans la salle commune, les soignants doivent aller la chercher.

Pour terminer, un point positif émerge du discours de chaque soignante : « *la seule chose que Mme B aime, c'est la balnéothérapie* ». Elle leur en parle d'ailleurs souvent en disant : « *vous savez que j'aime l'eau* ». Après la balnéothérapie, Mme B est tranquille, apaisée, différente. Je me suis rendue compte que les séances de balnéothérapie lui tiennent à cœur lorsqu'une fois, je lui ai annoncé que nous n'aurions pas notre séance le jour même suite à un dysfonctionnement dans le bassin. Mme B avait les larmes aux yeux, elle m'a répondu d'une voix basse « *ce n'est pas grave* », mais j'ai senti à quel point cela l'affectait.

L'ensemble de ces éléments viennent confirmer que dans l'eau, en psychomotricité, Mme B est différente. Autrement, les pertes provoquées par la maladie d'Alzheimer la privent peu à peu de son *être au monde*.

Les extraits de séance qui suivent présentent Mme B sous un autre angle : ils relatent la façon dont Mme B se sert de son corps et de la mémoire de celui-ci pour montrer que son appareil psychique en déroute est encore présent.

4. EXTRAITS DE SEANCE

a. La régulation tonique

Comme le mentionne l'observation psychomotrice de Mme B, hors du bassin, son tonus et sa régulation tonico-émotionnelle interpellent. Dans l'eau, le tonus devient véritablement notre mode d'échange privilégié.

Mme B initie fréquemment des jeux de pousser-résister avec les pieds : elle vient trouver nos pieds avec les siens et commence à les pousser. Le duo est allongé sur l'eau en face à face, pieds contre pieds. Nous nous tenons aux barres de la passerelle et résistons. De forts recrutements toniques s'exercent mettant nos corps en tension, ils se relâchent quand le jeu prend fin, souvent quand Mme B le décide. Mme B essaie-t-elle d'aller au maximum, jusqu'à la limite du possible ? Une fois, en cherchant sa limite, elle a dépassé la mienne : elle a déployé tant de force que j'ai basculé en arrière et bu la tasse !

Cette hypertonicité peut se retrouver quand Mme B prend une grande inspiration et met la tête sous l'eau en bloquant sa respiration. Le blocage de la respiration peut induire une augmentation du tonus de certains muscles. A l'inverse, Mme B peut prendre cette grande inspiration et souffler dans l'eau ce qui lui procure un état de détente. L'eau chaude en elle-même provoque également la détente musculaire.

Tension et détente alternent à de nombreuses reprises au cours des séances, faisant penser à ce que vit le bébé dans ses premiers temps de vie : un état de détente quand il est rassasié et un état de tension quand il a faim. Il se sent ainsi exister continuellement. Face aux pertes mnésiques et cognitives, Mme B rechercherait-elle un sentiment continu d'exister à travers cette alternance tension-détente ?

Cette alternance se retrouve en moi : tension quand Mme B m'amène à résister ou encore quand je suis très vigilante à ce qu'elle fait ; détente quand j'observe Mme B tout en me laissant flotter dans l'eau, ou quand Mme B ressort la tête de l'eau après y être restée longtemps, elle met alors fin au suspens ressenti.

Depuis Janvier, il arrive que Mme B se présente à nous de telle sorte qu'elle nous amène à la porter dans l'eau. Ce portage a souvent été inconfortable, Mme B remue sans cesse ses jambes et ses bras, fait des mouvements d'extension, l'adaptation tonique de l'ensemble du corps est impossible à ce moment-là. La situation est-elle insupportable

émotionnellement pour Mme B ? Est-ce cela qui se traduit dans son tonus ? Vient-elle exprimer la même chose quand nous inversons les rôles habituels c'est-à-dire quand j'essaie d'attraper ses jambes avec les miennes ou avec mes mains ? A ce moment-là, Mme B ne me laisse pas faire, elle retourne la situation à son avantage : elle remue dans tous les sens, effectue des torsions ce qui me fait vriller, je suis au final de nouveau manipulée par Mme B même si c'est moi qui retient ses jambes. Ces retournements de situation à répétition m'irritent, Mme B me maîtrise en grande partie. M'étant laissée maîtrisée pendant plusieurs séances auparavant, j'avais certainement besoin de reprendre un peu de contrôle. Cependant, je me suis rendue compte que se laisser porter ou manipuler par l'autre n'était pas supportable pour Mme B.

De façon inattendue, la détente fut possible lors d'une séance où Mme B s'était allongée en travers de la passerelle immergée. Sa tête prenait appui sur une barre et ses genoux sur l'autre barre. A ma grande surprise, Mme B s'est véritablement endormie dans cette position. A-t-elle voulu imiter ma maître de stage qui venait de faire semblant de dormir ? En tout cas, durant 15 minutes Mme B m'a stupéfaite, c'était si incroyable de la voir détendue au point de s'endormir dans l'eau ! Mme B m'a aussi renvoyé des images morbides ce jour-là, j'avais besoin d'imprimer sur elle de petits mouvements de balancements et de scruter par moment son torse pour m'assurer qu'elle respirait bien. Soutenant Mme B dans le dos avec mes mains, je changeais de posture très fréquemment. Que se joue-t-il à ce moment là ? Les places s'inversent-elles naturellement ? D'habitude, lorsque Mme B remue, je me laisse faire, je ne la suis pas dans son hyperactivité. Ce jour-là, face à l'inactivité de Mme B, c'est moi qui ne tiens pas en place !

Mme B nous emmène véritablement dans le dialogue tonico-émotionnel : mes attitudes et actions sont fonction de ce que je ressens de la teneur émotionnelle, de ce que Mme B me fait vivre et me renvoie.

b. Les sensations

Mme B, en balnéothérapie redécouvre son corps, les possibilités de celui-ci et les sensations procurées.

Elle nage souvent le long de la passerelle ou dans le bassin, la tête sous l'eau et les yeux ouverts, elle attend de sentir un bord ou une barre de la passerelle pour s'arrêter. Mme B est alors centrée sur les ressentis de ses mouvements dans l'eau et de son axe corporel. En effet, sa respiration est bloquée, le corps fend l'eau, les muscles du tronc se durcissent pour permettre les mouvements des quatre membres... L'ensemble de ces éprouvés renforce la conscience de l'axe et du volume du corps. Il en va de même lorsque Mme B rencontre le dur du bord ou quand elle reste en apnée sous l'eau après avoir pris une grande inspiration. Cherche-t-elle aussi à ressentir quelque chose de dur qui arrête, les limites de son corps ?

Mme B chantonne souvent, ressent-elle des vibrations dans son corps ? Ceci se retrouve quand Mme B pose son oreille contre la barre de la passerelle sur laquelle ma maître de stage tape en rythme. En nageant, en chantant... Mme B trouverait-elle ou retrouverait-elle des sensations corporelles qui lui assureraient un sentiment d'existence ? Chercherait-elle à s'inscrire dans quelque chose de continu là où les représentations mentales et la pensée sont peut-être de moins en moins continues ?

D'autres expérimentations motrices spontanées sont fréquentes : Mme B pédale dans l'eau, ressent-elle ses jambes plus intensément grâce aux contractions musculaires et aux stimulations de l'eau sur la peau ? Mme B essaye souvent de passer sous la barre de la passerelle, cette tentative est longtemps restée vaine mais Mme B a fini par réussir en trouvant elle-même la stratégie. A plusieurs reprises, Mme B tente de passer sous moi alors que je suis en travers de la passerelle. Ceci est quasiment impossible à moins de nager sous l'eau, voilà pourquoi Mme B me « percute », autrement dit son corps entre en contact avec le mien, cherche-t-elle une limite ? Ou bien est-ce un besoin de proximité corporelle ? Mme B provoque les situations de corps à corps lors de nos premières rencontres. L'intimité a-t-elle encore une signification pour elle ? Je me suis retrouvée de nombreuses fois collée à son corps, serrée fermement entre ses jambes et emmenée ainsi à l'autre bout de la passerelle ne pouvant presque rien y faire. Ces situations embarrassantes se sont peu à peu estompées, Mme B continuait ses expérimentations sans forcément attraper notre

bassin ou nos jambes avec les siennes. De nombreux mouvements de torsion sont apparus lorsqu'elle nous tenait les jambes : se tenant aux barres de la passerelle, Mme B réalise des torsions du bassin ce qui emmène ses jambes dans le mouvement et les nôtres aussi. Parfois, seule, elle danse dans l'eau en réalisant des torsions du buste. Plus tard, quand Mme B commence à se laisser porter par nous, les torsions sont très présentes tant qu'elle n'est pas maintenue au niveau de la tête et du bassin. Ce mouvement lui fait-il éprouver l'axe corporel d'une autre façon que le « sous l'eau » ? Lui permet-il de ressentir ses limites corporelles, sa peau grâce au massage de l'eau ?

Par ailleurs, Mme B « joue » avec ses pieds : elle les remue en les écartant et les rassemblant plusieurs fois de suite, elle fait parfois de même avec les jambes, elle tapote le sol mouillé avec les pieds, elle cherche à mettre son pied dans le trou de la piscine, dans les trous d'un ballon... Autre expérience, initiée par ma maître de stage et dont Mme B se saisit : souffler dans l'eau. Cela mobilise fortement la respiration, il faut prendre une grande inspiration avant de souffler et pendant l'action, la cage thoracique se vide progressivement en lien avec le jeu tonique de détente puis de tension. Mme B reprend spontanément cela de temps en temps.

Nous voyons donc bien que Mme B s'entoure de sensations, celles de son corps agissant, celles provoquées par le blocage de la respiration... C'est certainement ce qui la fait se sentir vivante. Dans l'eau, Mme B investit beaucoup son corps, sa mémoire du corps semble intacte.

c. Les enveloppes

L'eau par elle-même procure un sentiment d'enveloppe du corps. Toute la surface corporelle, toute la peau est touchée par l'eau. La notion d'enveloppe revient à de nombreuses reprises au cours des séances avec Mme B, tant au niveau purement matériel que relationnel.

Nous restons souvent sur la passerelle avec Mme B, nous sommes bien entourées par les barres de celle-ci, par les rebords du bassin et par l'eau qui enveloppe parfaitement notre corps surtout quand nous sommes totalement immergées. L'enveloppement du corps est doublé d'une enveloppe auditive : les bruits du dehors sont insonorisés, nous ressentons

la densité, le volume de notre corps. Mme B paraît rassemblée dans l'eau. En effet, elle se laisse aller à des expérimentations spontanées avec son corps, ses mouvements incessants des mains et doigts sont absents, ses difficultés d'orientation dans l'espace disparaissent. A l'extérieur du bassin, ses pertes corporelles et cognitives sont bien plus flagrantes. Les deux premières séances, j'ai oublié le fait que Mme B était démente : dans l'eau je n'en voyais pas les signes. Le holding offert par l'eau et par notre accompagnement psychomoteur permet-il à Mme B de se sentir rassemblée ?

Il y aurait aussi plusieurs niveaux d'enveloppe : l'eau tout près du corps, la passerelle à quelques centimètres du corps, les bords du bassin à quelques mètres. Ce cadre permet-il à Mme B de retrouver une sécurité en elle, une contenance ? Et donc une liberté de mouvements ?

Cette idée d'enveloppe se retrouve quand Mme B sort de la passerelle pour aller dans le bassin et que nous utilisons un peu de matériel. Entourée par la frite qu'elle m'a amenée à mettre autour de son dos, Mme B est détendue, elle se laisse faire quand j'imprime de petits balancements. Un ajustement entre elle et moi est enfin possible. Installée dans une grande frite, Mme B flotte et là aussi elle me paraît détendue. Elle reste ainsi jusqu'à la fin de la séance : la passerelle sortie de l'eau, Mme B s'y retrouve allongée avec la frite autour de sa tête et de son tronc. Cet enveloppement explicite est doublé d'un enveloppement implicite provoqué par la sensation forte de poids, d'écrasement, de pression que l'on ressent quand le corps sort de l'eau allongé sur la passerelle. A ce moment là, la présence de notre regard en réponse à celui de Mme B est intense. Mme B nous accroche de plus en plus par l'intermédiaire des yeux, Mme B cherche-t-elle la profondeur de notre regard ? Ou alors se sent-elle ainsi contenue ? Je ressens un décalage, ces moments me déstabilisent un peu, Mme B n'est plus un bébé et pourtant nous nous retrouvons dans une situation similaire à ce que vivent les parents d'un nourrisson.

Quelques séances plus tard, l'enveloppement prend la forme d'un réel portage physique : Mme B cherche sa posture, elle semble vouloir s'allonger sur l'eau, je m'approche d'elle et l'amène à poser sa tête sur mon épaule. Mme B entoure mon cou de ses bras, une frite sous ses genoux lui permet de flotter seulement Mme B cherche un moyen de la retirer en remuant, ce qu'elle parvient à faire. Ma maître de stage vient l'entourer de ses bras au niveau du bassin. Mme B est à la fois enroulée sur elle-même et

enveloppée, contenue par nos corps. Elle ferme les yeux et se laisse porter un long moment.

Ainsi, la relation sécurisante de confiance établie avec Mme B nous a permis peu à peu de trouver-crée une enveloppe contenant pour Mme B.

d. La distance relationnelle

Etre dans l'eau induit nécessairement un rapproché corporel avec les patients : nous les soutenons, portons... Avec Mme B, la distance relationnelle est assez paradoxale, parfois déroutante. Mme B peut être dans un corps à corps ou au contraire esquiver certains rapprochés.

La distance intime me paraît abolie chez Mme B. En effet, lorsqu'elle m'attrape entre ses jambes et m'immobilise, bien souvent elle me « promène » le long de la passerelle. Je suis parfois gênée lorsque des zones corporelles intimes entrent en contact, j'essaie alors de m'ajuster pour être moins collée à Mme B et peut-être pour ne plus avoir la sensation de fusionner avec elle. S'agit-il de ce qu'elle recherche ? En tout cas, quand Mme B est si proche, j'ai l'impression que nous ne formons plus qu'une unité. Mon ressenti est-il le reflet de l'effacement de la frontière dedans-dehors chez Mme B ? Ou est-ce là une projection de ma part ?

A l'opposé, Mme B peut s'effacer quand nous sommes toutes les trois proches les unes des autres. Lorsque Mme B est en interaction avec ma maître de stage ou moi, si la personne qui observe à distance se rapproche pour poursuivre le jeu à 3, Mme B passe à autre chose. Par exemple, ma maître de stage arrive vers Mme B et moi après notre jeu de repousser en disant : « nous voilà trois ». Mme B répond : « c'était pas prévu » et s'échappe. Même chose quand je m'approche d'elles alors qu'elles soufflent sous l'eau. La situation à 3 semble être difficile pour Mme B à la différence de la relation duelle qu'elle provoque souvent en nous attrapant par surprise.

Nous avons pu jouer sur cette distance lors de quelques séances où Mme B se déplaçait entre ma maître de stage et moi et vice-versa. Nous étions chacune à un bout de la passerelle, Mme B s'éloignait de l'une et se rapprochait de l'autre durant une bonne

partie de la séance. Ma maître de stage et moi verbalisons alors le fait de s'éloigner et de se rapprocher, d'être seule ou ensemble... D'autres fois, les choses se sont inversées : ma maître de stage et moi étions ensemble en train d'observer Mme B qui en quelque sorte jouait seule en présence de nous deux. Mme B remue, bouge, souffle dans l'eau, nous regarde de temps à autre. Nous verbalisons ce que nous voyons d'elle, nous répondons aux sons qu'elle émet sous l'eau.

Après cette période de maîtrise de la distance par Mme B, de longs moments en relation à trois se sont créés lors des fins de séance. La distance est maintenant mise en jeu d'une autre façon, c'est nous qui venons nous coller à Mme B dans les portages que j'évoquais dans la partie précédente. Elle se laisse toucher par nous seulement si nous avons une prise suffisamment ferme, ces corps à corps sont parfois tout aussi déroutants. Ce n'est plus tant la question de l'intimité qui m'embarrasse mais le côté très régressif des portages que j'aborde dans la partie suivante.

Mme B m'a fait vivre des éprouvés contraires en jouant sur la distance qui nous séparait. Nous pouvions être proches ou être loin de deux façons :

- Dans le corps à corps gênant provoqué par Mme B, je pouvais avoir un sentiment d'intrusion alors que dans le corps à corps du portage, je me sentais à la bonne distance.
- Quand Mme B privilégiait la relation duelle, je pouvais me sentir loin et seule alors que quand nous observions de loin Mme B jouer seule, je me sentais à la bonne distance.

e. Les expériences régressives

Lors de certaines séances, Mme B nous emmène dans des situations régressives dans le sens où nous jouons les rôles de « maman-bébé ».

Dans les premiers temps, ce côté régressif se manifeste de manière assez brute. La sidération provoquée par l'intensité du décalage m'empêche certainement de verbaliser ce que je vois de Mme B. En la regardant évoluer dans le bassin, beaucoup d'images enfantines me viennent à l'esprit. La manière dont Mme B bouge et expérimente me fait

penser aux mouvements d'un bébé dans l'eau ; ses jeux de tapotement et de rassemblement des pieds m'évoquent le tout petit qui découvre ses pieds ; lorsque Mme B souffle dans l'eau, les bruitages s'apparentent à ceux qu'un bébé pourrait faire ; les chants que Mme B entonne sont en fait des comptines qu'une maman chante à son bébé : « Maman les p'tits bateaux » ou « alouette » ; les portages sont différents de ceux que nous proposons aux autres patients, Mme B nous amène à la porter comme un bébé. J'ai souvent le sentiment d'être à la place du parent qui regarde son enfant découvrir son corps, qui joue à reprendre et transformer les bruitages, qui le porte pour l'apaiser...

Progressivement, ces situations se sont transposées dans le jeu imaginaire : nous jouons à être la maman ou le bébé, nous faisons semblant, ce qui est plus confortable pour moi. Lors d'un jeu où ma maître de stage souffle sous les pieds de Mme B, celle-ci dit « *je serais un bébé* » ce qui permet à ma maître de stage de formuler à Mme B qu'effectivement, dans ce jeu, elle pourrait être un bébé. Juste après cela, Mme B a mimé avec sa bouche l'enfant qui tète le lait maternel. Lors d'une autre séance durant laquelle je porte Mme B, au moment où l'accordage est possible entre elle et moi (elle cesse de bouger), elle me dit « maman ». Je réponds alors à Mme B qu'en effet dans ce jeu, je pourrais être la maman. A la fin de cette séance, alors que la passerelle remonte, Mme B mime la maman qui réprimande son enfant. Nous l'accompagnons en faisant semblant de punir puis de consoler un enfant.

Une séance fut inhabituelle, une aide-soignante en remplacement pour une journée a assisté à notre séance avec Mme B. Normalement, l'aide-soignante habituelle sort de la balnéothérapie pendant la séance. Ce jour-là, il y eut de nombreux mouvements régressifs que nous avons eu beaucoup de mal à accompagner. Pour ma part, j'étais totalement bloquée par la présence de l'aide-soignante... Qu'allait-elle penser ? Que nous nous amusions, que nous n'étions pas dans le soin thérapeutique ? Serions-nous en fait dans un espace transitionnel avec Mme B ? Espace transitionnel qui permettrait ces mouvements régressifs certainement nécessaires à Mme B pour évoluer ou en tout cas trouver des moyens de s'adapter face à sa pensée qui part en lambeaux.

Cette dernière hypothèse me conduit aux moments parfois « magiques » qui surviennent lors de nos séances. Rien n'est magique mais je suis souvent imprégnée de ce sentiment lorsque Mme B nous révèle sa lucidité.

f. L'évolution

L'évolution de Mme B se remarque parce que progressivement, elle fait du lien entre les séances. Elle fait aussi parfois de gros efforts pour nous expliquer ce qu'elle a pensé.

Passant près de ma maître de stage et moi, Mme B nous dit sur un ton mélodieux : « *Bonjour Mesdames* ». Je suis ébahie ! Mme B avait été très surprise lorsque j'avais prononcé cette phrase lors des séances précédentes. La première fois même, son expression du visage traduit son incompréhension face au jeu que je tente d'introduire.

Nous avons l'habitude ma maître de stage et moi de dire comment nous ressentons l'eau : chaude, tiède, froide... Quand nous posons la question à Mme B, elle répond souvent « *bien* » ou rien du tout. Une fois, alors que nous n'avons encore rien dit, Mme B murmure spontanément que l'eau est fraîche.

Plusieurs séances après que nous ayons essayé de souffler dans l'eau, Mme B initie ce jeu alors qu'elle n'avait pas réussi la première fois. Bien qu'il n'y paraisse pas de prime abord, nos séances laissent-elles une trace chez Mme B ? Quelque chose s'inscrit chez Mme B, la rythmicité des séances, le climat affectif y participent-ils ? Quand la rythmicité est coupée par des vacances, Mme B n'omet pas de nous le faire remarquer. La première fois, lorsque je lui explique que nous ne nous sommes pas vues depuis trois semaines suite aux vacances, elle me répond : « *vous avez trouvé quelqu'un d'autre* ». La deuxième fois, en nous apercevant sur la passerelle, elle commente : « *vous êtes encore là* », l'air étonnée.

Les moments d'ajustement sont de plus en plus nombreux. Pour exemple, une fin de séance riche et touchante où Mme B est assise en tailleur sur la passerelle face à ma maître de stage, elle entonne « *Maman les p'tits bateaux* » en regardant intensément ma maître de stage qui lui a posé une main sur le dos.

Au niveau tonique, Mme B n'est plus forcément dans le tout ou rien, elle accepte d'être guidée comme quand je danse avec elle dans l'eau, elle se laisse faire. Elle se laisse aussi porter et être contenue par ma maître de stage et moi. Mme B a-t-elle suffisamment expérimenté la tension et la détente pour qu'apparaisse des entre-deux toniques ?

Mme B se concentre parfois intensément pour nous parler. Lors d'une séance, elle nous explique de façon saccadée qu'elle aime bien venir à la balnéothérapie quand elle est en colère parce que ça la calme. Elle nous dit que parfois dans le service, elle fait des bêtises

ce qui la met en colère. C'est à la fin de cette séance qu'elle nous stupéfie, nous émerveille avec sa phrase « *vous vous occupez de moi comme une personne* ».

Pour revenir sur l'idée des bêtises, Mme B manifeste sa lucidité par rapport à certaines situations. Elle assimile ce que nous faisons avec elle à des idioties. Il lui est arrivé durant plusieurs séances de loucher furtivement lui donnant justement l'air « idiot ». Elle reproduit aussi parfois le geste que les enfants font pour qualifier leurs sottises. De l'extérieur, ceci n'est pas complètement faux, même si elle le remarque, Mme B s'autorise à le vivre et nous nous autorisons à l'accompagner au plus près de ce qu'elle est. Mme B se reconnaît-elle dans ce qu'elle fait ? A-t-elle l'impression de perdre son identité ?

Les marques d'évolution de Mme B sont souvent fascinantes et par conséquent très gratifiantes. J'ai bien conscience que nous ne sommes pas toutes-puissantes, nous ne pouvons rendre à Mme B ses pensées, son langage... Nous lui offrons un espace de soin qui tente de l'aider à alléger sa souffrance.

5. CONCLUSION

C'est ainsi que se termine mon écrit sur Mme B. Au cours de mon cheminement, j'ai eu besoin, peut-être à l'image de Mme B, de rassembler les éléments ; éléments à la fois purement psychomoteurs, éléments de vie passée et actuelle. En écho à la désorganisation de Mme B, j'ai tout organisé, tout relié et fourni une représentation précise de Mme B.

Poursuivons et tentons de comprendre : comment la maladie d'Alzheimer s'est insinuée en Mme B ? Comment trouve-t-elle le moyen de survivre, de se défendre du désert psychique qui l'habite petit à petit ? Comment son vécu en balnéothérapie peut constituer une ressource ? Et comment le psychomotricien accompagne le sujet égaré ?

PARTIE THEORICO-CLINIQUE :

1- Mme B et le processus démentiel

2- Mme B, son corps et l'eau

3- Etre psychomotricien avec le sujet dément

1. MME B ET LE PROCESSUS DEMENTIEL

Avant d'expliquer comment Mme B prend appui sur des expériences corporelles fondatrices, il me semble important de revenir sur sa maladie d'Alzheimer. Après avoir vu les liens entre la démence et les événements de vie de Mme B, nous verrons quelles ressources elle mobilise pour lutter contre son Moi qui se « consume ».

a. Des pertes à répétition, une vie à reconstruire

Parmi les hypothèses étiologiques de la démence, certains auteurs remarquent que de nombreux sujets ont vécu des pertes non élaborées au cours de leur existence (décès d'un être cher...) Les éléments psychoaffectifs sont très fréquents dans le passé de ces personnes.

Le décès de sa sœur handicapée a provoqué une intense douleur chez Mme B. Elle l'évoque à plusieurs reprises lorsqu'elle remplit le document d'entrée en long séjour, le thème de la mort est d'ailleurs récurrent dans ce document. En séance de psychomotricité, il arrive que Mme B nous livre quelques mots faisant référence à sa sœur. Cela survient souvent pendant un moment calme où Mme B est contenue ou lors d'un jeu de « maman-bébé ». Les ressentis de Mme B lors de ces temps de séance font-ils émerger le souvenir traumatique du décès de sa sœur ?

La maladie d'Alzheimer de Mme B est diagnostiquée suite à plusieurs événements de vie qui demandent à tout un chacun une réorganisation, une adaptation nouvelle. Mme B vient de se séparer de son mari, de déménager et de terminer sa carrière professionnelle. Tout l'étayage relationnel se fissure, ceci est très en lien avec le point de vue de J. Maisondieu : Mme B est victime d'une destruction individuelle, familiale et sociale dont elle pourrait s'être défendue en renonçant à rencontrer les autres, en s'écartant du circuit social. L'auteur évoque aussi l'angoisse de mort dans la genèse de la démence, M. Péruchon voit plutôt la démence comme une défense contre l'angoisse d'abandon, une « *défense, certes inefficace et paradoxale contre la survenue de traumatismes non mentalisables, la douleur psychique, la dépression et le deuil*⁴⁷ ». Mme B perd

⁴⁷ COREAU-GUILLIER S., VILLERBU L.-M., (2006) Facteurs psychoaffectifs de la démence ; d'une hypothétique psychogenèse de la démence, *Neuropsychologie* n°35-volume 6, p30

effectivement son statut de femme aimée, de femme ayant un rôle dans la société. Les sentiments de dépossession dont elle se sent certainement victime créent peut-être des vides chez elle. Ces blessures narcissiques entraînent probablement une baisse de l'estime de soi et une fragilisation de son identité. Mme B doit trouver d'autres manières d'exister. Est-ce cela qui se joue quelques années après le divorce lorsqu'elle décide de reprendre son nom de jeune fille ?

En lien avec le deuil de sa sœur, ces nouveaux deuils successifs sont certainement difficiles à élaborer. Ces éléments ne sont pas proprement dit à l'origine de la maladie mais ils ont pu la précipiter, constituer un facteur déclenchant.

Avant son placement définitif, Mme B est régulièrement hospitalisée pour le motif d'anxiété, de dépression et d'idées suicidaires. A ce moment-là, cinq ans après le diagnostic, j'imagine à quel point les défaillances cognitives la blessent au plus profond de son être. L'intense étrangeté qu'elle doit ressentir face à la perte momentanée du sentiment d'existence la plonge dans un grand désarroi accompagné d'anxiété. L'objet interne, source de sécurité, s'effacerait insidieusement ce qui provoquerait de terribles angoisses. Privée de sa mémoire, Mme B perd les liens entre son présent et son passé, qu'en sera-t-il alors de l'avenir ? Que va-t-elle devenir ? Quelle image va-t-elle laisser ? Autant de questions qui doivent la travailler, l'effrayer, la faire souffrir.

A son entrée en long séjour, Mme B explique que ce qui l'angoisse le plus est le fait de commencer une phrase et de ne pas la finir. Cela correspond à la perte d'identité de pensée dont parle G. Le Gouès. Sa pensée s'arrête parfois et en parlant d'angoisse, Mme B évoque certainement son ressenti intérieur : arrêter de penser, c'est être absent à soi-même et aux autres pendant un moment, que se passe-t-il pendant ce temps là ? Je pense aux angoisses normales que vit le nourrisson lorsqu'il est seul. La présence de la mère module ces angoisses en faisant exister le bébé. Mme B, seule face à elle-même, existe-t-elle encore lorsqu'elle perd le fil de sa pensée ?

b. Rassembler les morceaux pour lutter

C'est indéniable, de par sa façon d'être, Mme B est en quête de contenance. Ce sentiment de sécurité est normalement assuré par l'objet interne or Mme B ne peut probablement plus prendre appui sur elle-même, son objet interne fait défaut et elle semble chercher à le restaurer.

La désorganisation gestuelle, l'éparpillement de Mme B (elle suit les personnes qui passent près d'elle, déambule, est distraite...) montrent à quel point son système de pare-excitation fait défaut. Elle tenterait de contrer les excitations qui l'envahissent en superposant des vêtements, en récoltant les affaires des autres, en gardant avec elle ses centaines de photos, en déchirant des mots dans les magazines... Peut-il s'agir d'une tentative de rassembler ses représentations fragmentées d'elle-même en réunissant des objets concrets ? D'une reconquête de sa mémoire grâce à la perception visuelle (photos, mots) ? Comme l'affirme G. Le Gouès, chez Mme B, « *la désorientation ne serait pas celle qu'on croit : plus qu'un égarement, c'est un effort immense pour renouer avec l'objet interne momentanément ou définitivement perdu* ⁴⁸ ».

La fragilité de l'objet interne amoindrit le sentiment de soi. On peut alors penser que les capacités de relation de Mme B avec elle-même et avec les autres sont altérées. A partir du moment où le sujet est touché dans son intériorité, les repères externes perdent progressivement leur statut de référent stable. Ainsi, Mme B peine à retrouver l'utilité des objets qui l'entourent, notamment les couverts, il s'agit de la perte de l'identité de perception d'après G. Le Gouès. Ceci annonce la confusion interne entre les représentations de Soi et celles des autres, autrement dit la perte des limites entre soi et l'autre. Est-ce cela qui s'opère quand Mme B vient de se faire mal et s'en excuse auprès de ma maître de stage ? Quand elle confond des parties de son corps avec celles de ma maître de stage ? Mme B est peut-être heurtée dans son sentiment corporel d'unité, d'intégrité et d'enveloppe. Malgré cela, quelque chose reste efficient chez elle : son savoir affectif, sa sensibilité à l'émotion. C'est la raison pour laquelle Mme B manifeste parfois de l'agressivité : elle vit difficilement les contrariétés liées à sa place dans le service. Même si l'intention de Mme B n'est pas de nuire, les soignantes sont obligées d'intervenir quand elle entre dans la chambre d'une résidente pour l'aider à faire sa toilette. Mme B est

⁴⁸ LE GOUES G., (1991), Le psychanalyste et le vieillard, p13

forcément confrontée à la réalité de son hospitalisation à ce moment là. Cette réalité est-elle supportable pour elle ? Mme B est convaincue d'avoir une place de soignante et peut réagir violemment quand on la contredit.

A l'opposé, Mme B se montre très attentionnée devant la tristesse et la peine de certains résidents.

En deçà des mots, c'est bien l'émotion et le ressenti profond qui permettent à Mme B d'être en relation avec son environnement. Elle est accessible par ce canal de communication non verbale, il constitue notre moyen privilégié d'échange avec elle.

c. Re-sentir pour ré-émerger

La quête de contenance et d'existence se manifeste aussi lors des séances en balnéothérapie mais de manière différente. Les éprouvés corporels et l'expérimentation des limites constituent un moyen privilégié pour Mme B de trouver une contenance, de renouer avec elle-même.

Lors des jeux de résistance, l'expérimentation des extrêmes toniques de tension et de détente est peut-être une tentative d'exister par un corps qui ressent ou re-sent. Mme B perçoit les écarts, fait l'expérience de contrastes entre ces deux polarités. En écho à la théorie d'intégration motrice de S. Robert-Ouvray, on peut penser que Mme B redécouvre des sensations de dur et de mou en lien avec son état affectif et le nôtre : nos mimiques et onomatopées traduisent la difficulté à résister puis le relâchement quand le jeu s'arrête. Surviennent alors peut-être quelques représentations, en tout cas d'après M.-F. Livoir-Peterson, « *la mise en correspondance des expériences perceptives fait naître les objets mentaux* ⁴⁹ » ; et selon S. Robert-Ouvray, « *l'enveloppe tonique est une des premières formes de représentation archaïque que le bébé peut avoir de lui et d'autrui* ⁵⁰ ». Les modulations toniques étayent le sentiment de Soi toute la vie. La maladie d'Alzheimer altère ce sentiment, est-il en partie restauré grâce aux variations toniques extrêmes ? Ces dernières sont peut-être aussi une manière pour Mme B de se protéger face à son Moi qui

⁴⁹ LIVOIR-PETERSON M.-f., (2009), Le dialogue tonico-émotionnel, un gué qui permet au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme, *Thérapie Psychomotrice n°157*, p99

ROBERT-OUVRAY S., (2007), Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité, p162

perd de sa consistance : « *la bipolarité tonique permet aussi au Moi naissant de supporter ce qui est contradictoire, étai originel de la capacité du Moi à se protéger* ⁵¹ ». Mme B trouverait le moyen de supporter les failles narcissiques provoquées par la maladie d'Alzheimer au travers du tonus. Les éprouvés toniques forts lui procurent sans doute un ressenti des limites corporelles. Les enveloppes psychiques seraient-elles alors remobilisées ? Ceci constituerait un soutien de la différenciation dedans-dehors mise en péril par l'avancée de la démence.

Les éprouvés toniques participent aussi au ressenti de l'axe corporel, ils lui confèrent densité et volume. Comme je l'évoquais dans la partie clinique, lors de ses expérimentations, Mme B trouve son axe corporel grâce aux vibrations dans la colonne vertébrale (en nageant, elle s'arrête quand sa tête rencontre le dur du bord de la piscine...). Le senti concret de l'axe peut être une tentative de le réintégrer comme base de sécurité et appui central, comme le lien entre le haut et le bas du corps, comme le lieu d'attache des segments corporels.

Dans l'eau, Mme B fait preuve d'une maîtrise importante : maîtrise de la respiration, de ses mouvements. Elle nous maîtrise aussi en grande partie lorsqu'elle serre nos jambes entre les siennes. Mme B n'a aucune emprise sur sa maladie d'Alzheimer qui la mine insidieusement. En réponse, re-sentir la maîtrise pourrait peut-être correspondre à une tentative de contrôle de son monde interne. Je pense aussi à l'effet re-narcissisant qui peut découler du sentiment de contrôle de soi. L'eau facilite justement le re-senti de la maîtrise. On ne peut la maîtriser, il faut pouvoir alors maîtriser un minimum son corps et ses fonctions corporelles pour rester en surface.

Ces expériences tonico-émotionnelles semblent structurantes pour Mme B dans le sens où elles l'aident certainement à consolider ses limites psychocorporelles. La maîtrise paraît tout aussi importante pour Mme B qui se sentirait de nouveau être actrice de sa vie.

⁵¹ 50, *ibid.*, p153

Pour conclure cette première partie théorico-clinique, une citation de M. Grosclaude illustre bien mon ressenti par rapport à Mme B : « [...] il existe un sujet quelque part [...], il demeure mais dispersé [...], ses fragments se trouvant dans des lieux de résidence constituées par les manifestations du processus [...] »⁵².

2. MME B, SON CORPS ET L'EAU

Pour Winnicott, être dans l'eau fait écho au handling et à la mère suffisamment bonne : « lorsque nous offrons une piscine et les agencements qui l'accompagnent, il y a là un rapport direct avec les soins de la mère qui donne le bain à son nourrisson, et qui d'une façon générale, satisfait ses besoins de mouvement et d'expression corporelle, ainsi que ses besoins d'une expérience musculaire et tactile génératrice de plaisirs [...]. Les soins favorisent la tendance innée de l'enfant à habiter son corps et à prendre plaisir aux fonctions corporelles, à accepter la limitation fournie par la peau, cette membrane frontière qui sépare le moi du non-moi »⁵³. Winnicott parle de l'enfant mais il en va de même pour l'adulte, pour chacun d'entre-nous.

a. L'eau : une matière qui ravive les sensations de peau

Dans l'eau, les éprouvés de Mme B sont d'emblée plus intenses que dans le milieu aérien. La pression hydrostatique stimule sa peau : elle est touchée, caressée, enveloppée comme elle a pu l'être lors des soins précoces. Le Moi-peau de Mme B est remobilisé dans ses fonctions de maintenance, de contenance, de pare-excitation, d'individuation en lien avec notre accompagnement psychomoteur se traduisant par nos postures et attitudes, notre regard, nos affects. « L'eau devient [...] une double peau, enveloppe qui matérialise l'état de fusion mère-enfant. Ces caresses d'eau sont une véritable nourriture de peau »⁵⁴.

⁵² GROSCLAUDE M., (1995), Démence : « retrouver » le sujet, *Le Journal des psychologues* n°127, p59

⁵³ POTEL C., (1999), Le Corps et l'eau, p56

⁵⁴ 53, ibid, P108

❖ **La Maintenance**

Grâce à la poussée d'Archimède, le corps de Mme B est plus léger dans l'eau, elle retrouve la sensation d'être portée et retenue. Le holding de l'eau entre en résonance avec la manière dont elle a été tenue étant petite. La fonction de support du Moi-peau est ré-explorée grâce à l'eau d'autant plus que Mme B joue à se lâcher et à se laisser porter par l'eau.

Plus tard, Mme B se laisse porter par nos bras, elle s'enroule, nous la tenons au niveau du cou, des épaules et du bassin. Le portage intériorisé dans l'enfance est-il réactualisé par cette situation choisie par Mme B ? (Elle nous amène à la porter, si c'est nous qui lui proposons, elle refuse). L'intériorisation de notre portage, de notre enveloppement physique et psychique semble l'aider à retrouver un appui interne, une sécurité de base, un axe solide qui lui permettent de se tenir elle-même. Le jour de la balnéothérapie, les soignantes s'accordent pour dire que Mme B est apaisée, qu'elle rassemble moins d'objets trouvés dans les chambres.

Le Moi-p«eau» ainsi remobilisé dans ses effets de maintenance paraît offrir par étayage une maintenance au psychisme de Mme B.

❖ **La contenance**

Les pensées et souvenirs de Mme B s'échappent, la continuité de son enveloppe est interrompue. Mme B semble essayer de compenser ces manques grâce à ses photos qui rassemblent peut-être quelques morceaux de l'enveloppe. L'angoisse d'un intérieur qui se vide doit être considérable. En réponse, l'eau procure à Mme B un enveloppement tactile permanent ; la résistance de l'eau amplifie grandement la perception des membres lorsque Mme B fend l'eau en se déplaçant. A ce moment, la sensation et l'image de la peau comme un sac contenant le contenu corporel peuvent être réamorçées.

De la même façon, lorsque nous entourons Mme B de nos bras avec une certaine assurance, nous contenons son corps qui laisse apparaître de nombreuses décharges toniques : si nous ne tenons pas suffisamment fermement Mme B au niveau de ses points d'assise, elle remue, gesticule...

La sortie de l'eau est tout aussi importante. A plusieurs reprises, Mme B est assise ou allongée sur la passerelle lorsque celle-ci remonte. Un enveloppement remarquable est fourni par la sensation de poids ressentie, cela donne consistance au corps. Nous poursuivons la contenance offerte par le changement de milieu en enveloppant Mme B de son peignoir.

Ces moments sont accompagnés d'un enveloppement affectif lié à notre présence bienveillante, à nos fredonnements qui accompagnent Mme B.

L'ensemble de ces enveloppements, à la fois autour de la peau et de l'espace psychique de Mme B participent à la fonction contenante du Moi-peau permettant au Moi de se sentir contenu et d'exister continuellement.

❖ **Le pare-excitation**

En stimulant la peau de Mme B, l'eau met en résonance le feuillet externe du Moi-peau. Celui-ci, avec le feuillet interne tourné vers l'intérieur assure la protection contre les excitations : bruits, lumière... Le Moi de Mme B n'assure plus efficacement sa fonction de pare-excitation. Cela lui permettait auparavant de ne pas être débordée par les flux de stimulation ni par les états émotionnels permanents tout au long d'une journée. Chez le nourrisson, c'est la mère qui sert de pare-excitation jusqu'à ce que le Moi de l'enfant soit en mesure d'assumer seul cette fonction ; fonction qui s'étaye sur la peau que la mère touche, masse, entoure, tient.

Les sensations de peau dans l'eau permettent à Mme B de retrouver un étayage pour assumer cette fonction : Mme B ne manifeste pas de mouvements incessants des mains et doigts dans l'eau, la régulation tonico-émotionnelle y est plus aisée. Néanmoins, cette eau n'est pas magique, j'observe parfois des décharges toniques de plus grande envergure chez Mme B, elles prennent la forme d'un mouvement de balancier dans l'eau. Mme B aurait besoin d'un autre protecteur qui assure en partie cette fonction de pare-excitation. Pendant un temps, Mme B venait en séance d'animation à la balnéothérapie. Lors d'un échange avec l'animateur, il nous confie à quel point il se trouve parfois démuni devant l'agitation permanente de Mme B lors des séances dans l'eau avec lui.

❖ L'individuation

J'ai souvent eu le sentiment de fusionner avec Mme B au moment où elle se collait tout contre moi. La notion d'individuation m'interroge, Mme B se sent-elle unifiée ? A-t-elle le sentiment de son intégrité corporelle ? En séance de balnéothérapie, ceci me semble mis en travail. Nous avons quelque chose en commun : le maillot de bain est identique pour chacune. Nous gardons aussi chacune notre individualité au travers de notre peau, de la forme de notre corps... Nous sommes en quelque sorte à la fois identiques et différentes et surtout, nous sommes individuées grâce à notre enveloppe corporelle. Celle-ci ne se dissout pas dans l'eau, nous conservons notre intégrité. L'eau nous entoure, trace la forme de notre corps sans y pénétrer.

Mme B s'interroge à ce propos lors d'une séance : elle nous fait remarquer que l'eau entre en nous si nous gardons la bouche ouverte sous l'eau. Nous expérimentons de manière à vérifier que l'eau ne nous envahit pas. A ce moment, Mme B semble exprimer que la limite entre son intérieur et le dehors est compromise, perd de sa consistance.

En m'ajustant lorsque je me sens trop proche de Mme B, en évoquant ma gêne, je lui signifie que nous ne formons pas une unité, que nous sommes bien deux.

L'eau, espace favorisant les déplacements, nous permet d'expérimenter le ressenti d'individualité par l'intermédiaire du jeu sur la distance. Le Moi-peau est ici mobilisé dans sa fonction d'individuation du Soi : nous avons chacune notre Moi-peau, chose que Mme B nous amène à jouer lorsqu'elle effectue des allers-retours entre ma maître de stage et moi le long de la passerelle. Je pense au petit enfant lorsqu'il commence à marcher. Il s'éloigne de sa maman puis revient vers elle : il se rend compte de la permanence de sa mère, la peau commune avec cette dernière s'efface. L'enfant s'individualise. Ce jeu en quelque sorte repris par Mme B renforcerait son sentiment d'être une seule et même personne bien entière, d'avoir un corps avec un dedans séparé du dehors.

Je l'ai montré dans mon observation psychomotrice : par rapport au milieu aérien, Mme B est rassemblée dans l'eau. En mettant cela en lien avec les fonctions du Moi-peau, j'en déduis que son Moi retrouve une existence, une contenance, une peau grâce à l'expérience de l'eau sur le corps liée à notre accompagnement, grâce à la double peau créée par l'eau faisant écho à l'état de fusion mère-enfant. Je me sens moi-même

extrêmement bien dans l'eau, vécu issu de cette reviviscence illusoire de l'état d'indifférenciation précoce ?

Mme B vit des expériences corporelles fondatrices dans l'eau, sources de sécurité. Par étayage, ces situations réengagent le Moi dans ses fonctions d'existence, de permanence, de contenance, d'individualité... « *Le corps en tant que premier contenant psychique est mobilisé*⁵⁵ ».

b. L'eau : un espace d'expérimentations sensori-motrices

« *L'eau nous mobilise sur un mode de fonctionnement régressif : sur un mode essentiellement sensoriel et de mouvement qui représente notre mode premier de rapport à l'autre et l'environnement*⁵⁶ ».

Une vue d'ensemble de Mme B dans l'eau donne l'impression d'un corps libre de ses mouvements : Mme B enchaîne les acrobaties corporelles avec adresse et adaptation tonique à la situation. Elle réalise des flexions-extensions, des rotations, des torsions seule ou après avoir attrapé nos jambes entre les siennes... Il lui arrive aussi de se laisser flotter, de nager, de bondir... Ces expérimentations, qui font émerger chez moi l'image de l'enfant qui joue, ressemblent fortement aux mouvements fœtaux. Le fœtus réalise de nombreux mouvements de flexion-extension de la tête, du tronc et des membres puis des rotations. Il repousse les parois utérines avec ses pieds, réalise des culbutes et roulades grâce à la flottaison dans le liquide amniotique. Plus il grandit, plus l'espace disponible se réduit, il s'enroule alors sur lui-même, le dos contre la paroi utérine. D'après Ferenczi, « *tomber à l'eau est le symbole le plus archaïque, celui du retour dans l'utérus maternel*⁵⁷ ». Les sensations procurées par l'eau feraient écho à celles ressenties dans la vie intra-utérine et amèneraient Mme B à retrouver en partie les mouvements fondamentaux de flexion-extension-rotation. Mme B reprendrait toute la dynamique motrice d'assemblage et de coordination des couples torsion-flexion. Les vivre à nouveau dans un milieu faisant penser à l'utérus serait peut-être fondateur pour Mme B. Ils constitueraient une tentative de

⁵⁵ FERNANDEZ P., (1997), Au-delà du principe d'Archimède Hypothèses cliniques par le travail de l'eau, *Thérapie Psychomotrice* n° 109, p58

FERNANDEZ P., (1997), Au-delà du principe d'Archimède Hypothèses cliniques par le travail de l'eau, *Thérapie Psychomotrice* n° 109, p58

⁵⁷ LE ROY P., (2001), De l'eau de vie à l'eau de mèr(e), *Santé mentale* n°60, p58

reconstruction puisque la « *pensée s'organise à partir des coordinations corporelles. L'étayage de la pensée associative se fait sur la coordination des mouvements dans une tonicité souple et adaptée* »⁵⁸. Etayée par ses coordinations précises et maîtrisées, la pensée de Mme B retrouverait-elle des ébauches de liens ?

Mme B, libre de ses mouvements dans l'eau, réalise beaucoup de rotations et torsions au niveau de la ceinture lombaire et des membres inférieurs. Ces mouvements asymétriques lui font probablement éprouver l'axe corporel et le bassin, deux points d'attache fondamentaux d'après G. Haag. Axes vertical et horizontal ne semblent plus constituer pour Mme B les lieux de jointure des parties du corps. Elle s'habille d'ailleurs souvent de façon dépareillée : trois épaisseurs de vêtements chauds en haut avec une jupe d'été ; une tong d'un côté et une botte de l'autre. Ceci m'évoque le clivage entre les moitiés du corps, chose que je retrouve lorsque Mme B met en scène des mouvements d'ouverture de ses jambes. Elles ne semblent plus reliées entre elles autour de son bassin lui-même rattaché à la colonne vertébrale. Cet axe en perte de solidité glisserait par le bassin, « s'échapperait » et n'assurerait plus sa fonction de liant, de sécurité de base. Cette sensation d'un vide dans le dos serait-elle le reflet du vide mental ? En tout cas, Mme B cherche à éprouver son axe : elle s'entortille les jambes (elle passe la jambe droite au-dessus de la jambe gauche puis en-dessous)... Son corps ainsi fermé procure un fort ressenti axial source d'intégrité et d'unité psychocorporelle. Cependant, devant l'avancée du processus démentiel et par conséquent de la déconstruction psychomotrice, comment les tentatives de réunion des parties du corps s'intègrent-elles ? Une trace persiste-t-elle ? Y a-t-il une esquisse de reconstruction ?

Mme B s'adapte à son vécu en trouvant corporellement des manières de recouvrer un sentiment d'unité, manières primaires faisant intervenir des schèmes précoces ayant eux-mêmes participé au cours de l'enfance à la construction d'un corps unifié. De plus, grâce à sa continuité d'action dans l'eau et les ressentis procurés, Mme B s'assurerait de sa continuité d'existence.

En parallèle des rotations et torsions, Mme B s'enroule lorsque nous la portons. Comme je l'ai montré avec la théorie de S. Robert-Ouvray, l'enroulement est un schème fondamental chez le bébé, support de sécurité et de rassemblement psychique. Quand Mme

⁵⁸ ROBERT-OUVRAY S., (1999), Le corps étai à la psychée, *thérapie Psychomotrice n°117*, p53

B se laisse porter, la majeure partie de ses articulations est en flexion. Ce fut le cas lorsqu'elle s'est endormie en travers des barres de la passerelle ou lors du portage où elle avait la tête posée sur mon épaule, entourait mon cou de ses bras et était maintenue au niveau du bassin par ma maître de stage. Lors de ces moments, Mme B ferme les yeux, son tonus diminue. Elle me paraît ressourcée après cette expérience : son visage est éminemment détendu et tranquille. Ce retour sur elle, ce rassemblement des parties du corps autour des axes soutenus par nos mains lui assurerait un ressenti d'unité, d'intégrité, d'existence différent de ceux procurés par les rotations et torsions. En effet, l'enroulement qu'elle trouve dans le portage en corps à corps, la disponibilité psychique que nous lui offrons semblent davantage s'inscrire et s'intégrer en tant qu'expérience contenant source de sécurité. Le temps de portage se termine souvent par d'intenses échanges de regards. J'ai évoqué mon inconfort face à cette situation proche de l'interpénétration des regards entre une mère et son enfant. J'avais en fait la sensation que Mme B, par l'intermédiaire de ses yeux, me happait, m'empruntait ma psychée pour contenir les parties disloquées de son Moi. Peu à peu, le regard de Mme B « s'assouplit », il reste intense mais l'intention semble différer. La répétition des expériences corps à corps laisse-t-elle des traces du côté de la sécurité interne de Mme B ?

Dans l'eau, Mme B s'exprime la plupart du temps avec son corps. Il semble que ce dernier soit encore imprégné de traces lointaines, d'une mémoire. « *Notre corps [...] porte en certains lieux privilégiés les traces sensibles de notre passé*⁵⁹ ». Les premières expériences d'être de Mme B seraient remémorées dans l'eau. Les souvenirs corporels ré-explorés auraient alors des répercussions sur l'image du corps abîmée de Mme B : Mme B tenterait de « recoudre » son corps psychomoteur en une unité grâce aux expériences sensori-motrices revécues dans le milieu aquatique. Ma maître de stage et moi, accompagnons Mme B sur le chemin de la déconstruction-reconstruction.

Pour conclure, je reviendrai sur la notion sous-jacente de Moi-corporel. Face à un appareil psychique en déconstruction, Mme B privilégie un mode de fonctionnement corporel et émotionnel par l'intermédiaire de son corps. Son Moi corporel est semble t-

⁵⁹ HERMANT G., (1986), *Le corps et sa mémoire*, p19

il remobilisé grâce aux séances de psychomotricité dans l'eau. Cela l'aiderait à conserver le sentiment de sa personne dans son corps.

Privé de représentations continues à cause de la démence Alzheimer, l'appareil psychique de Mme B n'est probablement plus en mesure de lui assurer ce sentiment de soi.

3. ÊTRE PSYCHOMOTRICIEN AVEC LE SUJET DEMENT

a. Être garant d'un cadre qui a du sens

Au fil de l'année, j'ai réalisé l'importance du cadre spatio-temporel pour Mme B.

Le lieu constitue un repère stable pour elle, cet invariant est fiable, identique à chaque séance. La balnéothérapie est un lieu particulier reconnaissable par « l'électrochoc sensoriel » immédiat. La représentation mentale du lieu est probablement parcellaire pour Mme B. Si tel est le cas, elle peut prendre appui sur ses canaux sensoriels : la chaleur étouffante enveloppe le corps entier, l'odeur est différente du service, les bruits et mouvements sont rares ; dans l'eau, la peau est touchée en permanence. Les sensations inédites de la balnéothérapie et l'ambiance qui y règne en feraient un espace dont Mme B se souviendrait corporellement, et par conséquent un espace reconnaissable.

Notre rencontre a lieu tous les mercredis en début de matinée. Je me rends compte de l'importance de cette rythmicité lorsque celle-ci est interrompue par des vacances. Le mercredi suivant, Mme B a toujours quelques mots qui traduisent sa perception de l'absence de séance la semaine précédente. Nos retrouvailles me laissent toujours une impression de « décousu », peut-être à l'image de Mme B qui pourrait se sentir elle-même « décousue » et « déliée » suite à une faillite dans la continuité des séances. En m'appuyant sur ces ressentis, je pense que la rythmicité laisse une trace chez Mme B. La rythmicité est d'ailleurs fondamentale dans le développement du tout petit. Rythmicité des temps de nourrissage, des soins participent au sentiment de sécurité. Même si la notion de temps est attaquée par le processus démentiel, on peut penser que la répétition permettrait à Mme B de s'attendre à sa séance chaque mercredi et de ressentir un manque voire un lâchage quand cette dernière n'a pas lieu.

Nous restons dans l'eau une vingtaine de minutes avec Mme B. Nous prenons malgré tout le temps nécessaire pour la transition avec le milieu aérien : la plupart des séances durant lesquelles nous portons Mme B se terminent par un long moment sur la passerelle. Bien que sorties de l'eau, nous ne mettons pas fin à la séance immédiatement, Mme B est souvent assise ou allongée sur la passerelle. Elle me semble dans un intense état de bien-être. La temporalité est ralentie, Mme B est présente, sensible et partenaire de la relation, nous répondons à ses regards, sommes réceptives à sa tranquillité et à l'émotion qu'elle dégage. Prendre le temps de la fin de séance nous permet véritablement de rencontrer Mme B, elle semble renouer avec elle-même. Nous l'accompagnons ainsi jusqu'à ce qu'elle se relève. Le cadre est par conséquent assez malléable concernant de l'heure de fin, nous nous adaptons au rythme de Mme B sans pour autant rendre la séance interminable.

Avec les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, le cadre doit à mon sens rester modulable. En fonction de l'avancée de la maladie, du vécu du sujet, il doit pouvoir évoluer. Un cadre trop rigide n'assurerait plus sa fonction contenante et pourrait s'apparenter à un enfermement pour le sujet. Nous avons d'ailleurs remanié la fréquence des séances avec Mme B : nous la rencontrons deux fois par semaine depuis mars.

b. Un climat affectif particulier

Je l'expliquais dans la partie théorique, le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer est sensible au climat affectif. Mme B le manifeste : dès que l'aide soignante lui parle sur un ton assez fort, elle chuchote l'air agacé : « vous n'allez pas vous aussi... ». La phrase n'est pas terminée mais Mme B sous-entend certainement : « me réprimander ». Dans le service, Mme B se met en colère de façon plus démonstrative si on manque de bienveillance envers elle. Ne saisissant plus forcément le sens de ce qui lui est dit, elle s'appuie sur la prosodie, le regard, les mimiques et l'attitude de son interlocuteur pour appréhender l'idée générale. La manière d'être de ce dernier et son état affectif la renseignent et elle répond en conséquence. La communication non verbale devient privilégiée pour comprendre le monde qui l'entoure. C'est donc tout en finesse qu'il convient de s'adresser à Mme B afin qu'elle se sente en confiance.

❖ L'enveloppe visuelle

Le regard joue un rôle essentiel dans le développement de l'enfant et toute la vie durant : le regard de l'autre nous fait exister. Il constitue un élément essentiel de l'entrée en relation et traduit l'état émotionnel de chacun.

A partir du moment où le langage perd sa valeur de communication chez le sujet dément, le regard devient un outil fondamental d'échange. Mme B prend un appui très important sur notre regard, nous nous regardons yeux dans les yeux durant de longs moments. J'ai la sensation que mon regard attendri lui transmet une contenance qu'elle intériorise : Mme B est présente, apaisée. Cependant, cela n'est pas toujours possible. En fonction de sa disponibilité intérieure, le psychomotricien n'est pas toujours en mesure d'offrir une contenance par le regard.

❖ L'enveloppe sonore

Les sons ou encore selon D. Anzieu, le miroir sonore est primordial pour l'enfant. La voix maternelle douce, mélodieuse et poétique calme les cris du bébé, l'émotion transmise résonne en lui et le rassure.

La prosodie est toute aussi importante avec les sujets dont la maladie d'Alzheimer amenuise les processus de pensée. Ces personnes sont très sensibles à l'accentuation, à l'intonation de la voix, à son timbre, sa hauteur, son rythme, au débit verbal et surtout à l'état affectif reflété au travers de ces caractéristiques. Mme B est parfois agressive dans le service, elle réagit ainsi lorsqu'elle entend des personnes discuter entre elles (elle croit qu'ils parlent d'elle) ou après s'être sentie agressée par une injonction prononcée sur un ton autoritaire.

Lorsque nous parlons à Mme B avec une voix basse, un ton chaleureux et un débit de parole assez lent entrecoupé de pauses, sa pensée paraît quelque peu relancée. Mme B est attentive et comprend le sens de notre discours. Grâce à son sens de la relation, le psychomotricien adapte les qualités de sa voix au sujet dément qui se montre alors réceptif. La musicalité le touche aussi, Mme B aime fredonner et chanter des comptines.

❖ L'attitude enveloppante

La posture du psychomotricien, l'orientation et les mouvements de son corps (inclinaison du buste vers l'avant, position d'ouverture...), ses gestes, ses mimiques, sa proximité... entrent en compte dans l'échange avec le sujet dément. Celui-ci y est très vulnérable : il devient nerveux face à un interlocuteur à l'attitude désinvolte ou désintéressée. Il saisit l'intentionnalité dédagée, le sens de la posture et y est très perméable. C'est comme s'il « absorbait » l'état émotionnel de l'autre.

En séance avec Mme B, nos attitudes sont propices à l'écoute de son corps psychomoteur, à l'accueil de tous ses mouvements dans la limite de nos possibilités psychocorporelles.

Nous enveloppons Mme B grâce à notre corps-psychisme et notre empathie. Notre regard, nos mots compatissants et notre attitude bienveillante témoignent de notre disponibilité à Mme B. Ces manifestations traduisent aussi notre état émotionnel. « *Le réinvestissement affectif de soi, les affects gagnent en représentance quand l'observateur exprime son investissement affectif*⁶⁰ ». Il arrive que les pensées de Mme B se relient lorsque toutes ces conditions sont réunies, c'est ainsi que Mme B nous livre dans une émotion partagée la phrase « *Vous vous occupez de moi comme une Personne* ». Bien sûr, la persévérance est de mise, la relation de confiance a dû prendre le temps de s'établir. Mme B a progressivement compris qu'elle pouvait prendre appui sur nous. Quant à moi, j'ai dû me dégager de la sidération première et de l'envie de comprendre pour pouvoir être avec Mme B. « *S'il est capable de supporter une longue marche d'approche, d'accueillir le fonctionnement du dément tel qu'il est, il peut favoriser une reconstruction partielle de la pensée, réalisant donc une véritable réanimation mentale. Efforts et patience de l'observateur seront alors récompensés*⁶¹ ».

Tout ceci est aussi lié à notre état tonique, notre attitude contenante dépend de notre tonus. Le dialogue tonico-émotionnel tient une place essentielle dans la communication avec le sujet souffrant de la maladie d'Alzheimer.

⁶⁰ LE GOUES G., (1991), Psychopathologie de la démence et ses conséquences sur l'entourage, *Confrontations Psychiatriques* n°33, p94

⁶¹ LE GOUES G., (1991), Le psychanalyste et le vieillard, p20

Je terminerai par une citation de G. Le Gouès résumant l'ensemble des notions développées et ouvrant sur l'idée du médium malléable que je développe par la suite : « *un climat transférentiel favorable regroupe les traces d'objet encore vivantes. Elles se rassemblent grâce au support perceptif apporté par la présence de l'interlocuteur. Il doit d'abord apprendre à se laisser faire, une invite à la passivité, difficile à accepter pour un clinicien habituellement actif*⁶² ».

c. Revisiter la fonction maternante

Notre présence, notre disponibilité intérieure à Mme B en lien avec notre capacité à la penser et panser m'évoquent souvent l'attitude de la mère « *captant à travers le peau à peau avec son nourrisson les appels, besoins, angoisses, satisfactions. Dans ce réel corps à corps, parfois alternative possible dans les moments de grande régression, ou de restauration narcissique, le psychomotricien offrira un contenant corporel pour suppléer aux défaillances du Moi-peau*⁶³ ». Mme B fait naître en moi l'envie de la mater. La relation transféro-contre transférentielle est à l'œuvre. Notre attitude maternelle se manifeste par l'intermédiaire de notre fonction de portage, de miroir et de médium malléable en lien avec la contenance. Tisser une relation de cet ordre avec Mme B ne fut pas immédiat. Je pense qu'il a fallu que s'intègre progressivement en moi l'impossibilité de guérir Mme B. Avoir pu renoncer à la guérir permet certainement de mieux la soigner, de la panser.

❖ Porter avec le corps, porter avec le psychisme

Le psychomotricien, professionnel du lien corps-psychisme est celui qui a « *le rôle le plus spécifique pour mettre en travail la double dimension physique et psychique du portage* ». Mme B nous a amenées à cette double dimension qui est aussi inhérente à la mère. Au début, elle se laissait uniquement porter par l'eau, le portage physique était impossible avec nous. Nous portions psychiquement Mme B en accordant notre prosodie, nos regards aux siens. Nous nous ajustions émotionnellement grâce à notre capacité d'empathie. Nous renvoyions à Mme B ses variations tonico-émotionnelles. Le dialogue

⁶² 61, *ibid.*, p13

⁶³ POTEL C., (2000), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, p32

tonico-émotionnel en lien avec la fonction de miroir et la fonction alpha sont les médiateurs de la rencontre et du soin avec Mme B. L'eau favorise ces fonctions maternantes puisqu'elle constitue un espace de rencontre plus intime et plus proche. En tant que surface de projection des émotions, elle peut faire émerger des souvenirs : Mme B esquisse quelques mots à propos de sa sœur, de sa mère ; elle peut favoriser une ébauche de pensée : Mme B évoque son vécu dans le service... « *Repermettre l'émotion est sans doute rouvrir la porte au passé en même temps que colorer le présent* ⁶⁴ ».

Le sujet dément, en panne de pare-excitation peut être débordé par des éprouvés ou sensations que la pensée ne peut plus élaborer. Il peut vivre des expériences émotionnelles qu'il n'est plus en mesure de comprendre. En écho à la fonction alpha de la mère développée par Bion, le psychomotricien, de par ses qualités contenant et celles de « soignant suffisamment bon », reçoit les éléments bruts et tente de les transformer en vue d'une remise en mouvement de la pensée du sujet.

Plus concrètement, la fonction alpha du psychomotricien, et celle de miroir dépendent de sa capacité à se laisser vivre avec le sujet dément. Il s'agit de partager ensemble une expérience commune avec toute notre psychomotricité, de co-éprouver. Il faut pour cela accepter de ne pas tout saisir, ne pas chercher à comprendre à tout prix pourquoi le patient fait telle ou telle chose. Se laisser surprendre, répondre au sujet avec notre corps-psychisme, avec notre authenticité constitue un point essentiel de la relation avec le sujet. Après, le psychomotricien prendra le temps de penser, d'élaborer.

En lien avec le suivi de Mme B, je me rends compte que nous pouvons substituer la communication émotionnelle et non verbale à la parole. C'est ce qui se passe lorsque Mme B, après plusieurs mois de suivi, se laisse porter par nos bras : nous sommes en lien par l'intermédiaire des organes sensoriels et de l'accordage tonique. Le tonus est le « *système intermédiaire dans la communication émotionnelle. Il nous propose une forme sensorielle de communication* ⁶⁵ ».

⁶⁴ HERMANT G., (1986), *Le Corps et sa mémoire*, p24

⁶⁵ ROBERT-OUVRAY S., (2007), *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*, p42

Portages physique et psychique s'accordent, le portage permet de « *renouer avec une sécurité ébranlée mais dont la trace persiste* ⁶⁶ », sécurité justement mise en péril par le processus démentiel.

Le psychomotricien voit et ressent l'état tonique du patient ce qui le met dans un état affectif particulier et vice-versa. Chacun répond aux vibrations toniques de l'autre par ses propres variations toniques ce qui étaye la représentation des espaces internes et externes. Le tonus est « *un élément limite entre l'espace corporel et l'espace psychique de l'être humain* ⁶⁷ ». Ce lien corps-psychisme tend à se rompre chez Mme B, le tonus et surtout le dialogue tonico-émotionnel semblent être un moyen de le colmater. Le psychomotricien doit être « *capable de ressentir, d'être empathique, [...], d'être avec la personne tout en restant séparé. Il est dans un ajustement tonico-affectif [...]. Cette capacité [...] est « donnée » à la mère [...] : elle est hypersensible aux signaux de l'enfant* ⁶⁸ ». Le psychomotricien tente de s'approcher de cette sensibilité tout en respectant ses limites.

❖ **Accompagner de la symbolisation primaire à la symbolisation secondaire**

En revisitant la relation mère-enfant avec son patient, le psychomotricien l'aide dans le passage de la symbolisation primaire (l'agir) à la symbolisation secondaire (le langage). Une des conditions de ce passage est la fonction de médium malléable du psychomotricien dans l'espace transitionnel du soin psychomoteur.

R. Roussillon a montré la manière dont l'agir est symboligène à travers sa conception de la symbolisation primaire. Il s'agit d'une « *modalité d'appropriation des expériences et éprouvés par une activité de liaison entre des traces mnésiques perceptives et des représentations de choses* ⁶⁹ ». La symbolisation primaire n'est pas encore parlée, elle concerne le corps même, elle est ancrée dans la sensorialité et l'affect. L'ensemble des expériences corporelles de Mme B semblent être une tentative de symbolisation. Face au

⁶⁶ GAUCHER HAMOUDI O., (2007), Le portage au travers des pérégrinations d'une psychomotricienne, *thérapie psychomotrice n°151*, p5

⁶⁷ 65, op.cit, p42

⁶⁸ 65, op.cit, p139

⁶⁹ 63, op.cit, p23

langage de moins en moins accessible, son corps prend le relais et constitue une « *modalité première et primordiale de symbolisation* ⁷⁰ ». Par l'intermédiaire de l'agir, Mme B évacue peut-être des expériences émotionnelles qu'elle n'est plus en mesure de se re-présenter par l'activité de penser. Cet agir me mobilise dans ma capacité de le vivre et de l'éprouver avec Mme B.

J'ai explicité dans ma partie théorique comment l'eau pouvait être un médium malléable au sens de R. Roussillon. En parallèle, le psychomotricien doit être un « *objet-thérapeute suffisamment souple, « malléable », confiant dans sa capacité à accompagner l'autre, pariant que l'aventure aura du sens [...]* ⁷¹ ». Dans les premiers temps du suivi, Mme B me maîtrise en grande partie en me tenant les jambes avec les siennes et en m'emmenant d'un bout à l'autre de la passerelle... Il m'est presque impossible de résister, Mme B ne m'en laisse pas la possibilité. Ma fonction malléable consiste à me laisser faire par Mme B tout en lui signifiant progressivement ce que je ressens, ce qui se passe. Devant les situations de portage qui se profilent après de nombreuses semaines de maîtrise de la part de Mme B, j'é mets l'hypothèse qu'elle a eu besoin d'éprouver notre indestructibilité, notre solidité, notre densité corporelle et notre disponibilité en toutes circonstances pour ensuite pouvoir se laisser soutenir par notre corps en toute confiance.

En étant médium malléable, l'adaptation au plus près de Mme B au début renvoie en écho à Winnicott, au thérapeute suffisamment bon. Nous serions en quelque sorte dans un espace fusionnel où Mme B aurait le sentiment que nous pouvons répondre à toutes ses demandes. Nous serions à ce moment là dans un espace parfois fusionnel où les jeux de repoussés viendraient tout de même marquer la reconnaissance d'une différenciation. Au moment où les jeux sur la distance apparaissent, et plus tard lorsque quelques accordages tonico-émotionnels sont possibles, n'y aurait-il pas là naissance d'un espace « entre » ? De l'espace transitionnel ? Mon ressenti d'un moment hors du temps où Mme B nous amène par l'intermédiaire de son corps des éléments de sa réalité interne pour qu'ils y soient transformés m'évoque véritablement cette notion de l'espace transitionnel. Winnicott donne un exemple de l'aire intermédiaire d'expérience avec « *le petit enfant « perdu » dans son jeu* ⁷² ». J'ai l'impression, moi aussi, d'être « perdue » dans notre séance avec

⁷⁰ 63, op.cit, p21

⁷¹ 63, op.cit, p37

⁷² WINNICOTT D.W., (1971) Jeu et réalité, p47

Mme B. Cet espace pourrait-il enrichir de l'image du corps de Mme B, réenclencher son activité de penser ?

Le processus de symbolisation secondaire consiste en « *un travail de production de la représentation de chose dans l'appareil de langage*⁷³ ». Cette symbolisation secondaire se réamorce sûrement quand Mme B lors de certaines séances nous livre des débuts de phrases. Mis bout à bout, l'ensemble des mots forme un récit cohérent. Je pense notamment à la séance où Mme B nous explique qu'elle aime venir à la balnéothérapie lorsqu'elle est en colère.

Le passage à la symbolisation secondaire est probablement ébauché grâce à notre manière d'accompagner Mme B « là où elle en est » le jour de notre rencontre : nous accueillons ses moments de tristesse en restant auprès d'elle dans un temps calme, en écoutant sa douleur, nous la suivons lorsqu'au contraire elle se livre à ses expériences corporelles parfois déroutantes. Je veux dire par là que nous n'invitions pas Mme B à « faire » quand elle souhaite rester assise sur le fauteuil immergé, nous ne lui interdisons pas d'aller dans le grand bassin ni de s'immerger même si cela est parfois angoissant pour nous... Nous nous adaptons à son état émotionnel, son rythme dans l'espace-temps de la rencontre. « *Ce qui soigne c'est l'expérience selon laquelle sa vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue. La douleur est contenue lorsqu'elle est comprise*⁷⁴ ».

d. Le psychomotricien et l'eau

« [...] dans l'eau, le corps du thérapeute est autant engagé que celui du patient. Et c'est de cet engagement corporel que naît la spécificité d'un travail dans l'eau⁷⁵ »

Chacun entretient un rapport à l'eau qui lui est propre. Il est important pour le psychomotricien d'être conscient de l'impact de l'eau sur lui. En résultera une implication corporelle et émotionnelle singulière. Même s'il a une bonne connaissance de lui, le psychomotricien peut toujours être surpris par la perte des repères habituels, par les mises en jeu corporelles des patients. Nous l'avons bien vu avec Mme B : les corps à corps, les

⁷³ ROUSSILLON R., <http://elendil.univ-lyon2.fr/psycho2/IMG/pdf/doc-226.pdf>

⁷⁴ CICONNE A., (2001), Enveloppe psychique et fonction contenant, 15^{ème} journée de l'Association Rhône-Alpes de Gérontologie Psychanalytique : A Fleur de peau-Enveloppe, contenance et vieillissement, p2

⁷⁵ POTEL C., (1999), Le corps et l'eau, p60

immersions imprévues, le flot de mouvement... Ce fut sa façon singulière de nous rencontrer. Le psychomotricien doit pouvoir s'ouvrir aux implications relationnelles créées par l'eau : modifications de la distance relationnelle, toucher...

La plupart du temps, lorsque j'accompagnais un patient âgé dans la découverte du milieu aquatique (certains n'ont jamais mis les pieds dans une piscine), je redécouvrais l'eau avec lui, j'éprouvais avec lui. Naturellement, je développais une plus grande sensibilité à l'eau : redécouverte de la flottaison, de la résistance de l'eau, de l'enveloppe qu'elle procure, de son pouvoir d'inertie... Il me semble que le psychomotricien a aussi à être attentif à ses sensations pour accompagner au mieux le patient.

Avant de proposer une nouvelle situation au patient, nous l'expérimentons. Je voudrais relater mon vécu de « la marche en double collé » (technique utilisée pour des personnes ayant un syndrome post-chute). Je pense que mon ressenti lors de cette expérimentation peut être très en lien avec les mouvements spontanés de Mme B dans l'eau.

Il s'agit de marcher dans l'eau en posture assise : le patient s'assied contre le psychomotricien qui le tient au niveau des cuisses. Le psychomotricien marche et impulse ainsi les mouvements pour le patient, ce dernier recouvre alors le schème de la marche.

Lors de l'expérimentation de cette marche, j'avais l'impression de retrouver un souvenir corporel enfoui en moi. Cet écho à l'apprentissage de la marche est assez jubilatoire et fondateur, il réveille un souvenir lointain sous la forme non pas d'une image mais d'un vécu. Il en va probablement de même pour Mme B lorsqu'elle expérimente les enroulements, les torsions, le portage... autant d'expériences corporelles fondatrices pour le petit enfant et certainement aussi...pour elle.

Conclusion

Me voilà à la fin de mon mémoire, je remonte à la surface !

Comment conclure cet océan de pensées ?

Tout d'abord, je ne l'ai pas dit, je l'ai sous-entendu dans mes formulations : même si la personne est touchée par la vague démentielle, elle reste malgré tout un sujet, une Personne comme le dit Mme B. Ce sujet conserve une vie psychique même si celle-ci est amoindrie. Le patient souffrant de la maladie d'Alzheimer a le droit au respect, à la dignité, à la prise en compte de sa souffrance.

Ensuite, je voudrais revenir sur la notion d'accompagnement. Ce mot signifie « *aller de compagnie avec quelqu'un, escorter, suivre* ⁷⁶ », or nous ne pouvons suivre le sujet dément dans son égarement. Nous restons sur le rivage de la démence et essayons d'entendre voire de contenir le tumulte qu'elle peut provoquer. La psychomotricité a toute sa place auprès des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer mais elle n'a pas tous les pouvoirs. Elle ne peut prétendre guérir le sujet, au mieux, elle tente de prendre soin de lui, de l'aider à retrouver des liens. Le psychomotricien est aussi confronté à ses propres limites.

Parlons enfin de l'eau et de sa fonction de tiers, c'est un « *territoire « neutre » qui n'est ni celui du patient, ni celui du psychomotricien* ⁷⁷ ». C'est un espace où patient et thérapeute sont soumis aux mêmes effets de pression, de résistance, d'enveloppe... Il s'agit d'un être ensemble avec l'eau comme élément qui nous relie et nous sépare. Je pense alors à l'aspect paternant de l'eau : elle constitue une structure de limites. J'ai beaucoup évoqué le côté maternant au fil de mon mémoire mais notre positionnement par rapport à Mme B a aussi revêtu des fonctions paternantes de dur, de solidité, de protection...

L'eau peut provoquer des craintes de noyade, avoir des effets de perte des limites du corps avec des angoisses de vidage ou de liquéfaction. C'est un pari d'aller dans l'eau ! Surtout avec le sujet dément dont la problématique des limites surgit avec l'avancée du processus

⁷⁶ MONTANI C., Oui, un accompagnement est possible, p195

⁷⁷ FRITIS S., (2010) Dans le silence de ses mots et les cris de son corps, *Thérapie Psychomotrice* n°161, p79

démentiel. Qu'en sera-t-il pour Mme B dans quelques temps ? Cette question est toujours à garder en tête.

A l'heure où je termine, Mme B joue régulièrement à faire semblant d'être une maman qui interdit à son enfant d'aller dans l'eau parce qu'il risque de s'y noyer. Les peurs ou angoisses de finitude de Mme B se révèlent-elles à travers ce jeu?

Bibliographie

LIVRES :

ANZIEU D., (1985), *Le Moi peau*, Vootem, Dunod, 2011

CICONNE A., GAUTHIER Y., GOLSE B., STERN D., (1997), *Naissance et développement de la vie psychique*, Erès, Ramonville Saint-Agne, 2001

CICONNE A. & LHOPITAL M., (1991), *Naissance à la vie psychique*, Paris, 2004, chapitres 2, 3, 7

FREUD S., (1923), *Essai de psychanalyse*, Payot, Paris, 2001, p. 186-195

GOLSE B., (1985), *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Masson, Paris, 1996, chapitre I

HERMANT G., (1986), *Le Corps et sa mémoire, actes du VI^{ème} congrès international de psychomotricité, la haye, 1984*, Doin, Paris, 1986

LABES G. & JOLY F., (2010), *Julian de AJURIAGUERRA et la naissance de la psychomotricité, volume 3 : entre inné et acquis : le bébé et le développement précoce*, Editions du Papyrus, Paris, 2010, chapitres 2, 6, 8, 10, 11

LE GOUES., (1991), *Le psychanalyste et le vieillard*, Puf, Paris, 1991

LE PETIT LAROUSSE COMPACT, (2003), Larousse, Paris, 2003

MONTANI C., (1994), *La Maladie d'Alzheimer « quand la psychée s'égare »*, L'Harmattan, Paris, 2011

POTEL C., (1999), *Le corps et l'eau*, Toulouse, Erès, 2009

POTEL.C, (2000), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, In Press Editions, 2000, chapitre I

ROBERT-OUVRAY S., (2007), *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*, Desclée de Brouwer, Paris, 2011

WINNICOTT D. W., (1971), *Jeu et Réalité*, Gallimard, Paris, 2009

ARTICLES :

CICONNE A., (2001), Enveloppe psychique et fonction contenant, *15^{ème} journée de l'Association Rhône-Alpes de Gérontologie Psychanalytique : A Fleur de peau-Enveloppe, contenance et vieillissement*, p. 1-20

COREAU-GUILLIER S., VILLERBU L.-M., (2006) Facteurs psychoaffectifs de la démence ; d'une hypothétique psychogenèse de la démence, *Neuropsychologie n°35-volume 6*, p. 29-35

FERNANDEZ P., (1997), Au-delà du principe d'Archimède Hypothèses cliniques par le travail de l'eau, *Thérapie Psychomotrice n° 109*, p. 56-64

GAUCHER HAMOUDI O., (2007), Le portage au travers des pérégrinations d'une psychomotricienne, *thérapie psychomotrice n°151*, p. 4-13

GREEN A., (2007), D. Anzieu vu par son jumeau imaginaire : à propos de le penser, du Moi-peau au Moi pensant, *Le carnet Psy n°118*, p. 35-37

GROSCLAUDE M., (1995), Démence : « retrouver » le sujet, *Le Journal des psychologues*, n°127, p. 58-61

HAAG G., (1988), Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°1, p. 1-8

LE GOUES G., (1991), Psychopathologie de la démence et ses conséquences sur l'entourage, *Confrontations Psychiatriques n°33*, p. 89-100

LEPLAT F., (2010), Psychomotricité de groupe : espace de maturation émotionnelle, *Thérapie psychomotrice n°162*, p.102-114

LIVOIR-PETERSEN M.F., (2009), Le dialogue tonico-émotionnel, un gué qui permet au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme, *Thérapie psychomotrice n° 157*, p.96-107

MONTANI C., (1995), Oui, un accompagnement est possible, *Psychologie médicale n°27 spécial 3*, p.195-196

ROBERT-OUVRAY S., (1999), Le corps étai de la psychée, *thérapie Psychomotrice n°117*, p. 46-61

ROY P., (2001), De l'eau de vie à l'eau de mèr(e), *Santé mentale n°60*, p. 55-58

VIGIER C., (2009), La psychomotricité : ou de la fonction d'étayage et de lien dans la maladie d'Alzheimer, *thérapie psychomotrice n°160*, p. 38-49

MEMOIRE :

VOUILLON Mélanie, « Contiens-moi, portes-moi... » : Apports de la psychomotricité et de l'eau dans l'émergence et le développement d'une fonction de contenance psychocorporelle, UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE – PARIS VI, 2010

SITE INTERNET :

<http://elendil.univ-lyon2.fr/psycho2/IMG/pdf/doc-226.pdf>