

<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 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

« *Je vous accueille chez vous* »

Le cadre thérapeutique psychomoteur au domicile d'une personne atteinte
de la maladie d'Alzheimer, être reçu pour accueillir la souffrance

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Jaël GELAY

Juin 2020

N°1562

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. VERHAEGHE Damien

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

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

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. COCHAT Pierre**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine
Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

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

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Fawzia RAMDANI

REMERCIEMENTS

Merci à toutes mes maîtres de stage : Vinciane, Agathe, Céline, pour leurs conseils riches et pour m'avoir transmis avec bienveillance leurs connaissances et leurs expériences. J'ai une pensée particulière pour Véromot et Blandine qui m'ont accompagnée pendant cette troisième année et qui m'ont aidée à prendre confiance et à me construire en tant que future professionnelle.

Merci aux structures qui m'ont accueillie, aux différents membres des équipes pluridisciplinaires qui m'ont fait découvrir leurs spécificités et à tous ces patients qui m'ont permis d'affiner mes observations et mes réflexions psychomotrices.

Merci à l'équipe pédagogique pour leur enseignement, leur investissement et leur accompagnement pendant ces trois années, que ce soit à la faculté ou à distance.

Merci à ma maître de mémoire, Jeanne-Laure Eeckhout pour le temps qu'elle a passé à me relire, m'aiguiller, me corriger, et me conseiller avec passion. Merci de m'avoir rassurée tous les week-ends au téléphone en cette période difficile de confinement.

Merci à mes relecteurs dont Sandrine qui ont pris le temps de me corriger et de me faire part de leurs précieuses remarques.

Merci à ma promotion. Quelle année 2020 ! Confinés et survivants du coronas virus, nous n'avons pas terminé l'année ensemble mais ce n'est que pour mieux nous retrouver. Merci pour tous ces moments de partage d'émotions, de plaisir et d'humanité. Merci Aurélie de me supporter depuis la préparation aux concours. Merci Aurore pour ton exemple de courage et de force qui m'ont interdit d'abandonner. Merci Emma et Audrey sans qui je n'aurais jamais réussi, merci pour votre soutien et notre belle amitié.

Merci à mes amis, mes proches et surtout mes parents de m'avoir soutenue matériellement et psychiquement et de m'avoir supportée pendant mes grandes périodes de stress.

Ma maison, c'est mon château, c'est le lieu de mon intimité, celui dont je peux interdire l'accès, celui dont j'ai la clé. (...) C'est aussi le lieu que je peux ouvrir, où je peux recevoir mes amis, ceux à qui je m'intéresse et à qui j'offre ce privilège. (...)

Ma maison, c'est aussi le prolongement de moi-même, celui que je connais tellement je m'y dirige sans le voir, où je sais, sans en être toujours conscient, où se trouve chaque objet, chaque pli, chaque fissure.

(Laroque, 2011)

SOMMAIRE

LEXIQUE	
INTRODUCTION	1
PARTIE CLINIQUE	3
1 Présentation de mon lieu de stage	3
1.1 Description de la structure et de son fonctionnement	3
1.1.1 Naissance de l'Équipe Spécialisée Alzheimer à Domicile et cadre légal ..	3
1.1.2 Portrait de l'équipe soignante	5
1.1.3 Parcours de soin et organisation des séances en ESAD	6
1.2 Ma place en tant que stagiaire	6
2 Étude de cas : une prise en charge psychomotrice au domicile de Madame D.	7
2.1 Présentation de Madame D.	7
2.1.1 Notre première rencontre	7
2.1.2 Anamnèse et histoire de la maladie	10
2.1.3 Contexte familial	11
2.1.4 Profil psychomoteur	14
2.1.5 Objectifs de la prise en charge	16
2.2 Un cadre d'intervention particulier	16
2.2.1 L'organisation temporelle de la séance	17
2.2.2 Description de l'appartement et organisation spatiale des séances	17
2.2.3 La position de la psychomotricienne dans la prise en charge	19
2.2.4 Mon implication durant la séance	19
3 Les séances de psychomotricité avec Madame D.	19

3.1	Des séances orientées autour de la régulation tonique	19
3.1.1	Un tonus élevé	19
3.1.2	Une impossibilité à parvenir au relâchement	20
3.1.3	Mise en place d'un temps de relaxation	21
3.2	L'espace de soin psychomoteur dans un lieu de vie	23
3.2.1	L'intrusion de la famille dans l'espace de soin	23
3.2.2	L'intrusion du psychomotricien dans l'intimité	25
3.2.3	Le domicile reflétant le contexte familial	25
3.3	Les adaptations du soin et l'émergence d'une alliance thérapeutique	27
3.3.1	Permettre le temps de relaxation	27
3.3.2	La régulation tonique au profit de la décharge motrice	28
3.3.3	La mise en mot et le renforcement de l'alliance thérapeutique	29
PARTIE THÉORIQUE		32
1	Le vieillissement	32
1.1	Le vieillissement normal	32
1.1.1	Définition du vieillissement	32
1.1.2	Effets du vieillissement normal sur l'organisme	33
1.1.3	L'acceptation de la perte	34
1.2	Le vieillissement pathologique : le cas de la Maladie d'Alzheimer	34
1.2.1	Symptômes	35
1.2.2	Évolution et traitements	37
2	Vers une définition du cadre thérapeutique en psychomotricité	38
2.1	Qu'est-ce que le cadre ?	38

2.2	Le cadre interne du psychomotricien	38
2.2.1	Le savoir	39
2.2.2	Le savoir être	39
2.2.3	Le savoir faire	40
2.3	Le cadre externe	41
3	L'instauration et les fonctions du cadre thérapeutique en lien avec l'engagement du psychomotricien	42
3.1	Le cadre comme espace sécurisant	42
3.1.1	Le cadre délimite l'intérieur et l'extérieur	42
3.1.2	L'intériorisation des limites : la notion d'enveloppe psychique	43
3.1.3	L'état de disponibilité du psychomotricien	44
3.1.4	L'espace de soin psychomoteur : un lieu de décharge mais surtout un lieu d'expression	45
3.2	La capacité contenant du psychomotricien pour soutenir le cadre de soin ...	46
3.2.1	Accueillir les éprouvés pour mettre du sens	46
3.2.2	L'implication corporelle du psychomotricien	47
3.2.3	Contenir pour empêcher le débordement	48
4	La maladie d'Alzheimer et le soin en psychomotricité : des spécificités à prendre en compte pour installer le cadre thérapeutique	49
4.1	L'entrée dans la maladie au sein du foyer	49
4.1.1	L'état de dépendance.....	49
4.1.2	Le domicile : un lieu de repli.....	50
4.2	Une altération de la vie psychique se répercutant au quotidien	51
4.2.1	Une pensée qui se délie.....	51

4.2.2	Une fragmentation temporelle	52
4.2.3	Une gestion des émotions difficile	53
4.3	D'autres types de mémoire sur lesquelles le psychomotricien peut s'appuyer pour penser le soin	54
4.3.1	Une mémoire émotionnelle	54
4.3.2	Une mémoire musicale.....	55
PARTIE THÉORICO-CLINIQUE		57
1	L'intervention du psychomotricien en ESAD : le cadre thérapeutique réinterrogé ..	57
1.1	Délimiter physiquement le lieu de soin	57
1.1.1	Le domicile : un lieu personnel, un lieu étranger	57
1.1.2	S'adapter à des conditions concrètes.....	58
1.2	S'appuyer sur les qualités du domicile et le cadre interne pour interioriser l'espace thérapeutique.....	61
1.2.1	La qualité sécurisante liée au lieu de vie	61
1.2.2	Une fermeture physique et psychique de l'espace de soin	63
1.3	La place accordée au patient et les données recueillies au domicile	64
1.3.1	Placer le patient comme acteur principal de la prise en charge	64
1.3.2	Au cœur de l'intimité pour mieux accompagner.....	65
2	Assurer une continuité dans le soin quand la mémoire fait défaut	66
2.1	Quand le cadre ne semble pas laisser de traces	66
2.1.1	Installer son cadre à chaque séance	66
2.1.2	Des stratégies pour inscrire la continuité	66
2.2	Quand la relation et l'émotion laissent une trace	67

2.2.1	Des événements oubliés mais un sentiment de familiarité	67
2.2.2	L’empreinte musicale	68
2.2.3	Un lien de confiance conduisant à l’alliance thérapeutique.....	69
3	La contenance du psychomotricien au profit de la maladie d’Alzheimer	70
3.1	Quand le langage fait défaut le corps parle	70
3.1.1	Un tonus reflétant l’état interne.....	70
3.1.2	Le dialogue tonico-émotionnel pour autoriser le relâchement.....	71
3.1.3	L’agitation motrice en réponse à la déliaison psychique	72
3.2	Le psychomotricien reçu au domicile pour accueillir la souffrance.....	73
3.2.1	Protéger contre le débordement émotionnel.....	73
3.2.2	L’extériorisation qui devient expression.....	74
3.2.3	Donner du sens à la perte	75
CONCLUSION.....		77
BIBLIOGRAPHIE		
ANNEXE		

LEXIQUE

APA : Allocation Personnelle d'Autonomie

ASG : Assistante de soins en Gériologie

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

EGP : Examen Gériologie-Psychomoteur

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESAD : Équipe Spécialisée Alzheimer à Domicile

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie

MMS : Mini Mental State

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PECPA-2R : Protocole d'Examen Cognitif de la Personne Âgée - version 2 Révisée

SSIAD : Service de Soins Infirmier À Domicile

INTRODUCTION

Été 2017, en attendant les résultats des concours d'entrée en école de psychomotricité, je travaille plusieurs mois en tant qu'aide à domicile. Je développe le goût d'être en relation avec les personnes âgées. Je me souviens d'ailleurs de cette dame qui peine à trouver ces mots lors de nos échanges. À cette époque, je ne sais encore pas véritablement comment la soutenir. Lorsque j'entre en deuxième année de psychomotricité, je choisis de réaliser mon premier stage clinique en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) afin de découvrir ce que peut apporter ce beau métier auprès de cette population. Je porte alors un grand intérêt à l'accompagnement du psychomotricien auprès des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. En troisième année, j'entreprends de réaliser l'un de mes stages longs en gériatrie et finalement je tombe par hasard sur l'Équipe Spécialisée Alzheimer à Domicile (ESAD). Le hasard fait bien les choses.

Dans le cadre de ce stage, je me rends au domicile de Madame D. atteinte de la maladie d'Alzheimer. Je suis d'abord interpellée par sa régulation tonique particulière dont sa difficulté à accéder au relâchement. Je m'interroge également sur la relation conflictuelle qu'elle entretient avec son mari qui semble avoir un effet sur son tonus. Je remarque effectivement l'influence du contexte familial en séance, nous intervenons sur un lieu de vie et indéniablement cela a des répercussions sur notre prise en charge. C'est alors que je me demande comment notre entrée dans l'appartement peut signer le passage d'un espace de vie à un espace de soin psychomoteur. J'en viens ainsi à m'intéresser davantage au cadre thérapeutique psychomoteur au domicile d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Je prends conscience que les capacités d'adaptation et d'imagination du psychomotricien sont encore plus convoquées pour maintenir le cadre.

Je me rends compte que la problématique du soin ou de l'accompagnement à domicile invoque de nombreux intervenants : infirmières, aides à domicile, et auxiliaires de vie viennent et se succèdent au logement d'une personne âgée dépendante. À l'écriture de ce mémoire, je réalise alors qu'il me faut bien différencier le rôle spécifique et les objectifs du psychomotricien qui intervient à domicile. Ainsi, je vais tenter d'éclairer cette question : **en quoi la psychomotricité au domicile d'une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer réinterroge particulièrement le cadre thérapeutique psychomoteur ?**

Dans un premier temps, je vais décrire le fonctionnement d'une ESAD pour ensuite vous présenter Madame D. et le contexte de l'intervention. Je vais alors vous exposer les différentes observations et réflexions qui m'ont interpellées lors de cette prise en charge.

Dans un deuxième temps, je vais développer différents postulats théoriques relatifs au vieillissement normal et à la maladie d'Alzheimer qui sont à prendre en compte pour penser le soin. Puis, je vais définir le cadre thérapeutique psychomoteur, pour parler de ses fonctions et du rôle du psychomotricien dans le maintien de celui-ci.

Enfin, dans une dernière partie, je vais éclairer mes réflexions cliniques par la théorie afin de comprendre ce qui m'a amenée à réinterroger le cadre thérapeutique au domicile de Madame D. Sur la base de mon étude de cas et d'une vignette clinique, je vais décrire comment le psychomotricien peut s'appuyer sur les modalités du domicile pour garantir un espace privilégié au patient, assurer la continuité du soin et une fonction contenante.

PARTIE CLINIQUE

1 Présentation de mon lieu de stage

1.1 Description de la structure et de son fonctionnement

1.1.1 Naissance de l'Équipe Spécialisée Alzheimer à Domicile et cadre légal

La Circulaire Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)/SD3A n° 2011-110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (mesure n° 6) décrit l'émergence et les différentes missions de l'Équipe Spécialisée Alzheimer à Domicile.

L'ESAD est en effet une disposition relativement récente qui s'appuie sur un cadre légal précis.

La Circulaire mentionne que lors du plan Alzheimer 2008-2012, l'accent est porté sur l'amélioration de la qualité de vie des malades et des aidants grâce à un accompagnement non médicamenteux. Il en découle « *la mise en place d'une prise en charge adaptée à domicile afin de permettre à la personne malade de continuer à vivre à son domicile si elle le désire* » (2011). Les ESAD sont alors expérimentées, puis à partir de 2011 elles se développent progressivement.

L'ESAD est rattachée à ce qu'on appelle une structure porteuse, il s'agit d'un Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD).

Selon la Circulaire, cette équipe s'adresse à des personnes âgées « *atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées en théorie diagnostiquées* » (2011). En pratique, je remarque que la plupart des personnes que nous suivons n'ont pas toujours un diagnostic qui a clairement été établi.

Il est précisé dans ce même document que les troubles cognitifs doivent être « *à un stade léger ou modéré pouvant faire l'objet d'une intervention de réhabilitation (conservant une mobilité, une capacité d'attention, une capacité de compréhension)* » (2011). Je remarque également qu'en pratique nous pouvons avoir une prescription pour des patients avec des troubles avancés que ce soit au niveau cognitif ou moteur. L'équipe intervient sur prescription médicale pour douze à quinze séances « *de soins d'accompagnement et de réhabilitation* » (2011) à domicile. L'accompagnement est entièrement pris en charge par l'assurance maladie, il est renouvelable tous les ans. C'est une prise en charge individuelle

qui a lieu au domicile de la personne « *en aucun cas, les équipes spécialisées ne peuvent intervenir sous forme d'atelier ou de séances collectives* » (2011).

Toujours selon la Circulaire « *les soins de réhabilitation et d'accompagnement sont limités dans le temps (prescription d'une durée de trois mois maximum, renouvelable tous les ans)* » (2011). Pour autant, je remarque qu'en réalité le suivi peut durer beaucoup plus longtemps car il est dépendant de la disponibilité du patient (presque six mois dans certains cas). Sur mon lieu de stage, chaque rencontre au domicile dure une heure. Il s'agit d'une séance hebdomadaire.

Envers le malade, l'ESAD a pour objectifs principaux de réduire les symptômes, de maintenir ou de développer les capacités résiduelles pour permettre le maintien à domicile le plus longtemps possible. Elle permet d'accompagner la personne dans l'acceptation de la maladie et de ses répercussions au quotidien.

L'équipe s'intéresse également à l'entourage de la personne. La Circulaire parle « *d'une action auprès de l'aidant permettant d'améliorer ses compétences 'd'aidant' (communication verbale et non verbale, éducation thérapeutique)* » (2011). L'ESAD intervient auprès des aidants naturels et professionnels dans la compréhension de la maladie et des troubles associés, ainsi que dans la mise en place des aides nécessaires. Néanmoins, je remarque tout au long de ce stage qu'il est parfois difficile de savoir quelle est la place accordée à l'aidant dans le suivi. La Circulaire précise que l'équipe « *n'a pas vocation à faire du soutien à l'aidant (bien que la prestation réalisée ait pour incidence secondaire de soulager l'aidant et d'améliorer les relations patients/aidants)* » (2011). Il est donc demandé de s'intéresser à l'aidant sans pour autant réaliser une prise en charge familiale.

L'ESAD où j'effectue mon stage peut alors proposer des solutions de relais aux aidants. En effet, au sein du SSIAD, il y a une plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer qui propose un soutien individuel avec la psychologue pour conseiller, prévenir l'épuisement et trouver des solutions de répit.

L'équipe a aussi un rôle à jouer sur l'environnement du patient, elle peut proposer des adaptations pour « *améliorer le potentiel cognitif, moteur et sensoriel des personnes ainsi que la sécurité* » (Circulaire DGCS/SD3A n° 2011-110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (mesure n° 6), 2011). Le but de ces différents aménagements est l'amélioration de la vie quotidienne des personnes et de leurs aidants.

1.1.2 Portrait de l'équipe soignante

Sur mon lieu de stage, l'équipe spécialisée est composée d'une infirmière coordinatrice, d'une ergothérapeute, d'une psychomotricienne et de trois Assistantes de Soins en Gériatrie (ASG).

La psychomotricienne et l'ergothérapeute sont les soignantes en charge des patients. Elles n'interviennent pas en même temps, seule l'une d'entre elle évalue les capacités et les difficultés du patient et organise le suivi. Au sein de l'équipe, elles occupent le même statut et ont le même rôle de supervision auprès des ASG. Néanmoins, elles exercent de façon spécifique leur propre métier. Je vais ainsi vous décrire plus précisément le travail de la psychomotricienne au sein de l'ESAD.

La psychomotricienne détermine le besoin ou non d'intervention de l'ESAD auprès de la personne à son domicile, au cours de la première visite et du bilan. Par le moyen de tests, elle évalue les capacités cognitives et psychomotrices ainsi que l'autonomie de la personne.

À la suite de ces séances de bilan, elle adresse au médecin prescripteur un compte rendu mettant en évidence ses observations et le plan individualisé de soins de réhabilitation avec les objectifs de la prise en charge. En prenant en compte la demande du patient et ses besoins, elle va pouvoir proposer des activités, aides techniques, adaptations pour pouvoir réaliser les objectifs. Elle assure seule les premières séances puis donne le relais à une ASG lors de la quatrième séance. Par la suite, elle encadre l'ASG dans le suivi, la mise en œuvre et la réévaluation du projet individualisé.

Il peut arriver que la psychomotricienne ou l'ergothérapeute effectue le suivi du début à la fin en fonction des difficultés des patients. Par exemple, si la personne présente un trouble relevant tout particulièrement d'un suivi psychomoteur, la psychomotricienne peut alors effectuer les quinze séances. Nous pouvons retrouver également ce genre de situation lorsque la personne est en difficulté pour faire confiance à une personne extérieure à son entourage. Si le thérapeute a veillé à sécuriser la personne pour commencer à créer une alliance thérapeutique, passer le relais à une ASG ne serait alors pas approprié pour la suite du suivi.

L'orientation d'un patient vers l'un des deux thérapeutes (psychomotricienne ou ergothérapeute) est en lien, dans la mesure du possible, avec la problématique du patient. Par exemple, un patient dont l'aménagement du domicile est une demande principale sera plutôt dirigé vers l'ergothérapeute, à l'inverse un patient avec un trouble du schéma corporel

sera préférentiellement orienté vers le psychomotricien. Malheureusement, les contraintes d'emploi du temps et d'organisation ne permettent pas toujours cette disposition.

1.1.3 Parcours de soin et organisation des séances en ESAD

Séance 0 (visite d'admission) : la thérapeute en charge du patient (psychomotricienne ou ergothérapeute) rencontre le malade et son aidant principal pour recueillir les informations d'anamnèse, les difficultés au quotidien, les habitudes de vie ainsi que les demandes du patient et de la famille.

Séance 1 – 3 (bilan initial) : la thérapeute évalue le patient. Ma maître de stage évalue les fonctions cognitives sur une séance, avec le Mini Mental State (MMS) et le Protocole d'Examen Cognitif de la Personne Âgée - version 2 Révisée, (PECPA-2r). Puis, elle réalise sur deux séances un bilan psychomoteur. À l'issue de ces trois séances, elle rédige le compte-rendu.

Séance 4 (relais avec l'ASG sauf si le suivi est fait intégralement par la thérapeute) : la thérapeute vient accompagnée de l'ASG qui effectuera le reste des séances seule avec le patient tout en continuant à travailler sur les objectifs du projet individualisé.

Séance 8 (évaluation de la prise en charge) : l'ASG fait un retour au thérapeute sur l'évolution du suivi. C'est un moment où les deux professionnelles échangent sur le patient et discutent sur de possibles améliorations du suivi. Elles peuvent alors s'interroger si besoin, sur la manière dont sont organisées les séances, sur la nécessité ou non de changer les objectifs. Elles s'assurent conjointement que les objectifs sont toujours au centre de la prise en charge.

Séance 15 (synthèse) : la thérapeute en charge du patient, l'ASG qui a effectué le suivi, le patient et son aidant principal discutent de l'accompagnement qui a été proposé, des ressentis, et de l'éventuelle évolution observée. Les professionnelles de santé peuvent orienter le patient et la famille vers d'autres possibilités d'aides (plateforme de répit, Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie (MAIA), accueil de jour, ateliers mémoire, activités avec l'auxiliaire de vie...). Un écrit de bilan final est rédigé à l'issue de cette rencontre.

1.2 Ma place en tant que stagiaire

Dans le cadre de mon stage de troisième année et avec l'accord de l'infirmière coordinatrice, la psychomotricienne a fait en sorte de ne pas passer le relais à l'ASG à la quatrième séance. Je participe donc avec elle aux quinze séances, ce qui me permet

d'observer l'évolution des patients. Je suis également amenée à me rendre en autonomie chez des patients pour effectuer le bilan psychomoteur et la suite des séances.

Afin de rendre plus claires mes explications, j'ai choisi de nommer ma maître de stage Rose.

2 Étude de cas : une prise en charge psychomotrice au domicile de Madame D.

2.1 Présentation de Madame D.

Tout d'abord, je souhaite vous apporter une courte description physique de Madame D. pour vous permettre de mieux vous représenter la suite de mes éléments cliniques.

Madame D. est une femme âgée de quatre-vingt-quatre ans. Elle est de taille moyenne, mince et svelte. Elle se tient plutôt droite et est à l'aise dans ses mouvements et déplacements. Au niveau de son visage, ses traits sont fins avec des rides marquées, elle a la peau claire. Ses cheveux sont courts, épars avec une coloration châtain qui n'est pas entretenue. Elle porte des lunettes. Quand je la rencontre, Madame D. a une tenue adaptée et soignée, elle est souvent vêtue d'un pantalon en *jean* avec un tee-shirt à manche longues.

2.1.1 Notre première rencontre

Avant de vous détailler précisément l'anamnèse et le profil psychomoteur de Madame D., je fais le choix de vous parler de notre première rencontre.

Je souhaite vous illustrer au mieux la façon dont mes réflexions se sont mises en place lors de cette prise en charge. Lors de cette première rencontre, je suis alors en position relativement neutre car je connais très peu l'histoire de Madame D. Ma maître de stage me propose de ne pas trop me donner d'informations à propos de la patiente.

Je découvre Madame D. le premier jour de mon stage en octobre 2019. Ce matin-là, j'ai juste le temps de visiter brièvement les locaux de l'ESAD et de découvrir rapidement quelques membres de l'équipe. Tout est nouveau pour moi. Rose m'explique alors qu'il est déjà l'heure de partir pour la première prise en charge de la journée.

Je sais seulement que Madame D. est atteinte de la maladie d'Alzheimer et que l'ESAD intervient chez elle pour un troisième suivi. Elle vit avec son époux Monsieur D. Ma maître de stage m'explique que nous nous rendons au domicile de Monsieur et Madame D. pour la visite d'admission (séance 0) c'est-à-dire que je vais assister au démarrage du suivi.

Nous nous dirigeons vers le domicile à pied. Le simple fait d'arpenter les rues pour aller rencontrer un patient est une source d'excitation pour moi, j'ai hâte de découvrir cette nouvelle facette du métier de psychomotricien.

Même si l'équipe est déjà intervenue auparavant chez Madame D., Rose m'explique que la visite d'admission reste une étape primordiale. Je rappelle que les suivis sont renouvelables tous les ans. Chaque nouveau suivi se déroule de la même manière chronologique, il y a toujours une visite d'admission même si l'équipe connaît déjà le patient en question.

Rose ne va pas retracer toute l'histoire de vie dans le détail comme pour une toute première rencontre mais parcourir rapidement l'anamnèse avec la personne. Cette étape permet d'actualiser les informations mais aussi de renouer le lien entre le patient, l'aidant et le professionnel. C'est également un premier moyen de repérer où en est la maladie. Nous allons pouvoir observer comment le patient est capable de répondre aux questions, voir son comportement et ses capacités d'expression.

Nous arrivons devant une allée d'immeuble, la psychomotricienne sonne à l'interphone et se présente. La porte d'entrée s'ouvre et nous montons au premier étage. Madame D. a déjà ouvert sa porte. Au même moment, une femme arrive derrière Madame D., et nous invite à rentrer.

Il s'agit de la fille de Madame D., qui habite l'immeuble voisin. C'est une très grande femme qui comparée à sa maman a une stature imposante. Je remarque néanmoins qu'elle a des difficultés pour marcher, elle boite. La fille de Madame D. nous invite au séjour, nous nous asseyons autour d'une table rectangulaire. Je m'installe en bout de table. En face de moi, il y a Madame D., à ma gauche sa fille et à ma droite la psychomotricienne. Je vois donc convenablement toutes les personnes pendant cette discussion.

Je remarque chez Madame D. des mouvements corporels qui semblent être des réactions de préstance : elle a l'air stressé, elle se tient les mains et les manipule. Elle fixe la plante qui est derrière la table. Nous venons à peine de nous asseoir, la discussion n'a pas encore commencé. Soudainement, Madame D. se lève, sa fille la regarde et lui demande « *Mais qu'est-ce que tu fais ? Viens t'asseoir avec nous* ».

Je perçois chez Madame D. un regard impuissant, elle essaie de s'exprimer mais est en difficulté pour faire une phrase, elle montre la plante près de la fenêtre. Elle part dans la cuisine et revient avec des ciseaux, elle va alors couper une feuille jaune fanée sur la plante. Sa fille est gênée et lui dit d'aller jeter cette feuille et de revenir avec nous, car ce n'est pas le moment de faire cela. Son ton est assez autoritaire. Je perçois des micro-expressions au

niveau du visage de Madame D., elle fronce les sourcils et ouvre la bouche comme si elle voulait répondre mais en vain. Elle soupire, j'ai l'impression qu'elle est agacée de ne pas pouvoir s'exprimer. Elle va jeter la feuille et revient s'asseoir avec nous. La visite vient à peine de commencer et l'ambiance est assez pesante dans la pièce.

Sa fille prend la parole et nous explique qu'elle dort chez ses parents depuis quelques jours car son père est hospitalisé pour une pneumopathie due à une complication de son cancer des poumons. Elle nous relate que sa mère ne peut rester seule à la maison, elle n'arrive plus à faire les tâches simples de la vie quotidienne comme la cuisine, le ménage ou sa toilette. Elle a perdu en autonomie et son mari perd patience. Elle se lève plusieurs fois dans la nuit même si elle prend un cachet pour dormir. Madame D. ne fait pas de sieste et n'est pas fatiguée le soir.

La fille de Madame D. est préoccupée par son père, il refuse l'aide et veut continuer à diriger le foyer comme il l'a toujours fait. Selon elle, son père serait dans le « *déni* » des troubles de Madame D. De plus, toujours selon les dires de la fille, Monsieur D. a du mal à accepter de payer les aides, non pas parce qu'il n'a pas les moyens financiers mais parce qu'il est soucieux de ses dépenses. Elle s'inquiète car il est très fatigué par sa propre maladie, elle souhaite mettre en place des aides pour son retour à la maison.

La psychomotricienne incite alors la fille de Madame D. à commencer les démarches pour instaurer des aides à la toilette. Elle propose de demander au SSIAD d'effectuer les soins en attendant que le dossier Allocation Personnelle d'Autonomie (APA) soit complet et effectif. La fille propose alors d'appeler Monsieur D. par téléphone pour qu'il nous renseigne sur l'endroit où est rangée la carte vitale. Elle donne alors le téléphone à la psychomotricienne. Rose discute un peu avec lui et il réussit à reconnaître qu'il va avoir besoin d'aide.

Rose s'adresse alors à Madame D. et lui explique qu'elle a besoin de quelques renseignements pour la prise en charge par l'ESAD. Elle lui demande son nom de jeune fille, Madame D. n'arrive pas à le retrouver. Sa fille insiste en lui disant qu'elle le connaît très bien, « *comment elle s'appelle ta mère ?* ». Madame D. ne réussit pas à répondre, elle cherche ses mots mais rien ne sort. Rose propose de passer à autre chose, et de ne pas s'attarder sur la question.

L'ambiance est davantage tendue, la fille de Madame D. est aux aguets, elle persévère quand sa mère ne trouve pas les réponses aux questions. Au fond de moi j'ai envie de lui dire d'arrêter, cela m'agace qu'elle s'acharne sur sa maman qui est en difficulté. Mais en y réfléchissant, j'ai l'impression que la fille de Madame D. se retrouve dans une grande

détresse et ne sait plus vraiment comment réagir face aux pertes de sa mère. De son côté, Rose a un ton très apaisant, elle essaie de tempérer pour détendre l'atmosphère. Elle ne persiste pas sur les questions et rassure Madame D.

Elle oriente alors la discussion autour des ressentis de Madame D., qui depuis le début de l'entretien a l'air si impuissante face à la situation. Madame D. paraît effacée alors qu'elle est l'actrice principale de cette visite. Elle l'interroge sur l'état de son moral et lui propose des mots pour l'aider à répondre : « *vous m'aviez dit que vous étiez plutôt d'un tempérament stressé et angoissé, est-ce que cela s'est accentué avec la maladie ?* », Madame D. lui donne une réponse verbale affirmative.

À ce moment-là, Madame D. regarde par la fenêtre et tire le rideau. Sa fille nous dit qu'elle aime beaucoup sortir dehors dans le quartier, aller vider la poubelle est un petit moment de liberté pour elle. Néanmoins, dernièrement Madame D. qui devait juste sortir en bas de l'immeuble s'est rendue seule en ville. Le podologue de la famille l'a aperçue devant son cabinet. Inquiet, il a prévenu la fille du couple. Depuis, Monsieur D. et sa fille ne veulent plus la laisser sortir toute seule de peur que Madame D. se perde.

À travers cette première rencontre, je prends conscience que l'écoute attentive et le conseil auprès des patients et de leurs aidants sont très importants en ESAD. Nous ne venons pas seulement pour prendre en compte les fonctions psychomotrices de Madame D. Nous sommes là pour améliorer son quotidien et pour soulager les aidants en les dirigeant et en les accompagnant dans leurs démarches pour mettre en place les aides nécessaires.

Nous quittons Madame D. et sa fille. Je tends la main à Madame D. en lui disant au revoir, elle me regarde en souriant et me dit « *bonjour* ». Je suis un peu troublée, la situation pourrait faire sourire en raison de son absurdité mais elle est davantage bouleversante car révélatrice de la maladie. Madame D. semble associer de façon automatique le mot bonjour à la poignée de main. C'est mon premier jour de stage, je voudrais réagir de façon adaptée mais je ne sais pas trop comment faire, je suis à la fois surprise et attristée par l'événement. Je la regarde et lui dis « *à bientôt* ».

2.1.2 Anamnèse et histoire de la maladie

À la suite de ce premier rendez-vous, ma maître de stage me donne accès au dossier médical de Madame D. Dans ce dossier sont répertoriés les deux suivis précédents avec les comptes rendus de bilan et les évolutions séance par séance. Il y a aussi les informations concernant l'anamnèse et les ordonnances médicales.

D'après son dossier médical, j'apprends que Madame D. est née en mai 1935 dans la ville où elle réside actuellement. Elle a toujours habité dans le même secteur. À quatorze ans, elle obtient son certificat d'étude et travaille comme brodeuse puis plus tard comme secrétaire. Elle se marie en 1953 avec Monsieur D., deux filles naissent de leur union.

Aujourd'hui, elle vit avec son mari dans un appartement au premier étage sans ascenseur. L'une de leur fille est davantage présente au quotidien car elle habite l'immeuble voisin. Ils se sont d'ailleurs beaucoup occupés de cette dernière car elle a été veuve très jeune et a eu un lourd cancer. L'autre fille réside à environ trente kilomètres de chez ses parents.

Je lis également dans le dossier, que Madame D. se décrit comme quelqu'un qui a toujours été très sportive et comme une femme active. Dans sa jeunesse, elle pratique du basket, de la gymnastique et de la danse rythmique. Une fois arrivée à la retraite, elle fait énormément de marche avec son mari, mais à la suite des complications pulmonaires de celui-ci, ils cessent progressivement ce sport. Au niveau de sa vie sociale, elle explique qu'auparavant elle sortait beaucoup, et qu'elle participait aux activités du quartier et aux voyages organisés par la ville. Madame D se décrit également comme quelqu'un de « *maniaque* » qui a besoin de faire le ménage régulièrement.

Dans ses antécédents médicaux, Madame D. rapporte avoir eu un kyste au sein. Elle faisait des malaises vers l'âge de vingt ans, et d'après les propos du couple, le médecin leur aurait dit que ces malaises expliqueraient peut-être la maladie d'Alzheimer. Elle a également fait plusieurs chutes non traumatiques, elle les explique par de l'inattention, par sa volonté de toujours foncer, et son incapacité à se reposer.

Vers le début de l'année 2016, le couple se rend compte que Madame D. a des petits oublis et un manque du mot. Elle est alors suivie par la consultation mémoire de l'hôpital. À la suite de ce rendez-vous, le médecin prescrit une intervention de l'ESAD (un suivi en 2017, un renouvellement en 2018 et un renouvellement en 2019), et la participation à des ateliers mémoires à l'hôpital de février à juin 2018 (puis un renouvellement en février 2019). Madame D. se rend également une fois par semaine en accueil de jour.

2.1.3 Contexte familial

Dans une prise en charge à domicile, nous intervenons sur le lieu de vie du patient. Mais c'est également le lieu de vie de la famille.

Dans un cabinet libéral, la salle d'attente est un espace où la famille peut attendre durant la séance. Dans une chambre d'hôpital, le soignant peut demander à la famille de sortir

pendant le soin. Au domicile, nous avons un rôle à jouer auprès de la famille pour poser notre cadre de soin, et la famille a une influence d'autant plus importante sur notre prise en charge. L'ESAD a pour objectif principal la prise en charge du patient, elle doit également soulager les aidants sans pour autant les inclure complètement dans les séances. Elle leur apporte plutôt un soutien pour mettre en place des aides et leur fournit les clés pour mieux comprendre la maladie et avoir un comportement adapté avec leur proche. Néanmoins, les membres de la famille peuvent avoir certaines difficultés à comprendre quelle est leur place dans la prise en charge et peuvent envahir l'espace de soin, c'est au psychomotricien d'essayer d'établir clairement la place de chacun. Il me paraît donc primordial de vous préciser le contexte familial de Madame D, et donc de vous présenter plus particulièrement le mari de celle-ci.

Avant de découvrir Madame D., j'ai peu de renseignements sur son histoire, les seules informations que l'on me donne sont objectives. Je n'ai alors pas matière à l'imaginer avant la visite d'admission. En revanche, lors de cette première rencontre, j'apprends certains éléments sur le mari de Madame D. notamment sur sa santé et sur sa personnalité. Des éléments qui sont rapportés par sa fille et ainsi dotés de subjectivité. Je me construis alors une certaine représentation de Monsieur D. avant de le découvrir réellement.

J'apprends effectivement que Monsieur D. est un homme âgé de quatre-vingt-onze ans. Il est atteint d'un cancer depuis novembre 2018, qui s'est depuis durablement aggravé. Il doit suivre de lourds traitements régulièrement ce qui le fatigue beaucoup. La fille du couple nous explique que Monsieur D. a du mal à déléguer, il a toujours eu l'habitude de gérer le foyer et a longtemps refusé de l'aide. Mais avec l'avancée des troubles, Madame D. a perdu en autonomie et cela devenait vraiment compliqué pour lui de continuer cette organisation.

Lors de son hospitalisation en octobre 2019 pour une pneumonie, Monsieur D. accepte la création d'un dossier APA pour Madame D. Des aides à domicile et une aide pour la toilette commencent progressivement à être mises en place en attendant que le dossier soit effectif.

Avec toutes ces informations, j' imagine un homme affaibli physiquement par la maladie et engagé dans la vie quotidienne.

Je rencontre Monsieur D. lors de la première séance de bilan. Je suis surprise par sa taille quand il ouvre la porte. Il est très grand, même s'il est mince et un peu vouté, sa haute stature est imposante. Il dégage un certain charisme, avec une voix intelligible, ferme et autoritaire. Avec cette carrure et ce ton, il semble ne pas laisser beaucoup de place à sa femme quand il est dans la même pièce qu'elle, que ce soit d'un point de vue spatial ou

sonore. Madame D. se tient effectivement en retrait lorsque son mari est dans la pièce, elle est souvent derrière lui et ne parvient pas à parler car il ne la laisse pas chercher ses mots. Cela me rappelle alors la visite d'admission avec Madame D. en présence de sa fille. Je retrouve chez Monsieur D. la même silhouette et la haute carrure que j'avais observées chez sa fille ce jour-là. Et je ressens la même position effacée que Madame D. avait lors de la discussion. Ainsi en présence de son mari ou de sa fille, Madame D. ne parle pas et écoute.

Monsieur D. se confie peu sur ses problèmes de santé. Quand il aborde le sujet il reste très vague. Il évoque encore moins la maladie de sa femme, d'ailleurs il nomme les séances d'ESAD « *cours* » comme si nous venions enseigner Madame D. Sa fille employait le mot « *déni* » mais en apprenant à connaître Monsieur D. je parlerais plutôt de dénégation, il sait que sa femme a des troubles mais il a longtemps refusé l'aide.

Depuis que Madame a des troubles cognitifs, leur relation est très compliquée. Monsieur D. n'a pas toujours un comportement adapté. Il ne se montre pas toujours patient et compréhensif avec sa femme. Madame D. de son côté, semble avoir également du mal à comprendre la gravité de la maladie de son mari. Ses difficultés pour s'exprimer ne facilitent pas la communication, ils se disputent souvent.

J'apprends par la suite que des aides à domicile et un voisin ont signalé au SSIAD que Monsieur D. crie beaucoup sur sa femme. Dans le cadre de la plateforme de répit, la psychologue propose alors plusieurs rendez-vous à Monsieur D. qui au début a du mal à accepter. Elle réussit finalement à discuter avec lui à quatre reprises par téléphone ou de visu. Elle me rapporte alors que Monsieur D. se voit accumuler les pertes que ce soit au niveau de sa propre santé, celle de sa femme ou encore le décès de ses amis. Il se dit épuisé, et se rend compte qu'il a fini par banaliser cette violence qui existe au sein de leur relation de couple. La psychologue l'a aidé à davantage accepter et comprendre la maladie d'Alzheimer de sa femme. Effectivement au cours du suivi en psychomotricité avec l'ESAD, je vais remarquer que Monsieur D. va progressivement être plus en phase avec la réalité. Sa maladie et celle de sa femme progressent. Au fil des séances, son regard reflète son épuisement et ses traits du visage sont marqués par la fatigue et la lutte contre la maladie. L'équipe du SSIAD et l'ESAD reconnaissent cette prise en charge comme une situation complexe, la psychomotricienne joint la MAIA pour assurer une cohérence entre les divers accompagnements proposés au couple et présenter des solutions adaptées sur le long terme.

2.1.4 Profil psychomoteur

Je vais à présent me focaliser sur la psychomotricité de Madame D. J'assiste au bilan psychomoteur et je fais passer certaines épreuves.

Le bilan psychomoteur n'est pas coté, je suis la trame de bilan que me propose ma maître de stage. Ce sont des épreuves tirées d'autres bilans comme l'Examen Géro- Psychomoteur (EGP), d'autres sont inspirées du bilan de Marthe Vyl.

Le profil psychomoteur de Madame D. se construit à partir de mes observations lors du bilan cognitif (séance 1) et du bilan psychomoteur (séances 2 et 3) et également à partir de certains éléments observés en séance.

Madame D. démontre un réel désir d'investissement pendant toute la durée du bilan.

Elle présente des troubles cognitifs avancés, qui se sont beaucoup accentués ces derniers mois. Elle obtient un score de 9/30 au MMS. Ces résultats sont biaisés par d'importants troubles phasiques observés chez Madame D. Ceux-ci se manifestent surtout par une atteinte au niveau de l'expression mais sa compréhension est également limitée.

Madame D. a des difficultés pour se concentrer, elle peut être dérangée pendant le bilan par des stimulations extérieures (comme des bruits venant de la rue ou lorsqu'elle voit sa plante) ce qui l'empêche de cibler son attention sur l'activité demandée.

Elle présente une atteinte importante de la mémoire récente. La mémoire à long terme est davantage conservée, elle se souvient de certains éléments des suivis précédents. La mémoire autobiographique est plus altérée par la perte de langage que par la perte mnésique.

Madame D. présente une désorganisation spatio-temporelle importante. Elle maîtrise les termes relatifs au repérage spatial pour donner la position d'un objet dans l'espace par rapport à un autre objet ou à elle-même. Néanmoins, la capacité de représentation spatiale est altérée, elle n'arrive pas à donner sa position sur un plan de la pièce où nous nous trouvons. D'un point de vue visuo-spatial, la structuration tridimensionnelle n'est plus acquise, elle est en échec pour reproduire des figures avec un modèle. Au niveau temporel, elle ne peut plus recruter le vocabulaire approprié pour se repérer. Les termes relatifs au temps social (mois, saisons, jours de la semaine) ne sont pas trouvés spontanément mais grâce à une amorce de la part de la psychomotricienne. Elle ne peut donner la date du jour ou se représenter l'heure qu'il est, mais elle maîtrise la chronologie d'une journée. Le temps historique est également mis à mal, cela est à relativiser avec ses difficultés pour

s'exprimer. En revanche, au niveau de la structuration temporelle, Madame D. peut s'adapter à un tempo imposé. Elle est cependant en difficulté pour inhiber une réponse quand elle doit reproduire des structures rythmiques.

Madame D. garde de très bonnes capacités motrices. Effectivement que ce soit au niveau statique ou dynamique, Madame D. présente un bon équilibre. Elle peut effectuer seule les différents transferts. Le polygone de sustentation n'est pas élargi néanmoins la longueur et la hauteur des pas sont diminuées. Lorsque la consigne est décomposée, Madame D. peut effectuer des mouvements coordonnés entre le haut et le bas du corps mais ils se désorganisent lors de l'accélération.

Madame D. a une assez bonne connaissance sémantique du corps et de ses différents segments entre eux, ses résultats sont encore une fois à relativiser compte tenu de ses difficultés phasiques. Elle parvient à reproduire correctement des mouvements simples en miroir, lorsqu'ils sont plus complexes, elle est en difficulté. Le dessin du bonhomme est impossible à réaliser pour Madame D. Cela semble être en lien avec une atteinte praxique de l'écriture, car elle est en difficulté pour signer son nom en bas de la fiche d'intervention.

D'ailleurs je me rends compte que les praxies ne sont évaluées que très succinctement lors du bilan. Madame D. effectue des praxies idéatoires sans difficulté. Les praxies idéomotrices ne sont pas évaluées. Je me rends compte lors des séances que certains de ses gestes sont perturbés dans leur rapport à la temporalité. Madame D. semble se perdre au niveau chronologique lorsqu'elle réalise une succession de gestes. Par exemple, Madame D. peine à enlever ses pantoufles et mettre une paire de chaussures. Au lieu de mettre sa chaussure, il peut lui arriver de remettre sa pantoufle qu'elle vient de quitter. Elle peut aussi se tromper de pied en enfilant sa chaussure. Si nous ne l'aidons pas, elle persévère dans son geste. Ces atteintes ont des répercussions dans ses activités de la vie quotidienne et donc sur son autonomie.

Au niveau de l'image du corps, Madame D. a toujours une tenue vestimentaire soignée et adaptée. Néanmoins, elle se dévalorise beaucoup et elle est très affectée par les remarques de son mari.

Elle est consciente de ses pertes cognitives. Elle nous exprime de la tristesse relative à ces dernières. L'avancée de la maladie et la relation compliquée qu'elle entretient avec son mari l'angoissent beaucoup. Son tonus semble témoigner de cette angoisse et des tensions familiales.

Madame D. peut recruter son tonus afin de soutenir l'action en cours, et elle peut le réguler au niveau axial afin de compenser le déséquilibre. Néanmoins, elle ne parvient pas à adapter son tonus lors de l'épreuve de relâchement, elle est très tendue au niveau des bras et manifeste de la résistance lors de la mobilisation passive. Je remarque à plusieurs reprises des réactions de prestance au niveau des mains et des syncinésies de diffusion tonique.

Ainsi, Madame D. présente des troubles cognitifs avancés avec une perte mnésique et une désorganisation spatio-temporelle importantes. Ses difficultés phasiques la mettent en grande difficulté pour s'exprimer. La relation conflictuelle avec son mari et les différentes angoisses liées à la maladie semblent se manifester corporellement par un tonus haut et une difficulté à se relâcher.

2.1.5 Objectifs de la prise en charge

À la suite du bilan psychomoteur, nous réfléchissons avec ma maître de stage à plusieurs objectifs.

Tout d'abord, nous souhaitons valoriser les capacités motrices de Madame D. Nous réalisons alors en début de séance un éveil corporel. Ce moment permet d'une part de valoriser la prise d'initiatives de Madame D, en lui proposant de suggérer des mouvements. D'autre part, la psychomotricienne suggère elle aussi certains mouvements ce qui permet un travail d'imitation.

Le deuxième objectif est d'aider Madame D. à cibler son attention sur des activités précises, en proposant notamment des jeux d'attention avec le ballon et en faisant varier les consignes.

Enfin, le troisième objectif est d'amener Madame D. à se détendre corporellement pour l'aider à être moins angoissée. Nous proposons un moment de prise de conscience corporelle pour faciliter le relâchement musculaire et permettre plus facilement la mobilisation passive.

2.2 Un cadre d'intervention particulier

L'intervention à domicile demande une organisation particulière au niveau temporel. Elle est aussi dépendante de la structuration spatiale du lieu de vie. Il est donc important de détailler ces deux points plus rigoureusement.

2.2.1 L'organisation temporelle de la séance

La séance dure quarante-cinq minutes, mais nous restons une heure au domicile de Monsieur et Madame D. Pourquoi dissocier la séance dans le temps de l'intervention ? Inconsciemment j'ai fait cette distinction. Je me rends compte que le quart d'heure non comptabilisé dans la séance me paraît être le moment où le cadre s'installe. À partir du moment où nous entrons au domicile, le lieu de vie ne peut pas instantanément devenir un lieu de soin. Même avec la répétition des séances, il me semble inévitable qu'il faille un moment d'installation du cadre.

La séance s'organise avec un temps de discussion au début où Monsieur D. est absent, effectivement il quitte très rapidement la pièce à notre arrivée. C'est une démarche qu'il fait spontanément. Généralement, il en profite pour partir faire des courses. Il ne revient qu'une quinzaine de minutes avant la fin de la séance. Les bruits de Monsieur D. dans l'appartement peuvent perturber Madame D., elle a du mal à faire abstraction.

Après ce temps où nous parlons avec Madame D., un éveil corporel est réalisé, assis et debout. Nous faisons ensuite des échanges de ballon avec différentes consignes. Puis, nous proposons un temps de relaxation. Enfin, dans la mesure du possible un moment de reprise est réalisé en fin de séance. La psychomotricienne aide Madame D. à se rappeler de la séance sans la mettre en difficulté : Rose renomme ce que nous avons fait, cela permet à la patiente de faire des liens avec ce dont elle se souvient.

Ce dernier temps n'est pas toujours permis car la séance est parfois interrompue par l'entrée d'une tierce personne dans la pièce. Nous fermons la porte du séjour mais il arrive que la fin de la séance ne soit pas véritablement notre décision. L'entrée imprévue du mari de Madame D. ou d'une aide à domicile une dizaine de minutes avant l'heure prévue peut mettre prématurément fin à la séance. Ce sont des événements qui sont arrivés de façon ponctuelle, les personnes n'ont pas frappé à la porte et sont restées dans la pièce. Il arrive donc que nous ne maîtrisions pas le temps de notre séance. Je rapporte ici les conséquences au niveau de la temporalité de la séance, ces irrptions seront davantage détaillées dans la suite du mémoire.

2.2.2 Description de l'appartement et organisation spatiale des séances

Monsieur et Madame D. vivent dans un petit appartement situé au premier étage sans ascenseur. La porte d'entrée donne sur un long couloir sombre, à droite une porte ouvre sur le séjour et à gauche une porte donne accès à la cuisine (voir Annexe I). Au fond du couloir, je suppose que nous pouvons trouver la salle de bain et la chambre. En effet, la

seule pièce dans laquelle nous sommes invitées à entrer est le séjour. C'est dans cette pièce qu'ont lieu les séances. Le séjour comprend une partie salle à manger et un salon. Il s'agit d'une pièce en forme de « L ». Il y a deux ouvertures sur l'extérieur apportant ainsi de la lumière naturelle dans cet espace, une fenêtre dans le salon et une porte-fenêtre dans la partie salle à manger. Il est possible de clore la pièce du reste de l'appartement. Néanmoins, les cloisons ne permettent pas une bonne isolation phonique, même avec la porte fermée nous pouvons entendre les bruits provenant des autres pièces. Nous imaginons que nos activités sont audibles alors de l'extérieur de la pièce.

Lorsque nous rentrons, nous trouvons une table rectangulaire encadrée de chaises. Derrière la table, une baie vitrée donne accès au petit balcon qui donne vue sur la rue. À gauche, il y a le salon avec un canapé, une table basse et une télévision.

Ainsi, il s'agit d'une pièce assez étroite avec du mobilier imposant. Comparée à une salle de psychomotricité, cela offre moins de liberté d'un point de vue spatial pour mettre en place les séances. Effectivement, à domicile les locaux n'étant pas destinés à cet usage, il faut faire preuve d'une grande capacité d'adaptation et d'imagination pour réaliser dans de bonnes conditions une prise en charge psychomotrice.

Bien évidemment, les photos disposées dans la pièce nous rappellent que ce lieu est chargé émotionnellement, affectivement et historiquement. Je me souviens notamment d'un calendrier mural avec une nouvelle photo pour chaque nouveau mois. Je vois au fil des semaines, les différents petits enfants de Madame D. affichés sur ce mur. Il y a d'ailleurs un certain paradoxe entre ces photos chaleureuses et les croix inscrites sur chaque jour pour aider Madame D. à se repérer dans le temps, qui rappellent soudainement la réalité de la maladie. D'autres clichés encadrés montrent Monsieur et Madame D. complices avec un beau sourire.

Au niveau de l'organisation spatiale durant la séance, le temps de discussion avec Madame D. a lieu autour de la table. Nous prenons ensuite chacune une chaise que nous installons en cercle entre le canapé et la table à manger. C'est un espace assez limité, les chaises sont disposées à environ un mètre les unes par rapport aux autres.

Le temps de relaxation est proposé sur le canapé. La psychomotricienne s'installe sur une chaise autour de la table pendant que je mobilise Madame D. Je suis à genoux pour effectuer les mobilisations. Le temps de reprise, s'il a lieu, est réalisé autour de la table.

2.2.3 La position de la psychomotricienne dans la prise en charge

Il me semble important de préciser que lors des deux suivis précédents, c'est ma maître de stage Rose qui accompagnait Madame D. Elle connaît donc bien le domicile, le couple et la personnalité de chacun. Il est intéressant de noter que Madame D. malgré ses troubles de mémoire reconnaît bien la psychomotricienne. Même avec son aphasie, Madame D. nous mentionne la grossesse de Rose qui l'a beaucoup marquée. Effectivement, ma maître de stage était en fin de grossesse lors du suivi en 2018 et elle m'explique que Madame D. était particulièrement attentionnée à son égard. Il y a donc un lien de confiance entre Rose et Madame D. qui a émergé lors des précédentes interventions et qui favorise l'alliance thérapeutique de ce nouvel accompagnement.

2.2.4 Mon implication durant la séance

Comme expliqué précédemment, je rencontre Madame D. à son domicile en octobre 2019. J'assiste donc à la visite d'admission (séance 0) c'est-à-dire au commencement du suivi. C'est ma maître de stage qui porte le cadre de soin lors de ce suivi, elle mène les discussions et les séances. J'ai cependant une place active, je peux intervenir pendant la séance et prendre des initiatives. En fin de séance, je réalise le temps de relaxation pendant que ma maître de stage est en observation. De plus, dès le début de la prise en charge mon implication est immédiate puisque j'ai pu effectuer des épreuves du bilan psychomoteur et rédiger le compte rendu de Madame D.

3 Les séances de psychomotricité avec Madame D.

En rapport avec les différents objectifs de prise en charge énoncés précédemment, la psychomotricienne a orienté son travail autour de la régulation tonique de Madame D. C'est donc à la suite des observations liées au tonus de Madame D. que je me suis interrogée progressivement sur la notion du cadre de soin. C'est pourquoi je vais d'abord vous exposer les différentes observations sur la régulation tonique de Madame D. pour vous expliquer mon raisonnement.

3.1 Des séances orientées autour de la régulation tonique

3.1.1 Un tonus élevé

Lors de l'éveil corporel, je remarque que Madame D. recrute aisément son tonus. Elle prend facilement des initiatives et propose des mouvements dynamiques coordonnés. Elle maintient volontairement des mouvements qui demandent une certaine souplesse et une certaine musculature. À ce moment-là, elle va d'ailleurs nous regarder. Par ce regard, elle

semble nous montrer qu'elle peut encore tenir longtemps dans cette position. Elle semble montrer aux deux jeunes femmes que nous sommes, qu'elle peut encore nous défier voire nous surpasser.

Rapidement, je vais remarquer qu'elle maintient un tonus relativement haut. Par exemple, lorsque debout, nous réalisons des balancements des bras, ceux de Madame D. ne sont pas relâchés. Ils sont crispés, le mouvement n'est pas fluide et donne plutôt un aspect robotique.

La psychomotricienne veille également à inciter Madame D. à respirer profondément et à expirer pendant les mouvements. Nous montrons l'exemple à Madame D. en exagérant un peu notre respiration pour qu'elle perçoive la différence. Madame D., nous regarde en souriant, j'ai l'impression que nous la faisons rire. Quand la psychomotricienne montre l'exemple, elle me regarde du coin de l'œil en attendant de voir si je vais faire la même chose. Au début, je sens qu'elle est un peu réticente, puis au fil des séances elle tente d'essayer de suivre nos propositions. Je remarque qu'elle retient souvent sa respiration pendant les étirements. Lorsqu'elle expire comme nous lui avons proposé, ce n'est pas une expiration longue mais plutôt par à-coup.

Cette tendance à maintenir une tension musculaire en permanence ne semble pas être un refus de relâcher mais plutôt une difficulté à se laisser aller au relâchement. D'une part, peut-être que Madame D. ne s'est pas autorisée dans sa vie à prendre du temps pour décompresser et à se recentrer sur ses sensations. D'autre part, cette difficulté est sans doute majorée par sa personnalité dynamique et par son habitude de vie active.

3.1.2 Une impossibilité à parvenir au relâchement

Lors du bilan psychomoteur, j'effectue l'épreuve du relâchement tonique. Je remarque qu'il est très compliqué pour Madame D. de relâcher ses bras pour que je les mobilise passivement. De plus, il semble qu'elle ne comprend pas la consigne, je perçois dans son regard qu'elle a l'air perdu et qu'elle ne sait pas comment faire. Je lui répète les consignes en essayant d'être le plus clair possible, je lui dis de me laisser faire et d'être la plus molle possible. Inconsciemment, je baisse mon tonus en pliant mes genoux et en secouant mes bras quand je lui explique qu'il faut détendre son corps. Madame D. semble vouloir tellement bien faire qu'elle imite tout ce que je fais, je me demande si elle comprend bien ce que j'illustre par mes gestes.

À la suite du bilan, lorsque je rédige le compte rendu, je fais une première hypothèse, peut-être que le toucher ne facilite pas le relâchement de Madame D.

Cette approche met peut-être mal à l'aise Madame D., d'autant plus que nous ne nous connaissons pas bien. De plus ce jour-là, c'est la première fois que je fais passer cette épreuve à un patient. Je suis stressée par cette situation. J'essaie d'avoir une voix posée mais mon propre tonus est haut. Lors de l'épreuve de la chute du bras, ses membres sont rigides et ils restent figés quand je les lâche. J'essaie de passer par mon propre corps pour tenter de lui apporter une meilleure compréhension, je lui propose de réaliser la chute du bras sur moi. Je prends alors conscience de ma tension corporelle car lorsqu'elle fait chuter mon bras, celui-ci est rigide et je suis obligée de provoquer le mouvement. Je verbalise « *ce n'est pas un exercice facile, moi-même je suis un peu tendue !* ». Le fait d'être confrontée à un patient qui n'arrive pas à relâcher lors de la mobilisation passive et de la chute des bras, majore ma tension corporelle. Cette tension doit elle-même avoir un effet sur le tonus de Madame D. Je me rends compte alors de la présence du dialogue tonico-émotionnel dans cette situation.

Lors de la première séance suivant le bilan (séance 4), nous réalisons un automassage avec des balles sensorielles sur les bras et les jambes. Je réalise ensuite le massage avec une balle sur les bras de Madame D. Je passe par cette étape pour aider Madame D. à être attentive à ses sensations et pour tenter de détendre ses membres. Ensuite, je lui propose de poser tout le poids de son bras dans un foulard, je souhaite voir si la mobilisation passive est de meilleure qualité sans passer par un toucher direct. Elle est en difficulté pour comprendre la consigne. Je lui montre alors sur la psychomotricienne. Je place le bras de Rose dans le foulard et Madame D. tient les extrémités. Je lui dis que Rose laisse le poids de son bras dans le foulard, qu'elle ne fait rien. Madame D. semble avoir compris et dit « *oui, c'est lourd* ». Néanmoins, quand c'est son tour, elle anticipe le mouvement et ne parvient pas à relâcher son bras, il est d'ailleurs au-dessus du foulard. Elle me dit qu'elle n'y arrive pas. Je la rassure en lui disant que c'est un exercice qui n'est pas facile surtout la première fois.

Nous avons réalisé ce court moment en fin de séance sur une chaise. La psychomotricienne me dit qu'il serait peut-être intéressant de réfléchir plus précisément à la manière dont nous pouvons organiser un temps de relaxation pour l'aider à se relâcher.

3.1.3 Mise en place d'un temps de relaxation

La séance suivante (séance 5), Rose propose à Madame D. de s'installer confortablement sur son canapé. Elle lui propose un temps de relaxation où elle va passer un ballon sur ses bras pour ensuite venir les mobiliser tout doucement.

La psychomotricienne lui indique qu'elle peut fermer les yeux si elle le souhaite. Madame D. dit qu'elle a peur de s'endormir, Rose la rassure en lui expliquant que c'est normal d'avoir envie de se reposer installée dans cette position.

La mobilisation que Rose propose est très légère, elle choisit de mobiliser le poignet de Madame D. en faisant des mouvements de flexion-extension très lentement avec une amplitude faible. Madame D. n'est pas complètement détendue, il y a encore des paratonies.

Rose commence par mobiliser la main droite. Elle m'explique plus tard que Madame D. a davantage relâché sa main gauche qui a donc été mobilisée ensuite. Cela peut aussi s'expliquer par le fait que Madame D. est droitière.

Rose a également induit une inspiration et une expiration profonde, Madame D. s'est alors davantage concentrée sur sa respiration

À la fin, Madame D. nous dit « *j'ai failli m'endormir* ». Il est vrai qu'elle a pu se poser pendant ce moment. Néanmoins, elle est tout de même restée dans un état de vigilance assez élevée car en réalité, elle revient assez vite à l'instant présent. Quand Rose arrête la mobilisation, Madame D. lui dit qu'elle a apprécié ce moment. Il semble qu'elle aurait aimé que cela continue.

La fois suivante (séance 6), je reprends ce temps en fin de séance. J'utilise un ballon mou puis une balle sur les bras de Madame D. pour l'aider à se concentrer sur ses sensations corporelles. Je propose ensuite de la mobilisation passive comme le faisait la psychomotricienne. Je fais des mouvements de flexion-extension au niveau du poignet, puis du coude.

Madame D. manifeste de l'anticipation dans les mouvements mais cependant il n'y a plus de résistance. Je sens qu'elle est plus détendue.

Néanmoins, Madame D. se laisse envahir par les stimulations extérieures ce qui la fait remonter en vigilance, elle crispe davantage ses bras et ouvre les yeux. Elle est perturbée notamment quand elle entend son mari qui rentre des courses, ou quand il passe un appel téléphonique. Monsieur D. étant un peu sourd, il met le haut-parleur. Le fait d'entendre son mari la ramène dans le temps présent et elle est préoccupée par ce qu'il est en train de faire : elle nous demande « *à qui parle-t-il ? De quoi parle-t-il ?* ». Elle est troublée par ce que son mari peut dire sur elle au téléphone.

À la suite de cette séance, je réfléchis aux améliorations possibles pour proposer à Madame D. un temps où elle peut être pleinement disponible. Je m'interroge alors sur les tensions entre Monsieur et Madame D. qui ont une influence sur la prise en charge. Par ce temps de relaxation, je demande à Madame D. de se relâcher dans son séjour. Cette pièce est chargée émotionnellement car c'est aussi son lieu de vie, peut-être que c'est dans cette même pièce où elle se dispute avec son mari. Le simple fait d'entendre son mari provoque une tension corporelle et de l'inquiétude à Madame D.

Mettre en place un soin psychomoteur au domicile nous confronte alors à plusieurs éléments qui peuvent mettre à mal le cadre thérapeutique.

3.2 L'espace de soin psychomoteur dans un lieu de vie

3.2.1 L'intrusion de la famille dans l'espace de soin

Notre séance a lieu dans une pièce du domicile. Lors du temps de la prise en charge psychomotrice, cette pièce qui constitue un espace du lieu de vie, est changée en espace de soin. Il peut alors arriver que la famille fasse intrusion dans ce dernier.

Je reviens alors sur la séance 6 où Madame D. est gênée par les bruits de Monsieur D. Ceci représente une première forme d'intrusion, une intrusion sonore.

Une deuxième forme est le fait d'entrer dans la pièce. Un jour, Monsieur D. rentre sans frapper dans le séjour. Après tout il vit ici ! Je suis alors en pleine séance de relaxation avec Madame D. Il est vrai qu'il est presque l'heure de la fin de séance mais pour autant je n'ai pas terminé. Madame D. a alors les yeux fermés, elle est installée paisiblement sur le canapé, sa tête est bien reposée sur le coussin. C'est vraiment le temps de la séance où elle semble se recentrer sur elle-même.

Monsieur D. entrouvre la porte en nous demandant si nous avons terminé, avant même que nous puissions répondre il s'installe sur une chaise autour de la table et commence à s'adresser à la psychomotricienne.

Je suis un peu gênée, je ne sais pas si c'est à moi de dire quelque chose pour le bien du soin de Madame D. Je décide alors d'arrêter ce que je suis en train de faire. J'ai le temps de demander à Madame D. comment elle se sent et si la séance s'est bien passée. Elle me dit « ça va », mais je sens qu'elle est embarrassée par la présence de son mari. Il monopolise la conversation. Il ne nous parle pas du tout de la séance et ne s'intéresse pas à ce que nous avons fait avec sa femme. La psychomotricienne n'a pas vraiment l'occasion de pouvoir parler car Monsieur D. n'interrompt pas son discours.

Néanmoins, il se confie sur sa propre maladie. Je sens chez lui un besoin de parler, il nous évoque une hospitalisation qui aura lieu la semaine prochaine. Le couple sera alors hospitalisé ensemble pour ne pas laisser Madame D. seule à la maison. Pendant que son mari parle, Madame D. lève les yeux au ciel et soupire, elle a l'air agacée. J'ai d'ailleurs remarqué qu'elle fait souvent cela quand son mari nous parle. Je ne pense pas que ce soit en rapport avec les paroles de son mari mais plutôt par rapport au comportement que Monsieur D. adopte envers la psychomotricienne et moi-même. De plus, son mari ne lui adresse pas la parole et avec ses difficultés de langage je pense qu'elle ne peut pas réagir comme elle le souhaite.

Sur le chemin du retour, je discute avec Rose sur cette interruption de séance. Elle m'explique qu'elle connaît bien Monsieur D., car elle est déjà intervenue chez eux auparavant. D'après elle, il est difficile de poser des limites claires avec Monsieur D., l'alliance thérapeutique avec lui ayant déjà eu du mal à se mettre en place étant donné qu'il ne voulait pas accepter les aides. Elle veille donc à ne pas le contrarier, compte tenu de son tempérament autoritaire.

Mais il n'y a pas que la famille qui peut s'introduire dans l'espace de soin. Une autre fois, c'est une auxiliaire de vie qui rentre pendant la relaxation. Elle est en avance par rapport à d'habitude et s'introduit dans la pièce sans rien demander. La psychomotricienne surprise par son entrée, lui dit que nous n'avons pas terminé. L'auxiliaire de vie pense nous rassurer en disant « *ce n'est pas grave, faites comme si je n'étais pas là, je vais m'asseoir en attendant* ». J'étais alors sur la fin du temps de relaxation, en train de passer une balle à picot sur le bras de Madame D. Je dois encore passer la balle sur l'autre bras. Je décide de le faire. Quand l'auxiliaire de vie est entrée, Madame D. ouvre les yeux et lève les yeux au ciel. Elle reste pourtant dans une position détendue sur le canapé. Je termine alors le moment de relaxation, mais je suis gênée de questionner Madame D. sur ses ressentis devant une intervenante extérieure. Je me mets aussi à la place de Madame D., se faire surprendre dans un moment où elle se laisse aller à la détente ne doit pas être évident. L'auxiliaire de vie ne fait d'ailleurs pas partie de l'alliance thérapeutique, elle n'a pas sa place à ce moment-là. J'ai très envie de lui demander de sortir mais sur le moment je ne me sens pas légitime de le faire en tant que stagiaire. De plus, je ne veux pas mettre mal à l'aise la professionnelle qui arrive au domicile, ni ma maître de stage. Je verbalise à Madame D. que malheureusement nous avons été interrompues mais que j'ai pu voir qu'elle semblait vraiment détendue notamment au niveau de sa respiration.

Monsieur D. rentre à son tour dans la pièce, Rose donne alors le prochain rendez-vous car l'auxiliaire de vie est déjà prête pour commencer la toilette de Madame D.

La famille ou d'autres intervenants peuvent pénétrer dans notre espace de soin. Mais, qu'en est-il du psychomotricien sur ce lieu de vie ? Après tout n'est-ce pas lui qui fait intrusion au domicile de la personne ?

3.2.2 L'intrusion du psychomotricien dans l'intimité

Je souhaite revenir sur la séance 5. Avec Rose, nous sonnons une première fois à l'interphone. D'habitude, la porte de l'immeuble s'ouvre très rapidement mais ce jour-là il n'y a pas de réponse. Rose décide de sonner une deuxième fois, la porte finit par s'ouvrir. Nous trouvons la situation étrange.

Arrivées en haut, Monsieur D. nous ouvre la porte. Il a l'air un peu paniqué, il est en pyjama. Il se dit confus, il a oublié notre venue, il nous explique qu'ils ont déjeuné et qu'ils sont retournés se coucher ensuite. Madame D. arrive du fond du couloir, sans lunettes, elle n'est pas coiffée et pas habillée, elle est en robe de chambre. Dessous elle porte une chemise de nuit courte qui arrive aux genoux. Je remarque qu'elle n'a enfilé qu'une seule chaussette. J'ai du mal à la reconnaître, d'habitude elle est toujours bien apprêtée.

Je suis un peu gênée, j'ai vraiment l'impression de faire intrusion dans l'intimité de Monsieur et Madame D. Je ne sais pas trop si nous allons rester ou repartir. Finalement, Monsieur D. nous dit de rentrer dans le séjour et il nous laisse avec Madame D. Rose lui demande si elle veut aller mettre une tenue plus confortable, elle nous dit que cela ira. Elle essaie de refermer sa robe de chambre mais elle est en difficulté pour faire le nœud. Au début, je pensais que c'était une difficulté praxique mais je l'ai déjà vu faire ses lacets spontanément. Elle est peut-être stressée par la situation. Rose lui propose son aide qu'elle accepte, la psychomotricienne lui attache fermement les deux extrémités pour qu'elle soit à l'aise.

Spontanément, Madame D. va nous parler de son mari et nous dire qu'ils ont du mal à se supporter mutuellement. Je me rends compte alors que cette relation maritale a vraiment sa place dans la séance de psychomotricité. Je comprends mieux pourquoi j'ai cette sensation d'intrusion dans l'intimité, nous intervenons en fait au cœur du contexte familial, nous sommes directement confrontées à l'ambiance familiale, aux tensions conflictuelles.

3.2.3 Le domicile reflétant le contexte familial

À la séance 6, Monsieur D. nous ouvre la porte, nous lui disons bonjour, il nous fait alors des signes avec les mains et tente de nous mimer quelque chose avec son visage. Il veut nous parler de sa femme mais nous ne comprenons pas.

Madame D. est dans le séjour, elle est écorchée à la lèvre. C'est une simple égratignure mais sa lèvre est un peu enflée. Madame D. dit qu'elle s'est blessée la veille pendant que son mari était absent mais elle ne sait pas comment. Je sens que Madame D. est très tendue, au niveau du visage, ses sourcils sont froncés et elle n'est pas souriante comme d'habitude.

Son mari nous dit seulement qu'il reste dans l'appartement et a des appels téléphoniques à passer.

Madame D. est très énervée, elle regarde par la fenêtre et nous explique qu'elle guette une voiture dehors. Son récit est très confus, nous avons du mal à comprendre du fait de son manque du mot important. Elle nous parle de sa fille qui va venir la chercher puis finalement elle dit que c'est son mari qui va partir avec sa fille et qu'elle va rester toute seule dans l'appartement. J'ai l'impression qu'elle panique surtout à l'idée d'être laissée seule.

Rose l'écoute attentivement, au début elle tente de lui expliquer que son mari est dans l'appartement mais Madame D. persiste dans ses idées délirantes. Rose décide alors d'aller voir par la fenêtre et continue de l'écouter. Elle lui propose alors de se mettre en mouvement pour essayer de chasser toutes ces idées. Nous réalisons alors un premier mouvement ensemble mais très vite Madame D. aborde de nouveau le sujet. Elle revient sans cesse à parler de son mari, elle se demande ce qu'il fait, elle va plusieurs fois faire des allers-retours pour ouvrir la porte du couloir et écouter.

Le téléphone sonne dans l'autre pièce, Monsieur D. répond. Madame D. nous interpelle pour que nous écoutions ce que dit son mari. Elle veut aller voir à qui il parle. La psychomotricienne lui explique qu'il est sans doute au téléphone pour ses rendez-vous médicaux. Madame D. persiste en disant « *il est avec ma fille, il parle de moi* ». Elle se lève alors et sort de la pièce, elle crie dans le couloir « *menteur !* ». Rose, par ses paroles, tente de ramener Madame D. dans la pièce. À ce moment-là, je reste assise à ma place, je suis ébahie devant cette situation inhabituelle. Finalement, Madame D. revient s'asseoir. Le temps de la séance s'est déjà presque écoulé.

Lors de cette séance nous ne pouvons pas faire les exercices que nous avions prévu car Madame D. ne peut cibler son attention sur ce que nous lui proposons.

Nous privilégions plutôt l'écoute attentive de ce que la patiente nous amène en séance ce jour-là. Rose explique que l'état émotionnel dans lequel se trouve Madame D. n'est pas propice à la relaxation. D'elle-même, la patiente va également dire qu'elle n'est pas disponible pour cela.

Au retour de Monsieur D. dans la pièce, nous apprenons que la veille, il avait rendez-vous pour une opération en ambulatoire. Lorsqu'il est arrivé à l'hôpital, on lui a annoncé que son opération serait retardée de quelques heures. Il est donc rentré plus tard chez lui. C'est sa fille qui est restée avec sa femme. Je pense alors que cet événement a perturbé Madame D. et que cela explique en partie son état lors de la séance.

Ainsi, la mise en place d'un soin psychomoteur au domicile implique de prendre en compte certaines modalités. Intervenir sur un lieu de vie, amène à être au cœur du contexte familial ce qui peut parfois donner un vécu d'intrusion dans l'intimité. Il peut également arriver d'être dérangé par des éléments extérieurs en lien avec la problématique du domicile. Des adaptations sont donc nécessaires pour que le soin puisse se faire dans de bonnes conditions.

3.3 Les adaptations du soin et l'émergence d'une alliance thérapeutique

3.3.1 Permettre le temps de relaxation

À la suite de la séance 6, où Madame D est dérangée par les coups de téléphone de son mari, je réfléchis aux améliorations possibles pour proposer à Madame D. un temps où elle peut être pleinement disponible. Je propose à Madame D. de mettre de la musique grâce à une enceinte pendant le temps de relaxation, elle accepte volontiers. Je choisis deux bandes sons de guitare acoustique, c'est une musique mélodique douce sans paroles qui favorise ainsi la détente musculaire. Cette enveloppe sonore permet de créer une bulle dans laquelle Madame D. n'est pas envahie par les stimulations extérieures, j'essaie de mettre la musique suffisamment forte pour couvrir tout ce qui pourrait entraver son attention. Les séances suivantes, j'utilise toujours les mêmes morceaux pour ritualiser ce moment de relaxation, j'espère apporter des repères à Madame D. J'imagine l'effet que la musique peut avoir à l'extérieur de la pièce. Si nous entendons Monsieur D. parler, je fais l'hypothèse qu'il doit entendre ce fond musical. En couvrant les sons venant de part et d'autre de la pièce, je souhaite aussi protéger la confidentialité de ce moment.

Pendant ce temps de relaxation, je verbalise ce que je fais mais je remarque qu'à chaque fois Madame D. remonte son niveau de vigilance et ouvre les yeux.

Je décide alors d'expliquer au début ce que je vais faire puis pendant le moment de relaxation je ne parle plus. Néanmoins, j'utilise la communication non verbale en prêtant attention au dialogue tonico-émotionnel. Je veille à induire par ma respiration et par mon toucher quelque chose qui l'aiderait à se recentrer sur elle-même. Je prends de grandes inspirations et je fais des expirations profondes pour qu'elles soient audibles par Madame

D. sans trop exagérer pour autant. Au niveau du toucher, je réalise des pressions avec le ballon mou et je le fais rouler tout doucement pour bien insister sur chaque segment du bras.

Progressivement, Madame D. va véritablement investir ce temps de relaxation, son visage est davantage relâché, elle ferme les yeux, et sa respiration est plus lente et plus profonde. Elle ne remonte plus en vigilance.

Néanmoins à d'autres moments de la séance, Madame D. est tendue corporellement. Est-ce la manifestation de ses angoisses qu'elle n'arrive pas à verbaliser ?

3.3.2 La régulation tonique au profit de la décharge motrice

La psychomotricienne utilise alors la capacité de Madame D. à recruter son tonus pour pouvoir décharger corporellement ses angoisses. Elle propose un temps d'échange de ballons pour travailler sur le recrutement tonique et pour décharger les tensions par le mouvement.

Nous commençons par des échanges simples en trio. Spontanément, Madame D. accélère les passes et nous surprend même en changeant de sens. Elle réalise même des feintes : elle dirige le ballon vers une personne en souriant avec un regard taquin, pour finalement le lancer à l'autre. Nous adoptons alors le même comportement. Elle se montre très réactive et ne fait pas tomber la balle. Lors de ce moment, Madame D. cible son attention sur l'activité et n'est pas distraite par les bruits venant de l'extérieur. Cela favorise sa présence dans la relation.

Voyant que Madame D. prend plaisir dans cet exercice, Rose propose de changer la façon de s'envoyer le ballon. Il faut mettre toute la force possible dans le ballon en le faisant rebondir au sol. Elle dit « *mettez tout ce qui vous énerve dans le ballon* », elle incite Madame D. à verbaliser en lui donnant un exemple de quelque chose qui l'énerve. Madame D. lance alors la balle et dit « *tout m'énerve* ».

Une fois pendant la séance, Madame D. se prend les mains et les frictionne très fortement et dit :

- « *J'aime bien me faire mal* ».
- « *Qu'est-ce qu'on pourrait faire d'autre pour ne pas se faire mal ?* » répond Rose.

La psychomotricienne regarde autour d'elle et se saisit du coussin posé sur le canapé, « *moi quand je suis énervée, il m'arrive de taper très fort dans un coussin, vous voulez essayer ? Allez-y mettez toute votre force* ».

Madame D. se met alors à taper vivement dans le coussin. Son visage est crispé, sa bouche est ouverte et elle sert les dents. Elle donne une dizaine de coups dans le coussin.

Je remarque alors que le fait de décharger corporellement toutes ses tensions internes qu'elle n'arrive pas à verbaliser lui permet de mieux se relâcher par la suite. Effectivement, lors des moments de relaxation suivants ces exercices corporels, Madame D. est beaucoup plus apaisée. Sa respiration est plus profonde. Les mobilisations passives se font avec moins de résistance, il reste encore de l'anticipation mais elle est beaucoup plus détendue.

3.3.3 La mise en mot et le renforcement de l'alliance thérapeutique

Au cours des semaines et des mois, nous remarquons lors de nos visites que les tensions dans le couple s'intensifient.

Dès que nous passons la porte d'entrée, je ressens une ambiance pesante. Monsieur D., quand il nous ouvre, détourne le regard, il répond à peine à la psychomotricienne qui lui demande comment il va.

Au début, il me renvoyait une image d'un homme autoritaire et infrangible, je pense qu'il avait tendance à m'agacer. J'avais une vision manichéenne de la situation, je le percevais plutôt comme celui qui venait persécuter Madame D. Désormais, il paraît accablé. Il semble vraiment souffrir de la situation, il a maigri et paraît très triste. Il nous envoie rapidement dans le séjour et part de son côté. Il semble fuir notre présence et nous laisse rapidement avec Madame D.

Madame D. quant à elle se confie davantage. Auparavant, c'était la psychomotricienne qui initiait l'échange en faisant des propositions « *vous vous êtes disputés ?* » pour faciliter l'expression des ressentis de Madame D. compte tenu de ses difficultés de langage.

Un jour, elle nous formule spontanément « *il dit qu'il est malade mais moi aussi je suis malade* ». La psychomotricienne a pu rebondir sur ses paroles pour lui expliquer que tous les deux doivent lutter contre leur propre maladie. Ils souffrent tous les deux et parfois cela peut être difficile de communiquer ensemble.

C'est aussi pendant l'éveil corporel, qu'elle arrive à nous parler de ce qu'elle ressent. Pendant un automassage de la tête, elle nous dit « *parfois, je m'arrache les cheveux... Je*

deviens violente ». La psychomotricienne peut alors se saisir de ces paroles pour lui proposer de décharger cette forme d'agressivité en tapant sur le ballon ou dans le coussin. J'ai l'impression que le fait de passer par le corps, permet à Madame D. de trouver les mots.

Je remarque qu'au fil des séances, Madame D. évoque des sentiments de plus en plus intimes et nous fait confiance. Il semble que le fait que nous soyons dans une position d'accueil lorsqu'elle décharge corporellement ses tensions, favorise la consolidation de l'alliance thérapeutique. Nous accueillons ce qu'elle exprime par son corps, peut-être que cela l'aide davantage à se confier à nous. Lors de la séance, elle nous confie des pensées assez violentes, qu'elle a pu dire à son mari. Elle regarde la porte-fenêtre et nous dit :

- « *Je lui dis que je vais sauter par la fenêtre* ».
- « *Vous le feriez pour de vrai ?* » demande la psychomotricienne.
- « *Non, non... Je n'ai pas le courage* ».
- « *Je pense que ce serait important d'en parler au médecin, je peux l'appeler pour qu'il vous aide* ».

Finalement, le fait d'être au domicile et donc au cœur du contexte familial semble favoriser l'expression des ressentis de Madame D. sur ce qui se passe dans son quotidien. C'est aussi un lieu qu'elle connaît et malgré sa désorganisation spatio-temporelle, elle a ses propres repères.

Ainsi, en reprenant cette partie clinique, je remarque que c'est d'abord la régulation tonique de Madame D. qui m'a intriguée. Son tonus élevé semblait intimement lié au contexte familial compliqué et à l'évolution de sa maladie d'Alzheimer. Mais c'est surtout lorsque je la vois perturbée en séance de relaxation que je commence à m'interroger sur le cadre thérapeutique dans cette prise en charge à domicile. À ce sujet, il semble intéressant de revenir plus précisément sur la notion du cadre thérapeutique psychomoteur pour pouvoir comprendre par la suite comment l'instaurer au domicile. Quelles sont ces particularités ? Que permet-il à la prise en charge et comment le psychomotricien peut-il contribuer à l'élaboration d'un espace de soin sécurisant ? Je m'interroge aussi sur ce qui pourrait davantage éclairer la problématique psychomotrice de Madame D. Je pense notamment à certains éléments à propos du vieillissement et de la maladie d'Alzheimer qui ne sont pas à négliger dans le cas de cette patiente. Quels sont les particularités de la maladie d'Alzheimer à prendre en compte dans la mise en place du cadre thérapeutique

psychomoteur ? Sur quels éléments le psychomotricien peut-il s'appuyer pour permettre un accompagnement adapté ?

PARTIE THÉORIQUE

1 Le vieillissement

Tout d'abord, il est primordial d'apporter quelques éléments théoriques concernant le vieillissement normal et le vieillissement pathologique pour comprendre par la suite le profil psychomoteur de Madame D. et ce qui s'est joué en séance.

1.1 Le vieillissement normal

1.1.1 Définition du vieillissement

Dans le dictionnaire, le vieillissement est décrit en ces termes : « *fait de devenir vieux, ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort; affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge* » (Larousse, s. d.-e).

De façon naturelle, notre organisme vieillit progressivement ce qui entraîne une diminution des capacités. Cet ensemble de modifications physiologiques et psychologiques touchant l'organisme est l'intrication de facteurs génétiques et environnementaux (Collège national des enseignants de gériatrie, 2000).

« *Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies* » (Collège National des Enseignants de Gériatrie, 2000). Le vieillissement commencerait en fait dès l'enfance car la majorité des cellules ne peuvent pas se renouveler éternellement ou ne sont pas suppléées lors de leur destruction (Ladret, 1993).

Pourtant, même si cette dégénérescence est progressive, le terme de personne âgée est utilisé pour une tranche d'âge bien spécifique. À partir de quand sommes-nous considérés comme une personne âgée ?

L'Organisation Mondiale de la Santé retient l'âge de soixante ans (OMS, 2010).

« *Cette involution n'est perceptible qu'à partir de la soixantaine chez la plupart d'entre nous car l'équilibre est alors rompu* » (Ladret, 1993, p. 37). Ladret explique qu'à cet âge-là les retentissements du vieillissement sont davantage perceptibles physiologiquement, physiquement ou encore psychiquement. De plus, la capacité d'adaptation de l'individu est diminuée ce qui marque une rupture (1993).

Le nombre de personnes âgées devient de plus en plus important car le taux de fécondité diminue et l'espérance de vie augmente (OMS, 2010). Le vieillissement a des répercussions sur l'organisme, certaines sont perceptibles et d'autres plus subtiles.

1.1.2 Effets du vieillissement normal sur l'organisme

Le but de cette partie n'est pas de réaliser un cours complet sur les effets du vieillissement normal mais d'apporter quelques éléments pertinents. Je n'aborde donc que certains points qui éclairent le suivi d'une personne âgée en psychomotricité.

Le vieillissement physiologique et biologique se traduit par une diminution du renouvellement des cellules, un affaiblissement des organes, des appareils et des systèmes internes. Au niveau de la morphologie, la masse graisseuse s'accroît, la taille diminue. D'autres modifications corporelles sont également à noter comme le changement de l'aspect des traits du visage, de la qualité de la peau et des phanères (Michel et al., 2011, p. 13). D'ailleurs, les rides directement observables viennent ternir l'image de soi et touchent à l'identité de la personne qui a dû mal à se reconnaître dans le miroir. Ces différentes modifications entraînent également des limitations psychomotrices comme une diminution de la force musculaire, de la vitesse et de l'amplitude des mouvements, les articulations sont moins souples (Albaret & Aubert, 2001a, p. 19).

Le vieillissement perceptif touche les différents sens : une diminution des capacités visuelles et auditives, une diminution de la sensibilité olfactive, et la dégradation des récepteurs vestibulaires et proprioceptifs qui fragilisent l'équilibre. Au niveau tactile, une altération des composants de la peau provoque des complications pour percevoir la douleur et la température ambiante, des difficultés gnosiques pour reconnaître les objets. Ces différentes pertes sont également en lien avec la dégradation de la propagation de l'information et de la connexion aux voies centrales. Ces pertes bouleversent les facultés à comprendre la situation et peuvent ainsi entraîner un retranchement relationnel (Michel et al., 2011, p. 13,14). Ces altérations du système perceptif ont des retentissements au niveau psychomoteur notamment sur l'équilibre. Lors des déplacements, les déséquilibres sont plus fréquents, les personnes âgées se sentent moins stables et en sécurité dans leurs mouvements (Albaret & Aubert, 2001a, p. 22,23). Au niveau périphérique, la sensibilité proprioceptive est altérée ce qui entraîne une instabilité posturale (Collège national des enseignants de gériatrie, 2000).

Le vieillissement du système nerveux se caractérise par l'appauvrissement des neurones corticaux, de la substance blanche et de certains neurotransmetteurs comme l'acétylcholine. Au niveau central, les temps de réaction sont plus longs (Collège national

des enseignants de gériatrie, 2000). Ces modifications sont en partie responsables de la diminution des facultés de traitement de l'information, ce qui entraîne des difficultés au niveau de l'attention et au niveau de la sélection et la programmation d'une réponse motrice (Albaret & Aubert, 2001a, p. 19). Les capacités mnésiques sont modérément diminuées en ce qui concerne l'assimilation de nouvelles informations, il n'y a pas de répercussions sur la vie quotidienne et l'autonomie (Collège national des enseignants de gériatrie, 2000).

1.1.3 L'acceptation de la perte

L'entrée dans le vieillissement implique indéniablement de multiples pertes, que ce soit au niveau physiologique (pertes motrices, pertes des capacités), cognitif ou encore affectif (décès de ses amis, de ses proches). L'accumulation de ces pertes précipite le sujet âgé dans une crise identitaire, qui réinterroge son organisation psychique. La crise représente une étape qui marque définitivement le sujet avec un avant et un après (Kafoa & Roumilhac, 2012).

Dépasser les pertes implique des remaniements psychiques. Ce travail intérieur, Freud le nomme « *le travail du deuil* » (cité par Hanus, 1998). Il repose sur l'acceptation de la perte : accepter qu'elle existe et qu'elle va provoquer des changements au niveau psychique. Accepter la perte c'est aussi accepter son aspect définitif. Ce qui est perdu ne peut être restauré (Fantini-Hauwel et al., 2014).

L'entrée dans le vieillissement remet en cause l'identité, l'individu se retrouve devant une nouvelle identité, celle de personne âgée, qui est difficile à revêtir car il doit se détacher de l'ancienne (Kafoa & Roumilhac, 2012).

Mais quand les pertes se cumulent et signent l'entrée dans la maladie, l'acceptation se révèle être davantage une épreuve.

1.2 Le vieillissement pathologique : le cas de la Maladie d'Alzheimer

Selon la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la maladie d'Alzheimer est une maladie dite neurodégénérative, elle provoque une atteinte cérébrale progressive conduisant à la mort neuronale (2015). L'Institut National de la Santé et de la recherche Médicale (INSERM) précise que cette dégénérescence neuronale est lente, elle commence au niveau de la région hippocampique, une structure capitale pour la mémoire puis progresse vers l'ensemble du cortex cérébral ce qui explique l'avancement des troubles cognitifs au cours du temps (2019).

Les principales atteintes au niveau du système nerveux central sont le dysfonctionnement de la protéine « *Tau* » et l'apparition de façon accrue de plaques amyloïdes appelées aussi plaques séniles. Ces plaques sont l'expression de la protéine bêta Amyloïde, elles se déposent dans l'espace extracellulaire, entre les cellules neuronales (France Alzheimer, 2018a).

On distingue des maladies qui ont des signes cliniques très semblables à la maladie d'Alzheimer, comme par exemple la démence d'origine vasculaire, la démence à corps de Lewy, la dégénérescence lobaire fronto-temporale. On dit qu'elles sont « *apparentées à la maladie d'Alzheimer* » (DGOS, 2015).

La maladie d'Alzheimer se révèle par l'association de lésions cérébrales caractéristiques décrites ci-dessus et par un syndrome démentiel. Le syndrome démentiel se décrit par un déficit mnésique, l'atteinte d'une ou plusieurs autres fonctions cognitives et d'une perte d'autonomie (Rigaud, 2001).

1.2.1 Symptômes

La maladie devient de plus en plus visible en raison de l'apparition de symptômes cognitifs, c'est-à-dire l'atteinte des fonctions en charge de la connaissance et liées à l'intelligence, à la mémoire, au langage, à la reconnaissance, au jugement, au raisonnement ou à la compréhension (France Alzheimer, 2018b).

L'atteinte mnésique est le symptôme le plus fréquent et généralement le plus perceptible dans la vie quotidienne en début de maladie (INSERM, 2019). Selon Hauw, la mémoire à court terme, incluant la mémoire de travail et la mémoire immédiate, est la première à être atteinte. La personne ne peut plus enregistrer de nouvelles informations immédiates. La mémoire à long terme se compose de la mémoire explicite et de la mémoire implicite. La mémoire explicite qui porte sur les événements récents est aussi altérée, elle inclue la mémoire épisodique et la mémoire sémantique. La mémoire épisodique englobe les événements vécus et leur contexte, les faits autobiographiques. Son altération est notamment à l'origine de la désorientation spatio-temporelle. Par exemple, la personne se perd en ville, elle oublie ses rendez-vous, ne sait plus la date du jour. La mémoire sémantique est touchée de façon variable selon les personnes, l'individu cherche ses mots ou remplace un mot par un autre, il utilise ce qu'on appelle des mots valises, des termes imprécis comme « *truc* » ou « *machin* ». La mémoire implicite est davantage conservée. Également appelée mémoire procédurale, elle est particulièrement intéressante en psychomotricité car elle permet l'encodage des automatismes inconscients comme les

aptitudes motrices et enregistre le contexte émotionnel. C'est donc sur ce type de mémoire que l'on peut s'appuyer pour un travail en psychomotricité (Hauw, 2019).

Généralement, il y a progressivement apparition d'un « *syndrome aphaso-apraxo-agnosique* » (Charazac, 2009a, p. 21).

L'aphasie est un trouble de l'expression et/ou de la compréhension du langage oral et écrit à la suite d'une lésion du cortex cérébral (Larousse, s. d.-a). La perte du langage oral peut suivre trois étapes avec l'avancée de la maladie. Tout d'abord, cela se manifeste par l'amointrissement du vocabulaire avec une difficulté à trouver ses mots. Progressivement, la personne n'utilise plus que quelques mots pour s'exprimer, puis des sons ou un jargon insensé. En fin de maladie, l'atteinte peut être tellement importante que la personne ne parle plus (France Alzheimer, 2018b).

L'apraxie est une perturbation de la réalisation de geste, cela peut être une incapacité de réaliser un comportement moteur appris, un geste symbolique, ou encore une mauvaise manipulation d'objet. Ce trouble n'est pas la conséquence d'une atteinte des fonctions motrices, sensibles ou d'une altération de la compréhension. Il est la conséquence d'une lésion cérébrale (Larousse, s. d.-b). Il semble qu'au début de la maladie, les atteintes au niveau praxique touchent d'abord les praxies constructives. La personne peut avoir des difficultés au niveau visuo-spatial et peine à reproduire un dessin, des formes géométriques ou à réaliser une construction avec des cubes par exemple. Plus tard, les troubles peuvent aussi se révéler par des altérations des praxies idéatoires et idéomotrices (Albaret & Aubert, 2001b, p. 48). Les atteintes praxiques peuvent donc progressivement avoir un retentissement sur l'autonomie, avec par exemple l'altération du geste de l'écriture, puis des perturbations plus invalidantes comme des troubles de la déglutition (France Alzheimer, 2018b).

L'agnosie est une impossibilité de reconnaissance et d'identification d'un objet sans que les fonctions sensorielles soient altérées. Plus tardivement dans la maladie, la personne peut présenter une prosopagnosie, elle ne reconnaît plus les visages de ses proches ou peut même se retrouver en difficulté pour identifier son propre visage dans le miroir (Rigaud, 2001).

La détérioration des fonctions exécutives génère des incapacités de planification, d'organisation de tâches complexes ou nouvelles. La personne a des difficultés pour construire un raisonnement et pour se concentrer, elle a de plus en plus de mal à faire deux activités simultanément (France Alzheimer, 2018b).

La maladie a également des retentissements sur l'humeur et le comportement de la personne. Les symptômes dits négatifs sont les plus fréquents, ils se manifestent par l'altération de l'humeur, comme par exemple l'apathie, l'indifférence affective et émotionnelle ou encore le repli sur soi. Des symptômes dits positifs se caractérisent par l'apparition de comportements anormaux comme des idées délirantes, de l'agressivité, ou de la désinhibition par exemple. De l'anxiété peut se manifester davantage par une peur de la séparation de ses proches, un besoin d'être réassuré, de l'agitation verbale ou motrice (déambulations, fugues). Ces troubles ont de grandes répercussions sur l'autonomie de la personne mais aussi sur les proches du malade qui se retrouvent en première ligne et en difficulté pour réagir et communiquer avec ce dernier (Rigaud, 2001).

1.2.2 Évolution et traitements

Rigaud distingue trois stades qui décrivent de façon générale l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Tout d'abord « *le stade dit amnésique* » qui se manifeste principalement par une atteinte de la mémoire. Ensuite « *le second stade dit démentiel* » où l'autonomie est progressivement atteinte, le patient est en difficulté pour effectuer les actes du quotidien et devient de plus en plus dépendant de ses proches. Enfin « *le troisième stade végétatif* », les actions les plus primitives ne sont plus réalisables, la dépendance est accrue. Le patient a besoin de quelqu'un en permanence, il ne peut plus marcher, parler, ou encore manger (2001).

Actuellement, il n'existe aucun traitement médicamenteux permettant de guérir de la maladie d'Alzheimer. Les médicaments prescrits permettent de freiner l'avancée de la maladie et de diminuer les troubles comportementaux. Les traitements non médicamenteux mettent en avant une approche relationnelle, sociale et psychologique pour préserver les capacités du patient le plus longtemps possible. C'est une prise en charge personnalisée qui propose une réhabilitation cognitive, des médiations corporelles et des aménagements dans la vie quotidienne du malade. Le but est aussi de soulager les aidants, leur apporter une meilleure compréhension de la maladie pour leur permettre d'avoir un comportement adapté avec leur proche (France Alzheimer, 2018c)

C'est donc dans cette optique, que la psychomotricité s'est développée pour prendre soin des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Comme pour tout suivi, le psychomotricien veille à proposer des séances personnalisées avec un cadre thérapeutique adapté à la problématique du patient. À ce sujet, le cadre de soin en psychomotricité est un terme qui se décline sous plusieurs facettes sur lesquelles il est intéressant de se pencher.

2 Vers une définition du cadre thérapeutique en psychomotricité

Le cadre de soin est une notion primordiale lorsqu'on élabore une prise en charge psychomotrice. Néanmoins, elle n'est pas pour autant explicite dès le début de ma formation. Pourtant, sans le savoir, ce cadre était déjà en construction dès mes premiers pas à l'institut. C'est en rédigeant ce mémoire que j'en prends véritablement conscience et que j'approfondis ma réflexion sur le sujet. Je m'intéresse d'abord à la signification de ce terme.

2.1 Qu'est-ce que le cadre ?

D'après le dictionnaire, le mot cadre désigne une « *bordure rigide limitant une surface dans laquelle on place un tableau, un objet d'art, etc. (...) Ce qui borne, limite l'action de quelqu'un, de quelque chose; ce qui circonscrit un sujet* » (Larousse, s. d.-c).

Le cadre au sens propre est alors une installation qui borde, qui entoure. Il me donne une première impression de rigidité et d'inflexibilité. Au sens plus figuré, le cadre apparaît plutôt comme un ensemble d'éléments qui fixe des limites. L'expression « *circonscrit un sujet* » me renvoie une image de délimitation, de contours.

Potel inclut une notion spatio-temporelle dans sa définition du cadre. En effet, pour cette dernière, le cadre précise l'heure et l'endroit où va se dérouler l'activité en question, ce sont les premières bordures concrètes qui permettent l'existence de l'action (2010/2019, p. 357).

Sans un espace et un temps donnés, comment peut avoir lieu la rencontre ?

Dans une prise en charge psychomotrice, nous parlons d'un cadre thérapeutique car c'est dans un lieu, une temporalité et dans un but précis que va se dérouler une action dite thérapeutique. Cette action est préalablement imaginée lors du projet thérapeutique (Potel, 2010/2019, p. 357).

Le cadre thérapeutique se compose de plusieurs modalités qui sont indispensables pour permettre une prise en charge en psychomotricité. Je vais alors vous les décrire.

2.2 Le cadre interne du psychomotricien

« *Former des étudiants au métier de psychomotricien implique de transmettre des savoirs, des savoir-faire et un savoir-être* » (Vachez-Gatecel & Giromini, 2010/2019, p. 472).

Le cadre interne se définit alors comme la formation du psychomotricien, les connaissances, les expériences qui vont faire de lui un thérapeute. Pourquoi est-il interne ?

Ce sont des concepts immatériels qu'il va étudier, expérimenter, assimiler. Il va pouvoir alors au fil de son apprentissage les intégrer et se construire professionnellement.

Aucouturier parlait déjà de ces trois piliers au commencement du métier, « *la formation du psychomotricien se compose d'une trilogie : formation personnelle, formation théorique et formation pratique, toutes trois menées simultanément* » (Aucouturier et al., 1987, p. 29).

Cet assemblage permet alors de comprendre le lien étroit entre psyché et corporéité qui caractérisent tant notre métier.

2.2.1 Le savoir

Le savoir rassemble les connaissances, il s'agit de l'enseignement théorique. Nous étudions bien évidemment la psychomotricité, la manière dont elle est apparue, son évolution et ses différents champs de pratique. Il est également enseigné des matières sur lesquelles la psychomotricité s'appuie c'est-à-dire des disciplines tirées de la médecine (psychiatrie, anatomie...), de la psychologie, des sciences humaines ou des domaines éthiques et législatifs (Vachez-Gatecel & Giromini, 2010/2019).

La formation théorique « *n'est pas de type académique, car elle place la personne au centre de la découverte des concepts* » (Aucouturier, 2017, p. 125). Effectivement, cet enseignement est prodigué en même temps que des expérimentations et des apports pratiques, ce qui permet de lier théorie et clinique. C'est d'ailleurs grâce à une découverte de lui-même, de sa propre psychomotricité que l'étudiant va pouvoir bénéficier pleinement de cet enseignement théorique. Que signifie la découverte de soi-même ?

2.2.2 Le savoir être

« *Son premier outil est la connaissance qu'il a de lui-même : une connaissance sensorielle, 'psycho-motrice', une connaissance avérée et pensée, pour servir ses projets thérapeutiques* » (Potel, 2010/2019, p. 360). Passer par son propre corps, par sa propre sensorialité et ses propres états émotionnels fait donc partie de la formation du psychomotricien. Grâce à cette expérimentation, il sera davantage en capacité pour comprendre la psychomotricité des autres.

Ce qu'Aucouturier appelle « *la formation personnelle* » (1987) c'est l'intégration de ce savoir-être lors des travaux pratiques de psychomotricité. C'est principalement en première année que les étudiants apprennent davantage à se connaître corporellement et émotionnellement. Je me souviens m'interroger sur l'utilité de ces expérimentations, pourquoi n'ai-je pas accès directement aux médiations psychomotrices ? J'étais impatiente

d'apprendre ce beau métier et ses techniques spécifiques. Au fil de mon cursus, je réalise alors véritablement que ces expériences sont primordiales pour pouvoir appréhender plus tard les outils techniques et comprendre davantage ce que ressent l'autre.

Effectivement, expérimenter, apprécier et être attentif à sa propre régulation tonique, sa posture, son regard, sa voix, sont les clés pour pouvoir ensuite entrer en relation avec l'autre. C'est utiliser « *son propre corps comme médiateur de la relation à l'autre* », ces expérimentations sont donc les prérequis de la communication non verbale (Vachez-Gatecel & Giromini, 2010/2019, p. 478-479). Elles sont intériorisées et constituent la manière d'être du thérapeute et alimentent le cadre interne.

Le psychomotricien se constitue aussi une boîte à outils en apprenant des techniques spécifiques.

2.2.3 Le savoir faire

Corrélativement à l'instruction théorique et personnelle, un enseignement clinique est assuré. Aucouturier le nomme « *la formation pratique* » (1987), Vachez-Gatecel et Giromini emploient le terme de « *savoir-faire* » (2010/2019).

Cet enseignement permet d'aborder de façon plus spécifique chaque population et pathologie que le psychomotricien sera à même de rencontrer. Cela passe par l'apprentissage de tests psychomoteurs et cognitifs cotés, de techniques et de médiations spécifiques telles que la conscience corporelle, la relaxation, l'expression corporelle, le toucher thérapeutique, la sophrologie, la danse, la musique... De plus, les stages d'initiation et d'apprentissage thérapeutique permettent aux étudiants de développer leurs capacités d'observation et d'acquérir de l'expérience clinique. Le module théorico-clinique permet l'échange, la réflexion et de lier la clinique avec les concepts théoriques (Vachez-Gatecel & Giromini, 2010/2019, p. 476-478).

Ainsi, durant son cursus le futur psychomotricien acquiert des principes théoriques, vit des expérimentations et apprend des techniques spécifiques de façon simultanée pour construire ce qu'on appelle le cadre interne. Ce sont donc des connaissances et des expériences sauvegardées intérieurement qui peuvent être recrutées lors d'une prise en charge en psychomotricité. Ce sont notamment ces éléments du cadre thérapeutique qui vont lui permettre de s'adapter à chaque patient rencontré. Chaque patient a une histoire de vie, des expériences corporelles, psychologiques et émotionnelles qui lui sont propres auxquelles le psychomotricien doit s'ajuster.

Mais le cadre thérapeutique dépend également d'autres facteurs plus matériels.

2.3 Le cadre externe

Après avoir parlé de ce que le psychomotricien intériorise durant sa formation, il y a tout ce qui se trouve à l'extérieur. Potel décrit alors « *des conditions très concrètes* » que le cadre doit remplir. Elle distingue cinq conditions que je vais décrire : des conditions d'espace, des conditions de temps, des conditions de matériel, des conditions d'encadrement et des conditions de fonctionnement institutionnel (2010/2019, p. 358-359) .

« *Des conditions d'espace* » : il s'agit du lieu de l'expérience, de la rencontre psychomotrice. Ces conditions englobent les dimensions et l'aménagement de la salle pour permettre l'expression et les expérimentations psychomotrices.

« *Des conditions de temps* » : quel temps est accordé au patient ? Une demi-heure, quarante-cinq minutes, une heure ? Généralement, cela est défini au début du suivi selon la disponibilité, la capacité d'attention et de fatigabilité du patient, cela peut aussi être ajusté au cours du suivi. La fréquence régulière est souvent préconisée pour permettre l'installation de repères. La notion de rituels à l'intérieur des séances constitue également des repères temporels. À ce propos, Delourme définit trois modalités relatives au temps qui sont la durée des séances, leur fréquence et la longueur du suivi (2003).

« *Des conditions de matériel* » : le matériel peut soutenir les propositions psychomotrices. Le choix du matériel, le nombre, les caractéristiques sensorielles, les fonctions et l'accessibilité des objets influent sur ce qui se passe en séance.

« *Des conditions d'encadrement* » : qui porte le cadre durant la séance ? Le psychomotricien est-il seul ou travaille-t-il en coanimation avec un autre psychomotricien, un autre professionnel ?

« *Des conditions de fonctionnement institutionnel* » : Potel explique que le cadre thérapeutique doit être en accord avec le projet global proposé par l'institution au patient. La communication et les échanges entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire assurent la cohésion des différents soins proposés à un même patient.

Delourme, parle du cadre psychothérapique et aborde d'autres notions qui me paraissent pertinentes pour le cadre thérapeutique en psychomotricité. Il évoque notamment « *le coût des séances* » (2003) qui peut influencer sur le cadre et sur l'attente du patient et de sa famille. Les séances sont-elles remboursées ou à la charge du patient ? Il pose également la question entre « *Vouvoiement ou tutoiement ?* » (2003). Parfois le thérapeute se réfère à

l'âge pour l'utilisation du pronom, mais quand nous entrons dans le champ du handicap la réponse à cette question peut être plus complexe et personnalisée.

Ces conditions sont donc très variables selon le lieu d'exercice et la population rencontrée, elles diffèrent aussi selon la problématique du patient et selon son projet thérapeutique.

Ainsi, le cadre thérapeutique se construit tout au long de la formation du psychomotricien et continue à évoluer au fil de son parcours professionnel. Il repose également sur des éléments extérieurs qui sont aménagés en fonction du patient. Mais au-delà de cette définition, le cadre de soin psychomoteur offre un véritable espace privilégié au patient. D'une part, le psychomotricien peut s'appuyer sur le cadre pour mettre en place le suivi. D'autre part, l'engagement du psychomotricien soutient le maintien du cadre et lui donne cette dimension d'espace sécurisant et contenant.

3 L'instauration et les fonctions du cadre thérapeutique en lien avec l'engagement du psychomotricien

Le cadre est avant tout une garantie de part et d'autre. Il permet au patient de trouver une place, c'est-à-dire un espace et un temps pour lui, qui lui est réservé. Pour le thérapeute, il octroie l'opportunité de laisser la possibilité et la disponibilité à ce qui se passe, d'accueillir ce qui doit advenir et non attendre quelque chose de prévu (Ballouard, 2006, p. 185).

Le cadre assure une fonction tant auprès du patient qu'auprès du psychomotricien, il laisse place à la relation entre les deux sujets et à l'expression du patient. L'engagement du psychomotricien et les dispositions établies offre la possibilité au patient de se reposer sur le cadre déterminant un espace sécurisé.

3.1 Le cadre comme espace sécurisant

3.1.1 Le cadre délimite l'intérieur et l'extérieur

Le cadre thérapeutique permet d'offrir un espace et une temporalité spécifiques au soin et donc différents de ceux rencontrés dans la vie courante (Delourme, 2003). C'est tout d'abord grâce aux conditions concrètes que cette différence est perceptible. Le cadre externe permet de délimiter matériellement le lieu et le temps de la séance. L'entrée dans la salle de psychomotricité par exemple, marque une différence entre un dedans et un dehors (Miglioranza, 2006). Ces conditions permettent de rendre le cadre suffisamment explicite pour le patient. Quand il rentre dans la pièce définie comme l'espace de soin, il

reconnait le lieu, le matériel. Il vient à une heure précise et sait qu'il va rester pour une durée qui a été convenue préalablement avec le thérapeute

Ballouard explique que le cadre est fait de constantes, qu'il nomme « *l'invariant* » (2006, p. 185). Cette stabilité protège ce qui se passe en séance. Cette protection permet au patient de se sentir suffisamment sécurisée dans le soin mais elle n'empêche pas l'expression du patient et son évolution. Ces constantes du cadre permettent également d'attribuer les changements observés comme venant du patient. En effet, l'auteur ajoute « *il est ce qui demeure permanent pour que le changement se produise* » (2006, p. 185). La stabilité du cadre et les différentes règles de fonctionnement partagées aident le patient à faire une différenciation entre ce qui se passe à l'intérieur et à l'extérieur de la séance (Ballouard, 2008/2011, p. 186).

Reconnaître un espace comme lieu de soin passe par une intégration corporelle et psychique de la limite (Miglioranza, 2006). La délimitation physique se perçoit grâce aux éléments concrets du cadre externe. D'autre part, le cadre va être intériorisé par le patient d'un point de vue psychique (Martin, 2001). Il reconnaît cet espace de soin comme un lieu d'expression et il se sent soutenu.

Cette intériorisation psychique délimite l'intérieur et l'extérieur de l'espace de soin ce qui rappelle sans équivoque la notion d'enveloppe psychique.

3.1.2 L'intériorisation des limites : la notion d'enveloppe psychique

L'enveloppe psychique est « *une surface intériorisée psychiquement qui délimite le monde interne du monde externe* » (Veeser, 2015), elle permet de différencier l'intérieur et l'extérieur de l'espace psychique.

Cette différenciation psychique se construit dès le plus jeune âge lors des relations précoces mère-bébé. Effectivement, à la naissance, le bébé ne fait pas la différence entre les sensations internes et les excitations corporelles externes. Il ne peut identifier l'origine de ce qu'il ressent, ainsi au niveau psychique, l'espace interne et l'espace externe sont fusionnés (Miglioranza, 2006).

Il semble alors qu'il y ait une correspondance entre le vécu corporel et leur symbolisation au niveau psychique. Anzieu décrit bien cette liaison, il conceptualise le « *Moi-Peau* » en 1985. La peau limite, protège et contient le corps faisant ainsi une différenciation entre l'intérieur du corps et l'extérieur. « *Toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique. Le Moi-Peau trouve son étayage sur les fonctions de la peau* » (Anzieu,

1985/2006 p.61). Anzieu utilise la métaphore des fonctions de la peau pour expliquer comment se développe la vie psychique. Il propose que l'expérimentation corporelle de la notion de limite, permet à l'enfant d'intérioriser cette distinction dedans-dehors d'un point de vue psychique.

Le nourrisson est dépendant de son environnement pour avoir accès à ces expérimentations. Winnicott parle d'un « *environnement suffisamment bon* » (1956/2006) quand il évoque la capacité adaptative de la mère qui répond aux besoins de son nourrisson et qui lui fournit l'attention et les soins corporels adaptés. En faisant l'expérience de sa continuité corporelle grâce aux soins fournis par sa mère, l'enfant va acquérir le sentiment d'exister, et le sentiment de continuité psychique que Winnicott appelle « *le self* » (1956/2006).

Anzieu attribue différentes fonctions au Moi-Peau, la première est la « *maintenance du psychisme* » (1985/2006, p.121) qui se construit notamment par l'expérience du portage maternel que Winnicott nomme le « *holding* » (Winnicott et al., 1987/1992). Le bébé intériorise la manière dont sa mère l'a maintenu et soutenu psychiquement et physiquement (Anzieu, 1985/2006).

Une autre fonction du Moi-Peau est « *la contenance du psychisme* », la peau enveloppe tout le corps tout comme le Moi-Peau enveloppe l'appareil psychique (Anzieu, 1985/2006 p.124). Cette fonction s'acquiert par « *le handling maternel* » (Winnicott et al., 1987/1992). La mère, par les manipulations et les soins, donne des réponses gestuelles et vocales aux sensations et aux émotions de son bébé. L'enfant s'appuie sur ce que sa mère lui donne pour construire son sentiment de sécurité interne.

Tout comme la mère permet à l'enfant d'intérioriser psychiquement les limites entre l'intérieur et l'extérieur, l'ensemble du cadre thérapeutique incluant les qualités du psychomotricien constitue un « *environnement suffisamment bon* » (Winnicott et al., 1987/1992) qui permet au patient de reconnaître un espace de soin en séance de psychomotricité. Je vais à présent décrire comment les fonctions du psychomotricien peuvent s'apparenter à celles de la mère dont parle Winnicott.

3.1.3 L'état de disponibilité du psychomotricien

La présence corporelle et psychique du psychomotricien implique qu'il soit attentif à ce qui se passe en séance, il porte intérêt aux manifestations corporelles ou orales de son patient. Il n'a pas d'attentes spécifiques vis-à-vis du patient (Masquelier-Savatier, 2003). Cela

revient à mettre « à disponibilité tous nos sens afin d'être à l'écoute des manifestations psychocorporelles de notre patient » (Veesser, 2015).

Veesser compare cette disponibilité à la « *préoccupation maternelle primaire* » de Winnicott (Winnicott cité par Veesser, 2015).

En 1956, Winnicott décrit un état particulier dans lequel se trouve la mère, qui débute pendant la grossesse et perdure durant les premières semaines de vie du nourrisson. La mère se montre pleinement disponible pour répondre aux besoins de son bébé. Durant cette période, elle est dotée d'une sensibilité et d'une attention particulière pour s'adapter aux demandes de l'enfant.

« *La mère qui a atteint cet état que j'ai nommé 'préoccupation maternelle primaire' fournit un 'cadre' (setting) dans lequel la constitution de l'enfant pourra commencer à se développer, ses tendances au développement à se déployer (...)* » (Winnicott, 1956/2006, p. 44). Cet état « *fournit 'un cadre'* » qui participe au développement de l'enfant en ce qui concerne la reconnaissance de ses sensations ce qui contribue à se construire psychiquement.

De façon comparable, le psychomotricien se trouve dans un état particulier de disponibilité psychique pour comprendre le comportement des personnes qu'il rencontre. Cette attitude est essentielle pour être à l'écoute de patients qui n'utilisent pas la communication verbale. Tout comme la mère s'adapte aux besoins de son bébé, le psychomotricien porte intérêt aux besoins du patient pour pouvoir lui apporter la réponse la plus adaptée (Veesser, 2015).

Le patient se sent alors pleinement écouté et peut davantage investir cet espace.

3.1.4 L'espace de soin psychomoteur : un lieu de décharge mais surtout un lieu d'expression

Une fois que le patient intériorise cette délimitation entre l'intérieur et l'extérieur, le cadre donne la possibilité au patient d'exprimer les éprouvés qui le débordent, qui sont non représentables, non symbolisables et qui l'empêchent de penser (Potel, 2006b).

Il est important qu'il puisse se sentir libre de déposer en séance ce qu'il souhaite sans méfiance ou crainte de jugements ou de rejet de la part du thérapeute (Delourme, 2003).

Mais Potel rappelle que la séance de psychomotricité n'est pas simplement un lieu de décharge, où le patient extériorise sa souffrance ou ses émotions. Elle reprend l'exemple du nourrisson qui extériorise corporellement ce qu'il ne peut symboliser. Elle souligne que

le terme « expressions » par le corps implique que les manifestations corporelles, l'activité motrice ou sensorielle soient symbolisées. Afin que ces actes moteurs deviennent des expressions, ils doivent être accueillis par quelqu'un qui pourra mettre du sens (2010/2019, p. 375-377).

Cette capacité d'accueil va permettre au patient de reconnaître ce lieu qu'est la salle de psychomotricité comme un espace propice à l'expression corporelle, émotionnelle et à l'expérimentation sensorielle et pas uniquement comme lieu de décharge (Veeser, 2015).

La capacité contenant du thérapeute est alors nécessaire pour recevoir et mettre du sens sur ce qui se passe en séance.

3.2 La capacité contenant du psychomotricien pour soutenir le cadre de soin

Pour Ciccone ce qui soigne n'est pas le simple fait de décharger verbalement, émotionnellement ou corporellement, ce qui importe c'est que cette décharge « *trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue* » (2001).

Un contenant dans le langage usuel est un récipient qui vient accueillir, recevoir quelque chose (Larousse, s. d.-d). Le thérapeute assure cette fonction de réceptacle de plusieurs façons. Tout d'abord, le patient peut se référer au thérapeute si ce dernier se montre disponible psychiquement et dans une posture d'accueil sécurisante. Mais le psychomotricien est plus qu'un simple réceptacle, il apporte du sens et vient soutenir les propositions du patient car c'est tout son corps qui est engagé dans la relation (Kacha, 2011).

3.2.1 Accueillir les éprouvés pour mettre du sens

Bion développe le modèle du contenant contenu : le bébé est submergé par des sensations et des éprouvés vécus comme insupportables, il n'arrive pas à les identifier. Ces éprouvés sont le contenu qu'il va projeter dans un contenant. C'est alors la mère qui va assurer cette fonction en accueillant et en transformant ces vécus pour les détoxifier. L'enfant pourra ensuite les recevoir de nouveau en les réintrojectant sous une forme plus supportable (cité par Ciccone, 2001). Bion nomme cette capacité maternelle « *la fonction alpha* ». La mère transforme les éléments bruts dit « *bêtas* » du bébé, des éléments non représentables psychiquement, en éléments « *alpha* » dotés de sens. L'enfant va pouvoir s'appuyer sur ces expériences pour se développer psychiquement, anticiper les situations et se représenter l'environnement (cité par Mellier, 2008).

De la même façon, le psychomotricien va accueillir les épreuves vécues comme irréprésentables des patients. Grâce à sa capacité de mettre en mots les sensations et les pensées, il va transformer ces éléments bruts en éléments alpha. Il assure une fonction contenant en étant réceptacle des vécus insupportables et en leur attribuant du sens pour permettre un travail de symbolisation (Veesser, 2015).

Cette fonction de contenance, il l'assure en utilisant son principal outil : le corps.

3.2.2 L'implication corporelle du psychomotricien

« Son implication corporelle lui donne une qualité de présence particulière. Induire, contenir, soutenir l'expression créatrice et singulière de chaque patient lui demandent une authenticité corporelle et une disponibilité tonique » (Potel, 2006a, p. 36). Accueillir les épreuves du patient ne passe pas simplement par l'écoute ou l'observation visuelle, le psychomotricien s'engage corporellement et joue avec la régulation tonique pour rentrer en relation avec le patient.

Ajuriaguerra s'appuie sur le dialogue tonique de Wallon pour développer le concept de dialogue tonico-émotionnel. Il s'appuie sur le fait que l'état émotionnel d'une personne se reflète sur son état tonique. Dans le dialogue tonico-émotionnel, la régulation tonique permettrait de faire circuler des ressentis émotionnels entre deux individus. Il serait alors un outil relationnel, un pilier de la communication non verbale. C'est une expérience vécue dès le plus jeune âge, lors des interactions précoces entre la mère et l'enfant (cité par Bachollet & Marcelli, 2010)

Le bébé témoigne de son mal-être en pleurant mais c'est aussi tout son corps qui exprime sa détresse, son tonus augmente et il se retrouve dans un état de tension. Son émotion se manifeste ainsi par sa régulation tonique. Même si la mère ne sait pas immédiatement quelle est la source du problème, en le prenant dans les bras, elle adapte son propre tonus pour faire transparaître un sentiment d'apaisement et rassure le nourrisson (Fortini, 2009). Bachollet et Marcelli emploient le terme de « *dialogue tonico-prosodico-mimo-émotionnel* ». En effet lors du portage, l'enfant ressent les changements toniques et rythmiques, mais également la posture, les mimiques et la prosodie de son partenaire (2010).

« De par sa formation spécifique qui allie théorie et vécu du dialogue tonico-émotionnel, le psychomotricien est particulièrement à même de détecter, comprendre, entendre et mettre en mots les modifications du tonus de relation du sujet » (Veesser, 2015). Grâce à son regard spécifique, le psychomotricien repère ses propres variations mais aussi celles du patient. Il observe et tente d'identifier quels sont les vécus émotionnels en lien avec cette régulation

tonique. Il peut aider à la verbalisation pour que le patient fasse du lien entre son état de tension corporelle et son état émotionnel. Quand cela est trop difficile, il aide la mise en mots et tente de mettre du sens sur ce que vit le patient. Mais c'est aussi par sa propre implication corporelle, en faisant varier son propre tonus qu'il peut aider le patient à réguler son tonus.

Cet accueil des éprouvés, leur transformation, et les interactions corporelles avec le psychomotricien peuvent être des expériences fortes et bouleversantes pour le patient. La fonction contenante du thérapeute assure la régulation des sollicitations proposées.

3.2.3 Contenir pour empêcher le débordement

« Le cadre garantit la 'sécurité physique et psychique' des participants. Ce qui fait appel directement aux capacités de pare-excitation du thérapeute » (Potel, 2006c, p. 108). Une fois de plus, la sécurité du cadre repose sur la capacité du thérapeute à protéger le patient. Protéger le patient c'est veiller à ce qu'il ne soit pas débordé psychiquement ou émotionnellement. Cette facette de la contenance permet de limiter les attaques du cadre.

Freud est à l'origine du concept de pare-excitation, qui permet de protéger l'intérieur de l'appareil psychique contre l'excès de stimulations et les agressions venant du monde extérieur (cité par Belot, 2012).

Anzieu s'appuie sur Freud et attribue au Moi-Peau *« une fonction de pare-excitation »*. Tout comme la peau protège l'organisme des agressions extérieures, l'appareil psychique filtre les excitations pour ne pas se laisser déborder (Freud cité par Anzieu, 1985/2006, p.125). À la naissance, le bébé ne sait pas d'où viennent les sensations internes et externes qu'il ressent, ce qui peut l'envahir. Il va progressivement intérioriser la capacité maternelle à protéger son bébé d'un excès de stimulation. La mère assure ce rôle de filtre car le bébé est encore trop immature psychiquement pour l'accomplir seul (Belot, 2012).

Le thérapeute assure lui aussi une fonction de pare-excitation en séance. *« Il s'agit fondamentalement de pouvoir identifier chez nos patients les moments de disponibilité tant corporelle que psychique et ainsi adapter notre comportement, notre engagement et nos sollicitations »* (Veesser, 2015). Veesser explique que le psychomotricien régule les stimulations extérieures pour qu'elles ne viennent pas submerger le patient. Il tient compte de la disponibilité du patient pour savoir à quel moment ce dernier est ouvert à la rencontre et à de nouvelles propositions. Il veille à laisser le temps nécessaire au patient pour qu'il puisse assimiler les sollicitations.

Cette fonction de pare-excitation rejoint également la capacité du thérapeute à accueillir le débordement émotionnel du patient, il vient mettre du sens en nommant, en verbalisant pour aider le patient à comprendre ce qui se passe. « *Pour jouer ce rôle contenant, il importe de clarifier ce que nous ressentons au contact de l'autre pour ne pas l'envahir par nos propres affects* » (Masquelier-Savatier, 2003). Il en va alors de notre propre fonction de pare-excitation pour ne pas se laisser déborder par ce que le patient nous fait vivre. Il est important d'identifier nos propres émotions, nos propres ressentis pour pouvoir ensuite être contenant.

Ainsi, le cadre thérapeutique en psychomotricité définit un espace dédié au soin. Cet espace est reconnu comme tel grâce à une délimitation physique mais aussi parce le patient intériorise psychiquement que ce lieu est sécurisant. Effectivement, la contenance du psychomotricien garantit l'accueil des éprouvés non représentables du patient. Grâce à sa disponibilité psychique et son implication corporelle, il permet la symbolisation de ce que le patient dépose en séance, l'espace devient alors un lieu d'expression. Dans le cas d'une prise en charge au domicile d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, il est important de prendre en compte la problématique du patient pour adapter le cadre thérapeutique.

4 La maladie d'Alzheimer et le soin en psychomotricité : des spécificités à prendre en compte pour installer le cadre thérapeutique

4.1 L'entrée dans la maladie au sein du foyer

4.1.1 L'état de dépendance

Les nombreuses pertes en lien avec la maladie d'Alzheimer signent l'entrée dans une dépendance pathologique. Cette dépendance est progressive, elle s'installe doucement.

« *Ainsi les deux mots clés de la relation de dépendance sont la stabilité et la sécurité* » (Charazac, 2009b, p. 40). Stabilité car dès l'annonce de la maladie tout est mis en place pour que le patient garde ses habitudes de vie. Le but est de conserver les capacités le plus longtemps possible comme pour essayer de stabiliser la maladie. Le maintien au domicile confère au proche le rôle d'aidant principal. C'est d'ailleurs parce qu'il vit toujours chez lui, avec ses propres repères et qu'il est soutenu par les membres de sa famille que le patient retrouve une certaine sécurité dans la dépendance. Or, la maladie avance. Il s'installe « *un cycle de la dépendance* » (Charazac, 2009b, p. 39) qui est marqué par des périodes stables et des moments de crise. L'apparition des symptômes et des

troubles du comportement est préoccupante et vient perturber la stabilité et la sécurité de la relation aidant-aidé.

« *Le patient devient étranger à lui-même. Étranger aux autres* » (Lasserre, 2014). Avec l'avancée de la maladie, les différents symptômes s'accroissent et déconcertent les proches qui ont du mal à comprendre toutes ces manifestations. Tout un travail d'aide à la compréhension est préconisé pour que les proches puissent avoir le meilleur comportement avec le malade.

Face à l'étrangeté de la maladie qui peut déranger à l'extérieur, le domicile devient alors un lieu de repli, qui protège du regard des autres.

4.1.2 Le domicile : un lieu de repli

Pager compare le domicile à une enveloppe physique qui délimite l'intérieur et l'extérieur. Il donne trois fonctions à ce qu'il appelle l'enveloppe domicile. Elle protège le dedans des changements extérieurs, par exemple au niveau thermique ou acoustique. Elle permet l'échange en étant constituée d'accès qui peuvent s'ouvrir sur l'environnement comme la porte ou les fenêtres. Elle est aussi une surface d'inscription de nos instants de vie personnels et affectifs, représentés par la décoration du domicile (2012).

En effet, le domicile est une partie de soi, un bout de son identité car empreint de valeurs affectives et intimes. Il dépeint sa propre histoire, recueille les souvenirs, les émotions, et traverse les époques. L'héritage d'une maison familiale peut remémorer le passé de ses aïeux, un nouvel appartement marque un nouveau départ et permet de se projeter dans le futur. Lieu de repli, une maison est aussi un abri où l'on peut se réfugier et se préserver du monde environnant. Repaire qui peut cependant rester ouvert à l'accueil, l'hôte maîtrise l'accès de ce lieu et est garant du choix de ses convives (Brandily, 2015).

À domicile, plongés dans l'intime du patient et ses proches, nous sommes des « professionnels invités » et le patient nous donne à voir en complément de ce qu'il nous donne à entendre. (...) Il représente la propre intériorité du patient, du couple, son « dedans » avec ses forces et ses faiblesses, ses secrets et ses propres arrangements (Bartholin, 2016).

Le psychomotricien est reçu au cœur de l'intimité familiale, la réalité quotidienne de la maladie lui est alors complètement dévoilée. Il peut alors y avoir une différence avec un entretien dans une institution, où le patient peut se contenir et l'aidant retenir des informations. Au domicile, les habitudes de vie refont plus facilement surface.

Tout comme le souligne Bartholin, le psychomotricien est « *invité* », il est reçu chez la personne, cela sous-entend donc que le patient est consentant car il a accepté l'entrée du professionnel à son domicile.

L'exigence éthique est donc, pour les soignants exerçant auprès de patients atteints de troubles cognitifs, d'évaluer les capacités d'opérer un choix, de mettre en place un espace d'information et de décision adapté aux troubles observés, mais aussi de s'assurer que le choix du patient concerne bien ce qu'il est censé choisir (Thorez et al., 2009).

Néanmoins, lorsque nous arrivons au domicile il est très important d'expliquer au patient pourquoi nous venons et ce que nous allons faire avec lui. L'usage de termes clairs et adaptés à sa compréhension est indispensable pour s'assurer du consentement du patient. Il faut également veiller à l'inclure dans la prise de décisions qui le concerne et le placer comme agent principal du soin.

En venant au domicile, le psychomotricien est témoin des manifestations symptomatiques de la maladie et peut percevoir ce qui rend le quotidien difficile. Certains signes doivent particulièrement être pris en compte pour penser le soin.

4.2 Une altération de la vie psychique se répercutant au quotidien

4.2.1 Une pensée qui se délie

Dans la maladie d'Alzheimer, nous observons un dysfonctionnement cognitif mais également des capacités psychiques restreintes.

Les lésions affectant les zones cérébrales du langage démantèlent l'appareil à penser. « *Si les mots nous servent à parler, ils nous servent également à penser* » (Pellissier, 2011, p. 32). Certaines de nos capacités d'analyse et de raisonnements basées sur le langage se retrouvent amoindries.

Gouès et Péruchon désignent la maladie d'Alzheimer comme une « *pathologie du lien* » (1992). Ils parlent d'une démentalisation qui provoque un déficit de la capacité d'abstraction : le patient est en difficulté pour lier des idées entre elles, pour associer les mots et les représentations mentales correspondantes.

D'un point de vue clinique, le patient se désintéresse de l'environnement extérieur, il se concentre davantage sur le passé. La délimitation entre l'espace interne et l'espace externe de l'appareil psychique est floue, le patient confond les souvenirs du passé avec le présent

et les représentations mentales avec la perception. Le déficit mnésique altère l'inscription temporelle des événements, le patient ne sait plus resituer les souvenirs dans la bonne temporalité (Duquenoy Spsychala, 2005).

L'imprécision des limites de l'appareil psychique vient mettre à mal le Moi Peau. La maladie d'Alzheimer endommage l'intériorisation du portage maternel à l'origine de la fonction de maintenance du psychisme. Le patient qui a perdu en autonomie se retrouve dépendant de ses proches, Péruchon décrit en ces termes « *il n'est d'ailleurs pas rare de constater chez certains sujets dont la dépendance à l'environnement s'avère totale une angoisse drastique de perte de l'objet-support (...)* » (2001). Le malade ayant besoin de l'aidant au quotidien, il peut être très angoissé de perdre cette personne qui le soutient, nous pouvons retrouver alors des tendances à l'agrippement. Il s'assure que son proche aidant est là et qu'il ne va pas l'abandonner.

La fonction de contenance est aussi altérée, les limites dedans-dehors sont brouillées, ce qui est à l'origine des discours confus du patient (Péruchon, 2001). Anzieu décrit un « *Moi-Peau passoire* » (1985/2006, p. 125) quand la conservation des pensées et des souvenirs à l'intérieur de l'appareil psychique n'est plus assurée. Ce défaut engendre l'angoisse que le contenu de la pensée se vide.

Ainsi, les fonctions d'association et de liaison entre les différentes idées et les événements sont altérées. Cette déliaison vient accentuer la fragmentation du temps.

4.2.2 Une fragmentation temporelle

Marcelli décrit l'intérêt du rythme pour le développement de la vie psychique du bébé. « *Le rythme est ce qui lie et relie, à travers le temps, continuité et coupure/césure, cette temporalité faite non seulement de répétitions mais aussi de surprises, cadence et rupture de cadence* » (2007). Le rythme permet la liaison temporelle des événements. Il se forme par l'alternance de « *macrorhythmes* » stabilisants basés sur la répétition qui permet le vécu d'un sentiment de continuité, et avec des « *microrhythmes* », des événements inattendus excitants qui marquent la surprise (Marcelli, 2007).

« *À l'inscription temporelle de l'enfant, venant structurer son psychisme, semble répondre dans la démence une forme de 'déconstruction' du socle temporel* » (Herlant-Hémar & Caron, 2012). Les lésions cérébrales et les complications cognitives troublent la structuration temporelle et la perception du rythme.

En effet, alors que l'inscription temporelle est ce qui permet un sentiment de continuité d'existence malgré les ruptures, il semble que si ce support se déconstruit, seul le vécu des discontinuités persiste, sans liaison possible entre les événements vécus (Herlant-Hémar & Caron, 2012).

Le sentiment de continuité est rudement mis à l'épreuve par la maladie d'Alzheimer, les pertes mnésiques déstructurent le temps et perturbent l'orientation du sujet. Le rythme permet lui aussi de comprendre ce qui appartient respectivement au passé, au présent et donc qui permet une possible projection dans le futur (Herlant-Hémar & Caron, 2012). Cette discontinuité est difficile à vivre pour le patient qui n'a plus les facultés pour comprendre tout ce qui se passe autour de lui. Il est alors envahi par des émotions qu'il n'arrive pas toujours à gérer.

4.2.3 Une gestion des émotions difficile

L'accès au langage est limité, il est donc plus complexe pour les patients de verbaliser leur état émotionnel et donc de les exprimer aux autres. Les capacités de liaisons entre pensée et émotions sont restreintes, il est plus compliqué de prendre conscience de leur état émotionnel et donc de s'en faire une représentation mentale. Compte tenu de l'affaiblissement des fonctions cognitives, ils ont du mal à analyser la situation, la gestion émotionnelle est difficile face à cet état d'incompréhension (Ploton, 2018).

Une partie des symptômes réunis sous l'expression de 'troubles de l'humeur', une partie des conduites réunies sous l'expression de 'troubles du comportement' témoignent de ces moments où des sentiments et des émotions débordent nos facultés, notamment cognitives, de mentalisation et de contrôle émotionnels (Pellissier, 2011, p. 33).

L'émotion vécue est en accord avec la situation mais parfois mal régulée car non identifiée par le patient. La personne se laisse plus facilement submerger par les émotions qui la traversent. À défaut de pouvoir se les représenter mentalement et de verbaliser ce qui lui arrive, ces émotions se manifestent sur le plan comportemental et humoral (Pellissier, 2011).

Pellissier rappelle qu'au-delà d'être doté d'un appareil à penser et de facultés de réflexion nous sommes avant tout sensibles aux émotions et à la relation. Malgré les atteintes neurologiques et psychiques, le patient garde cette dimension affective et reste ouvert à la communication non verbale. L'auteur insiste également sur l'unicité de chaque personne, il

nous faut alors prendre en compte l'histoire, la personnalité et tout ce qui constitue à leur identité (2011).

Ainsi même quand les capacités de communication semblent très diminuées, il reste pourtant des facultés sur lesquelles le psychomotricien peut s'appuyer pour entrer en relation et laisser une trace de son passage.

4.3 D'autres types de mémoire sur lesquelles le psychomotricien peut s'appuyer pour penser le soin

4.3.1 Une mémoire émotionnelle

Poirier et Gil s'appuient sur différentes études pour parler de l'impact des émotions sur les processus mnésiques. Ils évoquent un « *effet facilitant des émotions sur la mémorisation* » (Richter-Levin & Akirav cités par Poirier & Gill, 2018). Chez une personne saine, une information liée à un contexte émotionnel est davantage retenue qu'une information neutre. Nous pouvons illustrer avec un exemple simple, une personne se souviendra davantage de la hauteur de la Tour Eiffel si elle l'a visitée que si elle l'a uniquement apprise sur un manuel.

Dans la maladie d'Alzheimer, la mémorisation est altérée mais les caractères émotionnels liés à l'évènement sont traités par le cerveau. Selon une étude de Kalenzaga, Piolino et Clarys de 2015, des mots à connotation émotionnelle sont mieux retenus que des mots neutres que ce soit pour des personnes saines ou atteintes de la maladie d'Alzheimer (cités par Poirier & Gil, 2018). C'est donc très important d'en prendre compte lors des séances car notre façon de parler, le ton de notre voix, notre gestuelle, nos mimiques, notre regard, notre posture dépeignent notre état émotionnel. Tout ce qui est rattaché à nos paroles et qui témoignent de nos émotions est pris en compte par le cerveau (Poirier & Gil, 2018).

Poirier évoque l'importance du lien de confiance entre patient et thérapeute. Même si la personne ne se souvient pas de nous, la façon dont nous nous comportons avec elle fait trace dans ce processus de mémoire émotionnelle. La bienveillance qui se dégage de notre comportement fait trace. Les émotions positives comme la joie sont d'ailleurs mieux mémorisées à l'âge mûr que les émotions négatives comme la colère, et cela a aussi été constaté chez des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (Poirier & Gil, 2018). Il existe également un rappel par le sentiment de familiarité pour les patients. Il reste des traces mnésiques du moment vécu, la personne ne peut resituer temporellement et spatialement l'évènement mais elle a un sentiment de familiarité c'est-à-dire qu'elle sait que celui-ci est arrivé (Genon et al. cités par Poirier & Gil, 2018).

La personne vivant avec la maladie d'Alzheimer peut donc, d'une certaine manière, reconnaître quelqu'un sans pouvoir le nommer, soit par l'émotion ayant accompagné leur rencontre, soit par le sentiment de familiarité. Parfois, elle en reste là; parfois, elle peut accéder à quelques bribes de souvenir (Poirier & Gil, 2018, p. 91-92).

En tant que psychomotricien, nous pouvons nous appuyer sur cette atmosphère émotionnelle accompagnant le soin pour laisser une trace de notre passage et percevoir une continuité dans le suivi.

Enfin, l'usage de la musique dans la maladie d'Alzheimer se révèle être un support très intéressant au niveau mnésique.

4.3.2 Une mémoire musicale

En introduction à l'examen psychomoteur de Marthe Vyl, il est expliqué que la musique, grâce à ses trois modalités qui sont la mélodie, le rythme et l'harmonie, peut venir accompagner nos propositions en psychomotricité. C'est une médiation qui peut soutenir la personne au niveau moteur, psychique et émotionnel. « *Elle atteint l'être humain dans sa globalité, en ses dimensions essentielles – sensorielles, affective et mentale – sans le fractionner, en respectant son unité* » (Fauvel, 1995, p. 9). La musique a une résonnance particulière pour chacun d'entre nous, elle peut nous atteindre sur le plan émotionnel ou être liée à des moments spécifiques de notre vie et raviver des souvenirs.

Selon Platel et Groussard, la mémoire musicale s'appuie sur les différentes composantes de la mémoire. D'une part, elle peut être traitée par la mémoire explicite c'est-à-dire de façon consciente, par la répétition volontaire. D'autre part, elle est stockée inconsciemment par la mémoire implicite, la mémoire musicale s'acquiert alors par « *exposition 'naturelle'* » (2018, p. 144). C'est sur cette dernière qu'il est intéressant de se pencher, car malgré les altérations du cerveau, elle reste opérante pendant longtemps.

La musique provoque des réaménagements sur l'organisation du cerveau humain. Lorsque nous écoutons de la musique, plusieurs parties de notre cerveau sont stimulées pour traiter les différentes modalités (mélodie, rythme, émotion). Elle active des parties du cerveau se trouvant dans les deux hémisphères qui communiquent entre eux via le corps calleux (Moussard et al., 2012). Ce traitement cérébral est assuré automatiquement et s'enregistre dans la mémoire implicite. Pendant que l'hémisphère gauche cherche à déterminer le titre et l'auteur de la musique, l'hémisphère droit traite la composition de celle-ci (mélodie, rythme...). Une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer sera en difficulté pour nommer

la musique en raison de l'aphasie, car c'est la conséquence d'une altération cérébrale se retrouvant majoritairement au niveau de l'hémisphère gauche. En revanche, l'hémisphère droit qui est moins altéré par la maladie permet le traitement perceptif musical, les malades peuvent reconnaître la mélodie, voire la mémoriser (Platel cité par Louart, 2016).

Une fois de plus, le sentiment de familiarité aurait un pouvoir important sur la mémoire musicale. Demander à une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer si elle reconnaît un morceau n'est pas toujours d'une grande fiabilité compte tenu de ses atteintes cognitives. *« En revanche, on peut le faire en écoutant leurs éventuels commentaires spontanés, en observant leur attitude, les mimiques faciales ou l'intonation de la voix »* (Platel & Groussard, 2018, p. 156).

Au bout de quelques séances à utiliser la même musique, les patients peuvent mémoriser la mélodie sur la base du sentiment de familiarité.

Ainsi, cette partie théorique propose une définition du cadre thérapeutique en psychomotricité en exposant les différentes facettes de celui-ci. Tandis que les conditions concrètes du cadre externe permettent de délimiter et d'explicitier l'espace de soin, le cadre interne du psychomotricien contribue à l'intériorisation de celui-ci comme un lieu sûr et propice à l'expression du patient. Ce dernier peut compter sur la contenance du psychomotricien. La disponibilité psychique et l'implication corporelle du psychomotricien permettent l'accueil et la symbolisation des épreuves du patient. Dans la maladie d'Alzheimer, la diminution des capacités cognitives et des ressources psychiques du patient est à prendre en compte lors de l'élaboration du cadre thérapeutique. L'étude des différentes mémoires sur lesquelles le psychomotricien peut s'appuyer lui permet de proposer un accompagnement adapté. Cette pathologie dégénérative touche de façon particulière la sphère familiale qui progressivement a du mal à reconnaître son proche. Devant l'absence de traitement permettant de guérir la maladie, tout est mis en place pour garder le plus longtemps possible les capacités et accompagner la personne le mieux possible.

Le développement théorique ainsi présenté permet d'éclairer les éléments cliniques concernant l'étude de cas de Madame D.

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

« *Il ne s'agit plus de recevoir mais d'être reçu dans le lieu de vie de la personne* » (Brandily, 2015)

La prise en charge psychomotrice chez Madame D. m'a beaucoup interrogée sur l'installation du cadre thérapeutique au domicile. Être reçu sur le lieu de vie implique certaines adaptations de la part du psychomotricien, certaines conditions lui sont imposées. Pourtant, en étudiant la définition du cadre thérapeutique, nous avons vu que celui-ci se décline en plusieurs facettes. Il englobe des conditions concrètes mais également la formation du psychomotricien et son adaptabilité.

Tout comme le cadre soutient le soin mené par le psychomotricien, ce dernier par son implication contribue au maintien du cadre. De plus, la maladie d'Alzheimer de Madame D. est à prendre en compte dans l'installation de ce cadre thérapeutique pour proposer le meilleur accompagnement possible.

En quoi la psychomotricité au domicile d'une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer réinterroge particulièrement le cadre thérapeutique psychomoteur ?

Il ne s'agit surtout pas d'apporter une réponse qui pourrait s'appliquer de façon générale à toutes prises en charge au domicile d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. En m'appuyant sur les postulats théoriques développés dans la partie précédente, je vais tenter d'apporter une réponse à cette question dans le cas de Madame D. En reprenant certains passages de ma partie clinique, je vais expliquer comment ce cadre s'est progressivement construit au cours du suivi de Madame D. Je vais également éclairer quelques points avec une autre vignette clinique. Cependant, il est vrai que certaines idées m'ont amenée à réfléchir sur le statut du psychomotricien lorsqu'il intervient au domicile d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

1 L'intervention du psychomotricien en ESAD : le cadre thérapeutique réinterrogé

1.1 Délimiter physiquement le lieu de soin

1.1.1 Le domicile : un lieu personnel, un lieu étranger

Je repense aux bibelots qui ornent l'appartement de Madame D. Chaque mardi j'entre dans son séjour, les photos exposées sur les meubles me racontent elles aussi une partie de son histoire. Mais à la différence d'un musée, où l'on peut s'attarder et analyser les objets présentés, l'observation n'est que furtive. Certains éléments viennent pourtant parfois

piquer ma curiosité : mais qui est-ce sur cette photo ? D'autres encore alimentent mon imagination : ils ont l'air de beaucoup s'aimer sur ce cliché, que s'est-il passé depuis ? Dans ce genre de pièce qui peut accueillir des amis, des connaissances ou encore des personnes peu familières, la décoration est souvent choisie minutieusement, les moments gravés sur les murs sont les instants de vie que l'on veut bien montrer aux autres.

Nous nous retrouvons donc dans ce milieu étranger qui ne nous appartient pas, très différent de la salle de psychomotricité que le psychomotricien connaît et maîtrise.

Effectivement, avant chaque séance, ce dernier veille à remettre en ordre chaque élément pour garantir la stabilité du cadre. D'ailleurs, dans l'idéal, il s'octroie une dizaine de minutes entre chaque patient pour prendre des notes mais aussi pour se laisser du temps pour revenir à cette disponibilité psychique. Certains ouvrent les fenêtres pour aérer la salle comme pour laisser partir tout ce qui s'était joué durant la séance afin d'accueillir le nouveau patient dans un espace neutre.

Lorsque nous intervenons chez Madame D., la constance et l'objectivité du cadre sont plus incertaines. Nous ne savons pas dans quel état nous allons retrouver la pièce, des aménagements peuvent avoir lieu entre temps, des objets peuvent être présents ou absents d'une séance à l'autre.

Mais par-dessus tout, avant chaque arrivée au domicile de Monsieur et Madame D. je me demande quelle sera l'atmosphère émotionnelle. Parfois même dès l'ouverture de la porte, je suis imprégnée par la tonalité affective qui résonne dans l'appartement. À plusieurs reprises, Monsieur D. ouvre la porte et ne répond pas à la psychomotricienne, le visage fermé et le regard accablé. Dès notre arrivée, je ressens cette tension et même au niveau corporel je deviens plus tendue qu'habituellement. La séance 6 où Madame D. est complètement agitée et confuse m'a également beaucoup marquée car nous sommes arrivées en plein moment de crise.

L'« *invariant* » qui caractérise le cadre peut donc être mis à mal au domicile (Ballouard, 2008/2011, p. 186). Chez Madame D., nous proposons un travail psychomoteur dans un lieu qui n'est pas dédié à ce genre de pratique et qui dicte ses propres conditions matérielles.

1.1.2 S'adapter à des conditions concrètes

Les « *conditions concrètes* » du cadre externe décrites par Potel sont imposées au psychomotricien lorsqu'il intervient à domicile (2010/2019).

Chez Madame D., les séances se déroulent dans le séjour. Les « conditions d'espace » sont restreintes. Les meubles imposants laissent peu de place. L'espace est étrié ce qui limite les possibilités d'expérimentations motrices. Nous investissons un petit espace dégagé entre le canapé et la table à manger. Nous réussissons néanmoins à disposer trois chaises pour former un cercle, nous pouvons écarter les bras. Nous parvenons à nous échanger le ballon en faisant un rebond au sol. D'ailleurs, ces dispositions mettent indirectement en travail la précision des mouvements et le schéma corporel, pour ne pas se cogner contre le canapé ou faire tomber la plante disposée sur le guéridon.

Les « conditions de matériel » demandent de l'anticipation. Effectivement, nous devons prévoir le matériel, d'autant plus que nous nous rendons à pied au domicile de Madame D. Il faut pouvoir transporter tous les accessoires et les objets dont nous avons besoin. C'est le sac bien rempli que nous empruntons les ruelles, il faut aussi veiller à ne pas oublier le matériel car il joue lui aussi un rôle dans la stabilité du cadre. Une séance de relaxation sans l'enceinte portative ne procure pas le même son et la même enveloppe sonore par exemple.

Les « conditions de temps » sont particulières en ESAD. Le suivi ne peut aller au-delà de quinze séances. Chez Madame D., il peut être frustrant de ne pas pouvoir accomplir tout ce que nous voudrions car le temps est limité et imposé. C'est pourquoi les objectifs sont restreints en nombre, l'intérêt est porté sur des éléments qui pourront soulager la patiente ou maintenir ses capacités. Je ressens parfois l'impression d'une course contre le temps, quinze séances dont une visite d'admission et trois séances de bilan passent extrêmement vite. Mais à la fois, ces conditions nous permettent de maîtriser temporellement l'ensemble du suivi de Madame D. Nous savons combien de séances il reste pour réaliser le suivi et donc pour concrétiser les objectifs fixés et mettre en place des aménagements et des perspectives de relais. Je pense notamment aux dispositions prises pour faire intervenir la psychologue et la MAIA avant la fin de notre intervention. Évidemment comme dans n'importe quelle autre structure, les aléas de la vie peuvent mettre fin de façon prématurée aux séances (décès, entrée en institution). Enfin, comment ne pas aborder les contraintes de la pandémie actuelle, la prise en charge de Madame D. est suspendue à seulement deux séances de la fin du suivi ? C'est un arrêt indéterminé qui rompt la continuité du suivi et qui laisse Monsieur D. désemparé face aux fugues de sa femme en période de confinement. L'ESAD ne peut plus se rendre au domicile, la patiente mais aussi son aidant se retrouvent alors seuls pour gérer la maladie, pour combien de temps ? Cette question restant sans réponse, la psychomotricienne s'organise pour prendre des nouvelles de

Monsieur et Madame D. par téléphone et tente d'apporter son soutien et son écoute à distance.

Les « *conditions d'encadrement* » ne sont évidemment pas les mêmes lorsque j'accompagne la psychomotricienne ou lorsque je me rends en autonomie chez des patients. Chez Madame D. c'est la psychomotricienne qui porte le cadre, elle encadre et mène les séances. C'est aussi pour cela que lorsque quelqu'un fait irruption dans la pièce et donc dans l'espace de soin, je me repose sur ma maître de stage. Mais ces situations me permettent de réfléchir à mon positionnement de future professionnelle, comment puis-je anticiper la prochaine fois ? Et qu'est-ce que je peux mettre en place pour éviter d'être interrompue en séance ?

Les « *conditions de fonctionnement institutionnel* » en ESAD sont primordiales quand le psychomotricien passe le relais à l'ASG, ce qui n'est pas le cas pour le suivi de Madame D. Mais, les relèves avec l'ensemble de l'ESAD permettent d'échanger sur le couple qui est connu par les ASG et l'ergothérapeute. Il y a aussi le SSIAD et la psychologue de la plateforme de répit qui transmettent certaines informations indispensables. Potel parle d'ailleurs à ce sujet « *d'une cohérence de fonctionnement et de pensée* » (2010/2019, p. 359). Les transmissions entre les différents membres de l'équipe permettent la cohérence dans l'accompagnement de Monsieur et Madame D.

« *Le coût des séances* » abordés par Delourme est à prendre en compte également (2003). Les séances avec l'ESAD sont remboursées, l'accompagnement proposé par l'ESAD est donc un droit pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cependant c'est l'évaluation du psychomotricien qui conduit à un suivi ou à l'inverse à l'absence de celui-là. Même s'il intervient chez la personne, il reste maître du cadre et ce sont ses observations qui lui permettent de déterminer les objectifs adaptés à la personne. En parallèle, les personnes sont bénéficiaires des services d'aides et finalement employeurs des intervenants au domicile. Il peut alors avoir une confusion lorsque le psychomotricien se rend au domicile, ce dernier peut être considéré comme redevable du soin et certaines familles voudraient pouvoir fixer elle-même les objectifs à atteindre et décider de ce qu'il se passe en séance. Il convient donc au psychomotricien de se différencier par son cadre thérapeutique spécifique tout en veillant à maintenir l'alliance thérapeutique avec le patient et la famille et en respectant le lieu de vie où il est reçu. En ce qui concerne Madame D., ce remboursement lui permet sûrement de pouvoir bénéficier de ce suivi. La psychologue me rapporte en effet que Monsieur D. refuse de mettre en place des aides supplémentaires car elles sont non remboursées.

Delourme parle également du vouvoiement et du tutoiement (2003). Chez Monsieur et Madame D. le vouvoiement est utilisé naturellement. Je trouve cette question intéressante par rapport à l'installation du cadre, je souhaite effectivement approfondir cette notion et aborder la distance relationnelle avec les patients. Au bout de plusieurs visites au domicile, certaines familles peuvent investir le thérapeute dans une relation plus amicale d'où l'importance d'avoir un cadre interne suffisamment solide pour savoir poser les limites. Des limites qui ne sont pas faciles à déterminer. Je remarque en étant au domicile de Madame D. que nous apprenons beaucoup de sa vie familiale, et de sa vie quotidienne. De notre côté, en tant que praticien nous mettons à distance ce qui est de l'ordre de notre vie privée. Je repense à Madame D. qui demande des nouvelles du fils de la psychomotricienne par exemple, Rose ajuste les limites pour ne pas rompre l'alliance thérapeutique ni basculer dans l'ordre de sa vie intime. De mon côté, je suis amenée à me rendre seule chez Monsieur S. atteint de la maladie d'Alzheimer. Dès la deuxième séance, il veut me faire la bise. Très surprise, j'ai du mal à trouver les mots mais je n'ai pas envie de franchir cette limite, j'utilise l'humour pour palier mon malaise « *oh non, on va plutôt se serrer la main* ». Sans le contrarier, je réussis à respecter mon propre cadre interne et par la même occasion à l'imposer à Monsieur S.

Même si nous ne maîtrisons pas complètement le cadre externe chez Madame D., les cadres internes respectifs de la psychomotricienne et moi-même nous permettent de nous appuyer sur certaines qualités du domicile pour installer un espace de soin.

1.2 S'appuyer sur les qualités du domicile et le cadre interne pour intérioriser l'espace thérapeutique

1.2.1 La qualité sécurisante liée au lieu de vie

D'après le bilan psychomoteur, Madame D. présente une désorientation spatio-temporelle importante. Effectivement, elle ne connaît pas la date du jour, s'égare en ville ou encore se perd dans la chronologie de ses gestes. Mais son appartement reste un lieu où elle peut se repérer, malgré les tensions dans le couple c'est un lieu où elle peut être soutenue par la présence de son mari.

« *Le cycle de la dépendance* » présente inévitablement des moments de crises qui viennent mettre à mal la stabilité et la sécurité de la relation entre aidant et aidé (Charazac, 2009b, p. 39). Malgré mes premières impressions sur le comportement de Monsieur D., je vois que chaque semaine il est toujours là, toujours debout malgré ses lourdes opérations successives et ses traitements. Il a accepté les aides et essaie de maintenir une stabilité pour sa femme.

Il est cependant vrai que l'expression des troubles de la maladie d'Alzheimer maintient une atmosphère angoissante où la stabilité peut être rompue. Je pense à la sixième séance où Madame D. est agitée et agressive envers son mari, elle le traite de menteur et est envahie par son état émotionnel.

Mais quand la relation de dépendance vacille vers l'instabilité, les repères que donne le domicile apportent cet aspect sécurisant pour Madame D. Pager parle de la « *fonction d'inscription* » de l'enveloppe du domicile, les événements de vie sont inscrits physiquement ce qui peut pallier les pertes mnésiques de Madame D (2012).

Le domicile est l'habitat ordinaire, au sens de celui dans lequel la personne est habituée à vivre. Il revêt pour la personne âgée quelque chose de l'ordre du pérenne, de l'immuable. Il lui permet de faire le lien avec le passé, celui que l'on était autrefois (Balard & Somme, 2011).

Madame D. est désorientée dans le temps pourtant lors du bilan elle peut nous décrire la chronologie d'une journée à son domicile, peut-être parce qu'elle s'appuie sur les repères et les rituels du quotidien. Les photos, les bibelots, les meubles, les plantes, viennent compléter cette mémoire à trous.

Ma maison, c'est aussi le prolongement de moi-même, celui que je connais tellement je m'y dirige sans le voir, où je sais, sans en être toujours conscient, où se trouve chaque objet, chaque pli, chaque fissure. On a dit, très justement, que ma maison, c'est mon repaire et mon repère (Laroque, 2011).

C'est justement parce que c'est un lieu intime et personnel qu'il permet la sécurité et les repérages. Au début de séance, Madame D. s'appuie sur son calendrier avec les photos de ses petits enfants pour trouver la date. Lors de l'éveil moteur, elle nous montre souvent sa plante et l'intérêt tout particulier qu'elle y porte. La maladie d'Alzheimer atteint Madame D. dans son identité mais les repères du domicile viennent compléter ces manques. Effectivement, Laroque dit « *ma maison, c'est aussi le prolongement de moi-même* » (2011), Bartholin ajoute « *le domicile, lieu familier du patient et de ses proches aidants, demeure le prolongement de leur identité* » (2016). Le domicile c'est donc une part de l'identité du patient, une part d'histoire fixée physiquement qui ne s'échappe pas comme les souvenirs.

Ainsi, en tant que psychomotricien nous pouvons nous appuyer sur cet aspect sécurisant, pour délimiter un espace de soin où la personne atteinte de troubles cognitifs est moins désorientée.

Mais quand la sécurité de l'espace de soin est menacée par une tierce personne, comment le cadre interne peut être un appui pour le psychomotricien ?

1.2.2 Une fermeture physique et psychique de l'espace de soin

La fermeture de la porte du séjour chez Madame D. est la première précaution que nous avons instaurée. Physiquement, cette fermeture délimite le reste de l'appartement qui perdure comme lieu de vie, et la pièce qui sert de lieu de soin. D'un point de vue temporel également, cet acte marque le début de la séance, alors que l'ouverture de la porte signifie la fin de la séance.

« Le cadre se pose, au départ, comme préoccupation explicite: il devient ensuite implicite, il est intériorisé, comme une instance psychique, et ne redevient explicite que dans les moments de rupture ou de crise du processus » (Martin, 2001). C'est un élément qui permet de rendre explicite le cadre. Mais cette fermeture de la porte permet aussi d'intérioriser le cadre. Si je reprends les termes de Ballouard, le cadre offre un espace privilégié : *« il permet au patient de trouver une place, c'est-à-dire un espace et un temps pour lui, qui lui est réservé »* (2006, p. 185). Quand quelqu'un d'étranger à la relation thérapeutique fait irruption dans cet espace physique, il intruse également l'espace symbolique d'expression commun et privilégié entre le patient et son thérapeute.

C'est pourquoi l'effraction est tant déstabilisante autant pour moi que pour Madame D. car l'ouverture de cette porte marque la rupture physique du cadre mais également vient mettre à mal la fonction sécurisante de celui-ci.

Je me rends compte alors de l'importance du cadre interne du psychomotricien quand les éléments du cadre externe ne peuvent maintenir la stabilité. Pendant le temps de relaxation lorsque l'auxiliaire de vie rentre, je suis déstabilisée, c'est la première fois que je suis confrontée à ce genre de situation. L'état émotionnel que je traverse se reflète au niveau de ma régulation tonique, j'ai du mal à me concentrer sur ce que je suis en train de faire et je suis davantage tendue.

Le fait que j'ai été interrompue plusieurs fois, se répercute sur mon comportement lors de la séance suivante. J'ai tendance à raccourcir le moment de relaxation. Je sens que je me presse un peu plus. En réalité, je suis partagée entre : prendre le même temps que d'habitude au risque d'être interrompue, ou raccourcir le temps de relaxation pour pouvoir finir dans de bonnes conditions. En prenant du recul sur la situation, je me rends compte que lorsque l'auxiliaire de vie est rentrée la séance précédente, c'est mon propre pare-excitation qui s'est laissé déborder.

« Pour jouer ce rôle contenant, il importe de clarifier ce que nous ressentons au contact de l'autre pour ne pas l'envahir par nos propres affects » (Masquelier-Savatier, 2003). À ce moment-là de l'année, mon cadre interne est encore en construction. Avec le recul et après avoir vécu ces expériences, je réfléchis à la manière dont je peux anticiper la situation sans mettre à mal le soin et le temps nécessaire à ce moment de relaxation, et ainsi assurer ce rôle de pare-excitation pour protéger Madame D. Cette élaboration interne va aussi jouer sur ma propre disponibilité psychique et corporelle, je peux être pleinement disponible à ce qui se passe en séance et ne plus redouter d'être interrompue.

Au domicile, le patient est chez lui mais parfois devant le nombre d'intervenants et de proches qui l'entourent, le psychomotricien doit le replacer en tant qu'acteur du soin. L'entrée dans l'intimité peut d'ailleurs aider le psychomotricien à penser l'accompagnement.

1.3 La place accordée au patient et les données recueillies au domicile

1.3.1 Placer le patient comme acteur principal de la prise en charge

La première fois que nous venons pour une séance de bilan, Monsieur D. nous ouvre la porte et nous signale qu'il part en courses. Madame D. en panique, le regarde et ne comprend pas ce qui se passe. Il lui dit « *non toi tu restes là avec les dames, elles sont venues pour toi* ».

Devant cette situation, il me paraît alors difficile de placer le patient comme acteur du soin quand les aidants ont pris l'habitude souvent contre leur gré de parler et décider pour leur proche malade. Je repense notamment à la visite d'admission où la fille de Madame D. échange beaucoup avec la psychomotricienne, parle à la place de sa maman et la reprend quand elle se lève ou ne trouve pas les réponses. Ce jour-là, Madame D. est en retrait alors qu'elle est le sujet central de l'entretien. La psychomotricienne la replace alors comme agent principal du soin, en s'adressant directement à elle et en évoquant sa personnalité : « *vous m'aviez dit que vous étiez plutôt d'un tempérament stressé et angoissé, est ce que cela s'est accentué avec la maladie ?* »

Selon Thorez et al., « *il est évident que si l'on replace le patient au centre de l'entretien, lui redonnant toute sa place de personne, il retrouve sa capacité de décider (...)* » (2009).

Pour revenir à cette première séance de bilan, où Monsieur nous laisse seules avec sa femme qui n'est pas très rassurée, la psychomotricienne prend le temps d'expliquer pourquoi nous venons et ce que nous allons faire. Elle utilise des termes clairs et adaptés pour expliquer les conditions d'évaluations : « *je vais vous poser des questions certaines seront faciles d'autres plus difficiles vous répondez comme vous pouvez* ».

En tant que psychomotricien, il est important de s'informer sur le patient et sa pathologie pour adapter notre discours et nos décisions afin de lui offrir la possibilité d'être pleinement acteur de son suivi (Thorez et al., 2009). Cette prise d'informations peut être facilitée par la prise en charge au domicile.

1.3.2 Au cœur de l'intimité pour mieux accompagner

Je précède la psychomotricienne à chaque fois que nous sortons de l'appartement, et quand je tire la porte, il est pesant pour moi de quitter Monsieur et Madame D. Nous ne sommes qu'une courte parenthèse, durant notre absence leur vie continue dans cet espace. Je comprends alors tout l'intérêt de réfléchir en même temps que la prise en charge à l'après, c'est-à-dire aux possibilités de relais pour Monsieur et Madame D.

Les informations et les observations que nous obtenons au domicile nous permettent de proposer et d'élaborer au mieux l'accompagnement du couple. En parlant du domicile, Bartholin dit : « *il représente la propre intériorité du patient, du couple, son 'dedans' avec ses forces et ses faiblesses, ses secrets et ses propres arrangements* » (2016).

L'intime du domicile nous renseigne sur l'histoire de la patiente, il complète cette identité meurtrie par la maladie et nous aide à savoir qui était Madame D. Sur le lieu de vie, nous nous rendons compte des difficultés du couple dans leur vie quotidienne.

Nous accédons à la réalité de ce qui se passe au niveau de la communication entre Monsieur et Madame D. Progressivement, nous comprenons que le cancer de Monsieur D. s'aggrave et qu'il est épuisé. Il est vrai qu'il n'en parle pas beaucoup mais les informations ponctuelles que nous pouvons avoir chaque semaine nous permettent d'adapter au mieux l'accompagnement.

C'est ainsi que la psychomotricienne fait appel à la plateforme de répit et prévient la MAIA. Les rendez-vous avec la psychologue permettent à Monsieur D. de se confier sur ce qu'il traverse et sur la violence qui existe au sein du foyer. Il comprend davantage les troubles engendrés par la maladie de sa femme. Je remarque lors des dernières séances que Monsieur D. modifie son comportement et semble plus disponible à l'échange, un jour juste avant notre départ il nous chuchote « *ça s'est bien passé ?* ».

Mais parfois l'accompagnement que nous proposons en psychomotricité avec des patients atteints de la maladie me questionne : comment assurer une continuité dans le suivi quand la mémoire fait défaut ?

2 Assurer une continuité dans le soin quand la mémoire fait défaut

2.1 Quand le cadre ne semble pas laisser de traces

2.1.1 Installer son cadre à chaque séance

Je vais vous parler de Monsieur S. un patient âgé de quatre-vingt-quatre ans, atteint de la maladie d'Alzheimer. Je réalise le bilan psychomoteur et le suivi en autonomie. Il a des troubles cognitifs légers mais une atteinte importante de la mémoire récente et à moyen terme, si bien que j'ai l'impression qu'il ne se rappelle pas de moi d'une semaine à l'autre.

La première fois que je rencontre Monsieur S. je suis avec ma maitre de stage, elle m'accompagne seulement pour le bilan cognitif. Le rendez-vous est à dix heures mais à notre arrivée Monsieur S. nous ouvre seulement vêtu d'un caleçon, il a oublié notre rendez-vous.

La séance suivante comme convenue, je reviens seule pour réaliser le bilan psychomoteur. Monsieur S. a oublié ma venue. Une fois de plus, il n'est pas prêt, torse nu, il vient de se lever. Il ne se souvient pas de moi, je me représente et lui explique que je viens réaliser un bilan psychomoteur.

La semaine d'après, je l'appelle le matin de notre rendez-vous pour lui rappeler ma venue tout en veillant à me présenter au téléphone. Lorsque j'arrive quarante-cinq minutes plus tard, il me demande « *vous venez pour quoi déjà ?* ».

C'est à ce moment-là que je me demande comment je vais faire pour installer le cadre thérapeutique et inscrire une continuité dans le soin alors qu'il ne se souvient jamais de moi. Est-ce que je vais devoir repartir à zéro et installer le cadre à chaque rencontre ? Comment peut-il investir ce moment et cet espace comme lieu de soin et d'expression ?

Je remarque alors que certaines stratégies peuvent aider à instaurer la continuité et poser le cadre.

2.1.2 Des stratégies pour inscrire la continuité

Herlant-Hémar et Caron emploient le terme de « *déconstruction du socle temporel* » pour aborder l'orientation temporelle de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, le lien entre les différents événements disparaissent et le temps est fragmenté (2012).

En séance, nous jouons avec les rythmes pour inscrire des rituels et ainsi lier les différentes parties de la séance. Marcelli explique effectivement que le rythme permet de lier les

événements entre eux. À la manière des « *macrorhythmes* » proposés par la mère au bébé pour assurer le sentiment de continuité, les rituels repris de séance en séance apportent de la stabilité au cadre mais aussi pour Madame D. (2007). D'un point de vue spatial ou temporel, l'inscription des rituels au fil des semaines peut venir constituer « *l'invariant* » du cadre (Ballouard, 2008/2011, p. 186).

Ainsi chez Madame D., le déplacement des chaises annonce le début de l'éveil moteur. Disposées autour de la table, nous les transportons pour les placer en demi-cercle. La verticalisation révèle le moment où nous allons sortir le ballon. Enfin, l'installation au canapé marque le temps de relaxation. Tout comme le psychomotricien veille à remettre en ordre sa salle avant chaque nouvelle rencontre, nous veillons à ranger chaque élément que nous avons déplacé à la fin de la séance chez Madame D.

La première fois où je me rends seule chez Monsieur S., je ne sais pas encore quelles sont ses difficultés. Quand je lui explique que je suis venue la semaine dernière, cela l'affecte beaucoup car il ne se souvient absolument pas de moi. Les séances suivantes, je veille à ne pas lui rappeler la dernière fois que je suis venue pour ne pas le mettre en échec inutilement.

Je m'appuie alors sur des éléments matériels pour établir des conditions concrètes du cadre externe. J'écris mon nom et le rendez-vous sur l'agenda pour la séance suivante. Nous avons demandé à l'infirmière de passer plus tôt ce jour-là pour qu'il soit prêt à mon arrivée et je lui passe un coup de téléphone avant de venir. Désormais à mon arrivée, Monsieur S. est prêt et disponible.

Progressivement, la relation s'installe et évolue, elle semble faire trace de séance en séance et assurer la continuité du suivi ...

2.2 Quand la relation et l'émotion laissent une trace

2.2.1 Des événements oubliés mais un sentiment de familiarité

« Aussi les troubles de la mémoire dans la maladie d'Alzheimer ont-ils parfois de quoi désarçonner l'entourage : certains événements sont totalement oubliés, d'autres ont des plages d'imprécision, d'autres encore sont restitués correctement » (Poirier & Gil, 2018).

En tant que professionnels, nous pouvons nous aussi être déconcertés face à la complexité de la maladie d'Alzheimer. Cette dernière ne s'exprime pas de la même façon chez chaque patient. Et pour chacun d'entre eux, nous retrouvons des variabilités dans la mémorisation

des évènements. Poirier et Gil soulignent l'importance du caractère émotionnel dans le stockage d'une information.

Madame D. garde des souvenirs du suivi datant de l'année dernière où Rose était en fin de grossesse. À plusieurs reprises, elle demande à Rose comment va ce petit garçon. Elle ne peut se remémorer du prénom de la psychomotricienne d'une séance à l'autre ou se rappeler ce qui a été travaillé cette année-là. Pourtant cet élément qui a probablement fait écho à son propre statut de mère l'a marqué. La charge affective et émotionnelle liée à cette information a fait trace.

La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer conserve donc longtemps des portes d'accès à sa mémoire, notamment par le vécu émotionnel associé à certains événements ou par le sentiment de familiarité. Ainsi la maladie d'Alzheimer qui altère le rappel des souvenirs avec leur contexte spatio-temporel préserve longtemps le sentiment de familiarité (Genon et al. cités par Poirier & Gil, 2018).

Même si le contexte spatio-temporel de l'évènement ou de l'information ne peut être retrouvé, le patient peut enregistrer les modalités émotionnelles accompagnant la rencontre.

D'une semaine à l'autre, Monsieur S. ne peut me nommer et m'identifier précisément, pourtant il ne me demande plus qui je suis et pourquoi je viens. Il y a quelque chose de l'ordre du sentiment de familiarité qui s'est inscrit dans sa mémoire. Je veille à dégager une attitude bienveillante grâce à ma voix et dans ma conduite corporelle. Il ne sait plus quand je suis venue pourtant il peut me dire qu'il m'a déjà vue. De plus, les limites que je pose lors des premiers rendez-vous se sont également inscrites, il ne me propose plus de me faire la bise. Il me reconnaît en tant que professionnelle et me remercie de l'aider quand je pars.

Chez Madame D., la musique utilisée semble également de plus en plus devenir familière pour elle.

2.2.2 L'empreinte musicale

Un jour, Rose rappelle en début de séance ce que nous avons fait la fois dernière, elle évoque le temps de relaxation et Madame D. intervient en disant « *oui avec la musique* ». La patiente ne peut restituer les propositions de la séance précédente à cause de l'altération de la mémoire récente. Mais elle peut verbaliser qu'il y a eu de la musique. Je veille à utiliser deux morceaux que je passe toujours dans le même ordre. Il semble que cette répétition séance après séance ait fait trace, puisque Madame D s'en souvient.

Platel et Groussard expliquent qu'il est difficile de demander directement à une personne malade si elle connaît la musique mais que nous pouvons nous appuyer sur la spontanéité des patients, leurs paroles mais aussi leur attitude corporelle (2018). Ce jour-là c'est bien Madame D. qui parle spontanément de la musique quand la psychomotricienne aborde la relaxation.

D'ailleurs au niveau corporel, il existe bel et bien une continuité de séances en séances, j'observe des améliorations lors du moment de relaxation, son corps témoigne de son évolution. Madame D. se détend davantage. Lors des premières séances, le niveau de vigilance de Madame D. est plutôt élevé, elle a du mal à fermer les yeux et quand elle le fait, elle les rouvre très vite au moindre bruit. Désormais, elle ferme spontanément les yeux et même quand je me déplace pour passer d'un côté à un autre, elle les garde fermés. Sa respiration est beaucoup plus lente et profonde qu'avant.

Il semble que Madame D. nous fasse de plus en plus confiance et qu'elle dépose des pensées et des éprouvés de plus en plus personnels.

2.2.3 Un lien de confiance conduisant à l'alliance thérapeutique

« Je crois que la confiance va au-delà d'un savoir ; elle se construit sur une manière d'être et d'agir entre deux personnes, sur l'estime mutuelle » (Poirier & Gil, 2018).

Cette confiance avec Madame D. se construit progressivement. L'intérêt que nous portons à sa situation a sûrement permis de nouer cette relation. Au début, c'est la psychomotricienne qui pose des questions à Madame D. pour savoir comment elle va et quel est le contexte familial : *« vous vous êtes disputés ? »*.

Au fil des séances Madame D. se confie spontanément et nous fait part de ce qu'elle ressent et même de certaines pensées qui la traversent. Des pensées qui sont très personnelles et violentes comme quand elle nous raconte qu'elle a déjà pensé à sauter par la fenêtre.

Une fois en se massant la tête, elle nous confie qu'elle en vient à être violente allant même jusqu'à vouloir s'arracher les cheveux. Il semble que le fait de se passer les mains dans les cheveux lui a permis de se remémorer un événement chargé en émotion et elle nous l'a révélé.

La psychomotricienne insiste de séance en séance sur le fait que tout ce qui est dit pendant ce temps-là reste ici, *« même si vous êtes mariés, il y a des choses qu'on n'a pas forcément envie de dire à son mari, vous pouvez les dire ici »*. En effet, au début Madame D. se laisse

beaucoup accaparer par les bruits venant de son mari dans les pièces environnantes, elle ne semble pas très à l'aise de parler de lui, peut-être qu'elle craint d'être entendue.

Le temps autour de la table proposé en début de séance lui permet alors de parler plus librement puisque son mari part en courses.

Progressivement, la relation de confiance que nous construisons avec Madame D. renforce l'alliance thérapeutique.

La capacité contenante du psychomotricien contribue fortement à consolider cette relation et à rendre ce temps et cet espace sécurisants, Madame D. nous fait confiance car ce qu'elle dépose est accueilli et symbolisé.

3 La contenance du psychomotricien au profit de la maladie d'Alzheimer

3.1 Quand le langage fait défaut le corps parle

3.1.1 Un tonus reflétant l'état interne

Le nourrisson ne peut identifier la source de son mal-être, il manifeste cette détresse interne par une hypertonie corporelle accompagnée de cris et de pleurs (Fortini, 2009). De façon similaire, l'hypertonie de Madame D. semble témoigner sa tension interne. L'aphasie altère ses facultés de compréhension mais également d'expression verbale. À défaut de pouvoir utiliser le langage oral c'est tout son corps qui semble exprimer son mal-être par de la tension corporelle.

De plus, au niveau psychique la distinction entre l'espace interne et externe n'est plus assurée chez Madame D. qui confond les souvenirs présents et ceux du passé (Péruchon, 2001). Je retrouve le concept de « *Moi-Passoire* » décrit par Anzieu (1985/2006, p.125) où les souvenirs se délient et échappent à la patiente. J'ai l'impression que Madame D. se rigidifie corporellement pour se défendre contre ce vécu de perte de la pensée très angoissant. Madame D. fait face à de nombreuses pertes de ses facultés dont elle est encore très consciente, elle ne contrôle pas ce qui lui arrive, ses capacités cognitives et son autonomie diminuent contre son gré. Je me demande si cet état hypertonique ne lui donne pas l'impression de garder une certaine maîtrise, comme si le fait d'être tendue empêchait les pertes. Comment lui faire comprendre qu'elle peut se relâcher sans craindre de s'effondrer à l'intérieur ?

Je m'appuie alors sur l'exemple de la mère et de son nourrisson qui en le prenant dans ses bras utilise sa régulation tonique pour l'apaiser et le rassurer (Fortini, 2009).

3.1.2 Le dialogue tonico-émotionnel pour autoriser le relâchement

Potel explique que l'implication corporelle du psychomotricien nécessite une attention particulière aux sensations et aux émotions qu'il traverse. Cela passe notamment par une disponibilité tonique pour entrer en relation avec le patient (2006a).

Dès le bilan psychomoteur, je remarque que Madame D. est sensible au dialogue tonico-émotionnel développé par Ajuriaguerra (cité par Bachollet & Marcelli, 2010). La situation particulière d'évaluation engendre du stress et cela peut accentuer la tension corporelle de Madame D. Je ressens cela en mobilisant la patiente et en percevant sa résistance lors de la chute du bras. Inconsciemment, je me retrouve en tension corporelle et en difficulté pour lui montrer l'exemple, je n'arrive pas à relâcher mes bras. Il semble que nos deux états émotionnels et toniques aient interagi ce jour-là. Cette première expérience me permet de penser le soin que je vais pouvoir apporter pendant le temps de relaxation. Je décide de porter attention au dialogue tonico-émotionnel pour aider Madame D. à se relâcher davantage.

Si nous revenons à l'exemple de la mère, elle assure par le « *holding* » le sentiment de continuité corporelle (Winnicott et al., 1987/1992). Et par là même, l'intériorisation de ce portage permet l'installation progressive de la fonction de maintenance du psychisme (Anzieu, 1985/2006).

Lors du moment de relaxation, je roule le ballon paille légèrement dégonflé sur ses bras. Je joue avec le poids de mon corps pour effectuer une pression et ainsi faire ressentir les limites corporelles à Madame D. Les bras de Madame D. sont reposés sur des accoudoirs. Quand je lui propose les mouvements de flexion-extension sur un bras, j'utilise mes deux mains pour le mettre en suspension et ainsi lui proposer un portage englobant. Fortini met en avant le fait que la mère en prenant son enfant dans les bras, régule son tonus pour apaiser l'enfant même si elle ne sait pas tout de suite d'où vient son état de détresse (2009).

Afin d'essayer de détendre davantage Madame D. je propose aussi des balancements en suivant le rythme de la musique. Nous communiquons alors par « *dialogue tonico-prosodico-mimo-émotionnel* » (Bachollet & Marcelli, 2010). L'enfant ressent les rythmes des bercements lors du portage. J'utilise le rythme de la musique pour soutenir mes propositions de mobilisation et renforcer le sentiment de contenance. Par la lenteur et la répétition de mes mouvements, j'essaie de lui faire ressentir qu'elle peut se laisser porter par mes mains et s'autoriser à relâcher car je suis là pour la soutenir.

Je m'appuie aussi sur mon cadre interne notamment sur le « *savoir être* » (Vachez-Gatecel & Giromini, 2010/2019, p. 478). Grâce à mes expériences antérieures, je suis sensible à mes propres variations toniques et j'arrive plus facilement à identifier mes ressentis.

Par sa formation, qui a aiguisé, affûté en lui tout ce qui est du domaine des sensations et des émotions liées au corps et avant tout à son propre corps, il va utiliser ces informations, les écouter et s'en servir (Potel, 2006a, p. 36).

Comme l'explique Fortini, les connaissances théoriques et mes expériences antérieures me permettent d'utiliser mon propre corps pour comprendre ce qui se joue avec Madame D. lors de ce temps de communication non verbale. À la fin de ce temps de relaxation, je mets en mots ce que j'ai perçu au niveau corporel chez Madame D. « *Il apporte ainsi, par des interventions corporelles et/ou verbales, une régulation des états émotionnels bruts exprimés toniquement chez le sujet* » (Fortini, 2009). Je lui parle de sa régulation tonique, de sa respiration, de son visage pour mettre du sens à ces variations corporelles.

Cette mise en mots est particulièrement importante car la pensée de Madame D. se délie.

3.1.3 L'agitation motrice en réponse à la déliaison psychique

Lors de la séance 6, Madame D. nous donne un récit plus que confus, où ses difficultés de langage ne facilitent pas notre compréhension de son discours. Elle nous parle d'une voiture garée à l'extérieur qui serait celle de sa fille, puis qu'elle va se retrouver seule dans l'appartement car son mari va partir. Elle dit qu'il n'est pas dans l'appartement, alors qu'en réalité il n'est pas sorti faire les courses ce jour-là.

Ce moment clinique illustre « *la pathologie du lien* » décrit par Gouès et Péruchon (1992). Madame D. présente un défaut d'association, tout semble se mélanger : les événements passés, la situation présente, les éléments perceptifs et l'angoisse d'être seule. L'incident de la veille où son mari n'a pas pu rentrer à l'heure prévue semble l'avoir complètement déboussolée.

Elle peine à trouver les mots et à organiser ses idées, la psychomotricienne et moi-même sommes donc en difficulté pour comprendre ce qu'elle souhaite exprimer. Face à cela, Madame D. peine à gérer son état émotionnel.

L'angoisse de se retrouver seule ressurgit lors de notre séance et elle est en difficulté pour exprimer sa détresse. L'agressivité qu'elle a envers son mari quand elle le traite de menteur semble liée également à cette « *angoisse drastique de perdre l'objet-support* » décrit par Péruchon (2001).

Elle est envahie par ses pensées et aussi par ses émotions et comme le décrit Pelissier, c'est au niveau comportemental que cela se manifeste. Les troubles du comportement témoignent du débordement émotionnel, les patients n'arrivent pas à moduler leur état émotionnel au niveau psychique (2011). Madame D. est agitée, quand elle cherche ses mots son débit est rapide, elle s'essouffle et ne tient pas en place. Elle fait des allers-retours vers la fenêtre et vers la porte pour voir où est son mari jusqu'au moment où elle sort de la pièce et crie dans le couloir en s'adressant à son mari.

Comment protéger ces attaques contre le cadre thérapeutique et accueillir cette souffrance ?

3.2 Le psychomotricien reçu au domicile pour accueillir la souffrance

3.2.1 Protéger contre le débordement émotionnel

Face à cette agitation, la disponibilité psychique et corporelle de la psychomotricienne peut maintenir le cadre. Winnicott parle de la « *préoccupation maternelle primaire* », comme un état qui « *fournit 'un cadre'* » au bébé, la mère par sa disponibilité peut répondre de façon adaptée aux demandes de ce dernier (1956/2006).

Rose s'appuie alors sur son cadre interne pour assurer la « *sécurité physique et psychique des participants* » dont parle Potel (2006c, p. 108). Même si Madame D. attaque physiquement le cadre en sortant de la pièce et en criant sur son mari, l'ajustement de la psychomotricienne permet de canaliser l'envahissement émotionnel de la patiente.

Effectivement, elle se rend compte qu'à ce moment-là elle ne peut pas raisonner Madame D. La psychomotricienne reste calme et ne la contredit pas. Le cadre thérapeutique concède l'accueil des éprouvés du patient grâce à la capacité contenante du psychomotricien. « *Pour le thérapeute, il octroie l'opportunité de laisser la possibilité et la disponibilité à ce qui se passe, d'accueillir ce qui doit advenir et non attendre quelque chose de prévu* » (Ballouard, 2006, p. 185). Rose accompagne Madame D. sans valider pour autant ses idées délirantes, elle se dirige vers la fenêtre et est attentive à ce que la patiente raconte. Elle cherche peu à peu à la ramener dans l'instant présent en lui proposant de se mettre en mouvement par l'éveil corporel. Madame D. accepte mais très vite, elle a besoin de revenir sur ce qui la traverse.

Masquelier-Savatier va dans le sens de Ballouard : « *il s'agit tout simplement d'être là ; se contenter d'être présent, attentif, ouvert à ce qui se passe, si possible sans présupposé, sans attente particulière* » (2003). Effectivement, Rose n'a pas d'attentes spécifiques, elle prête attention aux indices verbaux et non verbaux dégagés par Madame D. Cette dernière

à ce moment-là est trop agitée, elle ne peut pas se concentrer et a besoin que nous soyons là pour elle, pour accueillir son discours, ses émotions.

La psychomotricienne donne alors des propositions adaptées à la situation et n'insiste pas sur les exercices habituels. Je ne réalise pas non plus le temps de relaxation, nous privilégions plutôt un temps d'écoute empathique. Comme le décrit Veesser, le psychomotricien doit analyser la situation pour observer si le patient est disponible corporellement et psychologiquement à ce que nous souhaitons lui proposer (2015). Nous discernons que Madame D. ne peut être disponible sur le plan corporel ou sur le plan psychique à ce que nous faisons habituellement, nous adaptons alors notre conduite et nos propositions.

À la manière de la mère qui protège le bébé des stimulations extérieures et comble ses besoins (Freud cité par Belot, 2012), la psychomotricienne assure une fonction de pare-excitation en accueillant le débordement émotionnel afin d'apaiser Madame D.

Le défaut de langage de Madame l'empêche de dire tout ce qu'elle ressent, le cadre thérapeutique psychomoteur lui permet alors de passer par la décharge motrice pour extérioriser.

3.2.2 L'extériorisation qui devient expression

Dans un premier temps, c'est la psychomotricienne qui propose à Madame D. de passer par la décharge motrice notamment lors des échanges de ballon. Elle lui demande au départ de mettre le plus de force possible dans le ballon pour le faire rebondir très haut. Avec la psychomotricienne, nous montrons l'exemple. Je jette mon ballon au sol franchement et j'accompagne mon lancer avec un long soupir, en fronçant les sourcils.

Progressivement, Rose apporte du sens en nommant la décharge motrice de la patiente, ainsi « *mettez toute votre force dans le ballon* » devient « *mettez tout ce qui vous énerve dans le ballon* ». L'agressivité de Madame D. est symbolisée, elle n'est pas seulement extériorisée mais exprimée car la psychomotricienne est là pour l'accueillir. « *Ces 'extériorisations corporelles' doivent être travaillées par le thérapeute dans son propre appareil à penser pour qu'elles ouvrent de nouvelles voies de passage vers la transformation, la symbolisation et le langage* » (Potel, 2010/2019, p. 376).

Quand Madame D. se serre très fort les mains et dit « *j'aime bien me faire mal* » encore une fois la psychomotricienne cherche à rendre représentable cette auto-agressivité.

Ballouard emploie le terme de « *règles de fonctionnement partagées* » du cadre (2008/2011, p. 186). Dès mes premiers TD, j'apprends trois règles valables dans toute prise en charge : ne pas se faire mal, ne pas faire mal à l'autre et ne pas détériorer le matériel.

Rose détourne cette auto-agressivité en proposant de taper dans un coussin. « Vous pouvez taper très fort quand vous êtes énervée ou en colère, vous n'allez pas vous faire mal ». Elle permet alors de « *donner l'occasion à l'acte corporel de devenir 'une parole corporelle'* » (Potel, 2010/2019, p. 376).

L'espace offert par le cadre et le soutien de la psychomotricienne permet donc à Madame D. de décharger corporellement toutes ses tensions internes qu'elle n'arrive pas à verbaliser. Je remarque par la suite, lors du moment de relaxation qu'elle semble arriver plus facilement à se laisser aller au relâchement. Effectivement, Madame D. est beaucoup plus apaisée. Sa respiration est plus profonde. Les mobilisations passives se font avec moins de résistance, il reste encore de l'anticipation mais elle est beaucoup plus détendue.

Le psychomotricien accueille la décharge motrice pour la symboliser en expression corporelle. Ce travail de mise en mots est également très important pour mettre du sens sur le vécu de perte qu'entraîne la pathologie dégénérative.

3.2.3 Donner du sens à la perte

« *Le travail du deuil* » évoqué par Freud est mis à mal dans la maladie d'Alzheimer. L'acceptation de la réalité de la perte et de ses conséquences demande des capacités d'adaptation et des remaniements psychiques (cité par Hanus, 1998).

Hélas, l'entrée dans la maladie vient peu à peu affaiblir les facultés de réorganisation psychique, il devient plus difficile de dépasser la perte. D'ailleurs, ce ne serait pas un abus de langage de mettre ce terme au pluriel : la maladie n'engendre pas seulement une perte mais une succession de pertes irrémédiables qui changent profondément le sujet.

C'est lors de la première séance de bilan que Madame D. nous dit spontanément : « *je deviens folle, je perds la tête* ». Elle est bien consciente de ses détériorations cognitives mais ces pertes sont non représentables et sont comparables aux « *éprouvés bruts* » décrits par Bion (cité par Ciccone, 2001). Tout comme la mère transforme les éprouvés insupportables du bébé pour permettre une meilleure introjection, la psychomotricienne assure ce rôle de contenant pour accueillir le contenu projeté par Madame D. Elle transforme ce que Madame D. dépose en séance et détoxique ses éprouvés pour que la patiente puisse les recevoir de façon plus acceptable. Elle garantit cette « *fonction alpha* »

conceptualisée par Bion (cité par Ciccone, 2001). Rose répond alors : « *vous ne devenez pas folle, vous avez une maladie qui vous fait perdre la mémoire* ».

Fantini-Hauwel et Raffard décrivent le travail intérieur qu'engendre le dépassement de la perte : « *ces remaniements imposent un travail d'investissement de l'objet perdu, puis de désinvestissement : travail intérieur qui a pour objet d'accepter la perte et son irréversibilité* » (2014). L'acceptation implique aussi d'admettre l'aspect définitif de la perte. Madame D. nous demande alors si elle va pouvoir retrouver ses capacités. La psychomotricienne lui répond « *vous ne pouvez pas retrouver ce qui a été perdu mais nous venons chez vous pour vous aider à garder le plus longtemps possible vos capacités* ». Elle veille à expliquer de façon claire mais non brutale, cette question de la perte.

Au cours de mon stage, je me rends compte que ces pertes interrogent également beaucoup les proches. Je retrouve plusieurs fois ces questions : pourquoi mon mari ou pourquoi ma femme ? Que s'est-il passé ? Je repense à ce que Monsieur et Madame D. rapportent concernant les malaises que faisait Madame D. étant plus jeune. D'après leurs propos, le médecin leur aurait dit que ces malaises témoignaient peut-être déjà de la maladie d'Alzheimer. Est-ce vraiment les propos du médecin ou simplement une relation de cause à effet qui leur permet de mieux accepter la maladie ?

Ainsi, en me reposant sur mon cadre interne j'ai pu utiliser le dialogue tonico-émotionnel pour aider Madame D. à se relâcher et mettre en mots ces manifestations corporelles. L'état de disponibilité psychique et corporelle a permis à la psychomotricienne d'assurer une fonction contenant auprès de la patiente et ainsi de mettre du sens sur ses éprouvés et pensées irréprésentables.

CONCLUSION

Durant toute ma formation, l'adaptabilité du psychomotricien est mise en avant, par ses facultés à exercer auprès de différents types de populations, à travailler dans des structures diverses et à proposer un accompagnement approprié. Chaque stage m'a permis de concrétiser et élaborer cette qualité professionnelle. C'est donc tout naturellement que lors de mon expérience en ESAD, je m'interroge sur la façon dont le psychomotricien peut réaliser une prise en charge dans un lieu qui n'est pas destiné au soin. C'est d'abord avec curiosité et hâte que je rencontre Madame D. à son domicile, puis rapidement, je me pose des questions pour penser le soin avec cette patiente atteinte de la maladie d'Alzheimer. Les attaques du cadre, l'entrée dans ce lieu personnel et intime du couple et la problématique corporelle, relationnelle et psychique de Madame D. m'amènent à réinterroger le cadre thérapeutique psychomoteur.

Loin de moi l'idée de blâmer l'intervention psychomotrice au domicile. Il est vrai que j'ai évoqué certaines conditions du cadre externe imposées par le lieu de vie de Madame D. L'espace partagé avec la famille et d'autres événements imprévisibles peuvent également affecter la prise en charge. Cependant, j'ai voulu à travers ce mémoire retracer mon cheminement tout au long de cette troisième année. J'ai d'abord pris conscience de la pertinence de mon cadre interne : tout ce que j'ai intériorisé durant ma formation et grâce à mes expériences cliniques contribue à la construction de mon identité professionnelle. Puis, la description de mes observations, de mes ressentis, de mes questionnements et de mes réflexions, m'ont amenée à comprendre la façon dont nous pouvions exercer cette adaptabilité et comment ce lieu de vie constitue un véritable appui à notre accompagnement. La maladie d'Alzheimer touche profondément l'identité de la personne, cette dernière se retrouve désorientée, diminuée, elle ne se reconnaît plus et devient même étrangère pour son entourage. L'intervention au domicile de Madame D. nous a aidées à analyser et comprendre concrètement comment la maladie s'exprime au quotidien et peut alors impacter sur les relations familiales. L'implication psychique et corporelle du psychomotricien contribue à installer et maintenir un espace privilégié pour accueillir la souffrance et valoriser les capacités restantes. Notre regard spécifique dans ce lieu de vie a également permis de penser le soin et de proposer des solutions à la patiente et à son aidant.

J'ai décrit l'aspect sécurisant que pouvait constituer le domicile pour le patient atteint de la maladie d'Alzheimer, prolongement de son identité meurtrie, il lui fournit des repères familiers et fait partie de son histoire. Le plus longtemps possible, tout est mis en place pour que la personne reste chez elle. Hélas, dans beaucoup de cas, la dépendance devenant

trop importante, les familles épuisées se tournent vers une admission en EHPAD. Dès lors, en quoi le psychomotricien peut-il accompagner l'entrée en institution qui devient ce nouveau lieu de vie ? Comment son approche corporelle, relationnelle et émotionnelle peut-elle apaiser cette désorientation si déstabilisante que traverse le patient ?

BIBLIOGRAPHIE

- Albaret, J.-M., & Aubert, E. (2001a). Chapitre 1 : Aspects psychomoteurs du vieillissement normal. In *Vieillesse et psychomotricité* (p. 15-43). De Boeck Supérieur.
- Albaret, J.-M., & Aubert, E. (2001b). Chapitre 2 : Aspects psychomoteurs du vieillissement pathologique. In *Vieillesse et psychomotricité* (p. 45-76). De Boeck Supérieur.
- Anzieu, D. (2006). *Le Moi-peau* (2e éd.). Dunod; (Œuvre originale publiée en 1985).
- Aucouturier, B. (2017). La formation à la pratique psychomotrice. In *Agir, jouer, penser, étayage de la pratique psychomotrice éducative thérapeutique* (p. 117-128). De Boeck Supérieur. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/agir-jouer-penser--9782807313392.htm?WT.tsrc=cairnSearchAutocomplete>
- Aucouturier, B., Darrault, I., & Empinet, J.-L. (1987). *La pratique psychomotrice : Rééducation et thérapie*. Doin Éditeur.
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances Psy*, 49(4), 14-19. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/ep.049.0014>
- Balard, F., & Somme, D. (2011). Faire que l'habitat reste ordinaire. Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation complexe à domicile. *Gérontologie et société*, 34 / 136(1), 105. <https://doi.org/10.3917/gs.136.0105>
- Ballouard, C. (2006). Chapitre 11. L'engagement du psychomotricien. In *Le travail du psychomotricien* (p. 179-188). Dunod.
- Ballouard, C. (2011). 24. Une identité, une carrière. In *L'aide-mémoire de psychomotricité 25 notions clés* (2e éd.) (p. 183-198). Dunod; (Œuvre originale publiée en 2008).
- Bartholin, S. (2016). Le domicile : Lieu intime, lieu de soin, lieu de répit ? *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 127(4), 63-72. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.127.0063>
- Belot, R.-A. (2012). Le système pare-excitation parental et ses liens avec l'expression somatique du bébé. *Dialogue*, 197(3), 19-30. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/dia.197.0019>
- Brandily, A. (2015). 8. Prise en charge à domicile. In P. Scialom, F. Canchy-Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 2 - Méthodes et techniques* (p. 200-209). De Boeck Supérieur.
- Charazac, P. (2009a). Chapitre 2. L'entrée dans la maladie. In *Soigner la maladie d'Alzheimer. Guidance des aidants et relation soignante* (p. 19-37). Dunod.
- Charazac, P. (2009b). Chapitre 3. Le cycle de la dépendance. In *Soigner la maladie d'Alzheimer. Guidance des aidants et relation soignante* (p. 39-59). Dunod.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>
- Circulaire DGCS/SD3A n° 2011-110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (mesure n° 6), (2011).

https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-06/ste_20110006_0100_0165.pdf

Collège national des enseignants de gériatrie. (2000). Chapitre 1 : Le vieillissement humain. In *Corpus de gériatrie. Tome 1* (p. 9-18). 2M2 Édition et communication.

Delourme, A. (2003). La souplesse du cadre. *Gestalt*, 25(2), 29-67. <https://doi.org/10.3917/gest.025.0029>

Direction Générale de l'Offre de Soins. (2015). *La maladie d'Alzheimer*. Ministère des Solidarités et de la Santé. Consulté le 11 avril 2020 à l'adresse <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer>

Duquenoy Spychala, K. (2005). 3. Approche psychodynamique de la maladie d'Alzheimer. In *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer* (p. 49-55). Érès.

Fantini-Hauwel, C., Gély-Nargeot, M.-C., & Raffard, S. (2014). Chapitre 1 : Approches psychologiques du vieillissement. In *Psychologie et psychopathologie de la personne vieillissante* (p. 1-36). Dunod.

Fauvel, M.-T. (1995). Présentation Générale In *Le bilan Marthe Vyl: Un examen en psychomotricité* (p.5-13). Masson.

Fortini, K. (2009). Le dialogue tonique dans la psychothérapie analytique de relaxation. *Psychotherapies*, 29(1), 33-38. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/psys.091.0033>

France Alzheimer. (2018). Causes et évolutions de la maladie d'Alzheimer. *France Alzheimer Union nationale des associations France Alzheimer et maladies apparentées*. Consulté le 7 avril 2020, à l'adresse <https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/causes-evolutions-de-maladie-dalzheimer/>

France Alzheimer. (2018). Les symptômes de la maladie d'Alzheimer. *France Alzheimer Union nationale des associations France Alzheimer et maladies apparentées*. Consulté le 7 avril 2020, à l'adresse <https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/symptomes-de-maladie-dalzheimer/>

France Alzheimer. (2018). Les traitements pour la maladie d'Alzheimer. *France Alzheimer Union nationale des associations France Alzheimer et maladies apparentées*. Consulté le 4 mai 2020, à l'adresse <https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/traitements-maladie-dalzheimer/>

Gouès, G. L., & Péruchon, M. (1992). Ultimes processus de pensée. *Revue française de psychanalyse*, 56(1), 135-148. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/revue-francaise-de-psychanalyse-1992-1-page-135.htm>.

Hanus, M. (1998). Le travail de deuil. In *Le deuil* (p. 13-32). Presses Universitaires de France. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/le-deuil--9782130463665-page-13.htm>

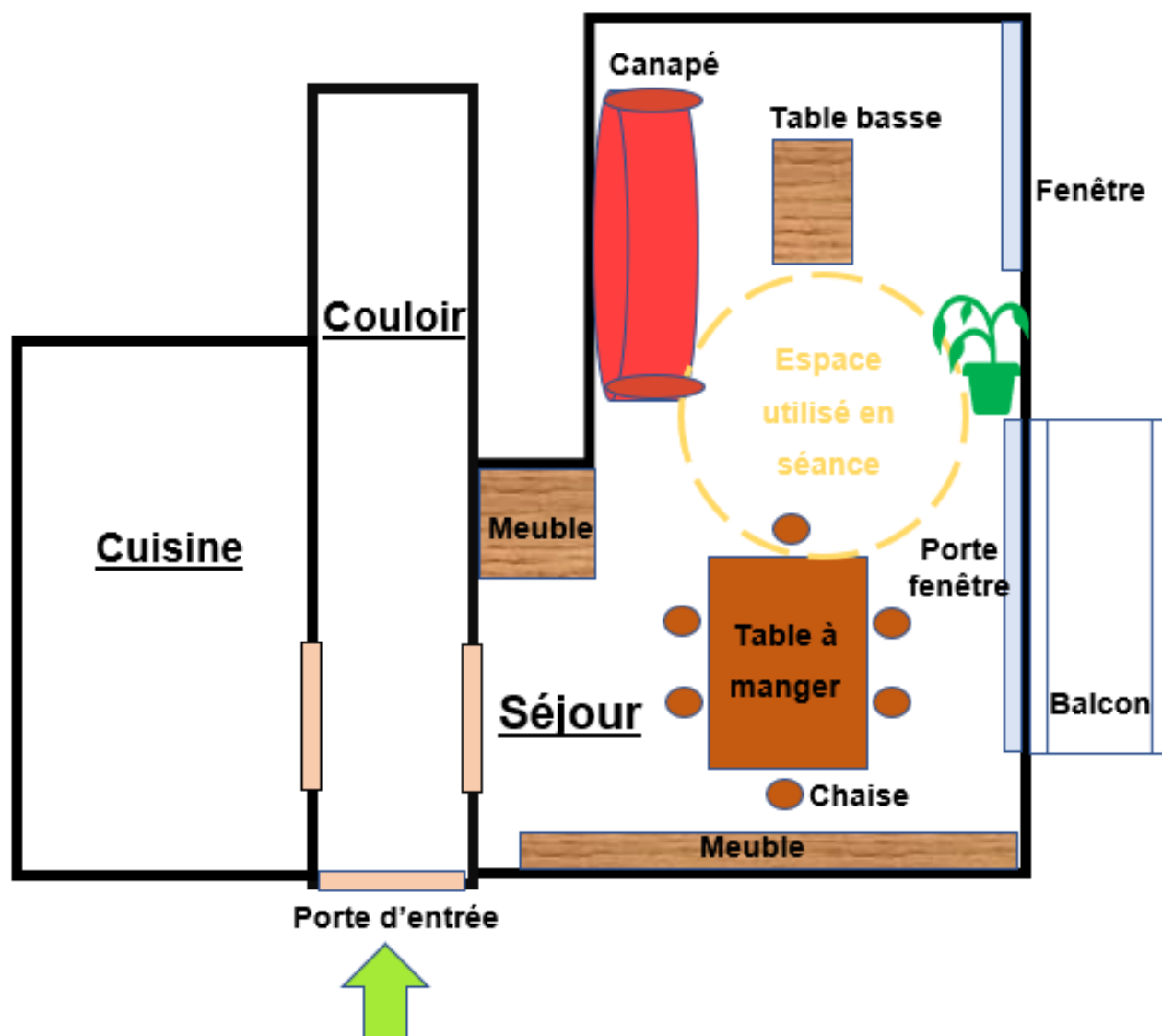
- Hauw, J.-J. (2019). Chapitre II. La maladie d'Alzheimer de la personne âgée. In *La maladie d'Alzheimer* (p. 17-41). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/la-maladie-d-alzheimer--9782130804178.htm>
- Herlant-Hémar, K., & Caron, R. (2012). Le rythme comme générateur de continuité chez le sujet en proie à la démence avancée. *Cliniques méditerranéennes*, 86(2), 229-243. <https://doi.org/10.3917/cm.086.0229>
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (2019, janvier 8). Alzheimer (maladie d'). *Inserm - La science pour la santé*. Consulté le 4 mai 2020 à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>
- Kacha, N. (2011). La fonction contenante du thérapeute. In J.-B. Chapelier & D. Roffat, *Groupe, contenance et créativité* (p. 85-96). Érès. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/groupe-contenance-et-creativite--9782749214214-page-85.htm>
- Kafoa, N., & Roumilhac, V. (2012). Renoncement ou renaissance du Soi du sujet âgé ? *Cliniques*, 4(2), 180-194. <https://doi.org/10.3917/clini.004.0180>
- Laroque, G. (2011). Ma maison, c'est mon château. *Gérontologie et société*, 34 /136(1), 8-11. <https://doi.org/10.3917/gs.136.0008>
- Larousse. (s. d.-a). Aphasie. In *Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le 4 mai 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/aphasie/4448?q=aphasie#4434>
- Larousse. (s. d.-b). Apraxie. In *Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le 4 mai 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/apraxie/4804>
- Larousse. (s. d.-c). Cadre. In *Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le 4 mai 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cadre/12054>
- Larousse. (s. d.-d). Contenant. In *Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le 4 mai 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contenant/18564>
- Larousse. (s. d.-e). Vieillesse. In *Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le 4 avril 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillesse/81927>
- Lasserre, A. (2014). Aide et aidant, malade et maladie d'Alzheimer. *Empan*, 94(2), 71-75. <https://doi.org/10.3917/empa.094.0071>
- Louart, C. (2016). *La musique pour soigner la mémoire*. CNRS Le journal. Consulté le 27 avril 2020 à l'adresse <https://lejournel.cnrs.fr/articles/la-musique-pour-soigner-la-memoire>
- Marcelli, D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : La surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, 44(4), 123-129. <https://doi.org/10.3917/spi.044.0123>
- Martin, M. (2001). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité : (Du cadre analytique au pacte). *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 103-120. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0103>

- Masquelier-Savatier, C. (2003). Le cadre, autrement. *Gestalt*, 25(2), 125-138. <https://doi.org/10.3917/gest.025.0125>
- Mellier, D. (2008). La question du « travail de contenance » dans la petite enfance. *Spirale*, 48(4), 19-31. <https://doi.org/10.3917/spi.048.0019>
- Michel, S., Soppelsa, R., & Albaret, J.-M. (2011). *EGP : Examen Géro-nto-Psychomoteur*. Hogrefe.
- Miglioranza, S. (2006). L'utilisation de l'espace en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 33(4), 104-112. <https://doi.org/10.3917/ep.033.0104>
- Moussard, A., Rochette, F., & Bigand, E. (2012). La musique comme outil de stimulation cognitive. *L'Année psychologique*, 112(03), 499-542. <https://doi.org/10.4074/S0003503312003077>
- Organisation Mondiale de la Santé (2010, octobre 1). Vieillesse de la population. *Site officiel de l'Organisation mondiale de la Santé*. Consulté le 21 avril 2020, à l'adresse <http://www.who.int/features/qa/72/fr/>
- Pellissier, J. (2011). 1. Quelques mots sur les troubles cognitifs. In *Ces troubles qui nous troublent* (p. 15-77). Éres. https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=ERES_PELLI_2011_01_0013
- Péruchon, M. (2001). Du moi-peau : Applications à la gérontologie et à la ritualité. *Psychologie clinique et projective*, 7(1), 45-54. <https://doi.org/10.3917/pcp.007.0045>
- Platel, H., & Groussard, M. (2018). Chapitre 10 : La musique contre les troubles de la mémoire. In E. Bigand, *Les bienfaits de la musique sur le cerveau*. Belin.
- Ploton, L. (2018). Comprendre la vie psychique des malades d'Alzheimer, implications cliniques et éthiques. In *Et si Alzheimer(s) et Autisme(s) avaient un lien ?* (p. 173-182). ERES. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/et-si-alzheimers-et-autismes-avaient-un-lien--9782749257556-page-173.htm>
- Poirier, N., & Gil, R. (2018). Maladie d'Alzheimer et mémoires. In *Alzheimer : De carpe diem à la neuropsychologie* (p. 79-95). Éres. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/alzheimer-de-carpe-diem-a-la-neuropsychologie--9782749261317-page-79.htm>
- Potel, C. (2019). 19. La question du cadre thérapeutique. In *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 357-381). Éres; (Œuvre originale publiée en 2010). https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=ERES_POTEL_2019_01_0357
- Potel, C. (2006a). 2. L'expérience du Jouer : Du côté des symbolisations primaires et de la transitionnalité. In C. Potel, *Corps brûlant, corps adolescent : Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents* (p. 33-38). Éres. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/corps-brulant-corps-adolescent--9782749206588-page-33.htm>
- Potel, C. (2006b). 3. Thérapie à médiation corporelle : un abord thérapeutique qui permet que les mots prennent corps. In C. Potel, *Corps brûlant, corps adolescent : Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents* (p. 39-49). Éres. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/corps-brulant-corps-adolescent--9782749206588-page-39.htm>

- Potel, C. (2006c). 8. Des médiations corporelles : lesquelles ? In C. Potel, *Corps brûlant, corps adolescent : Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents* (p. 101-116). Érés. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/corps-brulant-corps-adolescent--9782749206588-page-101.htm>
- Rigaud, A.-S. (2001). Symptômes de la maladie d'Alzheimer : Point de vue du médecin. *Gerontologie et société*, 24 / 97(2), 139-150. <https://doi.org/10.3917/gs.097.0139>
- Thorez, D., Noël, J.-L., de Montgolfier, S., & Le Dastumer, B. (2009). Le libre choix du patient dément en institution. *Gérontologie et société*, 32 / 131(4), 131. <https://doi.org/10.3917/gs.131.0131>
- Vachez-Gatecel, A., & Giromini, F. (2019). 25. La formation des psychomotriciens dans un cadre universitaire. In C. Potel, *Être psychomotricien. Un métier du présent un métier d'Avenir* (p. 435-444). Érés; (Œuvre originale publiée en 2010). <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/etre-psychomotricien--9782749264264-page-471.htm>
- Veesser, A. (2015). Chapitre 8. Contenance en psychomotricité. In É. W. Pireyre (Dir.), *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 136-153). Dunod. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/cas-pratiques-en-psychomotricite--9782100721399-page-136.htm>
- Winnicott, D. W. (2006). La préoccupation maternelle primaire. In J. Kalamonovitch, M. Michelin, L. Rosaz, & G. Harrus-Révidi (Trad.), *La mère suffisamment bonne*. Payot & Rivage; (Œuvre originale publiée en 1956).
- Winnicott, D. W. (1992). Le bébé et sa mère (M. Michelin & L. Rosaz, Trad.). Payot; (Œuvre originale publiée en 1987).

ANNEXE

Annexe I : Schéma représentant le domicile de Madame D.



Vu par la maître de mémoire, Jeanne-Laure EECKHOUT
À Lyon, le 13 mai 2020

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'E. Eeckhout', with a stylized flourish at the end.

Auteur : Jaël GELAY

Titre :

« *Je vous accueille chez vous* » : Le cadre thérapeutique psychomoteur au domicile d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, être reçu pour accueillir la souffrance

Mots-clés : cadre thérapeutique – psychomoteur - domicile – maladie d'Alzheimer – ESAD – care setting – psychomotor – home – Alzheimer's disease

Résumé : Lors d'une intervention en Équipe Spécialisée Alzheimer à Domicile, le psychomotricien est reçu chez la personne. Ce lieu personnel est l'espace de vie du patient mais aussi celui de son entourage. Dans le cas de Madame D., certaines conditions imposées par son domicile et l'influence de son contexte familial réinterrogent le cadre thérapeutique psychomoteur. En définissant, le cadre thérapeutique en psychomotricité, je vais expliquer comment il contribue à l'élaboration du soin. Par son engagement psychique et corporel, le psychomotricien permet la mise en place d'un espace de soin dans un lieu de vie. De plus, il peut s'appuyer sur les modalités du domicile pour proposer une prise en charge adaptée à la maladie d'Alzheimer, et ainsi être reçu pour accueillir la souffrance.

During an intervention of specialized Alzheimer's team at home, the psychomotor therapist is received at the patient's home. This personal and intimate place isn't only the patient's living space but it's also the one of his family circle. In the context of patient with Alzheimer's disease, the conditions imposed by home and family situation affect the psychomotor care setting. I will start with definition of care setting to understand how it allows to take care of the patient. By his psychic and bodily commitment, the psychomotor therapist allows the establishment of a space of care in a place of life. He can rely on terms of the home to offer an adapted care to the problem of Alzheimer's disease, and finally be received to welcome the suffering.