



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

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Jacques LUAUTÉ

Processus de deuil et psychomotricité :
Un accompagnement par la relaxation en réadaptation gériatrique

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

Par : Ellyne ROYER BERGUE

Mai 2024 (Session 1)

N°1869

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Jacques LUAUTÉ

Processus de deuil et psychomotricité :
Un accompagnement par la relaxation en réadaptation gériatrique

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

Par : Ellyne ROYER BERGUE

Mai 2024 (Session 1)

N°1869

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Pr. Frédéric FLEURY

Président du Conseil Académique
Pr. Hamda BEN HADID

Vice-président CA
Pr. Didier REVEL

Secteur Santé

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

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

Comité de Coordination des études
médicales (CCEM)
Président **Pr. Pierre COCHAT**

Secteur Sciences et Technologies

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme Kathrin GIESELER**

UFR Faculté des sciences
Directeur **Mr Bruno ANDRIOLETTI**

Département de Génie électrique et des
procédés
Administrateur provisoire
Mme Rosaria FERRIGNO

Département Informatique
Administrateur provisoire
Mr Behzad SHARIAT

Département Mécanique
Administrateur provisoire
Mr Marc BUFFAT

POLYTECH LYON
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

Vice-président relations hospitalo-
universitaires
Pr. Jean-François MORNEX

Vice-président Santé
Pr. Jérôme HONNORAT

Directeur Général des Services
M. Pierre ROLLAND

U.F.R. d'Odontologie
Directrice **Pr. Jean-Christophe MAURIN**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. Claude DUSSART**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (ISTR)
Directeur **Pr. Jacques LUAUTE**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **Mr Guillaume BODET**

Institut Universitaire de Technologie Lyon 1
(IUT)
Directeur **Mr Christophe VITON**

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

Observatoire de Lyon
Directrice **Mme Isabelle DANIEL**

Institut National Supérieur du Professorat
et de l'éducation (INSPé)
Directeur **Mr Pierre CHAREYRON**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA
RÉADAPTATION

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

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

Coordinatrices des stages

Mme Marion MOUNIB
Psychomotricienne

Mme Charlène DUNOD
Psychomotricienne

Gestion de scolarité
Mme Elodie ROYER

Coordinatrice Recherche

Mme Jeanne-Laure EECKHOUT
Psychomotricienne

SOMMAIRE

LEXIQUE.....
INTRODUCTION.....	1
PARTIE THÉORIQUE.....	2
1. La relaxation.....	2
1.1. Une approche psychocorporelle	2
1.1.1. Qu'appelle-t-on « relaxation » ?.....	2
1.1.2. Effets et enjeux thérapeutiques de la relaxation	3
1.2. La relaxation en thérapie psychomotrice	4
1.2.1. Relaxation et tonus	4
1.2.2. Relaxation, schéma corporel et image du corps	5
1.3. La relaxation Wintrebert.....	6
1.4. La sophrologie.....	7
2. Le vieillissement : une période de crise ?.....	8
2.1. Un corps qui vieillit	9
2.1.1. Impacts physiologiques et perceptifs du vieillissement	9
2.1.2. Impacts psychomoteurs du vieillissement	10
2.2. Quand le vieillissement fait crise.....	12
2.2.1. Impacts psychologiques du vieillissement	12
2.2.2. La crise de sénescence.....	14

3.	Contexte de pertes : contexte de deuils	16
3.1.	Qu'est-ce que le deuil ?	16
3.2.	Deuil et attachement.....	17
3.3.	Deuils et vieillissement	18
PARTIE CLINIQUE.....		19
1.	Cadre du stage.....	19
2.	Présentation de M^{me} H.....	20
2.1.	Anamnèse et parcours médical.....	20
2.2.	Projet de soins	22
3.	La rencontre avec M^{me} H	23
3.1.	Une première rencontre déstabilisante.....	23
3.2.	Profil psychomoteur de M ^{me} H.....	25
4.	Les séances avec M^{me} H	25
4.1.	Un écran de plaintes	25
4.2.	Première séance de relaxation.....	30
4.3.	Appropriation de la détente.....	34
PARTIE THÉORICO-CLINIQUE		38
1.	M^{me} H et ses deuils	38
1.1.	Quand le vieillissement complique le deuil	38
1.2.	Deuil(s) et enfermement du corps et de l'esprit	39

1.2.1.	Place de la plainte et du rejet	40
1.2.2.	Tonus, douleur et souffrance	42
1.2.3.	Deuil et sentiment de continuité d'existence.....	43
1.2.4.	Désinvestissement corporel : remise en question de la sécurité interne..	45
1.2.5.	Quel accompagnement pour la traversée ?	47
2.	La relaxation pour déverrouiller	47
2.1.	La carapace percée	47
2.2.	L'ici et le maintenant de la relaxation	48
3.	La relaxation pour se consolider	50
3.1.	S'ancrer dans ses sensations pour huiler le corps-machine.....	50
3.1.1.	Se détendre sans s'effondrer, se détendre pour se consolider	50
3.1.2.	L'appui de la respiration.....	51
3.1.3.	Mouvement et conscience corporelle	53
3.2.	S'appuyer sur le positif pour réinvestir son corps	54
3.3.	La relation comme appui	56
3.3.1.	Alliance thérapeutique et sécurité.....	56
3.3.2.	Dialogue tonique et toucher.....	57
3.3.3.	La relation pour accompagner la perte	59
	CONCLUSION.....	60
	BIBLIOGRAPHIE.....	
	ANNEXE	

LEXIQUE

APA : Activité Physique Adaptée

DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) 4

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

GIR : Groupe Iso-Ressource (de la grille AGGIR, Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources)

HAD : Hospitalisation À Domicile

IDE : Infirmier·e diplômé·e d'état

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Au cours de ma formation, j'ai rapidement été intéressée par le travail en gériatrie. Mes stages de deuxième année réalisés dans ce contexte m'ont donné envie d'enrichir mes connaissances et ma pratique en troisième année en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) gériatrique. Les difficultés psychomotrices de cette population m'ont rapidement interpellée mais c'est surtout le contact avec les aîné·es et la façon de travailler qui m'a plu. L'idée d'accompagner la dernière période de la vie, aussi riche que déstabilisante, m'inspire au sein du métier de psychomotricien·ne.

Ce stage de dernière année a lui-même été déstabilisant. Je me suis vite sentie démunie face aux vécus de perte et à la souffrance associée. Que pouvait apporter la psychomotricité à ces problématiques ? Quels outils avais-je à ma disposition ? J'ai alors rencontré M^{me} H, chez qui les pertes s'étaient accumulées derrière un écran de plaintes. Cet écran s'est fissuré avec l'introduction de la relaxation dans nos séances, laissant entrevoir un travail de deuil(s) bloqué. Quel rôle a pu jouer la relaxation dans cette ouverture ? Et que faire maintenant face à ces deuils mis en lumière ? De façon plus générale : **Dans quelle mesure la relaxation en psychomotricité peut permettre d'accompagner un processus de deuil, dans le cas d'une personne âgée en réadaptation ?**

Pour fixer le bagage de connaissances qui m'a permis d'aborder ce stage et ce questionnement, ce mémoire commencera par une partie théorique, de la relaxation au deuil, en passant par le vieillissement et ce qui peut y faire crise. Puis je parlerai de M^{me} H, de son histoire, des séances de psychomotricité que nous avons vécues ensemble et des nombreux questionnements qui en ont découlés. Enfin, je mettrai en perspective mes observations cliniques avec les apports théoriques me permettant de comprendre les problématiques de M^{me} H sous le prisme du deuil. Dans un deuxième temps de discussion, je tâcherai d'amener des éléments de réponse à ma problématique en me penchant sur les effets de la relaxation, du côté du besoin de faire face au deuil et de celui d'avoir un soutien pour retrouver une solidité psychocorporelle.

PARTIE THÉORIQUE

PARTIE THÉORIQUE

1. La relaxation

Le terme de relaxation peut recouvrir différentes pratiques, certaines dans le champ de la thérapie mais aussi comme activité personnelle de détente, de réduction du stress. Nous nous intéresserons ici au premier cas de figure en le définissant et en décrivant ses effets sur le sujet. Je présenterai, pour finir cette partie, deux méthodes de relaxation que j'ai pu utiliser au cours du suivi décrit en partie clinique.

1.1. Une approche psychocorporelle

1.1.1. Qu'appelle-t-on « relaxation » ?

Le dictionnaire Larousse, définit la relaxation comme une « détente physique et mentale résultant d'une diminution du tonus musculaire et de la tension nerveuse ». Une deuxième définition concerne non pas un état mais la méthode permettant de l'atteindre : une « méthode visant à obtenir cette détente par le contrôle conscient du tonus physique et mental afin d'apaiser les tensions internes et de consolider l'équilibre mental du sujet » (Larousse, 2024c). Guiose et al précisent cette définition des méthodes de relaxation en les qualifiant de « techniques psychocorporelles capables de toucher à l'organisation tonique d'un sujet, influant sur la baisse du niveau de vigilance et précipitant une modification des états de conscience. » (2015, p.240).

Baste souligne le caractère polysémique du mot « relaxation », en mettant côte à côte les termes « se relaxer », signifiant « se détendre, se changer les idées, s'installer dans le repos ou l'inaction » (2019, p.7), et « relaxer » qui a lui un sens judiciaire, un accusé relaxé retrouvant sa liberté. Elle explique que le fait de se relaxer est souvent au cœur de la demande des patients mais que la notion de libération peut apparaître au cours du travail. Cette libération concerne à la fois le corps, libérant des tensions neuromusculaires, et l'esprit,

concernant « les pensées récurrentes, les ruminations, les souvenirs, les deuils et les angoisses ou les conflits internes » (2019, p.7). Le psychique et le corporel sont ainsi au cœur du processus de relaxation qui a pour objectif « de régulariser et d'harmoniser les fonctions physiologiques et psychologiques » (Guiose et al., 2015, p.240).

1.1.2. Effets et enjeux thérapeutiques de la relaxation

Le travail en relaxation nécessite un abaissement de la vigilance mais ce qui est fondamentalement recherché est un « état de conscience modifiée ». Guiose (2007, p.63) définit l'état de conscience modifiée comme « l'expérience » subjective de la modulation des niveaux de vigilance qui sont, eux, objectivement quantifiables. Baste (2019) pose le déroulement d'une séance de relaxation comme tel : un premier temps de parole, un temps de travail dans cet état de conscience modifiée et un deuxième temps de parole.

Guiose et Baste (2019; 2007) expliquent que l'état de conscience modifiée est lié à des modifications de l'activité parasympathique et a des effets aussi bien physiologiques et neurophysiologiques que psychologiques. C'est un ralentissement de l'activité cérébrale qui entraîne la baisse de la vigilance. Mais ce ralentissement génère également « une modification des perceptions sensorielles [et] une majoration de l'activité onirique spontanée » (Baste, 2019, p.208). Ceci en fait une expérience modifiant le rapport du sujet à lui-même et à son environnement. Au niveau somatique, on observe un ralentissement général du métabolisme et des fonctions organiques avec, entre autres, un relâchement musculaire, une diminution du rythme respiratoire et une inhibition du contrôle respiratoire. Du côté psychologique, Baste décrit trois effets :

- la *régression somatique* : un état de passivité, d'« inhibition de la volonté » (2019, p.218), rendant la personne réceptive aux inductions verbales,
- la *régression temporo-spatiale* : une modification des ressentis corporels et une perception faussée du temps, comme un « voyage dans l'espace-temps » (2019, p.218) permettant de convoquer des expériences chargées d'affects positifs ou négatifs,

- *l'hyper-conscientisation de soi* : une facilité à se focaliser sur un élément indiqué par la personne guidant la relaxation, l'individu étant « hyper-conscient et hyper-réceptif à tout ce qui se passe en lui et pour lui » (2019, p.220).

Pour que ces effets, notamment les effets psychologiques, soient majorés, Baste insiste sur l'importance de la relation thérapeutique. Servant (2015) explique à ce propos que l'on n'y trouve pas la même proximité que dans d'autres approches : du côté de la proximité physique, impliquant même parfois du toucher, mais aussi par rapport au partage de ressentis dans un état de conscience modifiée. Baste parle d'un « appui » du côté du thérapeute qui partage avec le sujet son expérience et « son propre matériel fait de ses images et de ses métaphores » (2019, p. 222) pour que l'expérience du sujet puisse être vécue et intégrée.

1.2. La relaxation en thérapie psychomotrice

1.2.1. Relaxation et tonus

Tout d'abord, et de façon évidente, la relaxation met en jeu le tonus. Potel nous en donne une définition simple : « état de tension permanente dans laquelle se trouve normalement les muscles » (2020, p.41). On distingue trois types de tonus : le tonus de base assurant une fonction de contenance et de cohésion du corps ; le tonus postural, comme contraction minimale permettant le maintien des postures et de l'équilibre ; et le tonus d'action rendant possible l'action et le mouvement. Le tonus a une fonction de perception et de conscience de soi mais aussi une dimension relationnelle : il assure une fonction de communication. Le tonus sert de lieu d'expressivité corporelle, notamment des émotions. Il est aussi le support du dialogue tonique qui vise un ajustement entre deux personnes en interaction et peut permettre l'intégration et la symbolisation des ressentis. (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012). Guiose (2007) parle même de tonus émotionnel au vue des liens entre variations toniques et variations émotionnelles.

Les inductions et exercices proposés en relaxation ont un impact sur le contrôle du tonus et visent à un abaissement de celui-ci. Mais, pour Guiose (2007), c'est le lien entre tonus et émotions et le dialogue tonique qui sont centraux en relaxation. En effet, abaisser le

tonus peut permettre d'abaisser les tensions psychiques et émotionnelles et inversement. Cet abaissement, et l'élaboration de ses conséquences par la suite, repose sur le dialogue tonique qui s'opère entre relaxé et relaxateur. D'un côté, la tonicité, notamment par la voix et/ou le toucher, du relaxateur permet au la relaxé d'accéder à la détente. Et de l'autre, le relaxateur observe les modifications toniques et écoute les verbalisations du relaxé pour s'ajuster le guider dans sa compréhension et son élaboration.

1.2.2. Relaxation, schéma corporel et image du corps

La relaxation a pour effet de faciliter la prise de conscience du corps. Elle impacte donc le schéma corporel et l'image du corps. Ces deux concepts sont complexes et largement discutés. Une dichotomie est faite entre un aspect neurologique du corps, le schéma corporel, et un aspect psychique, l'image du corps, quand Guiose (2007) nous dit qu'un aller-retour entre ces deux pans est essentiel pour comprendre le sujet.

Pour saisir ici ce qu'est le schéma corporel, je choisis de m'appuyer sur la définition qu'en a faite Ajuriaguerra (1970, cité par Baste, 2019, p.233) :

Édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active et constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification.

Le schéma corporel se construit ainsi sur les sensations et les expériences corporelles mais en est également le support. Il en fournit la conscience, la « sensation de présence du corps » (Guisse, 2007, p.89) et permet la localisation des différentes parties du corps entre elles et dans l'espace. Il sert également de support à l'édification de l'image du corps que Schilder a décrit comme « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même » (1935, cité par Baste, 2019, p.233). Pour Lacan (1966, cité par Guiose, 2007), cette image du corps est décisive dans la formation de l'identité en se construisant tôt dans le développement de l'enfant, au moment de ce qu'il appelle le « stade du miroir », où elle lui permet d'avoir une représentation unifiée de son corps. D'après Dolto (cité par Guiose, 2007), cette image du

corps est en remaniement, comme le schéma corporel, tout au long de la vie. L'image du corps se place du côté des représentations de soi, du narcissisme, elle est liée aux affects et à l'histoire du sujet et de ses relations avec son environnement (Guiose, 2007).

La relaxation, en créant une hyper-conscientisation de soi, mobilise le schéma corporel en exacerbant l'attention qui y est consacrée. Les relaxations dynamiques, associées aux suggestions vont nourrir les représentations mentales des mouvements et sensations, renforçant la conscience du corps et par-là le schéma corporel. (Baste, 2019). La relaxation peut également créer des hallucinations sensorielles transitoires s'approchant de vécus retrouvés dans les troubles du schéma corporel. On peut, par exemple, perdre la localisation ou même la sensation d'une partie du corps, ce qui peut être angoissant. (Guiose, 2007).

Pour Baste et Guiose (2019; 2007), ce qui est en jeu en relaxation pour l'image du corps, est une re-narcissisation. Pour expliquer cela, ils se réfèrent au processus de régression qui est à l'œuvre en relaxation : cela vient toucher « l'enfant dans le patient » (Balint, 1960, cité par Baste, 2019, p.241). Les liens entre vigilance, tonus et émotions reviennent ici prendre part au processus car, comme le dit Guiose : « Immanquablement, en abaissant le seuil de vigilance du sujet par la relaxation, nous touchons à un pan affectif de sa vie psychique et, par là, à son image du corps » (2007, p.89) Le rôle du thérapeute est alors de fournir un support au sujet pour permettre un étayage des représentations narcissiques du corps sur le corps lui-même, sur ses ressentis et sa conscientisation.

1.3. La relaxation Wintrebert

La relaxation activo-passive de Henri Wintrebert est une méthode à destination des enfants qu'il a développée dans les années 1950. Guiose et Hacherez (2007; 2021) expliquent que Wintrebert a basé sa méthode sur l'impact des mouvements passifs et de la détente musculaire sur l'activité cérébrale. Wintrebert explique : « la sensation de détente s'obtient progressivement par la répétition lente, rythmée et monotone du mouvement passif. » (2003, p.24). Le dialogue tonique est également central dans cette méthode. En effet, elle s'appuie sur le toucher et une proximité qui implique une notion de « maternage » dans la relation thérapeutique avec des inductions majoritairement non verbales. Celles-ci

regroupent des mobilisations passives et des contacts, qui permettent la localisation des parties du corps, en association à des inductions verbales les nommant. (Guiose, 2007, p.24).

Le déroulement d'une séance suit toujours trois temps :

- un premier temps de recherche de décontraction musculaire par les mobilisations passives, sur différents segments corporels en fonction de l'avancement de la cure,
- un deuxième temps d'immobilité et de prise de conscience des différentes parties du corps par des contacts légers sur ces parties et des inductions verbales,
- un troisième temps plus actif où l'enfant refait lui-même les mouvements et où il réinvestit la détente associée.

Ensuite vient une phase de reprise où l'enfant retrouve peu à peu un niveau de vigilance habituel. La séance se clôture par un temps de verbalisation des ressentis et du vécu, ouvrant sur une mise en mots des difficultés rencontrées par l'enfant, de façon plus générale. À cela s'ajoute une quatrième étape, au cours de la cure, qui consiste en une « réadaptation des mouvements » où le travail s'oriente sur une association entre l'état de relaxation et les activités de la vie quotidienne. (Guiose, 2007; Hacherez, 2021).

1.4. La sophrologie

La sophrologie a été fondée par le neuropsychiatre Alfonso Caycedo dans les années 1960 et s'inspire de différentes méthodes orientales et occidentales, du yoga à l'hypnose, en passant par le zen ou encore la relaxation Jacobson. D'après Baste, « elle se propose d'étudier la conscience humaine dans le but d'atteindre un certain niveau d'harmonie » (2020, p.11). Le mot sophrologie prend d'ailleurs racine dans le grec « sos », signifiant « harmonie » ou « équilibre » ; « phren », « conscience » ou « esprit » ; et « logos », « discours » ou « étude ».

La sophrologie se veut un processus actif, permettant une sortie de l'inhibition de l'action. Elle ne repose pas seulement sur un abaissement de la vigilance et du tonus mais suit différents degrés de relaxation dynamique. Des exercices de relaxation dynamique sont réalisés en niveau sophronique, nom de l'état de conscience modifiée en sophrologie, et en

synchronisation avec la respiration. Elles ont pour objectif une conscientisation dynamique du schéma corporel, de son unité, de ses limites. (Baste, 2020 ; Guiose et al., 2015).

Cette méthode de relaxation suit des principes fondamentaux qui ont été décrits par Baste (2020), je choisis ici d'en développer trois qui me paraissent centraux dans le lien avec la psychomotricité du sujet :

- *Le schéma corporel comme réalité vécue* : il s'agit en sophrologie de sentir son corps plus que de se le représenter. L'enjeu est de l'investir et d'en prendre conscience dans ses sensations, ici et maintenant, notamment par le biais des exercices de relaxation dynamique.
- *Le principe d'action positive* : on s'appuie sur le fait qu'une sensation corporelle « positive » va agir de façon positive sur le mental et inversement pour une pensée « positive » sur le corps. L'idée est finalement de changer de paradigme en laissant plus de place au fait de vivre des éléments « positifs » et à leur potentiel impact, lui aussi positif. Le terme « d'action » met de plus le sujet dans une posture active et non plus passive par rapport à ce qui lui arrive.
- *La réalité objective* : ce principe s'applique au patient, qui cherche à saisir la réalité des choses en se détachant de ce qu'il croit ou souhaiterait qu'elles soient, mais il s'applique également, voire surtout, au thérapeute. Celui-ci doit se placer au plus près de la réalité de son patient pour pouvoir accueillir ce qu'il se passe pour lui et s'y adapter finement.

2. Le vieillissement : une période de crise ?

Ce dernier principe de réalité objective s'est en quelques sortes mis en jeu au cours de mon stage en gériatrie. J'ai été amenée à confronter mes représentations de la vieillesse et du vieillissement aux définitions et enjeux qui font la réalité de la vie d'une personne âgée. Cette deuxième partie dresse un tableau des impacts du vieillissement sur le sujet. Nous y verrons que le vieillissement, en tant que processus évolutif, peut être abordé comme une période de crise. En effet, les notions de déclin et de pertes sont présentes et supposent une adaptation et bien souvent un deuil.

Commençons par définir le terme de vieillissement. Le dictionnaire Larousse indique qu'il s'agit du « fait de devenir vieux, [de l'] ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort. » (Larousse, 2024b). Il s'agit donc d'un processus qui commence tôt dans la vie d'une personne, celle-ci devenant finalement chaque jour plus vieille que le précédent. Le même dictionnaire définit la vieillesse comme la « dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions, [le] fait d'être vieux. » (Larousse, 2024a). Ce qui converge dans ces deux définitions est l'idée d'une évolution, située par rapport à d'autres périodes de la vie, d'un passage dans cet état de vieillesse. Mais alors quand se réalise ce passage ? Qu'est-ce qui caractérise la « personne âgée » ? Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est à partir de l'âge de 65 ans que l'on peut être désigné par ce terme, même si l'organisme précise qu'il n'y a pas de personne âgée « type » en termes de capacités physiques et mentales (OMS, 2024).

Néanmoins, l'âge et le vieillissement avançant, toute personne est confrontée au déclin progressif de ses fonctions et de son organisme. Les effets physiologiques de ces changements seront influencés par l'environnement et l'activité du sujet. Ils n'auront donc pas les mêmes répercussions sur l'autonomie ou encore sur les fonctions motrices et psychomotrices (Juhel, 2018). On distingue d'ailleurs le vieillissement normal du vieillissement pathologique sans qu'il existe de consensus sur le découpage entre ces deux champs, au vue des différences interindividuelles que l'on observe. Le vieillissement est dit « réussi » quand des fluctuations de santé existent mais que les capacités d'adaptation du sujet lui permettent de conserver une autonomie correcte (Le Deun et Gentric, cité par Michel et al., 2011). Le vieillissement pathologique se situerait plutôt du côté des morbidités et d'altérations modifiant la qualité de vie, l'autonomie et l'intégrité du sujet (Tison, 2023).

2.1. Un corps qui vieillit

2.1.1. Impacts physiologiques et perceptifs du vieillissement

Le vieillissement est un moment de fragilisation des structures et fonctions de l'organisme. Albaret, Aubert et Juhel (2001; 2018) soulignent la diminution de la force et de l'élasticité musculaire, la perte de mobilité et l'enraidissement articulaire, et la modification

de la texture de la peau qui devient plus mince et moins élastique. Juhel (2018) parle également d'une diminution de l'appétit, de l'activité sexuelle et d'une modification du rythme de sommeil avec notamment une alternance des périodes de veille et de sommeil au cours de la nuit et une augmentation du besoin de siestes.

Au niveau cognitif, Juhel (2018) relève qu'un déclin de la vitesse de traitement de l'information apparaît avec le vieillissement. Ceci entraîne une augmentation du temps de réaction et une difficulté face à la réalisation de double ou de multi-tâche. La mémoire est également moins efficace, plutôt en ce qui concerne la mémoire à court-terme que pour les éléments anciens.

Albaret et Aubert (2001) expliquent que le vieillissement impacte le système perceptif et les différentes modalités sensorielles. En effet, les organes sensoriels comme les systèmes de propagation de l'information sensorielle pâtissent des modifications dues à l'âge. Les modifications touchant les constituants de l'œil entraînent une modification de l'acuité visuelle, de la profondeur du champ visuel, de la perception des couleurs et de la sensibilité à la lumière. Au niveau de la perception auditive, la presbycusie, voire la surdité, impactent les capacités auditives. La discrimination des sons et des paroles est notamment moins bonne, d'autant plus dans un environnement bruyant. Les paroles rapides, non articulées, les sons aigus sont moins bien perçus, ceci entraînant des difficultés de compréhension. La sensibilité aux odeurs diminue également du fait de l'atteinte des récepteurs olfactifs. En ce qui concerne la perception tactile, l'altération des caractéristiques physiques et des composants de la peau entraîne une augmentation des seuils de sensibilité et de discrimination. Enfin, au niveau proprioceptif et vestibulaire, les modifications des récepteurs associés sont liées à des altérations des capacités de marche et d'équilibre ainsi que des modifications délétères de la posture.

2.1.2. Impacts psychomoteurs du vieillissement

Les modifications énoncées au paragraphe précédent sont en effet à mettre en lien avec des atteintes des fonctions psychomotrices. Ces changements corporels et perceptifs vont modifier la façon dont le sujet va vivre sa corporéité, dont il va utiliser son corps et aborder ses interactions avec son environnement.

Globalement, le sujet âgé présente un ralentissement moteur dû aux modifications physiques et cognitives : la programmation comme l'exécution de la réponse motrice s'en trouvent affectées. La modification de la perception y joue un rôle, l'appréhension de son propre corps comme de l'environnement étant capitale dans la bonne réalisation des gestes, déplacements et dans la tenue des postures. (Albaret & Aubert, 2001).

Ainsi, le sujet âgé a un plus grand risque de perte d'équilibre avec un accroissement d'un sentiment d'insécurité, de manque de stabilité, voire de dépendance lors des déplacements. L'équilibre, statique comme dynamique, est plus difficilement maintenu et la marche se trouve modifiée. La vitesse, la longueur et la hauteur du pas, la durée de la phase d'appui unipodal sont diminuées. Le polygone de sustentation est, quant à lui, élargi et le besoin de retour visuel sur la surface d'appui est plus important. De façon générale, la marche est donc plus énergivore, que ce soit physiquement ou cognitivement. De la même façon, les coordinations, pour la motricité fine comme globale, sont plus coûteuses, demandant plus d'attention et de temps avec un retour sensoriel moindre et des limitations physiques contraignantes. (Albaret & Aubert, 2001).

La régulation tonique, comme le dit Potel (2020), est nécessaire à la précision du mouvement et est à mettre en lien avec la capacité d'inhibition. Elle parle ici d'inhibition de la contraction de muscles au profit d'autres, libérant par la même occasion d'une activité motrice énergivore, voire sapant les capacités de réflexion et d'attention. Juhel explique que « chez la personne âgée, cette contraction est trop forte ou trop faible pour le geste à effectuer. » (2018, p.25-26). Les personnes rencontrées au SSR sont souvent sujettes à une tension musculaire élevée et inconfortable. Le tonus étant intimement lié aux émotions et à la vie affective, ces difficultés de régulation tonique peuvent donc augmenter en période de crise.

Les modifications subies par le corps avec l'avancée en âge en modifient son apparence avec notamment le vieillissement de la peau. Elle devient plus fine et moins élastique, mais aussi ridée, tachetée. Des modifications des tissus adipeux et de la posture sont également de mise. Tout ceci s'ajoute à des altérations de la perception que la personne peut avoir de son propre corps et impacte son schéma corporel. Un schéma corporel solide

garantit une bonne utilisation du corps dans l'espace. Une perturbation peut donc occasionner des difficultés d'organisation gestuelle. À cela peut s'ajouter une modification de l'image du corps et une atteinte de l'estime de soi. (Juhel, 2018).

Le vieillissement modifie également le rapport à l'espace et au temps. Juhel (2018) évoque l'altération de la visualisation et de l'orientation spatiale, ainsi que de la vitesse et de la flexibilité d'intégration des données spatiales. Ceci peut engendrer une désorganisation spatiale, accompagnée d'une réduction des espaces investis par la personne. L'orientation spatiale étant permise grâce aux repères fournis par le corps, des troubles du schéma corporel vont accentuer ces difficultés. Enfin, pour ce qui est de la perception du temps, Juhel insiste sur sa variabilité au cours de la vie : la personne âgée a un rythme plus lent que la personne plus jeune, elle prend plus de temps pour se mouvoir, traiter les informations et n'a plus les mêmes priorités. Quand la mémoire est touchée, une désorientation temporelle peut survenir car, de la même façon que pour l'orientation spatiale, les repères temporels s'étiolent.

2.2. Quand le vieillissement fait crise

Si toutes ces transformations physiques, cognitives et psychomotrices affectent la personne dans sa globalité, elles n'ont cependant pas les mêmes conséquences d'une personne à l'autre et n'entravent pas de la même façon le mouvement, les relations, les représentations de soi. Juhel nous dit qu'« il ne faut pas voir la vieillesse comme un visiteur indésirable qui défait ses bagages et s'installe. » (2018, p.11). L'idée de ce paragraphe n'est pas de faire des bouleversements psychiques amenés par le vieillissement une généralité ou une fatalité mais bien de souligner ce qui peut faire crise dans ce moment charnière de la vie.

2.2.1. Impacts psychologiques du vieillissement

Le corps subi des changements qui sont visuellement perceptibles et impactent l'image que le sujet a de lui-même. Gaucher (1982) explique que ces changements, vus comme une altération, comme des dysfonctionnements, amènent la personne âgée à moins faire confiance à son corps. C'est le cas, par exemple, avec la peur de chuter, qui peut finir par restreindre déplacements, autonomie et interactions. Le « corps-plaisir » peut aussi être

mis à mal du fait du déclin des sens et c'est finalement le narcissisme qui en pâtit, engendrant potentiellement une chute de confiance en soi. De ces pertes découlent des enjeux affectifs, identitaires et relationnels.

Au niveau émotionnel, Gaucher (1982) nous dit que le niveau d'angoisse et d'anxiété est plus élevé chez la personne âgée, ce qu'il met en lien avec l'approche de la mort. Gaucher ajoute à cet aspect émotionnel que les rapports avec l'entourage changent, le caractère pouvant devenir « plus rigide et cassant » (1982, p.25). Tison (2023) nous dit que cet aspect de rigidification concerne également les schémas cognitifs. Les schémas cognitifs sont les structures cognitives permettant d'appréhender le monde en sélectionnant, analysant et interprétant les stimuli que l'individu y perçoit. Ils sont construits par rapport à des croyances, des convictions intimes, des valeurs, des attentes et des règles de fonctionnement sur soi, les autres ou le monde et permettent à l'individu d'agir, de penser et de ressentir. Chez le sujet âgé, les schémas cognitifs construits dans l'enfance ou au début de l'âge adulte ont eu le temps de s'ancrer, les expériences de vie les renforçant, ce qui explique leur rigidification. Mais les nouvelles expériences survenant durant le vieillissement amènent à de nouveaux schémas cognitifs. Il existe deux principaux types de croyances que l'on retrouve chez la personne âgée et qui conditionnent les schémas cognitifs spécifiques à cette période de vie :

Le premier sur les thématiques de perte (concernant la santé, l'autonomie, les deuils, les opportunités manquées dans la vie, les relations problématiques non résolues, les buts inachevés) et le second sur les thématiques de transition (changement d'activité à la retraite, changement de rôle social, rôles intergénérationnels). (Thompson, 1996, Laidlaw, 2003, cités par Tison, 2023, p. 112).

Sur ce dernier point, Gaucher (1982) précise que les rapports avec l'entourage sont particulièrement modifiés par la perte des rôles sociaux que le sujet occupait. Ce phénomène a été étudié en psychologie sociale sous le nom de théorie du désengagement, plus précisément, de désengagement d'une forme de vie sociale vers une autre, plus lente et avec un réseau social diminué. Tison (2023) résume cette théorie en la plaçant comme une conséquence et une stratégie d'adaptation aux différentes pertes survenant au cours du

vieillesse. À l'inverse, de nouvelles activités sociales peuvent être investies cherchant à remplacer ce qui est perdu et rétablissant un équilibre entre pertes et acquisitions. Le réseau social, lui, tend peu à peu à se concentrer sur les liens forts émotionnellement, en mettant à l'écart les liens moins soutenant. Les personnes âgées ont finalement tendance à passer plus de temps seules, leurs relations sociales régulières impliquant majoritairement des membres de leur famille. Quand ceux-ci fournissent de l'aide dans les activités de la vie quotidienne, cela peut accentuer un sentiment de dépendance et de perte d'autonomie.

Gaucher place le rôle social comme un « médiateur de la relation » (1982, p.27) qui aurait une fonction de protection, notamment par rapport à l'identité du sujet : qui suis-je sans ce rôle ? Les questions identitaires soulevées par le changement de statut social peuvent être accentuées par d'autres types de pertes. C'est le cas, par exemple, pour le déclin de la mémoire : Gaucher explique l'importance de sa fonction identitaire « permettant à chacun de se situer dans la propre histoire de sa vie et en regard de celle des autres ». (1982, p.24) Comme le dit Juhel, l'enjeu de cette période sera d'« incorporer [nos limites] à notre identité » (2018, p. 8).

2.2.2. La crise de sénescence

D'un point de vue psychanalytique, c'est l'aspect dynamique du psychisme qui est influencé par le vieillissement. Des conflits psychiques propres apparaissent aux différentes étapes de la vie du sujet, liés aux pertes et aux acquisitions qui la ponctuent. Messy (1992, cité par Tison, 2023) nous explique qu'un équilibre se doit d'être maintenu entre pertes et acquisitions, or le vieillissement est une période où les pertes s'accumulent : l'état d'équilibre peut alors être rompu. Lorsqu'il y a rupture d'un état d'équilibre, on peut parler de crise, c'est le cas au cours de l'adolescence, pour la crise du milieu de vie et également au cours du vieillissement avec la crise de sénescence.

Si les pertes accumulées sont au centre de la crise de sénescence, c'est aussi parce qu'elles mettent l'individu face à sa propre fin. L'avancée en âge finit par mettre à mal le fantasme d'éternité, défini comme le fait de penser que la mort ne menace pas l'individu. La forte présence des deuils dans l'entourage participe notamment à l'incorporation de la mort dans

la vie du sujet, jusqu'à ce que sa propre mort devienne un événement possible, admis. (Tison, 2023)

L'enjeu de toute crise sera de retrouver un nouvel état d'équilibre, ce qui passe par une élaboration de la perte et un réinvestissement dans un autre objet. Malgré les pertes, la libido et les excitations internes ne diminueraient pas au cours du vieillissement. Tison complète ceci par l'idée que « le désir ne vieillit pas, ce sont les moyens de satisfaction du désir qui vieillissent » (2023, p.104) et que certains mécanismes de défense ont été identifiés comme récurrents chez les sujets âgés. Pour permettre une réorganisation de la dynamique pulsionnelle, il cite trois mécanismes : la sublimation, la régression et le déni. Le Gouès (2000, cité par Tison, 2023, p.105-106) propose quant à lui 3 typologies de vieillissement :

- *Le vieillissement compensé* : le deuil de l'objet perdu peut se faire en déplaçant sa libido sur d'autres objets ; c'est ici la sublimation qui est mise à profit.
- *Le vieillissement décompensé* : l'acceptation de la vie actuelle est impossible, c'est l'environnement qui impose les activités quand le sujet ne se projette plus, devient passif et peut même vouloir en finir avec la vie ; on s'approche ici de la régression.
- *Le vieillissement surcompensé* : défini par le déni du vieillissement, le sujet se mettant dans une suractivité et une fuite en avant.

On peut ajouter à cela le *vieillissement aggravé* dans le cas où des maladies graves et invalidantes viennent se surajouter. Ces trois premiers types de vieillissement s'organisent autour de la façon dont l'acceptation et le deuil de la perte va pouvoir se faire, ou pas.

Arriver à la « dernière période de la vie », comme nous le disait le Larousse, invite à regarder derrière, à faire le bilan. Ceci place inévitablement face aux changements qui ont eu lieu, mettant en tension ce qui relève des acquisitions et ce qui relève des pertes, engendrant finalement un travail de deuil sur soi-même, sur sa propre vie. C'est ce que Bianchi et Quinodoz, appellent le *travail de vieillir* comme un « travail psychique ... par le biais du bilan de sa vie, de la recherche d'une cohérence dans l'histoire de sa vie, de l'acceptation de sa finitude, du travail du deuil que le Moi doit effectuer sur lui-même. » (1987, 1994, cité par Tison, 2023, p.104).

3. Contexte de pertes : contexte de deuils

La crise de sénescence est une période qui demande des adaptations pour supporter les pertes de nature diverses auquel l'individu est confronté. Monfort (2023) nous dit même que le nombre de deuils augmente avec l'âge, faisant de toute personne âgée une personne « endeuillée ».

3.1. Qu'est-ce que le deuil ?

« Le deuil est manifestement une des expériences les plus douloureuses et les plus difficiles de la vie. » (Bacqué & Hanus, 2020, p.3) Cette citation prend tout son sens quand on se penche sur l'étymologie du mot deuil : il vient du latin « dolore » qui signifie « souffrir » et qui a également donné le mot « douleur ».

Le deuil désigne à la fois un « état affectif douloureux provoqué par la mort d'un être aimé », une période « de douleur et de chagrin » (Bacqué & Hanus, 2020, p.20) suivant la perte et une dimension sociale, liée au fait de porter le deuil. En anglais, ce sens triple se décline d'ailleurs sous trois mots : « grief », traduit de façon sûrement trop faible par « chagrin » ; « bereavement » qui désigne la perte de façon objective, sans sa dimension de souffrance ; et « mourning » pour l'aspect social, porter le deuil. Baussant-Crenn ajoute que le deuil désigne également le « processus psychologique consécutif à la perte ou « travail de deuil » » et que ce terme peut finalement se rapporter à « toute perte ou frustration » (2004, p. 15). Le deuil peut finalement être défini comme une :

Réaction affective très forte à un évènement majeur de la vie chez la personne qui vit la perte d'un être cher, d'une fonction importante de son corps, d'un membre, de son autonomie personnelle, de sa vie, de son couple ou de son travail. (Barrau, 2022, p.371).

Le travail de deuil, en tant que processus psychique, doit permettre in fine un désinvestissement de l'objet perdu pour et par un réinvestissement dans d'autres objets. Dans ce processus, des étapes ont été identifiées. Kubler-Ross (citée par Barrau, 2022) en a

identifié sept : le choc, le déni, la colère, le marchandage, la tristesse, la résignation et l'acceptation. Bacqué et Hanus (2020; 2000) décrivent des étapes similaires :

- un premier *état de choc*, au moment de l'annonce, avec des réactions à la fois psychiques (abattement, émotions intenses, refus de la réalité) et somatiques (tachycardie, gêne respiratoire, oppression thoracique),
- un second mouvement de *recherche et de régression*, où la personne refuse de croire la perte et met tout en œuvre pour la réfuter,
- un troisième temps de *colère et d'agressivité*, nourri par la frustration de la perte et marqué par une ambivalence, entre amour et haine de l'objet perdu,
- puis, une possibilité *d'expression du chagrin* qui est une véritable souffrance dépressive révélant l'accomplissement du travail de désinvestissement de l'objet perdu,
- enfin, peut survenir la *terminaison du deuil*, lorsque se tourner vers le futur et de nouveaux objets est à nouveau possible.

Un dernier point important à relever est le caractère « normal » du phénomène de deuil.

3.2. Deuil et attachement

Bacqué et Hanus nous disent que « le deuil ne survient jamais pour la première fois, il est toujours une répétition » (2020, p.4). Chacun est confronté à la perte et au manque au cours de sa vie. C'est d'ailleurs ce qui conditionne l'importance des représentations mentales et souvenirs sur lesquels s'appuyer pour anticiper et supporter le manque, permettre l'attente. Ceci est mis en lien avec la théorie de l'attachement. Ce concept a été développé initialement par Bowlby. Il repose sur la façon dont les figures d'attachement, ou *caregivers*, ceux qui prodiguent les soins, répondent aux besoins de sécurité d'un enfant et sur celle dont celui-ci réagit à ces réponses. L'attachement est lié aux émotions. Les émotions positives de sécurité et de bien-être, quand elles sont amenées par les réponses des *caregivers*, permettent de développer une base de sécurité pour explorer le monde. L'angoisse a pour but de rétablir la proximité avec la figure d'attachement quand l'enfant en a besoin, la colère et la tristesse

apparaissent quand cette proximité n'est pas rétablie. Quatre types d'attachement ont été décrits par Ainsworth et Main :

- *L'attachement sécure* : la relation est fluide, l'enfant est rassuré par sa figure d'attachement et peut explorer le monde sereinement.
- *L'attachement insécure évitant* : l'enfant développe une indépendance et ne manifeste plus de signes de détresse devant le peu de réponses à ses demandes.
- *L'attachement insécure ambivalent-anxieux* : les réponses sont incohérentes et le système d'attachement est hyperactivé en recherchant un contact permanent.
- *L'attachement désorganisé et chaotique* : la figure d'attachement exprime des choses apparemment opposées et l'enfant développe différents comportements sans savoir s'ils sont adaptés et s'ils vont aboutir à une réponse. (Perrault, 2022).

La *capacité de deuil* de Bowlby ou *l'aptitude de deuil* de Hanus décrit une solidité psychique que développe l'enfant face à la séparation avec sa figure d'attachement. Bowlby centre son approche du deuil non pas sur le désinvestissement de l'objet mais sur une comparaison à l'anxiété de séparation, construite sur les séparations dans les relations précoces. Au cours de la vie, les pertes rencontrées, au travers du travail de deuil, mettent à l'épreuve les capacités d'adaptation du sujet. (Bacqué & Hanus, 2020 ; Le Berre, 2016).

3.3. Deuils et vieillissement

Selon Monfort (2023), le deuil chez le sujet âgé suit le même déroulement que chez l'adulte jeune mais il relève des spécificités. Tout d'abord, il existerait un seuil en situation polytraumatique au-delà duquel le sujet se retrouve en « insuffisance psychique » et n'est plus à même de continuer de fonctionner durablement. Il repère également que la durée moyenne du deuil est plus longue chez la personne âgée. À ceci viennent se surajouter les situations de maladies somatiques, psychiques ou neurocognitives qui peuvent compliquer le processus de deuil.

PARTIE CLINIQUE

PARTIE CLINIQUE

1. Cadre du stage

J'effectue l'un de mes stages cliniques de troisième année dans un hôpital gériatrique comportant différents services. J'interviens au cours de ce stage sur deux services de SSR. Les personnes accueillies dans ces services ont pu faire un passage aux urgences ou en court-séjour pour diverses raisons : par exemple, suite à une chute avec traumatisme(s), une décompensation somatique, une complication infectieuse, ou encore neurologique. Dans l'impossibilité de rejoindre leurs lieux de vie dans l'immédiat, elles sont orientées au service de SSR où l'objectif est une restitution optimale des fonctions qui auraient été lésées et une réadaptation pour s'adapter au mieux aux potentielles difficultés rencontrées. En fonction du degré de récupération, mais surtout d'autonomie, en fin de séjour, elles peuvent rejoindre leurs lieux de vie antérieurs ou envisager une suite d'hospitalisation ou une entrée en institution, si elles vivaient à domicile.

Les deux services comportent des équipes médicales avec plusieurs médecins, infirmier·es et aides-soignant·es. Des assistantes sociales, enseignants APA (Activité Physique Adaptée) et des psychologues y interviennent également. L'équipe paramédicale est composée de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes et de psychomotricien·nes. Des salles de rééducation et de « mise en situation » sont utilisées par les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes. Des séances peuvent également être faites dans les chambres des patient·es.

Les séances individuelles de psychomotricité ont lieu deux fois par semaine. Mon stage se déroulant sur une journée dans la semaine, je n'assiste qu'à une de ces séances hebdomadaires et mon maître de stage me fait un compte-rendu du déroulement de la deuxième. Les séances sont proposées dans les chambres des patient·es mais peuvent se prolonger dans les couloirs ou en extérieur quand la météo le permet. Le bureau des psychomotricien·nes se situe dans un autre bâtiment, ce qui demande d'anticiper le matériel à amener en séance. Dans les faits, les séances se font d'ailleurs avec peu voire pas de

matériel – un ballon paille fétiche, qui tient dégonflé dans une poche de blouse, est le seul matériel à nous accompagner tout le temps.

Les personnes hospitalisées dans ces services de SSR y restent sur une période relativement courte, de quelques semaines à quelques mois, en fonction des cas. Cette temporalité est différente d'autres contextes de soin en psychomotricité où les suivis sont plus longs. L'enjeu est donc de mettre en place un projet de soin prenant en compte ce nombre restreint de séances et visant à apporter rapidement des bénéfices aux patient·es. Quand une prescription est faite en psychomotricité, nous rencontrons une première fois la personne pour un temps d'entretien et de bilan. Ce bilan est surtout observationnel et ciblé sur les fonctions psychomotrices du tonus, de l'équilibre, du schéma corporel et de l'image du corps. Les autres aspects de la psychomotricité de la personne peuvent être explorés de façon plus poussée si besoin mais sont rarement au cœur des difficultés rencontrées. Cette première rencontre permet de définir des objectifs de soin pour la suite du suivi.

C'est dans ce cadre que je rencontre M^{me} H dont le cas m'a interpellée. Je commencerai par la présenter par une anamnèse et une rapide explication de son projet de soin. Je ferai ensuite le récit de ma première rencontre avec elle. Puis j'exposerai le déroulé des séances vécues ensemble, ceci dans un ordre chronologique permettant de voir l'évolution de Mme H et celle de mes questionnements à son sujet.

2. Présentation de M^{me} H

2.1. Anamnèse et parcours médical

J'ai recueilli les informations suivantes dans le dossier de M^{me} H. Elles sont complétées par nos échanges au cours de nos différentes séances.

M^{me} H est âgée de 78 ans, elle est divorcée et vit dans son appartement avec son compagnon. Elle a deux filles et plusieurs petits enfants. Elle a exercé la profession de secrétaire, puis de commerciale et de directrice commerciale. Elle explique que son travail avait pris une place

importante dans sa vie. Elle se décrit comme ayant été dans une grande maîtrise autant d'un point de vue professionnel que personnel.

Aujourd'hui pourtant, elle a besoin d'aide au quotidien. Elle présente un GIR 4, est orientée, cohérente et se déplace avec un déambulateur. À domicile, elle reçoit la visite, tous les matins, d'une IDE pour la toilette, l'habillage et la préparation de son pilulier. Une aide-ménagère vient également deux fois par semaine pour l'entretien du logement et du linge. À cela s'ajoute une séance quotidienne de kinésithérapie. Elle est aidée par son compagnon pour les actes de la vie quotidienne.

L'histoire médicale de M^{me} H est riche de nombreuses pathologies. Elle la présente elle-même souvent sous forme de liste : arthrose, diabète, insuffisance rénale, BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) post-tabagique, adénocarcinome du colon, clou gamma à droite, cimentoplastie sur la première vertèbre lombaire sont un ensemble d'affections qu'elle a pu énumérer au cours de nos séances.

En 1997, M^{me} H déclare un cancer du sein. Elle aura alors une mastectomie partielle et une radiothérapie. Lors de l'hospitalisation où je la rencontre, une récurrence de ce cancer sera détectée et M^{me} H aura une mastectomie totale de propreté avec hormonothérapie. La cicatrisation se fera avec des douleurs de type neuropathique dans les premiers jours et la persistance d'une sensation désagréable à l'effleurement de la région autour de la cicatrice.

Le motif de son entrée au SSR concerne cardiomyopathie qui lui vaut la présence d'un défibrillateur implantable depuis 2008. Elle fait deux séjours en SSR, d'un mois chacun, sur la première moitié de 2023 suite à une décompensation cardiaque. Je la rencontre fin 2023, au cours d'une ré-hospitalisation de 3 mois, toujours pour une rééducation après cette décompensation cardiaque.

Par ailleurs, elle avait déjà été admise dans ce service de SSR deux fois auparavant en 2018 et en 2022, respectivement pour une chute sans prodrome et pour un syndrome inflammatoire.

Enfin, au moment de son hospitalisation, M^{me} H présente un syndrome anxio-dépressif. C'est une patiente très angoissée qui sollicite beaucoup les soignants. Elle a toujours refusé un

suivi psychologique pendant son passage en SSR, malgré une plainte d'un manque de soutien psychologique. Elle n'est pas satisfaite des repas servis par l'hôpital mais revient sur tout changement proposé par la diététicienne. Elle est également très critique par rapport aux traitements qui lui sont proposés.

Lors de son séjour à l'hôpital, la question de l'adaptation de son logement se pose. À chacune des hospitalisations, il est rapporté des inquiétudes de M^{me} H par rapport au retour à domicile. En effet, elle vit dans un appartement semblant de moins en moins adapté à sa perte d'autonomie, nécessitant aujourd'hui du matériel médicalisé. Elle projette d'intégrer un foyer logement mais sa demande est refusée à cause de son GIR 4, mettant en évidence une dépendance trop importante. D'autres demandes sont enclenchées mais elle finira par rentrer à domicile avec une HAD pour le suivi de la cicatrisation de sa mastectomie.

2.2. Projet de soins

M^{me} H a bénéficié pendant sa dernière hospitalisation en SSR d'un suivi en kinésithérapie et d'un suivi en ergothérapie visant à consolider son autonomie de marche et dans les transferts.

Le suivi psychomoteur s'organise autour d'un trouble de la marche, d'un trouble de la régulation tonique et d'une gestion difficile de la douleur et de son vécu anxiogène.

Les objectifs de soin s'organisent autour de trois axes : un travail de la conscience corporelle, un de la régulation tonique et un dernier de sécurisation de la marche.

3. La rencontre avec M^{me} H

3.1. Une première rencontre déstabilisante

Je rencontre M^{me} H lors de mon troisième jour de stage. Elle connaît déjà mon maître de stage, avec qui elle a déjà pu travailler au cours de ses précédents séjours en SSR. Je m'intègre dans un suivi et une relation qui est déjà en place.

M^{me} H est allongée dans son lit lorsque nous entrons dans sa chambre, le drap ne repose que sur ses pieds. Elle porte une culotte peu couvrante. Elle décline quand mon maître de stage lui propose de prendre le temps de se couvrir, expliquant qu'elle a chaud. Je ne suis pas gênée par sa tenue mais me demande d'où peut venir ce que je perçois comme un manque de pudeur. Est-ce son caractère ? Une forme de désinhibition ? Un désinvestissement quant à son apparence ? La vie à l'hôpital, la présence constante des soignants, les difficultés auxquelles elle est confrontée la poussent-elles à ne plus y prêter attention ?

Quand nous entrons, elle tente de se redresser dans son lit et grimace en poussant un cri. Elle recommence en retenant son souffle pendant l'effort. Elle est extrêmement crispée et chaque mouvement semble douloureux. Elle verbalise d'ailleurs l'effort qu'elle déploie pour se mouvoir. Nous nous approchons du lit et à peine nous a-t-elle serré la main que se déverse un flot de plaintes quant à ses multiples douleurs, au ventre, au dos, aux articulations, à propos de son quotidien et de ses problèmes de santé... Je finis par perdre le fil. Je ne peux pas m'empêcher de me dire que son ton sonne faux, dans ses intonations, ses soupirs. Est-ce une fausse impression de ma part ou surjoue-t-elle vraiment ? Et si oui, pourquoi ? Cherche-t-elle à nous convaincre ? Ressent-elle le besoin de grossir le trait pour être crue ou pour avoir notre attention ? Pour avoir de l'attention et des soins de façon générale ?

Elle a les cheveux en bataille et nous regarde avec de grands yeux ronds, ponctuant son discours de grimaces et de cris de douleurs quand elle bouge. Elle décrit un grand contrôle sur sa vie et notamment sur sa famille dont elle dit s'être occupée d'assurer l'avenir. Elle a l'air d'endosser cette responsabilité avec fierté. Ses plaintes se transforment peu à peu en critiques de la façon dont elle est traitée. Elle commence par s'attaquer au système hospitalier

et aux différentes collègues à qui elle a affaire, à la façon dont elles administrent les soins, à la nature même des soins ou aux décisions de la médecin. Cela me met mal à l'aise, ne sachant pas comment me positionner. Je reste d'ailleurs assez silencieuse pendant cette conversation. Mon maître de stage garde une position neutre, expliquant qu'il n'est pas de son ressort de juger du travail de ses collègues. Les critiques de M^{me} H dévient alors vers le comportement des membres de sa famille qui, selon elle, ne s'occupent pas assez d'elle. Elle semble énervée par ce manque d'attention. Elle raconte fièrement la façon dont, elle, elle s'est occupée de ses aînées, notamment de sa maman qu'elle évoque avec émotion.

Mon maître de stage recentre la conversation sur son ressenti corporel. M^{me} H se plaint surtout d'une raideur et de douleurs d'arthrose au niveau des membres inférieurs. Il lui propose alors des mobilisations passives associées à des touchers-massages pour retrouver une certaine détente dans cette zone. Très vite, elle se crispe et se plaint de douleurs. Puis, son rictus se transforme en sanglots. Cela dure peu, une dizaine de secondes peut-être, avant qu'elle ne se reprenne. C'est la seule chose qui ne me paraît pas contrôlée depuis que nous sommes entrées dans sa chambre. Cela lui a-t-il échappé ? Est-ce lié aux mobilisations ? Au toucher ? La détente tonique lui a-t-elle fait indirectement lâcher prise à un autre niveau ?

Je sors de cette séance très perturbée. Le comportement de M^{me} H, que je n'arrive pas à penser autrement que comme une exagération, ne me la rend pas sympathique. Ses critiques m'ont mise mal à l'aise. Et pourtant, je crois qu'elle m'a touchée. J'ai envie de qualifier cette femme de paradoxale, se plaignant beaucoup et sur tout mais me donnant l'impression qu'elle n'évoque jamais le fond de son problème. Elle nous a dépeint un grand contrôle sur sa vie et son entourage, tout en étant dans une position de vulnérabilité, à l'hôpital. Sa tendance à la critique et aux plaintes serait-elle liée uniquement à ce caractère, ce mode de fonctionnement qu'elle décrit ou serait-ce une façon de garder justement une forme de contrôle dans ce contexte « subi » ?

3.2. Profil psychomoteur de M^{me} H

Il n'y a pas eu de bilan à proprement parlé pour M^{me} H. Je vais donc faire un résumé de mes observations pour dresser un profil :

M^{me} H peut faire ses transferts seule mais a besoin d'un soutien verbal pour la motiver à sortir de son lit. Elle se déplace avec un déambulateur, marche à petit pas, avec des mouvements saccadés. Elle est très fatigable, refusant souvent de marcher à cause de fatigue ou de douleurs. Son vécu corporel est d'ailleurs très centré autour de sa douleur. C'est omniprésent dans son discours, ce qui donne l'impression que rien d'autre n'est ressenti dans son corps. Elle se décrit comme une « machine médicale » et a un rapport très fonctionnel à son corps, corps dysfonctionnant selon elle, laissant peu de place à l'affectif : elle dit rarement comment elle se sent mais plutôt où elle sent de la douleur. Elle est extrêmement crispée, comme dans une impossibilité de détente à cause de la douleur mais est capable de relâchement dans un contexte de relaxation. Elle critique beaucoup les soins qui lui sont apportés et se plaint presque constamment, avec beaucoup d'intensité.

4. Les séances avec M^{me} H

4.1. Un écran de plaintes

Je revois M^{me} H deux semaines après notre première rencontre. Durant ce laps de temps, elle a été hospitalisée ailleurs pour une mastectomie suite à une récurrence de cancer du sein : son sein gauche lui a été retiré. Elle a changé de chambre à son retour et se retrouve tout au bout du couloir, dans une pièce plus petite et assez sombre, ce qui ne lui convient pas.

Mais, nouveau paradoxe : elle est bien plus en forme et ouverte après cette opération que la dernière fois où je l'ai vue. Elle dit que l'opération a été fatigante et qu'elle a très mal au niveau de sa cicatrice. Elle a un petit coussin qu'elle place sous son aisselle pour réduire les contacts et frottements sur sa cicatrice. Ce coussin a une forme s'approchant d'un cœur, dans un joli tissu rose avec des motifs floraux. Elle dit qu'il lui a été donné juste après son

opération. En expliquant cela, elle le regarde et le tapote presque affectueusement. Elle le replace très régulièrement et, quand elle repose son bras dessus, elle le serre légèrement contre elle. La façon dont elle l'investit me fait penser à un doudou : il semble la rassurer, en limitant les douleurs et amenant du confort mais aussi peut-être d'un point de vue psychique, comme un objet transitionnel suite à son opération ?

Elle reste par ailleurs très factuelle dans ses propos et ses plaintes sont pendant un long moment ciblées sur cette opération récente. Son ton a changé par rapport à notre première rencontre et me paraît plus sincère. Voit-elle cette ablation du sein comme une raison plus légitime de se plaindre donc ne nécessitant pas d'en rajouter ? Elle a plus de soins au retour de son intervention, a-t-elle alors moins besoin d'attirer l'attention ? Mais, à la fin de cette deuxième séance, son discours redevient un monologue. Elle nous expose toutes ses connaissances sur les médicaments et la gestion de la douleur, expliquant qu'elle n'est pas satisfaite de la réponse qui lui est apportée dans le service. Elle déverse à nouveau un flot de plaintes que mon maître de stage a bien du mal à nuancer. Elle ne semble même pas entendre ses réponses, répétant en boucle les mêmes critiques. Cherche-t-elle une réponse ou simplement à extérioriser par ses plaintes le « fond de son problème » qui me semble toujours aussi inatteignable qu'il y a deux semaines ?

La semaine suivante, j'appréhende la séance avec M^{me} H. Ses critiques me prennent au dépourvu, je ne sais pas quelle réponse apporter ou même s'il y en a une à apporter. J'ai l'impression qu'elles prennent tellement de place et de temps dans nos séances que je perds de vue les objectifs de soin.

À nouveau, M^{me} H a changé de chambre quelques jours avant notre troisième séance ensemble. En rentrant dans cette nouvelle chambre, ce qui me frappe est une forte odeur de parfum, assez floral. C'est une odeur qui pourrait me plaire mais dont l'intensité me donne vite mal à la tête. M^{me} H nous assaille très vite de ses critiques mais mon maître de stage propose assez rapidement de se mettre en mouvement et d'aller marcher dans le couloir. Elle est alors couchée et s'assoit difficilement au bord de son lit en maintenant son coussin-doudou sous son bras. Elle ne semble pas vouloir s'en séparer. Elle grimace, souffle, ses mouvements ne sont pas fluides et elle a l'air de faire un énorme effort. Elle se met debout

et attrape son déambulateur. Son coussin étant toujours maintenu sous son bras, cela l'oblige à garder une tension dans son épaule gauche. Nous encadrons M^{me} H et nous dirigeons vers la porte de sa chambre. Elle marche à petit pas, lentement, ses pieds ne décollant que peu du sol. Ses appuis sont peu sûrs. Ses jambes bougent en bloc, son tronc est incliné vers son déambulateur, ses épaules et ses bras sont crispés. Rien n'est fluide dans cette démarche. Elle se plaint de douleurs d'arthrose et s'essouffle très vite. Nous lui proposons donc rapidement de s'asseoir dans le couloir.

Des appels résonnent alors dans une chambre voisine et mon maître de stage nous laisse pour aller proposer son aide. Étant seule avec M^{me} H, j'ai peur qu'elle ne me dise des choses auxquelles je ne saurais pas réagir. Je l'interroge sur quelque chose qui m'a intriguée : le parfum dans sa nouvelle chambre. Elle m'explique qu'elle n'aime pas l'odeur de l'hôpital, qu'elle a besoin de se rappeler chez elle et qu'elle a donc voulu mettre de son odeur dans sa chambre. Elle commente l'odeur de son parfum en me demandant s'il me plaît. La conversation est finalement beaucoup plus légère.

Mon maître de stage mettant un moment à revenir, je décide d'enchaîner en proposant à M^{me} H de continuer à marcher en l'attendant mais elle me répond que l'idée de marcher la « désole ». Je trouve ce mot très fort. En réponse à mon « pourquoi ? », elle m'explique que ses genoux la font énormément souffrir et que marcher est très compliqué. Elle me liste tous les problèmes de santé qu'elle a, la façon dont chacun participe à sa fatigue, à sa douleur. « Je suis une machine médicale, j'ai tout ! », conclut-elle. Considère-t-elle son corps comme une machine ? Ses douleurs seraient-elles alors des dysfonctionnements dans les rouages ? Je suis tentée de faire un parallèle avec la façon dont elle voudrait qu'on la prenne en charge : il y a un problème, elle connaît une solution, on l'applique, comme on huile une machine. Pas de place pour de l'affectif dans cette façon de voir les choses. Elle ne dit pas comment elle ressent son corps mais uniquement comment, ou plutôt où, elle sent de la douleur. Cela vient aussi parler de la façon dont elle marche, lentement, sans oser décoller ses pieds du sol. Comment s'appuyer sur un corps qu'on ne sent que par la douleur ?

Je sens son discours se rapprocher de plus en plus des plaintes, grincements de la machine. Je l'interromps en lui disant que je peux lui proposer un réveil articulaire pour

venir assouplir ses genoux douloureux. Je lui montre des mouvements très lents de flexion et extension du genou. Elle m'imité, en grimaçant de douleur au début mais son visage se détend rapidement et elle passe d'elle-même à l'autre jambe. Je fais ensuite des mouvements de rotations de cheville, à droite, puis à gauche et je finis par des flexions de hanche. Elle m'imité volontiers, montrant une amplitude articulaire tout à fait correcte malgré l'arthrose dont elle se plaint. Quand je lui demande comment elle se sent, elle me dit simplement qu'elle a moins mal. Je retente ma chance pour reprendre la marche et elle accepte. « Ça va être dur mais ça me désole moins. »

Elle se lève avec moins d'efforts. Elle replace son coussin-doudou en grimaçant avant de se mettre à marcher. Son pas est plus long et ses pieds ne traînent plus au sol. Cette simple mise en mouvement « d'échauffement », a-t-elle permis de diminuer sa douleur ? A-t-elle agi comme une distraction de ses plaintes ? Cela l'a-t-elle orientée vers une autre forme d'investissement de son corps, différente de la douleur ? Son bras gauche, et le haut de son corps par extension, est toujours tendu pour maintenir le coussin-doudou mais les mouvements du bas de son corps et ses appuis me paraissent plus sûrs. Mon maître de stage revient vers nous à ce moment-là et nous explique ce qui l'a retenu. M^{me} H écoute en marchant. Elle se met ensuite, sans transition, à parler de ce qu'elle voit à la télévision, avec des propos sur la politique assez violents. Je ne sais pas comment réagir, n'étant absolument pas d'accord avec elle mais également dans un contexte où parler de mes opinions politiques ne me paraît pas approprié. L'alliance thérapeutique la rend-elle assez à l'aise pour parler de choses qui dépassent le cadre du soin ? De plus, ce qu'elle dit me paraît sortir de nulle part, je ne m'y attendais pas. Cherche-t-elle à nous déstabiliser ? À savoir si nous sommes d'accord avec ce qu'elle dit ? Elle continue de parler, ne remarquant pas mon inconfort. Je n'ai à nouveau pas l'impression qu'elle cherchait à avoir notre avis.

Elle fait en tout une dizaine de mètres avant qu'une douleur à la hanche la fasse s'asseoir à nouveau. Mon maître de stage lui propose alors des mobilisations passives des membres supérieurs, dans l'idée de lui faire sentir la tension dans cette partie de son corps. Il commence par le bras droit puis je propose les mobilisations du bras gauche. Elle peut dire qu'elle sent son bras relâché mais je ne sens, de mon côté, qu'un contact léger au niveau de ma main qui supporte son coude et son avant-bras. Elle grimace et je sens que tout son bras

reste raide et accompagne le mouvement de flexion que je lui propose. Elle se plaint rapidement de palpitations et d'un nœud à l'épaule droite. Au contact de la main de mon maître de stage sur son épaule, M^{me} H lâche un gros soupir de satisfaction, au point où cela ne me paraît pas naturel. Elle exprime une détente et un plaisir qui me paraissent exagérés en expliquant que son kinésithérapeute lui faisait des massages et que cela lui faisait beaucoup de bien. Cela me paraît être une demande formulée à demi-mots. Est-ce que la dimension de toucher, impliquant proximité, attention est ce dont elle aurait besoin ?

M^{me} H est finalement dans une grande ambivalence. Elle considère son corps comme une « machine » dysfonctionnelle. À la séance suivante, je commencerai d'ailleurs par lui demander de dessiner un corps (voir Annexe : Dessin du personnage de M^{me} H). Elle dessine un homme avec une chemise, les épaules carrées. Il n'a pas de mains. Elle dessine aussi un chemin sur lequel se trouve le personnage. Elle explique qu'il part au travail et elle se lance ensuite dans un récit détaillé de sa propre vie et surtout de son rapport au travail qui y avait une place importante. Elle représente ici le corps comme quelque chose de fonctionnel : le personnage a peu d'attributs, juste une occupation. De la même façon qu'elle se décrit comme une « machine médicale », la dimension affective de ce dessin m'échappe. Et pourtant, dans son discours, elle l'ancre dans sa vie. Qu'en est-il de son image du corps si elle ne vit son corps que comme une machine allant travailler, ce qu'elle ne fait plus, ou souffrant ? Sur quoi s'appuie-t-elle actuellement pour avancer ? Ses plaintes et critiques seraient-elles une façon d'extérioriser une forme de maîtrise sur laquelle s'appuyer ?

Et à côté de ce corps « machine », il y a une envie de toucher, de massage, qui lui redonnerait une place plutôt du côté de l'affectif, du plaisir. Je me dis que ce corps étant habité par la douleur et la crispation, M^{me} H pourrait ne plus réussir à l'investir autrement, entravant ainsi ses mouvements et sa prise d'appuis. Les quelques mobilisations et mouvements de réveil corporel proposés viendraient alors amener un nouvel angle de vue.

Serait-ce finalement ce qu'il y a derrière sa demande de massages « comme [son] kiné » ? Le toucher serait-il également une façon d'aller chercher un appui chez l'autre ? Mais son comportement de plaintes et de critiques permanentes, notamment des soins, n'encourage malheureusement pas de prime abord à aller dans son sens. Répondre à cette demande serait-

ce comme se plier à sa volonté ? Lui donner une forme de contrôle quand elle dit justement tout contrôler ? Encourager alors ses plaintes et critiques ? Mais sa situation n'est-elle pas en grande partie subie ? M^{me} H n'est-elle pas désespérément à la recherche de quelque chose sur lequel elle pourrait avoir du contrôle ? De la même façon que ses plaintes pourraient être une des seules choses qu'elle contrôle actuellement.

Et, toujours ambivalente, elle semble chercher quelque chose qui lui permettrait de lâcher prise, comme un simple toucher où elle se détend d'un coup. Utiliser le toucher pourrait avoir un impact sur ses troubles de régulation tonique, c'est d'ailleurs ce qui a été fait plusieurs fois avec des mobilisations.

4.2. Première séance de relaxation

Durant la semaine qui me sépare de mon prochain jour de stage, je réfléchis à ce qui pourrait être proposé à M^{me} H. Je pense rapidement à une relaxation d'inspiration Wintrebert que je prépare afin de mener la séance suivante. Après un premier temps de lecture corporelle, je lui propose des mobilisations passives des articulations des membres supérieurs. Durant le troisième temps de la relaxation, elle doit reproduire ces mouvements à son rythme avant de, pour finir, revenir à l'immobilité et à soi. L'objectif est de lui proposer une séance où venir convoquer ses capacités de relâchement tonique, tout en lui laissant une part de maîtrise. Ceci pourrait venir mettre en corps l'ambivalence qu'elle montre entre besoin de contrôle et de détente. La reprise des mouvements pourrait aussi nourrir sa conscience corporelle dans le cadre d'un moment de détente et potentiellement de plaisir. Ceci pourrait donc amener une autre forme d'investissement corporel.

En début de séance, M^{me} H se plaint, entre autres, de ne pas être en forme et dit ne pas vouloir bouger mais est ouverte à l'idée de faire de la relaxation. Quand je lui expose le déroulé de la séance, elle accepte que je mobilise son bras gauche, même si sa cicatrice la fait souffrir quand elle le bouge.

Sa respiration devient très rapidement plus profonde quand nous commençons la relaxation. La détente me semble commencer spontanément par une adaptation de sa respiration. Elle ferme les yeux et je vois ses épaules se relâcher quand je prononce le mot « détente ». Quand

je prends sa main droite, elle a un petit sursaut mais la laisse aussitôt reposer dans la mienne. Elle accompagne les premiers mouvements mais je ne sens vite plus de participation ni de résistance de sa part. Les amplitudes articulaires peuvent être de plus en plus grandes au fur et à mesure que je mobilise son bras droit. Je suis surprise qu'elle soit aussi détendue au vue de la tension douloureuse dans laquelle elle est habituellement. La façon dont le relâchement tonique est amené en relaxation rend-elle cela plus accessible pour M^{me} H ? D'autant plus qu'il s'agit d'un relâchement volontaire, « paradoxalement » en accord avec sa volonté de contrôle ? Lors des mobilisations passives que j'avais déjà pu lui faire au cours des séances précédentes, son relâchement était loin d'être aussi important. Le contexte d'une séance dédiée à cela l'invite-t-il à lâcher prise plus facilement ? Ou est-ce lié à ce qui s'est joué à la séance précédente et à ce qu'elle a exprimé ?

Du côté gauche, sa main est très tendue, bien plus que sa main droite. J'appréhende de continuer les mobilisations, ayant peur que cela soit lié à une douleur. J'imprime tout de même des mouvements lents de flexion et d'extension à son poignet. Après quelques mouvements, la tension cède et laisse la place à un relâchement complet, d'un coup, de son bras gauche. Je passe ensuite à des mouvements du coude que je peux faire sans participation ni résistance. Elle grimace au premier mouvement de mobilisation de son épaule mais son tonus reste bas. L'amplitude articulaire de son épaule gauche reste légèrement inférieure à celle de la droite mais le niveau de relâchement que M^{me} H peut atteindre est le même. Je suis à nouveau surprise, il s'agit tout de même de LA zone douloureuse. Tout au long de ces mobilisations, la respiration de M^{me} H est profonde et régulière, elle garde les yeux fermés et ne s'adresse pas à moi. Elle semble entièrement dans cet état de relaxation, frisant le sommeil parfois. Quand je lui suggère de refaire les mouvements elle-même, elle met quelques dizaines de secondes à bouger. Ses mouvements sont très lents, cela paraît très dur de se mobiliser.

Alors que je m'apprête à lui proposer de s'immobiliser à nouveau, elle ouvre les yeux : « c'est lourd ». Je réponds que cela peut effectivement amener à ce genre de sensation. Elle regarde devant elle et dit d'un ton paniqué qu'elle ne sent plus ses jambes. Je suis déstabilisée, pensant tout d'abord avoir échoué à lui apporter un moment de détente. Puis je me penche vers elle et lui suggère d'essayer de bouger ses orteils pour réveiller les sensations

dans cette partie du corps. Pendant qu'elle s'exécute, je lui dis que cela ne doit pas être agréable de ne plus sentir ses jambes. Elle confirme et ajoute que le haut de son corps au contraire « va bien et est tout souple ». Je lui propose alors d'inspirer en se concentrant sur cette sensation et d'expirer en visualisant une diffusion dans le bas de son corps. Après quelques cycles respiratoires, elle peut dire que « ça va mieux » et qu'elle se sent même bien. Une sensation « positive » a ainsi pu prendre le pas sur une autre, désagréable. De la même façon que l'état de relaxation semble avoir pris le pas sur l'état de crispation constant de M^{me} H. Je suis impressionnée par la façon dont elle se saisit de ce que je lui propose.

Après un temps de silence, elle parle d'une sensation de membre fantôme à l'emplacement de son sein gauche. Elle décrit ce vécu comme étant bizarre. Elle regarde mon maître de stage puis moi, en alternance, comme cherchant un appui mais n'arrivant pas à se fixer. Elle semble se débarrasser de cette information, comme un poids, quelque chose dont elle ne voudrait pas. Elle dit avoir l'impression de devoir faire un deuil, ce qui serait stupide selon elle : « Ce n'est qu'un sein ». Je lui réponds qu'un deuil ne concerne pas que la perte d'êtres chers, cherchant à la soutenir et à valider son cheminement.

Elle se met alors à pleurer, expliquant que, depuis quelques temps, elle pense énormément à son frère qu'elle a perdu. « C'était mon grand frère, j'étais sa petite sœur », dit-elle avec beaucoup de tendresse. Elle explique qu'elle était très proche de son frère, qu'elle s'est occupée de lui « jusqu'au bout ». Elle critique à nouveau la façon dont se comporte sa famille avec elle, différente de ce qu'elle a pu faire pour son frère. Elle raconte que son compagnon ne veut plus l'entendre se plaindre, que ses petits-enfants ne viennent pas assez la voir. En parlant, elle replace son coussin-doudou, le serrant contre elle. Elle conclut : « Je n'ai pas eu le temps de faire son deuil, il y avait trop de choses à gérer ». Mon maître de stage prend le relais de la discussion, je n'ai aucune idée de comment la rassurer. Est-ce que je dois d'ailleurs la rassurer ? Pour l'avoir vécu, je sais qu'une relaxation n'est pas nécessairement agréable mais n'en est pas moins utile. Je pense que je n'ai surtout pas envie de la laisser plus mal qu'avant la séance. Cependant, j'ai cette fois l'impression de saisir quelque chose de sincère chez M^{me} H. Ce qu'elle nous confie n'est pas accompagné d'un ton exagéré ou de grimaces. Elle exprime d'autres émotions que du mécontentement. Elle pleure son sein, son frère, son entourage qui s'éloigne. Étaient-ils cachés derrière ses plaintes ?

La fin de la séance arrive, elle me remercie avec beaucoup d'émotion, ajoutant que c'est très important ce que nous faisons pour elle. Quand je la salue, elle tient ma main et la serre un moment dans la sienne, puis la lâche avec un « à la semaine prochaine, ma cocotte ! ». De prime abord, ce terme familier me met mal à l'aise. Cette familiarité est-elle due à l'accroche que M^{me} H a eu avec la relaxation que je lui ai proposée ? Cela a-t-il pu impacter notre alliance thérapeutique ? Le fait que je sois stagiaire et/ou plus jeune que la plupart des soignant-es entre-t-il en jeu également ? Ou est-ce plutôt dû à la proximité induite par le toucher puis par les émotions intenses qu'elle a exprimées ?

Plus que la familiarité, c'est la connotation affective de son « cocotte » qui me met mal à l'aise. C'est complètement à l'opposé de ce qu'elle peut exprimer par ses plaintes et critiques. L'ambivalence à laquelle est habituée M^{me} H la met-elle face à un vide affectif, son entourage s'éloignant ? Se saisit-elle alors d'un début de lien entre nous ? Je ne me sens pas confortable à l'idée de devenir un bon objet au milieu de mauvais et, d'un autre côté, je me dis que cela pourrait être intéressant pour M^{me} H d'avoir des personnes avec qui elle est moins critique et plus en confiance.

Je me suis finalement sentie dépassée par la façon dont M^{me} H a investi la séance de relaxation que je lui ai proposée. Je ne m'attendais pas à ce que cette dame si ambivalente et critique soit aussi engagée dans le processus. L'impact sur la relation et l'alliance thérapeutique me paraît crucial dans ce qui s'est joué ce jour-là. En effet, le cadre de la séance et nos postures soutenantes ont aussi dû jouer un rôle important dans le lâcher prise émotionnel qui a suivi. Mais ce qui m'a le plus frappée est le parallèle entre un deuil « physique » et un autre « affectif ». Est-ce le deuil qu'elle vit après son ablation du sein qui vient convoquer et s'imbriquer avec d'autres deuils ? Quel rôle la relaxation a-t-elle pu jouer dans ce lien ? Elle semble en tous cas avoir permis « d'ouvrir les vannes » en ouvrant M^{me} H à des sensations et des émotions qu'elle n'avait pas encore pu exprimer.

4.3. Appropriation de la détente

Cet effet « libérateur » me conforte dans l'idée que la relaxation est une approche intéressante pour M^{me} H. Je prépare deux nouvelles séances pour la semaine suivante : quelque chose de très proche de ce que nous avons fait la première fois et une version dynamique, sans mobilisations passives. La relaxation dynamique permettrait de ramener du mouvement chez cette dame qui reste souvent alitée.

À la séance qui suit, je lui laisse le choix entre ces deux propositions. Ce jour-là, elle est très douloureuse au niveau de sa cicatrice suite à un curetage, le terme « dynamique » ne l'attire donc pas et elle choisit l'autre option. Elle est à nouveau dans la critique, notamment de la façon dont a été réalisé le curetage, mais cela me paraît moins « théâtralisé ». J'accueille ses critiques plus facilement. Nous l'interrogeons sur les émotions que cela provoque en elle mais elle élude la question.

Nous passons donc à la relaxation : cette fois, je la mobilise au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Elle rentre à nouveau très rapidement dans un état de détente globale. Je commence par mobiliser son bras gauche, du côté de sa cicatrice. Cette fois, son bras est tout de suite détendu. Son tonus augmente tout de même légèrement quand je fais bouger son épaule. Ses jambes sont également relâchées mais elle accompagne les mouvements de flexion du genou. Elle respire profondément et des petits râles réguliers me font me demander à plusieurs moments si elle ne s'est pas endormie. Elle semble ensuite avoir encore plus de mal que la première fois à refaire les mouvements, cette étape n'a l'air ni agréable ni facile et elle bouge très lentement. Elle ne fait d'ailleurs que quelques-uns des mouvements et s'immobilise à nouveau. Je fais alors des pressions sur les différentes parties de son corps qui ont été en jeu dans les mobilisations, en les nommant. Je lui suggère ensuite de visualiser une sensation ou une pensée positive qu'elle aurait sur le moment et, de la même façon que la fois précédente, de diffuser cette sensation/pensée dans tout son corps en se calant sur sa respiration.

M^{me} H met ensuite plusieurs minutes à sortir de cet état de relaxation. Quand je lui suggère de se remettre en mouvement à son rythme, elle ne bouge pas pendant un moment qui me paraît très long, je doute même qu'elle m'ait entendue. Mais elle se met à masser son ventre,

avec des mouvements circulaires très lents. Elle finit par ouvrir les yeux et commence par énumérer toutes les zones de son corps qui sont restées tendues. Je lui demande si des zones se sont au contraire détendues et elle parle de ses genoux, qu'elle a utilisé comme la « sensation positive » que je lui ai proposé de visualiser. Elle répète plusieurs fois que la relaxation lui a fait beaucoup de bien, au point où j'ai à nouveau l'impression qu'elle en rajoute, peut-être pour s'assurer que je continue à lui en proposer.

« Qu'est-ce que vous pensez de tout ça ? », me demande-t-elle. Je lui réponds que je trouve positif que la relaxation lui fasse du bien et que j'aimerais qu'elle s'approprie cette sensation pour pouvoir la convoquer ailleurs qu'en séance. Elle rebondit immédiatement et se redresse en expliquant qu'elle y a repensé plusieurs fois depuis la semaine précédente, notamment une nuit où cela a pu l'aider à se rendormir. La relaxation n'a donc pas qu'un effet libérateur d'émotions mais aussi un effet apaisant, elle a pu s'approprier et s'appuyer sur cette sensation à un autre moment de son quotidien.

La séance suivante est la dernière que j'ai faite avec M^{me} H, son retour à domicile étant prévu quelques jours plus tard. En amont de cette séance, mon maître de stage m'explique que lors de leur séance de fin de semaine où je suis absente, M^{me} H a exprimé beaucoup d'inquiétudes par rapport à ce départ de l'hôpital, dans un contexte de changement forcé de domicile. Elle a prévu d'intégrer une résidence autonomie mais n'a pas encore de place, son GIR 4 ayant entraîné un refus initial de sa demande, et le propriétaire de l'appartement où elle vit le vend.

Quand nous arrivons dans sa chambre, elle commence par dire qu'elle nous a attendus la veille. Elle s'en plaint en étant en même temps contente de nous voir, à nouveau dans une ambivalence. Elle n'évoque pas les angoisses dont m'avait parlé mon maître de stage mais parle avec énergie de rendez-vous médicaux qui l'attendent. Elle a en même temps hâte de savoir ce qu'il en est de sa santé et appréhende de potentielles mauvaises nouvelles. Elle parle de tout cela d'un ton énergique mais sans ses « exagérations ». Elle parle également rapidement d'une douleur dans la zone utérine mais écourte la discussion en disant qu'elle a hâte de commencer la relaxation car cela va la détendre.

Je lui explique que je vais lui proposer l'autre type de relaxation que j'avais préparé, celui avec des exercices dynamiques qu'elle pourra refaire seule si besoin. Elle paraît déçue de ne pas avoir la même séance que précédemment. A-t-elle peur de ne pas retrouver le même effet ? Est-elle attachée au côté « passif » des mobilisations ? Y voit-elle maintenant le moyen de lâcher prise, d'abandonner son envie de contrôle ? J'insiste en disant que cela me paraît important qu'elle puisse rentrer chez elle avec des outils pour apaiser les douleurs et/ou les angoisses. Elle s'accorde sur ce point.

Je lui propose un temps de lecture corporelle puis trois exercices dynamiques de sophrologie. Le premier consiste à respirer, une main posée sur le diaphragme, en accélérant progressivement le rythme de la respiration jusqu'au maximum pour conclure avec une grande expiration finale. M^{me} H accélère peu car l'exercice lui donne des vertiges mais l'expiration finale est profonde et accompagnée d'un relâchement significatif de la ceinture scapulaire. Pour le deuxième exercice, il s'agit de faire des rotations de la tête en se calant sur la respiration : tourner la tête en inspirant, la faire revenir dans l'axe en expirant. Les mouvements de M^{me} H sont très lents, au point où j'ai du mal à caler mon étayage verbal sur son rythme. Ses rotations sont peu amples mais elle parvient à suivre le rythme de sa respiration. Et dans le dernier exercice, les bras se plient en inspirant et s'étendent en expirant. M^{me} H semble avoir du mal à plier ses bras, comme quand elle devait refaire les mouvements des séances précédentes. Tout au long de ce temps de relaxation, elle garde les yeux fermés et l'expression de son visage est apaisée.

Elle dit se sentir très bien après la séance et affiche un grand sourire. Elle ne développe pas, son discours est ponctué de bâillements et de rots, ce qu'elle nous fait remarquer, un peu gênée. Mon maître de stage lui explique que cela doit être lié à l'état de détente dans lequel elle était pendant la séance de relaxation. Je lui reparle de la douleur qu'elle avait au bas ventre et elle confirme que la douleur a diminué avec des hochements de tête vigoureux.

Nous finissons cette séance en lui rappelant que je ne la reverrai pas avant son départ du service. Elle paraît attristée et me remercie chaudement. Je lui souhaite une bonne continuation, elle m'envoie un baiser pour me dire au revoir. En fermant la porte de sa chambre, je me fais la réflexion que, pendant toute cette séance, elle n'a fait aucune des

critiques auxquelles nous étions habitués. N'en ressent-elle plus le besoin ? Cherche-t-elle maintenant autre chose dans les séances de psychomotricité ? À nouveau, la question de l'alliance thérapeutique me paraît aussi peser dans la balance. Par la relaxation, j'ai répondu à une demande importante pour elle : en portant attention à ses ressentis et à la crispation envahissante qui l'habitait, avons-nous pu répondre à un besoin qu'elle exprimait par ses critiques ?

Le comportement de M^{me} H a ainsi changé à différents niveaux. Elle exprime plus de choses du côté des inquiétudes et moins de l'ordre du rejet et de la critique. Elle reste ambivalente dans sa façon de vivre les choses mais est sortie, du moins en séance de psychomotricité, de sa tendance à l'exagération avec une baisse de l'intensité des ressentis négatifs. Elle montre une grande facilité à se saisir de la relaxation. Elle a même pu s'approprier l'apaisement et les sensations positives induites par ces séances pour les mettre en pratique à d'autres moments dans son quotidien.

La relaxation a permis une nouvelle approche du travail de la conscience corporelle et de la régulation tonique de M^{me} H. Je dirais même que c'est plus précisément l'aspect tonico-émotionnel qui est entré en jeu. J'ai rencontré M^{me} H derrière un écran de plaintes, comme une carapace à la fois tonique et verbale. Cette rencontre s'est faite dans un contexte de vulnérabilité, de dépendance et de perte de contrôle pour cette dame qui semble avoir largement cherché à s'appuyer sur sa capacité de contrôle au cours de sa vie. Au-delà d'une perte de contrôle, c'est dans un contexte de pertes plus général que se trouvait M^{me} H : perte d'une certaine capacité de marche, perte d'un sein, perte encore ancrée d'un frère, perte affective avec des relations familiales remises en question, perte d'un logement et incertitude quant à la suite. Tout ceci formant un ensemble de deuils à surmonter.

La relaxation a été proposée à M^{me} H comme une réponse à sa demande et son besoin de détente. Mais ce médiateur a-t-il pu aller chercher plus loin dans un ancrage dans ses sensations, dans l'investissement de son corps, dans ses émotions et les problématiques qui la traversaient lors de cette hospitalisation et qui étaient masquées derrière un comportement de rejet et de colère ?

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

Au cours du suivi de M^{me} H, je me suis posée beaucoup de questions. Cette partie de discussion ne répondra pas à toutes car un grand questionnement a fini par s'imposer : **dans quelle mesure la relaxation en psychomotricité peut permettre d'accompagner un processus de deuil ?**

Nous verrons dans un premier temps comment le prisme du deuil peut nous éclairer sur les difficultés psychomotrices de M^{me} H. Puis, nous nous pencherons sur ce qui peut composer cet accompagnement du processus de deuil par la relaxation.

1. M^{me} H et ses deuils

Au cours de mon stage en gériatrie, j'ai pu observer la problématique de la perte chez plusieurs patient·es, notamment chez M^{me} H. Les pertes accumulées au cours du vieillissement placent la personne âgée dans un contexte de deuil. Clément (2009) va même plus loin en parlant du vieillissement comme un deuil en lui-même, montrant par-là l'importance de l'accumulation de pertes sur un temps restreint. Ceci n'est pas sans impact psychomoteur et nous allons voir dans cette première partie comment les difficultés psychomotrices de M^{me} H rencontrent et interfèrent avec les enjeux du deuil.

1.1. Quand le vieillissement complique le deuil

M^{me} H en commençant par la nier, amène bien cette question du deuil. Elle ne conçoit pas son ablation du sein en ces termes mais quand elle dit « J'ai l'impression de devoir faire un deuil. », elle peut formuler et ressentir que cette notion la touche. Ce qui surgit dans la suite de la discussion, ce sont des imbrications de deuils non résolus ou encore en travail. La vie ne permet pas toujours de faire ses deuils « correctement » et le vieillissement apparaît comme une période où ces deuils ressurgissent en nœuds, réactivés à un moment où de

nouvelles pertes s'accumulent, souvent rapidement (Clément, 2009; Tison, 2023). Chez M^{me} H, le deuil de son frère, qui est encore très présent, (re)fait surface à la suite de la première séance de relaxation. Il s'accompagne de plaintes autour d'un deuil plutôt affectif, quand elle se plaint de l'éloignement de son entourage. En plus du deuil de son propre vieillissement, on dénombre donc celui de son sein, celui de son frère, et celui d'une forme de relation avec son entourage. Il n'est alors pas étonnant que M^{me} H craque : qu'elle éclate en sanglots.

Que dire alors de son comportement habituel où ces pertes ne transparaissent pas de la même façon ? Elle semble repousser l'idée de deuil, ne comprenant pas pourquoi elle repense tant à son frère. Tison explique que « l'accumulation des pertes en fin de vie peut parfois rendre le travail de deuil impossible, comme si un seuil était atteint et que le Moi n'arrivait plus à gérer » (2023, p.104). M^{me} H aurait atteint ce seuil « d'insuffisance psychique » (Monfort, 2023) rendant plus compliqué son travail de deuil. Les deuils dits « compliqués » sont plus fréquents chez la personne âgée (Clément, 2009). Dans ce cas, le deuil ne suit pas le déroulé et la symptomatologie du deuil « normal » en restant comme bloqué à différents niveaux (Bacqué & Hanus, 2020). Ce que décrit M^{me} H en disant qu'elle n'a pas eu le temps de faire son deuil au moment du décès de son frère se rapproche d'un deuil différé ou d'un deuil inhibé. Le travail de deuil est alors retardé par un refus de la perte ou des affects associés, la vie continuant à un rythme soutenu : « il y avait trop de choses à gérer », nous dit M^{me} H. (Bacqué & Hanus, 2020).

J'identifie donc ici un deuil ancien « compliqué » et une somme de nouvelles pertes qui deviendrait ingérable aujourd'hui, compliquant de fait les deuils actuels.

1.2. Deuil(s) et enfermement du corps et de l'esprit

La souffrance du deuil bloque l'agir, le dire et la pensée. L'excès de souffrance arrête la pensée, mais étouffe également le dire, en créant un écart insurmontable entre le « vouloir dire » et le « pouvoir dire » qui s'épuise finalement dans la plainte, dans le cri, ou encore dans le silence. (Le Berre, 2016, p.29).

Ce qui complique, par essence, le processus de deuil c'est la souffrance. Avant notre première séance de relaxation, M^{me} H n'exprime quasiment que des critiques et des plaintes. Ses plaintes tournent alors autour de douleurs physiques mais n'évoquent jamais de souffrances psychiques. Elle est concentrée sur ses douleurs et comme fermée à ses autres ressentis et à ses émotions. Quand nous l'interrogeons sur ce point, elle évite la question. Le rejet et la critique laissent la place à de la tristesse et à la formulation de ce qui pouvait faire souffrance dans le deuil. La première question que je me suis posée par rapport à M^{me} H était donc celle de la fonction de ce comportement de plainte.

1.2.1. Place de la plainte et du rejet

Je rencontre M^{me} H dans un contexte de perte d'autonomie qu'elle semble prendre en compte : elle cherche à adapter son logement et pense même à en changer pour être prise en charge de façon adaptée. Cette perte d'autonomie est associée à une dépendance croissante : pour les soins, mais aussi, par exemple, pour des actes de la vie quotidienne qui étaient déjà réalisés par son compagnon avant son hospitalisation. Et d'un autre côté, M^{me} H, quand elle parle d'elle, met toujours en avant ses connaissances et le contrôle qu'elle a pu avoir sur les choses : en un mot, elle maîtrise. Son caractère et la situation dans laquelle elle est paraissent ainsi opposés, la plaçant dans une ambivalence. Son comportement peut également être qualifié d'ambivalent : entre plainte-demande et rejet de ce qui lui est proposé. C'est le cas pour le refus de suivi psychologique dont nous lui avons pourtant rappeler la possibilité plusieurs fois.

La souffrance a besoin d'être endiguée et je perçois les plaintes comme ayant des fonctions de mécanismes de défense. Le premier auquel j'ai pensé est le *déplacement* : selon le DSM-IV, il s'agit de « [transférer] un sentiment ou une réaction d'un objet à un autre objet substitutif » (1994, cité par Chabrol, 2005, p. 36) ce qui permet de limiter l'angoisse à une situation moins menaçante. On peut supposer que le comportement de critiques multiples de M^{me} H a une fonction de protection. Si ce qui fait peur est la perte d'autonomie, de maîtrise, garder une forme de contrôle par une opposition, au moins verbale, est rassurant. Formuler des critiques, les embrasser au point qu'elles deviennent omniprésentes peut être un moyen de ne pas se confronter à la perte et au deuil.

Deuxièmement, le mécanisme de *plainte associant demande d'aide et son rejet* est, toujours selon le DSM-IV, une forme d'expression « par des plaintes ou demandes d'aide répétées ... d'une agressivité cachée ou des reproches à l'égard des autres qui s'expriment par le rejet des suggestions, des conseils ou de l'aide apportés ... » (1994, cité par Chabrol, 2005, p. 40). L'expression de colère et d'agressivité étant une étape face à la perte et au deuil, M^{me} H pourrait également avoir besoin de ce comportement comme d'un exutoire.

La plainte/demande permet aussi de se sentir exister dans la relation. Cette tendance à la plainte peut être éclairée par la théorie de l'attachement. Les pertes durant le vieillissement entraînent un sentiment d'insécurité venant réactiver le système d'attachement. Réactiver, car le mode d'attachement est une part évolutive de l'individu : l'attachement précoce est ancré dans son fonctionnement et va influencer le vécu et le comportement mais le vieillissement peut moduler le style d'attachement en amenant de nouveaux enjeux et de nouveaux besoins de sécurité. Chez la personne âgée, on trouve un dilemme entre évitement et recherche de proximité lié à la balance autonomie/dépendance.

Au sein de ce dilemme, M^{me} se place typiquement entre une recherche de proximité par une demande d'aide et un évitement par la critique de ce qui lui est proposé. Ce dilemme est plus ou moins facile à résoudre en fonction des types d'attachement. Les individus avec un attachement de type insécurité ambivalent-anxieux ont plus tendance à faire des demandes exigeantes, jamais satisfaites, avec une tonalité émotionnelle de colère et de plaintes. (Guédénéy & Sabatier, 2016). M^{me} H pourrait être dans ce type d'attachement, provoquant une forme de mise à distance du côté des *caregivers*. Je pense à ce qu'elle décrit de son entourage mais aussi à mes propres réactions : ne pas la trouver sympathique de prime abord, voire être agacée par son comportement. Or, ces plaintes signeraient un besoin de réassurance face à un sentiment d'insécurité. Au-delà d'une possible « exagération » comme j'ai pu le ressentir, M^{me} H a pu être dans un sentiment d'insécurité intense, provoquant donc une expression de besoins intense.

La théorie de l'attachement est aussi à mettre en lien avec le deuil. La *capacité de deuil* de Bowlby (ou *l'aptitude de deuil* de Hanus) repose sur la solidité psychique développée face à l'anxiété de séparation et celle-ci conditionne les modes d'attachement.

Donc, en fonction du type d'attachement, il serait plus ou moins facile de traverser un deuil. On peut ajouter à cela un parallèle avec ce que dit Winnicott sur l'acquisition d'une forme d'indépendance, de *capacité à être seul* du nourrisson qui se détache progressivement de la dépendance à sa mère. Apprendre à être seul, à avoir sa propre base de sécurité, c'est pouvoir faire face aux pertes. (Le Berre, 2016). M^{me} H, en étant dans une forme d'attachement provoquant un cercle vicieux de demandes jamais satisfaites, pourrait ne pas avoir accès aux ressources nécessaires pour faire face au deuil et à sa souffrance, provoquant colère et tristesse.

1.2.2. Tonus, douleur et souffrance

Revenons aux propos des plaintes de M^{me} H : elles sont pour beaucoup centrées autour de douleurs physiques. Celles-ci la mettent dans un état de tension quasi permanent. De façon générale, le moindre mouvement la tend, la fait grimacer. Merskey (1979, cité par Feuillerat & Rousseau-Salvador, 2018, p.379) définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage ». Comme le disent également Louvel et Omrana (2001), la douleur a un aspect émotionnel que l'on peut assimiler au terme de souffrance. Une douleur n'est donc jamais que physique. M^{me} H, en se concentrant sur des plaintes somatiques et en évitant les questions sur ses ressentis, notamment émotionnels, construit une forme de clivage entre aspect physique et aspect psychique de sa douleur.

Pourtant, état émotionnel et état tonique étant liés, Louvel et Omrana identifient « de l'hypertonie, une posture instable, une position antalgique, un repli, des paratonies et des troubles de la régulation tonique » (2001, p.152) comme des modifications toniques liées à la souffrance. Pour M^{me} H, bouger est difficile, voire impossible. Le fait de figer son tonus peut également être une tentative de maîtrise de la douleur : contrôler son tonus pour contrôler la sensation désagréable (Chahbazian, 2011). Elle formerait ainsi une carapace tonique de protection, au même titre que son comportement de plaintes et de rejet m'apparaît comme un écran de protection face au deuil. Mais c'est une tendance qui aboutit à un cercle vicieux où les tensions s'accumulent et créent de nouvelles douleurs. La douleur de M^{me} H finit ainsi pas être envahissante, fatigante.

Ce tonus élevé n'est-il finalement que réactionnel aux douleurs ? Au cours du suivi, M^{me} H a également pu exprimer des inquiétudes par rapport à son état de santé, ou encore par rapport à son retour à domicile. Je tends aussi à voir, derrière ses critiques des soins, des inquiétudes par rapport à sa prise en charge. En situation de stress et d'anxiété continue, on retrouve des états tonico-émotionnels caractéristiques avec un tonus élevé (Wintrebert, 2003). L'enveloppe tonique de Robert-Ouvray (2007), en tant qu'état tonique prêt à réagir, peut être soumise à l'hypertonie. Cette hypertonie peut avoir une fonction pare-excitante en projetant au dehors les sentiments ou sensations angoissantes. Dans le cas de M^{me} H, cette hypertonie est envahissante, autant dans les sensations et la fatigue qu'elle peut générer que dans l'état émotionnel qui y est lié. Le fait d'être dans un état tonique élevé diminue la réceptivité aux stimulations sensorielles et à la relation.

1.2.3. Deuil et sentiment de continuité d'existence

M^{me} H a un trouble de la régulation tonique. Son hypertonie, tout en étant liée à son vécu douloureux, vient s'y ajouter, rendant difficile pour elle l'acceptation des soins et séances de rééducation. Cette tension est désagréable et à la source de sa demande de « massages » et de détente. Je pense que l'hypertonie s'ajoute à la souffrance en tant qu'élément bloquant « l'agir, le dire et la pensée » (Le Berre, 2016, p. 29). Tout d'abord dans un aspect tonico-émotionnel, lié à une anxiété envahissante, mais aussi du côté d'un signe de perte de repères.

En effet, la régulation tonique est une capacité essentielle que le bébé développe tôt dans son fonctionnement. Au début de sa vie, il est totalement dépendant des soins prodigués par son entourage. Winnicott, avec son concept de *préoccupation maternelle primaire*, illustre l'ajustement fin que peut avoir la mère face aux besoins de son bébé. Cet ajustement et ces soins, leur stabilité et leur rythmicité, forment un portage, le *holding*, à la fois physique et psychique qui permet au bébé d'acquiescer un *sentiment de continuité d'existence* (Houzel, 2016; Winnicott, 1989). Ces moments d'interaction avec l'entourage reposent en grande partie sur les variations toniques qui se jouent entre le bébé et la personne qui le « porte ». Il comprend que sa tonicité est liée aux différentes tensions de son quotidien (la faim et la satiété, par exemple). Ces variations toniques ont également une valeur de communication

dans sa relation avec ses figures parentales : la mère lit et lie signaux moteurs et émotionnels pour attribuer des états et des besoins à son enfant et y réagir. (Robert-Ouvray, 2004) Un dialogue tonique entre la mère et son enfant se met en place dans cet ajustement, à un moment où la relation tonico-émotionnelle est centrale (Ajuriaguerra & Angelergues, 2009). Si les variations toniques donnent corps aux interactions et à la continuité des soins et finalement à celle de l'existence, que dire du tonus figé de M^{me} H ?

Le bébé développe une représentation de son corps grâce aux liens qu'il fait entre les variations toniques qui s'opèrent et les stimulations sensorielles qu'il reçoit : il perçoit l'existence d'un dedans, avec des variations toniques, et d'un dehors, avec des stimulations sensorielles (Bullinger, 2015). Au sixième mois, a lieu un tournant dans le développement de son tonus : la *synthèse tonique*, équilibration entre son hypertonie segmentaire et son hypotonie axiale initiales. Associée au rassemblement des différentes parties constituant son corps, cette synthèse va lui donner une première sensation d'avoir un corps unifié (Robert-Ouvray, 2007). Le tonus permet de sentir son corps dans une cohésion, d'agir sur son environnement et d'exprimer ses émotions : d'exister dans et avec son environnement. Le vécu corporel de M^{me} H ne lui permet plus des variations toniques structurantes. Elle reste enfermée dans une hypertonicité réactionnelle à la douleur et aux angoisses. Dans l'idée d'un contrôle de la sensation douloureuse, on peut voir également une volonté de contrôle de ce vécu corporel, faire « plus dur que dur » pour reprendre les mots de Robert-Ouvray (2007, p. 164).

Le fait de se sentir exister dans un corps et dans une continuité confère ce que Pireyre décrit comme « une sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours « le même » » (2021, p. 216), permettant de résister à ce qui pourrait venir menacer l'intégrité physique et psychique. Mais difficile de s'appuyer sur un vécu corporel aussi rigide que celui de M^{me} H pour se sentir exister ailleurs. Quand je dis ailleurs, je pense ailleurs que dans la douleur mais également ailleurs que dans la perte et le deuil. Le Berre (2016) place la notion de *sentiment d'être soi et de continuité d'existence* comme étant à la base d'une solidité de l'être permettant de traverser les souffrances d'un deuil.

La perte occasionne un changement irréversible, comme le disent Bacqué et Hanus : « impossible de revenir en arrière, le temps est unidirectionnel et s'achemine toujours vers la fin d'un état » (2020, p. 37). Comment s'assurer que l'on ne soit pas détruit par ce changement sans certitude d'une continuité d'existence ? Avoir un sentiment de continuité d'existence solide serait donc nécessaire pour parvenir à traverser un deuil, or ce sentiment est mis à mal chez M^{me} H.

1.2.4. Désinvestissement corporel : remise en question de la sécurité interne

Quand le bébé construit ses représentations de son organisme par rapport aux variations toniques ressenties, il s'appuie également sur ce que son corps lui renvoie au niveau sensoriel (Bullinger, 2015). Le schéma corporel mais également l'image du corps s'élaborent aussi sur ces composantes, ce qui les lie au sentiment de continuité d'existence. Damasio appuie cette idée avec son concept de « conscience noyau », fonctionnant dans l'ici et le maintenant pour donner un *sentiment de soi* reposant sur « la représentation la plus intégrée de l'état interne courant de l'organisme... ainsi que les représentations du plan invariant du cadre musculo-squelettique » (1999, cité par Pireyre, 2021, p. 218).

Ma réflexion s'oriente donc sur les représentations corporelles de M^{me} H. Elle parle d'elle comme d'une « machine médicale ». La douleur envahit son discours et son corps par le biais d'une hypertonicité, limitant la possibilité d'y trouver un corps-plaisir. « Quand le corps tout entier est submergé par la douleur, c'est du corps tout entier que le sujet voudrait se débarrasser. » (Schilder, 1950, cité par Cocaïgn, 2023, p. 186).

De plus, M^{me} H n'est pas désinhibée, sa tenue lors de notre première rencontre montre plutôt une diminution de l'attention portée à son apparence. Elle a bien souvent des difficultés à se mettre en mouvement, aussi bien au quotidien pour sortir de son lit que lors de la reprise des mouvements en relaxation Wintrebert. Tout ceci me fait formuler l'hypothèse d'un corps désinvesti, laissé de côté car trop dur à habiter.

Dans l'étude du cas de M^{me} H, j'ai mis cela en lien avec sa marche : pour tenir debout et marcher, il faut un support et un corps permettant de s'appuyer. Or, M^{me} H ne décolle pas

les pieds du sol, comme si se séparer du support était difficile, que l'appui, en particulier unipodal, était précaire. Il paraît difficile de sentir un appui solide dans un corps désinvesti. Et inversement, difficile d'investir un corps sur lequel on ne peut pas s'appuyer. La notion d'appui, selon le Larousse, désigne « tout ce qui sert à maintenir quelque chose ou quelqu'un, à en assurer la solidité ou la stabilité » (Larousse, 2024d).

Nous avons déjà parlé de solidité en lien avec une solidité psychique. Quel lien avec la solidité physique nécessaire à la marche et avec les appuis ? Roussillon lie le *besoin de sécurité* et « l'éprouvé d'une stabilité du « sol » sur lequel on s'appuie, des bras qui portent et contiennent » (2008, p. 55). Roussillon appelle *sentiment de sécurité interne*, que l'on peut saisir en parallèle du sentiment de continuité d'existence, une solidité psychocorporelle construite à la fois sur cet appui, les représentations du corps, les relations précoces et soins associés, et les formes d'attachement. M^{me} H, dans sa difficulté à marcher, montre des appuis corporels limitants pour accéder à un sentiment de sécurité interne fiable.

Le dessin du corps qu'elle a fait montre également un désinvestissement de son corps « au présent », représentant quelque chose qui n'est pas dans sa réalité actuelle. Tout en l'ancrant dans une réalité passée, il y a peu d'affectif dans ce que M^{me} H décrit de son dessin : elle ne nous dit pas à ce moment que le travail avait une place importante dans sa vie parce qu'elle aimait travailler mais parce qu'elle avait des responsabilités. Or, il faut avoir des ressources pour avoir des responsabilités et les ressources dont M^{me} H nous parle avec fierté sont souvent évoquées au passé : assurer l'avenir de ses enfants, accompagner ses proches dans leurs derniers instants, arrive-t-elle encore à s'en saisir maintenant ? Je me demande finalement quelle image Mme H a de son corps et, par extension, d'elle-même, actuellement. Un contexte de pertes, d'autant plus quand elles sont multiples, peut atteindre la confiance en soi (Bacqué & Hanus, 2020). Pour revenir sur la notion de souffrance du deuil qui enferme, Le Berre nous dit qu'elle « marque l'évènement d'un morcellement du moi dont l'écho est non seulement émotionnel mais aussi somatique : je ne me reconnais plus. » (2016, p. 29). Cet impact sur la confiance en soi et l'identité n'a pas été formulé explicitement par M^{me} H pendant son suivi. Ces signes de désinvestissement corporel, de pertes d'appuis et de sécurité interne me paraissent tout de même converger vers cette idée d'une perte de confiance.

1.2.5. Quel accompagnement pour la traversée ?

Il manque finalement à M^{me} H une solidité psychocorporelle sans laquelle la traversée du deuil est compliquée. Sa base de sécurité interne et son sentiment de continuité d'existence me semblent défaillants. Pour Le Berre (2016), l'accompagnement du deuil ne reposerait pas sur le désinvestissement de l'objet perdu et l'investissement de nouveau(x) mais sur la restauration du sentiment de continuité d'existence et sur l'articulation des différentes ressources de l'individu. Ceci pour lui (re)donner les outils pour avancer dans la vie en faisant face aux obstacles et aux ruptures d'équilibre entre gains et pertes.

Or, la relaxation peut être un moyen de reconvoquer des mécanismes constitutifs de la sécurité interne du sujet : « quand on propose une relaxation, on fait l'hypothèse d'une reprise des processus premiers de la construction du sujet, c'est-à-dire, réenclencher par des expériences sensorielles fondatrices un mouvement de construction, arrêté ou mis en échec » (Potel, 2020, p. 138).

2. La relaxation pour déverrouiller

Si la demande de M^{me} H porte sur un temps de « massage », l'effet que la relaxation a eu sur elle a dépassé cette représentation. Juillard nous dit d'ailleurs que « proposer la relaxation dans un suivi psychomoteur ne se résume pas en l'application d'une méthode spécifique ni en un temps de « détente » offert » (2023a, p. 20). Nous allons voir dans les deux parties suivantes ce qui s'est joué par le biais de la relaxation chez M^{me} H. Tout d'abord, je souhaite me pencher sur l'effet « libérateur » que les séances de relaxation ont eu, en opposition avec l'enfermement dans lequel je voyais M^{me} H.

2.1. La carapace percée

Ce qui a été particulièrement marquant pour moi dans le travail avec M^{me} H est la façon dont sa carapace tonique a laissé place à un relâchement presque total avec, dans un même mouvement, l'écran de plainte qui s'est fissuré pour laisser apparaître de nouveaux enjeux.

L'hypertonie et le comportement de plaintes de M^{me} H sont interconnectés, ils se nourrissent l'un l'autre et ont une même fonction de protection face à la menace de la perte. La relaxation implique un relâchement tonique et donc un abaissement de la barrière-hypertonie : M^{me} H est entrée pleinement dans l'état de relaxation, adaptant sa respiration et laissant aller ses membres à la passivité. Cet abaissement du tonus interfère avec l'état émotionnel dans lequel elle était alors. La barrière-plainte montre un rejet et une colère, des émotions plutôt défensives, tenant à distance d'autres émotions.

Ce qui s'est ouvert c'est la possibilité d'exprimer une autre émotion : de la tristesse. « Notre approche implique un retour sur soi-même a minima, avec une possible ouverture à la sensorialité et par conséquent, à la vie émotionnelle » (Baste, 2019, p. 261). M^{me} H peut dire ce qui pèse mais elle peut surtout se laisser pleurer. Lors de notre première séance, des sanglots étaient déjà apparus mais de façon très fugace. Ils lui avaient échappé et elle avait repris le contrôle, comme si laisser s'écouler cette émotion n'était pas possible. Après la relaxation, il est possible de lâcher prise sur cette vie émotionnelle. Parallèlement, des sensations mises de côté sont mises en lumière : par exemple, celle du vécu de « sein fantôme ».

Je mets cela en lien avec les étapes du deuil (Barrau, 2022; Hanus, 2000). M^{me} H était dans un mouvement qui se situe entre la colère et une forme de déni et de rejet de sa situation, notamment de perte de contrôle et d'autonomie. L'expression de tristesse ouvre la porte à une nouvelle étape d'élaboration des pertes.

2.2. L'ici et le maintenant de la relaxation

Cette élaboration de la perte chez M^{me} H est initialement bloquée. La temporalité du processus de deuil a été étudiée par le biais des étapes que je viens d'évoquer mais Valot et Wawrzyniak nous disent que « dans la réalité clinique, ces étapes s'entremêlent, se déploient, s'étirent, s'attardent ou sont escamotées » (2016, p. 142). C'est d'autant plus vrai dans le cas d'un deuil compliqué qui ne se résout pas, voire se chronicise, le temps ne faisant pas son œuvre. « La fixation au traumatisme de la perte a pour conséquence de figer la dynamique temporelle : passé, présent, avenir. » (Valot & Wawrzyniak, 2016, p.148) Le lien

est fait avec la part « traumatique » de la perte : on s'accroche à un passé révolu, sans intérêt pour le présent ou l'avenir. Chez M^{me} H, le présent est centré autour de l'hospitalisation, habité par la douleur et rempli par les critiques et les plaintes. Elle se rapporte souvent au passé, ressasse son histoire médicale. Son dessin du corps est rattaché à une réalité passée. Le futur, lui, est plutôt vu du côté des angoisses et incertitudes quant à sa santé, ou encore son logement.

En mettant en lumière des sensations actuelles, comme celle du « sein fantôme », la relaxation ramène M^{me} H dans le présent. Il s'agit même de « rester conscient dans le présent » (Hacherez, 2021, p. 13), de volontairement se concentrer sur les sensations corporelles présentes. La disponibilité de la conscience aux ruminations ou pensées anxieuses tournées vers le passé ou le futur est diminuée. M^{me} H peut alors vivre et exprimer de façon moins intense ses ressentis négatifs. Elle change de comportement et de ton pendant le temps de verbalisation final et j'ai l'impression d'approcher le « fond du problème » qui m'échappait jusque-là.

En entrant dans un exercice d'*hyper-conscientisation de soi*, il s'agit également « d'intensifier sa présence au monde » (Sapir, 1996, cité par Baste, 2019, p. 221) pour vivre consciemment l'ici et le maintenant. Les tensions et enjeux actuels peuvent alors être accueillis et exprimés. M^{me} H peut se connecter à ce qui pèse : en partant de cette sensation désagréable à l'emplacement d'un sein disparu, elle peut aller jusqu'à une imbrication de deuils.

Se connecter au présent est également un moyen d'*être présent*, de souligner les ressources et possibilités à disposition : « [rendre] présent son corps et [faire] l'expérience de ce qu'il est « un », en harmonie avec le monde extérieur » (Wintrebert, 2003, p. 102). M^{me} H ne fait pas d'emblée cette expérience. Elle a un premier vécu de perte de sensations dans le bas de son corps mais elle peut justement s'appuyer sur la sensation de bien-être et d'apaisement du haut de son corps pour revenir à un vécu corporel unifié et plus confortable.

La notion de conscience corporelle dans l'ici et le maintenant est également ce qui est à la base de la construction du sentiment de continuité d'existence (Bullinger, 2015; Pireyre, 2021). Dans un contexte comme celui de M^{me} H, on peut aisément imaginer qu'il ne soit pas

facile de se concentrer sur le présent. Si elle ne le voit que comme l'époque de la « machine médicale », lourde de ses pertes passées et actuelles, il doit être peu attrayant. La relaxation permet de franchir le pas de ce retour au présent. Elle permet de se recentrer sur soi et ses enjeux dans l'ici et le maintenant.

3. La relaxation pour se consolider

Il s'agit ensuite d'accompagner la consolidation des ressources disponibles permettant de rendre le présent désirable. « Les patients que nous recevons en relaxation sont en recherche d'une stabilité des repères et de l'attention, pour pouvoir enfin « se déposer » et retrouver une sécurité interne » (Potel, 2020, p. 139). Le symptôme est ici défensif : si mettre en lumière d'autres enjeux peut être bénéfique pour avancer, il s'agit de ne pas tout déstabiliser. Sur quoi peut-on s'appuyer pour retrouver une forme d'ancrage, un sentiment de sécurité interne ?

3.1. S'ancrer dans ses sensations pour huiler le corps-machine

3.1.1. Se détendre sans s'effondrer, se détendre pour se consolider

M^{me} H se laisse aller très rapidement, dans un relâchement qui ne me fait sentir qu'une faible résistance et/ou un accompagnement léger sur les premiers mouvements. Le fait qu'elle arrive à opérer un relâchement volontaire aussi facilement vient appuyer mon hypothèse d'un contrôle de son tonus pour contrôler son vécu corporel et émotionnel. Même au premier mouvement de son épaule gauche, le seul où une grimace de douleur apparaît, elle peut rester dans cet état de relâchement tonique. Je lui propose un moment où lâcher le tonus est nécessaire alors qu'elle s'y accroche pour tenir. C'est l'état de relaxation qui prend le pas sur l'état de crispation.

Elle aurait pu ne pas réussir à se relâcher mais elle plonge dans la détente, comme dans un espace de répit : sa demande de « massage » prend sa source dans un vécu pesant de la barrière-hypertonie. Ajuriaguerra et Cahen nous disent que la relaxation thérapeutique permet de « [donner] le moyen au malade de transformer son mode d'agir grâce à

l'actualisation corporelle, aux attitudes et à la prise sur le monde qu'elle permettra » (2009, p. 154). M^{me} H entrevoit, en passant par une étape « d'abaissement des barrières », qu'il est possible de se détendre, physiquement et psychiquement, sans s'effondrer totalement.

Et au-delà d'une absence d'effondrement, vivre un moment de relâchement tonique, en opposition à la tension dans laquelle elle se tient, vient reconvoquer des vécus archaïques structurants. Ce sont notamment des alternances d'état de détente et de tension au début de la vie qui vont consolider un sentiment de continuité d'existence. (Bullinger, 2015 ; Houzel, 2016 ; Robert-Ouvray, 2004). Le relâchement amené par la relaxation, permet de sentir à nouveau la détente qui n'était plus accessible à M^{me} H.

Il est même de plus en plus dur de sortir de l'état de relaxation. Est-il plus confortable, apaisant et finalement plus sécurisant ? M^{me} H se montre ensuite attachée au côté passif des mobilisations et n'est pas d'emblée partante quand je lui propose de la relaxation dynamique. Il est nécessaire pourtant de pouvoir vivre dans son corps dans son état courant et « fonctionnel », la relaxation n'étant qu'un passage pour retrouver comment s'appuyer différemment sur son tonus. « La relaxation ne vise pas tant la réduction de son tonus que son éducation. » (Juillard, 2022, p. 200) L'enjeu avec M^{me} H est de faire sienne cette capacité de régulation tonique, de l'emmener hors du cadre de la séance pour lui permettre de vivre à nouveau des variations toniques structurantes au quotidien. Le fait qu'elle explique avoir réutilisé ce qui avait été fait en séance à d'autres moments, notamment pour se détendre au moment de l'endormissement, montre que cette voie s'est ouverte.

3.1.2. L'appui de la respiration

M^{me} H a utilisé spontanément la respiration pendant nos séances de relaxation. Elle l'adapte immédiatement, avant même que je ne lui suggère de se concentrer sur cette composante. Peut-être a-t-elle déjà pratiqué la relaxation, le yoga, ou une autre activité corporelle dans laquelle la respiration serait centrale. La respiration est liée au tonus et aux émotions : quand j'ai peur, mon corps se prépare à la fuite et mon rythme respiratoire s'accélère pour fournir plus d'oxygène aux muscles. À l'inverse, si je suis calme, je respire profondément, je me détends et « la vague respiratoire couple un flux d'air et une dynamique musculaire qui engage tout le corps » (Lesage, 2012, p. 75), l'air se répand dans les poumons

quand la détente coule le long des muscles. (Lesage, 2012 ; Ponton, 2007) La respiration s'avère être chez M^{me} H un point d'appui important, l'entraînant dans l'état de relaxation et restant profonde et régulière tout au long du processus.

Lors des exercices de sophrologie, la respiration est explicitement, dans mes consignes, en lien avec l'état de détente mais aussi avec les mouvements et la conscientisation des sensations corporelles associée. C'est dans l'idée d'une autonomisation pour son retour à domicile que j'ai insisté pour lui proposer ces exercices. Ayant observé la spontanéité avec laquelle elle s'était appuyée sur sa respiration, il m'a paru logique de lui proposer ces outils qui lui parleraient sûrement. Au cours du premier exercice notamment, le relâchement de Mme H est parfaitement synchronisé avec l'expiration. À la fin de cette séance, Mme H a de nombreux bâillements, montrant la régulation tonique qui a pu s'opérer (Lesage, 2012). Le bâillement est par excellence un exercice où une montée en tension précède un relâchement, synchronisé avec la circulation du flux d'air.

Accorder de l'attention à sa respiration est un travail de régulation tonique et un moment pour se centrer sur soi, se rassembler dans des sensations intimes et sécurisantes. La respiration est vitale, toujours présente. C'est un flux qui, comme peut le faire le tonus, donne la sensation d'un dedans et d'un dehors. Elle soutient « le vécu d'un soi relié », « la possibilité d'être et de perdurer dans l'échange » (Lesage, 2012, p. 75). En somme, elle soutient le sentiment d'existence et de continuité. Ponton nomme le flux de la respiration comme l'un des éléments permettant la construction du sentiment de sécurité (2007). « L'indisponibilité de la fonction tonique est déclenchée par les émotions qui bloquent la respiration et figent la structure dans l'insécurité. » (Ponton, 2005, p. 4) M^{me} H, même si elle s'appuie sur sa respiration en relaxation, s'essouffle vite quand elle se met en mouvement, son souffle est coupé quand une douleur survient, ses cris de douleur sortent de sa gorge comme en poussant l'air au dehors. Son tonus figé du côté de l'hypertonie peut lui couper l'accès à une respiration apaisée, d'autant plus dans le mouvement. La relaxation vient, au contraire, lui fournir un espace pour respirer.

3.1.3. Mouvement et conscience corporelle

Le tonus, et la respiration par extension, sous-tendent le mouvement. Mme H évite souvent de bouger. Le fait que l'on ne lui demande pas de sortir de son lit peut l'attirer dans la relaxation. Elle a cette représentation d'une activité « passive », et c'est une partie du travail, mais le mouvement est finalement central dans les séances que je lui propose. C'est un mouvement passif mais en conscience, un mouvement qu'il faut sentir. Le mouvement est lent, Juillard parle, à propos d'une relaxation Wintrebert, d'un « travail sur le tonus mais aussi un vécu de lenteur comme pour s'autoriser à sentir » (2023b, p. 82).

L'état de relaxation facilite l'accueil des sensations corporelles et fournit plus d'attention aux représentations corporelles (Baste, 2019). Enrichir les représentations corporelles, c'est enrichir le sentiment de soi, le sentiment d'être un corps (Pireyre, 2021). M^{me} H peut, grâce à l'état de conscience modifiée et aux mouvements lents, prendre le temps de sentir, d'aller chercher plus loin que les douleurs qui lui pèsent. La relaxation lui permet donc également d'investir son corps différemment : plus seulement un corps-machine qui déraile mais un corps qui se ressent de façon plus sécurisante.

Les deux premières séances de relaxation impliquent également de refaire soi-même les mouvements. Cette étape est compliquée, d'après ce que dit Mme H, par une sensation de lourdeur. Elle écourte même cette étape la deuxième fois. Et pourtant, la première fois, ce haut du corps qui avait bougé était celui qui se sentait bien, quand l'immobilité avait fait comme disparaître le bas du corps. Ici et pendant la dernière séance contenant de la relaxation dynamique, la perception se lie aux sensations mais aussi à la réponse motrice. La conscientisation du corps se fait dans un cadre où l'accent est mis sur sa capacité à agir. (Vonsensey, 2023). Mme H est donc rendue doublement actrice, dans son apprentissage d'outils et dans une mise en mouvement de son corps.

C'est par l'investissement d'une capacité d'action et de mouvement que passe également la consolidation du sentiment de continuité d'existence. Robert-Ouvray (2007), décrit la formation de la *base narcissique psychomotrice*, en retraçant le passage du bébé par trois grands mouvements : l'*enroulement*, l'*axialité* et la *coordination psychocorporelle*. Le premier correspond à la façon dont l'enfant, en se rassemblant dans l'enroulement, va porter

une attention à lui-même, comme repère dans l'espace, capable de résister aux stimulations du dedans et du dehors. Le deuxième mouvement désigne la façon dont se mettent en place les repères spatiaux autour de l'axe, le bébé construisant une image de soi par le biais d'un axe également psychique. Le troisième mouvement fait le lien entre les sensations et représentations, liées aux expériences toniques, affectives et motrices, pour leur donner une globalité et un sens. Finalement, « les coordinations motrices et psychiques favorisent la naissance et l'ancrage du sentiment de *continuité d'être et de vivre* » (2007, p. 78).

Accueillir, dans un même temps, expériences motrices, toniques et affectives, permettre le lien entre elles, est finalement ce qui a été proposé à M^{me} H pendant nos séances de relaxation. Chaque élément participe à lui faire sentir son corps en conscience, dans l'ici et le maintenant, parcouru d'affects et de sensations en lien avec sa réalité psychocorporelle. Si le premier pas est bien de déverrouiller ce que la souffrance du deuil a enfermé, le deuxième repose sur la (re)convocation d'expériences structurantes. Repasser par un tonus régulé, par un investissement de la respiration et par une conscientisation de ses sensations et de son mouvement sont tous des éléments soutenant la sécurité interne.

3.2. S'appuyer sur le positif pour réinvestir son corps

Habiter son corps, c'est l'investir, et pas que parce qu'il est solide mais aussi parce qu'il est agréable à habiter. Que dire alors du corps-machine de M^{me} H ? Un réinvestissement peut commencer quand il est « huilé », « consolidé », son vécu corporel peut se décentrer de la douleur et de la tension.

Je fais un parallèle avec un autre moment du suivi, en dehors des séances de relaxation : celui où marcher dans le couloir « désolait » M^{me} H. Après des mouvements « d'échauffement », sa motricité globale s'est déliée, fluidifiée, ses appuis sont devenus plus sûrs. Mais surtout, marcher la « désolait moins », marcher était moins insurmontable. Echauffer un muscle peut permettre de le rendre moins crispé et donc moins douloureux. Les quelques mouvements articulaires préalables ont orienté l'attention de M^{me} H sur sa proprioception et je compare cela à l'effet de centrage sur les sensations de la relaxation. En amenant un regard nouveau, un autre investissement est rendu possible. « La relaxation joue

la fonction pare-excitatrice en protégeant le sujet des excitations destructives. » (Cocaign, 2023, p. 188), elle tend à diminuer l'attention portée à la douleur en se concentrant sur les sensations agréables.

M^{me} H est initialement très centrée sur des pensées et sensations négatives, qui alimentent ses plaintes et son hypertonicité. Elle est cependant tout à fait capable de se concentrer sur des sensations agréables au cours de la relaxation. Je lui propose à chaque séance une visualisation allant dans ce sens. Soit en commençant par un *sophro-déplacement du négatif*, où il s'agit de localiser une douleur et de s'imaginer la pousser à la surface puis en dehors du corps ; soit directement avec *une sophro-présence immédiate* ou *sophro-présence du positif* en visualisant une sensation positive et en la laissant se répandre dans tout le corps (Baste, 2020).

La première fois, la *sophro-présence du positif* permet d'ailleurs de retrouver un vécu corporel harmonieux alors qu'une sensation angoissante avait envahi le bas de son corps. Une sensation positive peut prendre le pas sur une négative. Vonsensey traduit le *principe d'action positive* de la sophrologie comme n'ayant pas pour objectif de « « positiver » ce qui ne pourrait pas l'être mais bien de mettre en arrière-plan le négatif le temps de la séance, de donner toute son importance à ce qui va bien » (2023, p. 104).

Les douleurs de M^{me} H ne disparaissent pas complètement, ses inquiétudes et certaines de ses exigences non plus, mais elle peut laisser le positif habiter son corps également. Investir son corps dans le positif fait toute la différence : marcher est moins désolant, la détente peut se répandre, on se sent « bien ». Dans la continuité de ce qui a été dit au paragraphe précédent, « se sentir bien », c'est se sentir exister dans le positif, réinvestir le sentiment de continuité d'existence dans quelque chose de désirable. « Cette technique nous permet de réactiver le sentiment de confiance en soi, de bien-être interne et de sécurité affective, mais aussi de prendre en considération les difficultés et de les résoudre partiellement ou complètement. » (Baste, 2020, p. 146) En effet, le négatif est mis en arrière-plan, là où il est moins envahissant et peut être traité : c'est le relâchement tonique « positif », l'abaissement de la barrière-hypertonicité, qui permet aux émotions d'émerger lors de la première relaxation.

3.3. La relation comme appui

M^{me} H est dans un comportement à la fois d'opposition par la critique et de demande. Nous n'avons jamais été la cible de ses critiques, pourtant les recevoir a été ce qui m'a perturbée et questionnée dès le début du suivi. Je l'ai déjà dit, ce comportement a une fonction de protection et repose sur un mode d'attachement qui sert d'appui, qui cherche la sécurité. Apporter une autre forme de sécurité psychocorporelle a permis de diminuer le besoin de recourir à cette stratégie. Qu'en est-il spécifiquement du côté de la relation ?

J'ai défini la notion d'appui une première fois. Mais le Larousse en donne une deuxième définition : « Soutien, aide, protection apportés par quelqu'un ; personne qui intervient en faveur de quelqu'un, qui le soutient » (Larousse, 2024d). M^{me} H m'a plusieurs fois semblé chercher un appui chez l'autre. Quand elle nous vante les massages de « son kiné », par exemple, elle réagit au contact de la main de mon maître de stage sur son épaule en soupirant d'une façon qui me paraît disproportionnée, comme si elle plongeait dans ce contact pour trouver un apaisement.

3.3.1. Alliance thérapeutique et sécurité

Quand je rencontre M^{me} H, une relation avec mon maître de stage existe déjà. Il s'agit d'une relation que l'on peut qualifier d'alliance thérapeutique. Valot et Lalau la définissent comme « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute, dans la visée de l'atteinte des objectifs fixés conjointement » (2020, p. 762). Dans une approche multidimensionnelle, Bordin (1994, cité par Valot & Lalau, 2020) la conçoit selon trois composantes : les objectifs du traitement, les tâches à entreprendre pour les atteindre et le lien entre patient et thérapeute.

Ce lien balaie différents aspects, notamment une part d'affectif, de confiance. M^{me} H nous fait effectivement assez confiance pour fermer les yeux, se laisser toucher et mobiliser dans un relâchement complet. Roussel décrit le cadre thérapeutique en psychomotricité comme impliquant « une relation de confiance, sécurisante dans un cadre de bienveillance entre le patient et le thérapeute » (2018, p. 36). Dans ce contexte sécurisé, M^{me} H n'a plus besoin d'extérioriser de la même façon ses besoins. Elle peut exprimer des problématiques de plus

en plus variées, de façon moins « théâtralisée », même si certaines choses restent difficiles à aborder, comme les émotions provoquées par les événements dont elle se plaint.

Revenons à la théorie de l'attachement. La relation soignant-soigné nous met dans cette position de « donneur de soins ». Le contexte de régression induit par la relaxation ajoute à cela une disposition dans laquelle « le sujet revit par l'intermédiaire du transfert un mode de fonctionnement psychique archaïque, infantile » (Guiose, 2007, p. 70). Quand elle se retrouve submergée par une disparition des sensations dans ses jambes, M^{me} H cherche un appui par le regard, alternativement chez mon maître de stage et chez moi. Elle demandera ensuite mon avis sur ce qu'elle vit de la relaxation, à la fin de notre deuxième séance. Nous sommes alors des figures sécurisantes vers qui aller chercher de l'aide est possible.

L'aide que nous pouvons apporter concerne surtout un appui et un encadrement dans le processus d'élaboration qu'elle entreprend. Baste parle de « [prêter] son appareil psychique au patient » (2019, p. 241). Le cadre sécurisé de la psychomotricité renvoie au concept de *holding* et de « mère suffisamment bonne » de Winnicott. Le psychomotricien est suffisamment apaisant et sécurisant pour « porter », c'est-à-dire contenir et permettre d'élaborer, les éprouvés du patient. (Roussel, 2018)

Bion (1989, cité par Durieux, 2024) théorise ce prêt d'appareil psychique sous le nom de *fonction alpha*, contenante et symbolisante. Elle permet de détoxifier des éléments « bêta », bruts et archaïques, pour les transformer, par le biais de la fonction pensante de l'adulte, ou du thérapeute, en éléments élaborés « alpha ». Il s'agit de « donner un outil pour accroître sa capacité de pensée » (Durieux, 2024, p. 27) plus que de fournir une interprétation. C'est d'ailleurs ce que je réponds à M^{me} H quand elle me demande mon avis : je souhaite qu'elle fasse siens les outils que je lui propose.

3.3.2. Dialogue tonique et toucher

La position de *caregiver* que m'a donné ce contexte peut expliquer le besoin de proximité de M^{me} H. Cette proximité recherchée s'est exprimée par la façon dont elle s'est encore plus saisie du lien après la première séance de relaxation. Son « cocotte » m'embête alors de prime abord car je le vois comme un signe de familiarité, de manque de cadre. Mais

je le vois maintenant plutôt comme une volonté de venir convoquer la proximité et l'affectif qui lui manque.

Cette proximité résonne également du côté du toucher qui l'attire. Ce qui se joue dans les mobilisations passives que j'ai proposées, c'est un dialogue tonique. Ajuriaguerra décrit le lien qui se crée par le biais du tonus entre patient et relaxateur comme « une reviviscence structurante du dialogue corporel, de contact et à distance, qui a été vécu entre l'enfant et sa mère dans les premiers mois de la vie » (1962, cité par Juillard, 2022, p. 200). Ce lien s'opère pendant le contact mais également avant et après, par le biais d'une position contenantant rappelant celle de la mère avec son enfant et où peuvent s'opérer *holding* et *fonction alpha*.

Ce dialogue tonique parle avant tout de communication. Il constitue un échange, à la fois conscient et inconscient, entre deux personnes. Dans la relation entre un bébé et son parent, le dialogue tonique sert à la fois à comprendre les états du bébé et à l'apaiser. C'est donc également un outil thérapeutique pour le psychomotricien. (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012) Le dialogue tonique donne un étayage aux sensations de l'autre. En relaxation, j'entrais dans un état de détente tout comme M^{me} H donc l'appui de ma détente tonique a pu lui servir.

C'était également ce qui me permettait de prendre conscience de ce qui se jouait pour elle, dans les tensions et relâchements que je pouvais sentir, et de m'y adapter. Au travers des mobilisations passives, c'est en partie par le biais du toucher que ce dialogue tonique a pu se mettre en place. Charpentier nomme « attitude d'empathie psychique et tonique » (2014, p. 61) l'état dans lequel se place le psychomotricien, notamment quand il est question de toucher. Par le biais de ce toucher, une présence réciproque à soi et à l'autre s'opère, rendant disponible aux éprouvés de l'autre et à ce que l'on communique des siens.

La relation, le dialogue tonique et le toucher ont été des facteurs d'intégration des processus mis en jeu dans la relaxation. Participant au réinvestissement de la fonction tonique, à la conscientisation des sensations corporelles et créant un espace d'élaboration sécurisé, ces éléments ont également été mis en jeu dans la consolidation du sentiment de sécurité de M^{me} H.

3.3.3. La relation pour accompagner la perte

La notion de perte implique finalement celle de résilience. Selon Cyrulnik, la résilience est « la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative » (1999, cité par Ribes & Poussin, 2014, p. 595). Être capable de convoquer cette résilience peut donc permettre de traverser un deuil.

Dans ce processus, un tuteur de résilience aide la personne à accéder à la résilience grâce à son écoute, son empathie sa disponibilité et sa capacité à se laisser surprendre par l'autre. (Ribes & Poussin, 2014) Ces différentes qualités se recoupent avec celle que Roussel cite pour décrire le savoir-être du psychomotricien. Elle parle également d'empathie, d'écoute et d'observation mettant dans une « disponibilité psychique et corporelle » (2018, p. 37).

Plusieurs fois, j'ai eu l'impression que M^{me} H ne cherchait pas à avoir une réaction verbale de notre part à ce qu'elle disait. Elle ne semblait pas écouter nos réponses mais restait dans un discours servant plus à extérioriser quelque chose. Notre simple disponibilité d'écoute venait alors répondre à son besoin d'extériorisation mais ne s'est pas arrêté là.

En interprétant les plaintes et demandes de M^{me} H sous le prisme des outils à ma disposition, j'ai pu me projeter dans ses éprouvés et lui proposer une approche différente. C'est finalement une capacité à se laisser surprendre qui s'est joué des deux côtés, elle en acceptant mes propositions nouvelles et moi, en découvrant au fur et à mesure ce que la relaxation pouvait m'apprendre de cette dame et de sa capacité à retrouver une solidité psychocorporelle.

CONCLUSION

CONCLUSION

Au cours de cette troisième année, et de ce stage en particulier, j'ai pu mettre en pratique l'utilisation de la relaxation. C'est une médiation à laquelle je suis sensible, sûrement en partie grâce à une expérimentation et une pratique en tant que relaxée, au cours de ma formation d'étudiante psychomotricienne. Son impact sur la problématique du deuil est néanmoins quelque chose que je n'avais pas projeté.

Par l'écriture de ce mémoire, j'ai pu retracer les enjeux psychocorporels de la perte et du deuil, en lien avec le vieillissement. J'ai au fur et à mesure eu l'impression d'ouvrir une porte dans ma compréhension de la façon dont la relaxation pouvait fournir un appui.

Alors dans quelle mesure la relaxation en psychomotricité a-t-elle pu accompagner M^{me} H dans son processus de deuil ?

Cette dame, cachée derrière une carapace, a pu s'ouvrir et faire face aux deuils qui se sont dressés plus ou moins récemment sur son chemin. En m'appuyant sur les différents auteurs, c'est autour de la question d'un besoin de solidité psychocorporelle que s'est construite ma réflexion. L'accompagnement du travail de deuil de M^{me} H s'est fait par le biais d'un soin et d'une attention portés à sa régulation tonique et à ses représentations corporelles, dans un cadre contenant permettant une (re)consolidation de son sentiment de sécurité interne. L'appui du dialogue tonique et du toucher, de la respiration, du mouvement et de l'alliance thérapeutique ont jalonné le travail réalisé ensemble.

J'ai finalement eu l'occasion de ne faire que six séances de psychomotricité avec M^{me} H, dont trois où je lui ai proposé de la relaxation. La temporalité de ce suivi m'a rapidement questionnée, voire frustrée. Le cadre du soin en SSR a permis d'accompagner une étape d'élaboration, dans une prise de conscience de ce qui se jouait au niveau psychocorporel, dans les sensations et les émotions. Mais aurait-elle eu besoin de plus de répétitions pour ancrer ce sentiment (re)trouvé ? Que faire quand un suivi s'arrête « en cours de route » ?

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. de, & Angelergues, R. (2009). De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui : À propos de l'œuvre de Henri Wallon. In J. de Ajuriaguerra, *Corps, tonus et psychomotricité* (p. 185-196). Éd. du Papyrus.
- Ajuriaguerra, J. de, & Cahen, M. (2009). Tonus corporel et relation avec autrui : L'expérience tonique au cours de la relaxation. In J. de Ajuriaguerra, *Corps, tonus et psychomotricité* (p. 117-161). Éd. du Papyrus.
- Albaret, J.-M., & Aubert, É. (2001). Aspects psychomoteurs du vieillissement normal. In J.-M. Albaret & É. Aubert, *Vieillesse et psychomotricité* (p. 15-43). Solal.
- Bacqué, M.-F., & Hanus, M. (2020). *Le deuil* (8e éd. mise à jour). Que-sais-je ?
- Barrau, A. (2022). Fiche 8. Les étapes du deuil. In *Réussir tout le semestre 4 et 5—IFSI* (Vol. 3, p. 371-372). Vuibert.
- Baste, N. (2019). *Méthodes de relaxation*. Dunod.
- Baste, N. (2020). *Sophrologie* (2e éd). Dunod.
- Baussant-Crenn, C. (2004). Le deuil : Aspects cliniques, théoriques, thérapeutiques. In A. Bercovitz, *Accompagner des personnes en deuil* (p. 15-37). Érès.
- Bullinger, A. (2015). Approche sensori-motrice du développement du bébé : Problèmes actuels. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 2 : L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED* (p. 57-70). Érès éditions.

- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 31-42.
<https://doi.org/10.3917/rsi.082.0031>
- Chahbazian, M. (2011). Complexité de l'approche de la douleur, en lien avec l'affect et le tonus corporel. In Sami-Ali, C. Roseau, F. Abdallah, L. Schmitt, J.-M. Gauthier, S. Cady, J. Haroun, S. Bertolus, L. Tarantini, E. Mendoza, M. Bensoussan, A. Danan, M. Chahbazian, F. Huck, J.-P. Malaussena, Y. Herrault, C. Josse, & C. Delannoy, *Entre l'âme et le corps : Douleur et maladie* (p. 139-157). EDK, éditions médicales et scientifiques.
- Charpentier, É. (2014). Toucher thérapeutique : Une rencontre entre deux sujets. In *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée : Soutien à l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée* (p. 59-65). De Boeck-Solal.
- Clément, J.-P. (2009). Quelques considérations sur le deuil de la personne âgée. *Études sur la mort*, 135(1), 33-39. <https://doi.org/10.3917/eslm.135.0033>
- Cocaign, V. (2023). Et si la reliaison des corps en relaxation apaisait la souffrance en fin de vie ? In A. Juillard, *Psychomotricité et relaxation* (p. 175-204). Éditions In press.
- Durieux, M.-J. (2024). La « fonction alpha », pour quoi faire ? *Le Carnet Psy*, 267, 26-28.
- Feuillerat, B., & Rousseau-Salvador, C. (2018). Chapitre 6. Manifestations psychomotrices des douleurs aiguës et chroniques. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 4 : Sémiologie et nosographies psychomotrices* (p. 379-391). De Boeck Supérieur.
- Gaucher, J. (1982). Les apports de la psychologie à l'étude du vieillissement. *Gérontologie et société*, 5(3), 21-31. <https://doi.org/10.3917/gs.022.0021>

- Guédénéy, N., & Sabatier, C. (2016). Attachement et vieillissement : Perspectives développementales et cliniques. In A. Guédénéy & N. Guédénéy, *L'attachement : Approche clinique et thérapeutique* (4th éd., p. 215-230). Elsevier Masson.
- Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques* (2e éd. revue et augmentée). HdF, Heures de France.
- Guiose, M., Bosse Demirdjian, F., Bergès-Bounes, M., Bonnet, C., Hammel, M., Hammel, M., Defiolles-Peltier, V., Muzellec, C., Dusser, I., Albaret, J.-M., Nassé, T.-Y., Lauras-Petit, A., & Molard, A. (2015). Chapitre 1. Méthodes de relaxation et de gestion du stress. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 2 : Méthode et techniques* (p. 239-287). De Boeck Supérieur.
- Hacherez, Y. (2021). *Relaxations thérapeutiques : Approches, outils de compréhension et dispositifs*. Éditions Lamarre.
- Hanus, M. (2000). Les étapes du deuil. *Gérontologie et société*, 23(4), 71-86. <https://doi.org/10.3917/gs.095.0071>
- Houzel, D. (2016). Le sentiment de continuité d'existence. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6(1), 115-130. <https://doi.org/10.3917/jpe.011.0115>
- Juhel, J.-C. (2018). *La psychomotricité au service de la personne âgée : Réfléchir, agir et mieux vivre*. Presses de l'Université Laval.
- Juillard, A. (2022). « Tonus, quand tu nous lies ». *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 186(2), 196-205. <https://doi.org/10.3917/tpr.186.0196>

- Juillard, A. (2023a). Introduction. In A. Juillard, *Psychomotricité et relaxation* (p. 19-20). Éditions In press.
- Juillard, A. (2023b). Un accordage juste... Et un juste accordage au fil du Temps. In A. Juillard, *Psychomotricité et relaxation* (p. 73-81). Éditions In press.
- Larousse, É. (2024a, avril 4). *Définitions : Vieillesse - Dictionnaire de français Larousse*. Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillesse/81921>
- Larousse, É. (2024b, avril 4). *Définitions : Vieillissement - Dictionnaire de français Larousse*. Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillissement/81927>
- Larousse, É. (2024c, avril 14). *Définitions : Relaxation - Dictionnaire de français Larousse*. Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relaxation/67860>
- Larousse, É. (2024d, avril 28). *Définitions : Appui—Dictionnaire de français Larousse*. Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/appui/4792>
- Le Berre, R. (2016). Le deuil comme épreuve de la relation : Une approche philosophique de la perte. *Kinésithérapie, la Revue*, 16(176-177), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.05.009>
- Lesage, B. (2012). La dynamique des Flux : Formes, postures et mouvement. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structure, étayage, mouvement et relation* (p. 73-104). Éd. Érès.
- Louvel, J.-P., & Omrana, M. (2001). Chapitre 12. La douleur en psychomotricité. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 3 : Clinique et thérapeutiques* (p. 147-168). De Boeck Supérieur.

- Michel, S., Soppelsa, R., & Albaret, J.-M. (2011). *Examen Géroto Psychomoteur—Manuel d'Application* (Hogrefe).
- Monfort, J.-C. (2023). Le deuil au grand âge. In H. Romano, *Accompagner le deuil en situation traumatique : Dix situations cliniques* (p. 159-174). Dunod.
- OMS. (2024). *Vieillissement et santé*. Organisation Mondiale de la Santé.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Perrault, C. (2022). L'attachement, une théorie fondatrice. *Sages-Femmes*, 21(2), 12-17.
<https://doi.org/10.1016/j.sagf.2022.01.003>
- Pireyre, É. W. (2021). La continuité d'existence (ou subjectivité). In *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (3e éd, p. 199-208). Dunod.
- Ponton, G. (2005). *Psychomotricité et gériatrie : Le potentiel d'adaptation du vieillissement*. Les ateliers du cami salié. https://www.ateliers-du-camialisie.fr/_files/ugd/0902dc_38dc8e8af75741f999b3ae17a7cc8c4d.pdf
- Ponton, G. (2007). *D'où vient le sentiment de sécurité chez l'ainé ?* Les ateliers du cami salié. https://www.ateliers-du-camialisie.fr/_files/ugd/0902dc_6c44bcfcac104ad5ac788bc4f0353191.pdf
- Potel, C. (2020). *Le corps en relaxation : Des émotions sensorielles aux racines primitives de l'être*. Erès éditions.
- Ribes, G., & Poussin, M. (2014). Les enjeux de la résilience chez les personnes âgées. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 8(6), 592-598. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(14\)70887-9](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(14)70887-9)

- Robert-Ouvray, S. B. (2004). Le holding psychomoteur. In *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité* (2e éd. révisée, p. 113-147). Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère* (Nouvelle éd.). Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2012). Chapitre 5. Le tonus et la tonicité. In P. Scialom, J.-M. Albaret, & F. Giromini, *Manuel d'enseignement en psychomotricité. Tome 1 : Concepts fondamentaux* (p. 161-199). De Boeck Supérieur.
- Roussel, L. (2018). Chapitre 1. Le système neurovégétatif : Une autre lecture du langage corporel. In É. W. Pireyre, *19 situations cliniques en psychomotricité* (p. 22-39). Dunod.
- Roussillon, R. (2008). Le besoin de sécurité. In J. Furtos, *Les cliniques de la précarité* (p. 50-62). Elsevier Masson.
- Servant, D. (2015). Applications thérapeutiques et psychothérapeutiques. In *La relaxation : Nouvelles approches, nouvelles pratiques* (2e éd, p. 55-129). Elsevier Masson.
- Tison, P. (2023). Vieillesse normale et fonctionnement psychologique. In *Psychologie du vieillissement en 40 notions : Aide-mémoire* (p. 55-125). Dunod.
- Valot, L., & Lalau, J.-D. (2020). L'alliance thérapeutique. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 14(8), 761-767. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2020.09.005>
- Valot, L., & Wawrzyniak, M. (2016). Les temporalités du deuil compliqué et de la cure de désintoxication éthylique : Quelques réflexions sur la clinique du pathique du deuil

compliqué chez des patients alcooliques. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 56(1), 137-155. <https://doi.org/10.3917/ctf.056.0137>

Vonsensey, R. (2023). Psychomotricité et sophrologie : Du tonus et du schéma corporel...

Trois fois. In A. Juillard, *Psychomotricité et relaxation* (p. 95-115). Éditions In press.

Winnicott, D. W. (1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse* ([2e éd.]). Payot.

Wintrebert, H. (2003). *La relaxation de l'enfant*. l'Harmattan.

ANNEXE

ANNEXE

Annexe : Dessin du personnage de M^{me} H



Vu par la maitre de mémoire, Sandy GUILLAUME

A Trevoux le 13/05/2024

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Sandy Guillaume", written in a cursive style.

Auteur : Ellyne ROYER BERGUE

**Titre : Processus de deuil et psychomotricité :
Un accompagnement par la relaxation en réadaptation gériatrique**

Mots - clés : Relaxation – Deuil – Vieillesse – Tonus – Investissement corporel
– Psychomotricité – Soins de suite et réadaptation

Relaxation – Grief – Ageing – Tone – Body investment – Psychomotor therapy –
Post-acute rehabilitation unit

Résumé :

Durant mon stage en réadaptation gériatrique, je rencontre M^{me} H, 78 ans, dans une situation de deuil(s) complexe. Dans un contexte de vieillissement, de nombreuses pertes se mettent au travail pendant son hospitalisation. Les séances de relaxation que je lui propose ont un effet important sur sa régulation tonique, sa conscience corporelle et sa capacité d'expression, entravées par ce contexte de deuil. **Dans quelle mesure la relaxation en psychomotricité peut-elle permettre d'accompagner un processus de deuil, dans le cas d'une personne âgée en réadaptation ?** Cette question m'a amené à mettre en parallèle les enjeux psychocorporels du deuil et les effets de la relaxation.

During my internship in a post-acute rehabilitation unit, I met Mrs. H. She was a 78-year-old woman grappling with a complex period of grief. During her hospitalization she had to face numerous losses, also linked to the ageing process. Relaxation sessions had a significant impact on her tonic regulation, her body awareness and investment as well as her ability to express herself within this context of grief. I asked myself **to what extent relaxation techniques in psychomotor therapy can support a person undergoing rehabilitation during their grief work.** This question led me to draw a parallel between the impacts of grief on body and mind and the effects of relaxation.