



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

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



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

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 Xavier PERROT

Enveloppe-moi si tu peux !

Une restauration de l'enveloppe psychocorporelle pour une
ouverture relationnelle chez le sujet âgé

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

Par : Suzanne MARIEZ

Juin 2021 (Session 1)

N°1645

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 Xavier PERROT

Enveloppe-moi si tu peux !

Une restauration de l'enveloppe psychocorporelle pour une
ouverture relationnelle chez le sujet âgé

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

Par : Suzanne MARIEZ

Juin 2021 (Session 1)

N°1645

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. ROLLAND Pierre

Secteur Santé :

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

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

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

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

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. BURILLON Carole**

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

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

Secteur Sciences et Technologies :

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

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

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

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

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

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

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

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

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

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Lynda ABDELMOUMNAOUI

Remerciements

Je tiens à remercier mon maître de stage, Mélanie HUBBARD pour nos riches échanges tout au long de cette année.

Merci à Juliette IVOY et Émilie OUDET pour leurs relectures et la qualité de leurs écoutes durant la rédaction de ce mémoire.

Merci à tous les maîtres de stages qui m'ont accueillie durant mes trois années de psychomotricité, qui ont contribué à former la psychomotricienne que j'espère devenir.

Merci à ma famille, mes amis, mes camarades, merci à tous ceux avec qui j'ai traversé ces trois années de formation, constituées de hauts et de bas et surtout d'imprévus.

Pour finir, évidemment, merci à Madame R et tous les autres patients que j'ai pu rencontrer cette année et avec qui j'ai pu travailler.

Sommaire

Introduction	1
Partie clinique	3
1 Un premier pas pour aller là-haut... Présentation de l'établissement	3
2 Présentation de Madame R.....	4
2.1 Une rencontre mémorable	4
2.2 L'histoire de vie.....	6
2.3 L'évolution de ses troubles du comportement, une équipe démunie	7
2.4 Une communication verbale entravée	8
2.4.1 Une agitation exclusivement verbale	8
2.4.2 Une personnalité masquée	9
3 Les bilans psychomoteurs	10
3.1 Le bilan psychomoteur précédent.....	10
3.2 Le bilan psychomoteur, notre première rencontre.....	11
4 Les projets thérapeutiques.....	12
4.1 Les anciens objectifs.....	12
4.2 Les nouveaux objectifs	12
5 Le cadre	13
5.1 Des ajustements pour un cadre sécurisant	13
5.2 Le cadre mis à mal.....	13
6 Les séances.....	15
6.1 Des attentes trop élevées.....	15
6.2 Les rituels de nos séances	15
6.3 Des bruits parasites	17
6.4 Une séance intouchable	17
6.5 Les séparations, un arrachement.....	19
6.6 Mon vécu lors des séances.....	20
6.7 L'inconnue potentielle pour résoudre l'équation.....	21
Partie théorique	24
1 Du vieillissement « normal » à la pathologie.....	24
1.1 Le vieillissement.....	24
1.1.1 Bien vieillir.....	24
1.1.2 Le travail du vieillir.....	25
1.2 La pathologie	26
1.2.1 Les démences, la démence Alzheimer	27

1.2.2	<i>L'impact relationnel de la démence Alzheimer</i>	30
1.2.3	<i>Les organisation états-limites</i>	31
1.2.4	<i>L'impact relationnel des organisations états-limites</i>	33
2	L'enveloppe psychocorporelle	34
2.1	La construction de l'enveloppe psychocorporelle	34
2.1.1	<i>Une peau pour deux</i>	34
2.1.2	<i>Le Moi-peau</i>	35
2.2	L'enveloppe psychocorporelle mise à mal	36
2.2.1	<i>La naissance et l'enveloppe psychocorporelle</i>	37
2.2.2	<i>Le vieillissement pathologique et l'enveloppe psychocorporelle</i>	37
3	La relation intersubjective	38
3.1	Être en lien, une des premières compétences	39
3.2	La base pour échanger avec l'environnement	40
3.2.1	<i>Le tonus</i>	40
3.2.2	<i>Un tonus en construction</i>	40
3.2.3	<i>Des variations toniques pour être en relation</i>	40
3.3	L'empathie et son origine	41
	Partie théorico-clinique	43
1	Les moyens de défense, une entrave à la relation	43
1.1	Les fonctions de l'enveloppe altérées.....	43
1.1.1	<i>Des limites floues entre l'espace dedans/dehors</i>	43
1.1.2	<i>La maintenance</i>	44
1.1.3	<i>La contenance</i>	44
1.1.4	<i>La fonction de pare-excitation</i>	45
1.1.5	<i>L'individuation</i>	45
1.1.6	<i>L'intersensorialité</i>	46
1.2	Les angoisses vécues par Madame R	46
1.3	Les auto-agrippements, conséquences d'une enveloppe défailante	47
1.4	Le contre-transfert, une recherche d'élaboration.....	48
2	L'enveloppe, en corps, à reconstruire	50
2.1	Le toucher	51
2.1.1	<i>Le toucher et le dialogue tonique</i>	51
2.1.2	<i>Les pressions contenantes</i>	52
2.2	L'enveloppe sonore	53
2.2.1	<i>La voix</i>	53
2.2.2	<i>Miroir, mon beau miroir</i>	53
2.2.3	<i>L'enveloppe musicale</i>	54
2.2.4	<i>La fonction pare-excitante</i>	54
2.3	Le cadre thérapeutique.....	55
2.3.1	<i>La temporalité du soin</i>	55
2.3.2	<i>Un cadre pour trois</i>	56
2.3.3	<i>Le respect du rythme</i>	56

3	Une ouverture relationnelle	57
3.1	Vers une diminution des auto-agrippements	57
3.2	L'empathie qui fait défaut	58
3.3	Le groupe, une solution ?	59
3.4	Des sensations en relation.....	60
	Conclusion.....	62
	Bibliographie.....	

Introduction

Au cours de cette dernière année de formation pour l'obtention du diplôme d'état de psychomotricité et dans le but d'enrichir ma pratique psychomotrice, j'ai choisi de faire l'un de mes stages auprès des personnes âgées. J'ai pu y découvrir une autre approche du travail du psychomotricien, et notamment une nouvelle dynamique.

Ainsi, un jour par semaine, durant toute l'année, j'ai pu pénétrer l'univers de la gériatrie où je me suis progressivement imprégnée de l'ambiance de l'Unité d'Hébergement Renforcée (UHR). Cette unité fermée était pour moi un espace à part, c'est comme si ces murs et cette porte fermée avec un code la coupaient de la réalité extérieure. Un endroit si sécurisé qu'il m'apparaissait comme à l'écart du monde « réel ». Chaque fois que je passais cette porte, le regard des patients me renvoyait l'image d'une étrangère, comme s'ils se demandaient qui était ce nouveau personnage.

Dès le premier jour de mon stage, depuis la salle de psychomotricité j'ai entendu au loin des cris de petite fille qui occupaient tout l'espace sonore. Sidérée d'entendre des cris d'enfant dans un hôpital gériatrique on m'a précisé que cette voix était celle d'une vieille dame. Dès cet instant, mes premiers questionnements ont émergé au sujet de cette femme, Madame R.

Au cours de cette année Madame R m'a fait vivre les montagnes russes émotionnelles. De la toute-puissance à l'impuissance, j'ai avancé à tâtons, en me remettant en question continuellement. Cette désorganisation qu'elle me fait vivre et qu'elle vit elle-même est venue mettre à mal mes propres limites, ma propre enveloppe psychocorporelle.

C'est en faisant des hypothèses théorico-cliniques que j'ai éclairé ces phénomènes. Ces cris m'ont tout d'abord interrogée sur la question de l'identité, puis je me suis questionnée sur la façon de redonner de l'envie à cette femme qui semble avoir perdu tout élan vital, qui semble s'être coupée de son environnement. Et, c'est tout particulièrement l'hypothèse de la déstructuration de l'enveloppe psychocorporelle de Madame R qui m'a amenée à envisager son soin en psychomotricité. Ce sont d'ailleurs les enveloppes qui m'ont permis d'organiser ma pensée dans l'écriture de ce mémoire.

J'essaierai donc par le biais de ce mémoire de répondre à mon interrogation : **en quoi la reconstruction de l'enveloppe psychocorporelle peut favoriser l'ouverture relationnelle d'une patiente atteinte de démence Alzheimer? (associée à une organisation de type état-limite).**

Afin de répondre à ce questionnement, je m'appliquerai à vous présenter avec mon regard de psychomotricienne, Madame R, sa rencontre, mes objectifs et les séances que nous avons pu partager. Puis, afin d'offrir les clés nécessaires pour comprendre mon mémoire, je m'appuierai sur des références théoriques. Celles-ci commenceront par expliquer le vieillissement « normal » puis pathologique, une seconde partie exposera l'enveloppe psychocorporelle, sa construction et sa mise à mal et pour terminer une troisième traitera de la relation en parlant de l'attachement, du tonus et notamment de l'empathie. Enfin, dans une dernière partie théorico-clinique je tenterai d'apporter des pistes de réponses à ma problématique en présentant les moyens de défense mis en place par Madame R, les ressources utilisées pour la reconstruction de son enveloppe psychocorporelle et pour finir comment cela l'a amenée vers une ouverture relationnelle.

Partie clinique

1 Un premier pas pour aller là-haut... Présentation de l'établissement

Existant depuis presque deux siècles, l'hôpital gériatrique dans lequel je fais mon stage a été fondé par des veuves de la bourgeoisie dans le but de venir en aide aux plus démunis. L'établissement se trouve proche d'un lieu religieux, sur une colline qui surplombe la ville. Auparavant, il était surnommé « Le Mouroir », lorsque les personnes âgées étaient hospitalisées là-bas elles considéraient que c'était un lieu pour mourir. En montant cette colline, c'était comme si le patient faisait un premier pas vers la mort. Le chemin étant amorcé, il se retrouvait alors plus proche du ciel et plus près de Dieu. D'ailleurs encore maintenant, certains patients peuvent reprendre cette idée reçue qu'être hospitalisé dans ce lieu signifie que leur fin est proche.

Cet hôpital comporte plusieurs services : un accueil de jour, un service médecine, un service de Soins de Suite et de Réadaptation ainsi qu'une Unité de Soins Longue Durée, et une Unité Cognitivo-Comportementale.

Les patients que je prends en soin sont essentiellement dans ces trois derniers services et notamment dans l'UHR qui appartient à l'Unité de Soins Longue Durée. C'est dans cette dernière unité qu'est hospitalisée Madame R dont je vais vous parler.

Au sein de cet hôpital, l'équipe pluridisciplinaire travaille en étroite collaboration afin d'aider au mieux les patients. Cette équipe est composée de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, d'animatrices, d'une éducatrice en activité physique adaptée, de diététiciennes, de psychologues, d'un musicothérapeute, d'infirmières, d'aides-soignantes, de médecins et de plusieurs psychomotriciennes.

Une aile de l'hôpital est consacrée à l'UHR et aux bureaux de la plupart des soignants, notamment le nôtre. Le bureau que nous partageons avec Noémie, mon maître de stage, est également notre salle de psychomotricité. Il se trouve à quelques pas de la porte de l'UHR fermée et sécurisée par un code. La salle de psychomotricité est une ancienne chambre de patient, nous y trouvons un bureau, une salle de bain, un gros fauteuil en cuir et une grande fenêtre qui offre une vue sur un vieux platane.

Quand nous franchissons la porte de l'UHR nous arrivons dans un long couloir où se trouve de part et d'autre les chambres des résidents. À l'issue de ce couloir se tient la salle de soin et le bureau du médecin, puis au fond à droite un grand salon entouré de baies vitrées qui donnent sur la nature, entre autres, des potagers aménagés.

Ce salon est chaleureux, des fauteuils et canapés en cuir sont disposés autour d'une table basse. Cette pièce accueillante permet aux résidents de s'y retrouver, de regarder la télévision ou encore d'échanger entre eux. La cuisine est ouverte sur la salle à manger et est séparée par un bar ce qui permet aux soignants d'être en interaction avec les résidents lorsqu'ils préparent le repas. C'est dans ce cadre que je rencontre Madame R, âgée de 85 ans.

2 Présentation de Madame R

2.1 Une rencontre mémorable

Au premier jour, je découvre Madame R, apprêtée, aux cheveux blancs et courts. La patiente est comme cachée derrière ses grosses lunettes qui semblent plus être une barrière derrière laquelle elle se cache qu'un outil pour mieux voir. Effectivement, ses yeux bleus globuleux regardent toujours au-dessus de ces dernières. Ses sourcils froncés me donnent l'impression qu'elle va me gronder, le sentiment qu'elle ne veut pas que je m'approche d'elle. Madame R est installée dans son fauteuil roulant dans un coin de sa chambre. Elle est repliée sur elle-même, une jambe croisée sur l'autre et ses mains sont coincées entre ses deux cuisses. C'est comme si elle tentait de prendre le moins de place possible.

Elle me renvoie l'image d'un fœtus recroquevillé comme il le serait avant la naissance dans le ventre de sa mère. Je me questionne alors déjà sur sa posture : est-ce dû à une limitation articulaire ou est ce qu'elle lui apporte un sentiment de réconfort ? En d'autres termes, cette posture singulière est-elle une tentative de retrouvailles de la vie intra-utérine, une recherche d'un sentiment de sécurité ? Mais pourquoi serait-elle en recherche de sécurité ?

Ses épaules se rapprochent l'une de l'autre vers l'avant et sa tête part tellement en avant et vers le bas que son menton est à deux doigts de venir toucher son sternum. Cette position me renvoie l'image d'une petite fille qui vient de se faire disputer par un adulte. Elle me renvoie l'idée qu'elle se protège d'un monde extérieur, qui s'avère dangereux, peut-être potentiellement intrusif.

Cette image est renforcée par ses comportements infantiles et notamment l'appel récurrent d'une voix fluette que j'entends avant de rentrer dans sa chambre : « Papa, Maman », « Maman chérie ». En revanche, lorsque nous frappons à sa porte en demandant si nous pouvons entrer, une voix de femme nous répond « Evidemment, entrez ! ». Cette voix est si différente que je m'attends à trouver deux femmes dans cette chambre, pourtant une seule personne s'y trouve, Madame R. Je perçois un véritable clivage entre mon vécu et la réalité, entre sa voix fluette et son apparence physique.

Paradoxalement j'observe un faible investissement corporel de l'espace de la salle mais un envahissement sonore important. Cette divergence me questionne sur l'utilité de ces cris. Ont-ils pour but de créer une enveloppe sonore ? Puisqu'elle reste immobile dans son fauteuil, ces cris auraient-ils pour fonction de décharge motrice ? Est-ce un moyen d'attirer l'attention ? Est-ce un moyen pour elle de se sentir exister ?

Lorsque que je m'approche d'elle un bruit désagréable me crispe. En me penchant vers elle pour me présenter j'identifie ce bruit qui est le grincement de ses dents. Mon regard se baisse sur ses mains et je m'aperçois que ses ongles sont rongés jusqu'au sang. Ces comportements auto-agressifs sont-ils un moyen de ressentir son corps ? Sont-ils l'expression d'une tension interne ? Ont-ils pour rôle de lutter contre des vécus d'angoisses archaïques ? Ces hypothèses me font déjà écho aux agrippements auto-sensuel.

C'était seulement notre première rencontre et je suis envahie par autant de questionnements. En sortant de sa chambre, je suis si submergée qu'un étrange sentiment s'installe en moi, je suis sans voix alors que je déborde de questions. Celles-ci prennent tellement de place qu'elles inondent toute ma pensée et ne me laisse pas la possibilité d'échanger sur l'instant avec Noémie.

2.2 L'histoire de vie

Les informations données par son fils lors de l'entrée à l'hôpital de Madame R sont très évasives. Il existe une zone de flou sur la femme qu'elle a été et la vie qu'elle a menée. J'ai pu retrouver quelques éléments de vie de Madame mais peu d'information sur la période de vie précédent son hospitalisation.

Madame R est née et a vécu dans la même ville, elle a travaillé toute sa vie comme secrétaire comptable. Elle voyageait beaucoup avec son mari, ils avaient un chien qu'elle affectionnait particulièrement. Elle n'a pas pu avoir d'enfant et a adopté avec son mari son fils. Actuellement, Madame R n'a aucun souvenir de son mari ni de ce qu'il est devenu, en revanche, elle se souvient très bien de son fils.

En dehors de la crise sanitaire, son fils venait régulièrement lui rendre visite à l'hôpital, c'est le seul membre de sa famille encore vivant, elle n'a pas de petit enfant.

Atteinte d'un glaucome et d'une Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge elle est aveugle de l'œil gauche et le droit est dans un état critique. De plus, Madame R présente de l'arthrose, sa localisation articulaire fluctue selon les jours.

Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer a également été posé en 2011 associé à des troubles du comportement (agressivité, apathie, anxiété, cris, trouble du sommeil). Au vu de son comportement, un psychiatre a également repéré une organisation de type état-limite, mais Madame R, à ce jour, n'a révélé aucune plainte ni démarche psychiatrique de sa part.

À la suite du décès brutal de son mari en 2018, qui était son aidant principal au domicile, elle a passé deux courts séjours dans une Unité Cognitivo Comportementale au sein d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes où elle a fait une tentative de suicide. Je n'ai pas pu avoir d'autres renseignements à propos de cet acte mais il est probablement en lien avec le décès de son mari. Elle est hospitalisée depuis maintenant deux ans dans l'UHR de l'hôpital gériatrique car au vu de ses cris, sa prise en charge n'était pas possible dans l'Unité Cognitivo Comportementale.

L'inventaire neuropsychiatrique (version pour équipe soignante) de décembre 2019 est à 20, coté à 8 pour l'agitation, 4 pour la dépression et 8 pour l'anxiété.

2.3 L'évolution de ses troubles du comportement, une équipe démunie

À son arrivée dans le service, Madame R a pu se montrer violente envers les autres résidents. Selon le personnel soignant, la première année de son hospitalisation elle chutait au ralenti par terre en amortissant le choc avec ses bras. Elle faisait des chutes théâtralisées en se roulant au sol et en appelant à l'aide. Depuis un an, elle refuse de se verticaliser, elle est constamment dans un fauteuil de confort. Pourtant, elle en a encore les capacités physiques, les aides-soignantes ont pu la surprendre à marcher seule dans sa chambre pour se rendre aux toilettes ou pour aller se coucher. Je me demande alors si rester debout est trop insécurisant pour elle, sans la vue elle ne peut pas prévoir ce qui va arriver vers elle, tout doit être perçu brutalement. Alors, peut être que rester dans son fauteuil confort cela la rassure, le dossier de son fauteuil lui procure peut-être un appui dos contenant et rassurant. Sa posture d'enroulement et cet appui dos lui permettent-ils d'avoir une ébauche de sentiment de sécurité ?

Madame R est anosognosique, elle n'a pas conscience de ses troubles. Elle présente des comportements très régressifs, lorsqu'elle est dans sa chambre elle peut faire ses besoins à des endroits inappropriés, manipuler et manger ses selles. Cela me questionne sur les limites qu'elle perçoit de son corps. Les étalements de ses excréments et la coprophagie traduisent ils une perte de conscience de limite entre l'intérieur et l'extérieur de son corps ? Traduisent-ils une détérioration de son enveloppe corporelle ?

Elle est également incontinente et urine la majorité du temps dans sa protection. C'est comme si ses limites corporelles étaient si peu marquées, effacées, qu'elles en deviennent poreuses. Cela me renvoie l'image d'un sac qui est percé, ce qui m'amène à supposer que sa peau le serait aussi. Peut-on dire que cela transcrit une défaillance dans les fonctions du Moi-peau ?

Depuis son arrivée Madame R appelle à l'aide, elle crie en boucle et si fort que depuis la salle de psychomotricité nous l'entendons. Le seul moyen pour qu'elle s'arrête est que quelqu'un soit auprès d'elle. Ce comportement s'accroît en fin de journée et pendant la nuit. Ces appels incessants agitent les autres résidents, l'équipe est démunie face à ce comportement. Un psychiatre extérieur est venu rendre visite à l'équipe afin de leur trouver

une solution. L'idée d'un court séjour de Madame R dans un centre psychiatrique a été évoquée en avril 2020 afin de soulager quelque temps l'équipe mais elle n'a pas pu être mise en place à cause de la crise sanitaire.

Actuellement, Madame R présente des troubles psycho comportementaux avec des symptômes déficitaires comme l'apathie, la perte d'initiative, l'absence d'intérêt de désir et d'émotion ainsi qu'un trouble anxieux. Elle présente également des troubles qu'on peut qualifier de perturbateurs tels qu'une agitation verbale (cris et demandes persévérantes), de l'auto-agressivité, des actes inadaptés comme la manipulation de ses selles ainsi qu'un trouble du sommeil.

Afin de diminuer son anxiété et ses troubles du comportement Madame R est sous antipsychotique (Loxapac) et anxiolytique (Pregalbaline et Xanax). Son traitement n'est pas suffisant, malgré les nombreux réajustement médicamenteux ses troubles persistent.

2.4 Une communication verbale entravée

2.4.1 *Une agitation exclusivement verbale*

La communication avec Madame R est entravée. En séance, elle peut avoir des persévérations verbales. Des questions, telles que « Et maintenant Madame qu'est-ce qu'on fait ? », « Où est ce que je suis moi ? » ou encore « Qu'est-ce que je fais Madame ? ». Ces phrases peuvent envahir l'espace sonore laissant peu de place à mes propositions. C'est comme si elle essayait de combler le vide, les temps de latence. Et si ces temps étaient perçus comme trop angoissants ? Je me demande si ces persévérations verbales ont pour rôle de protection face à une angoisse de vide ? Elles pourraient être perçues comme un moyen de défense, une manière de s'accrocher à quelque chose pour pallier ses angoisses.

Lorsque nous répondons à ses questions, même après qu'elle ai entendu elle continue tout de même. Face à ses demandes perpétuelles, nous pourrions penser qu'elle oublie nos réponses. Cependant, lors d'une séance, elle répétait en boucle : « et maintenant Madame qu'est-ce qu'on fait ? » alors que nous étions à ce moment précis en train de faire quelque chose. Je lui ai retourné la question en lui demandant : « Madame R qu'est-ce que vous

pensez qu'on est en train de faire ? » et elle a pu me répondre : « Une séance de psychomotricité ».

Je me suis retrouvée sans voix, et de nombreuses questions ont émergées dans ma tête. Ces leitmotivs semblent être devenus des automatismes, des formules toutes faites qui reviennent en boucle. Ces questions sont-elles un signe d'ennui ? Sont-elles un moyen de réassurance, quelque chose de continu auxquels elle peut s'accrocher ? En réponse à ses repères qui se délitent, ces interrogations ont peut-être un rôle de stabilité, continuité, elles ont peut-être pour fonction de la contenir. Elle ne semble pas attendre de réponse alors sont-elles une stratégie afin de nourrir son sentiment de continuité d'existence ?

Les cris de Madame R retentissent dans tout l'UHR et sa voix porte tellement qu'ils franchissent également la porte fermée du service.

Des cris auxquels je ne m'habitue pas, malgré leur fréquence, des cris qui me font froid dans le dos. Des cris de petite fille qui appelle à l'aide. Une voix aigüe et portante. Appelant « MAMAN, PAPA, MAMAN CHERIE », « MAMAN, JE SUIS TOUTE MOUILLÉE » ou encore « MAMAN JE SUIS DANS MON LIT, JE T'ATTENDS ».

L'appel récurrent de ses parents me questionne sur son contexte d'attachement. Un contexte d'attachement peut-être inséparable qui appelle continuellement une figure parentale et qui n'arrive pas à s'en détacher.

Par ailleurs, ces cris ont-ils pour rôle de moyen de décharge motrice ? Effectivement, Madame R est constamment prostrée, apathique, atone, elle ne se déplace pas, le seul mouvement qu'elle fait c'est d'amener ses doigts à sa bouche pour les ronger jusqu'à la chair ou alors de décroiser ses jambes pour les recroiser de l'autre côté. Ici, ces cris pourraient compenser la pauvreté motrice de son corps ? la pauvreté psychique ? Ils semblent être un moyen de sauvegarde narcissique.

2.4.2 *Une personnalité masquée*

Au cours des séances, Madame R se montre toujours très neutre. Lorsque je la sollicite elle est pratiquement en tout temps en accord avec ce que je lui dis, lui propose. À tel point qu'une ou deux fois lorsqu'elle a pu me répondre « Non » j'ai été moi-même surprise.

Elle est donc presque toujours dans l'adhésion, alors que ses manifestations corporelles semblent dire le contraire. Par exemple, lorsque je lui propose de faire des explorations sensorielles en touchant différents tissus elle acquiesce, en revanche, elle ne prend jamais le tissu donné malgré mes tentatives de lui donner. Madame R ne réalise aucun mouvement d'ouverture.

D'ailleurs je ne choisis pas le terme adhésion au hasard, car son accord constant me donne l'impression qu'elle se colle à moi. Effectivement, lorsque Madame R me répond j'éprouve un sentiment de fausseté dans la relation, qui me fait penser que finalement, il n'y a pas de relation. Madame R semble porter un masque. Peut-être qu'elle met en place cette façade protectrice, ce faux-self afin de combler cette perte d'identité ou peut-être afin de se protéger de ses angoisses.

3 Les bilans psychomoteurs

3.1 Le bilan psychomoteur précédent

La passation du premier bilan a été réalisé en octobre 2019. Il apparaît dans ce bilan les éléments suivants.

Madame R avait des facilités pour la somatognosie. Le bilan a révélé un équilibre statique précaire, debout elle était capable de tenir seule quelques secondes mais cela lui coûtait beaucoup d'énergie. Ses oscillations d'avant en arrière semblaient être une stratégie face à la rigidité des articulations de ses chevilles, de ses genoux et de son bassin. Effectivement, elle présentait une hypertonie globale qui s'observait par des tremblements importants et une posture figée, courbée vers l'avant, la tête rentrée dans les épaules et les genoux semi-fléchis.

Concernant l'équilibre dynamique Madame R exprimait verbalement des difficultés à marcher et ses craintes de chutes. La marche se faisait lentement, à petit pas et avec un déambulateur. Ses membres inférieurs paraissaient manquer de solidité.

Sa motricité fine manquait de fluidité dû à l'hypertonie de ses doigts, sa motricité faciale était également crispée ce qui rendait sa mobilisation compliquée.

Madame R présentait une hypertonie globale qui faisait obstacle dans les épreuves de la motricité globale. Lors des épreuves elle présentait un recrutement tonique pas toujours ajusté. Le tonus de repos reflétait des difficultés à relâcher ses membres.

En outre, les épreuves du bilan du temps et de l'espace ont révélé qu'elle ne parvenait pas à se situer dans le temps et l'espace. Elle ne savait jamais quand et où elle se situait. Elle n'avait pas conscience de ce qui l'entourait, de son environnement humain et matériel. Elle n'avait pas la capacité de se resituer, de se rassurer grâce à la vision. Cela la plaçait dans un contexte insécure, imprévisible pouvant être vécu comme très angoissant.

3.2 Le bilan psychomoteur, notre première rencontre

Les éléments suivants sont le résultat du bilan d'observation que j'ai fait passer sur trois séances en septembre 2020. Madame R a des ressources qui fluctuent selon les séances.

La communication et la passation du bilan avec Madame R sont entravées par ses phrases toutes faites de « petite fille ». Elle présente un rythme personnel très élevé en opposition avec son comportement passif. Dans son mode de relation à l'autre, elle me rappelle l'enfant, dans un contexte d'attachement insécure, qui recherche continuellement la présence de l'adulte et n'arrive pas à s'en détacher pour s'occuper par lui-même.

Madame R présente un schéma corporel satisfaisant, elle peut cependant présenter des difficultés pour nommer ses articulations.

Madame R semble avoir une conscience corporelle altérée, elle dit souvent « je ne peux pas » et finalement y arrive. Elle semble avoir perdu confiance en elle, en son corps. Elle se corrige parfois en disant que finalement ce n'est pas qu'elle ne « peut pas » mais c'est qu'elle ne « veut pas ».

Les doigts sont peu autonomes les uns des autres, difficiles à délier, il y a un manque de dissociation. Les mouvements manquent de fluidité, d'amplitude et de précision.

L'hypertonie des muscles faciaux altère les capacités d'expressivité de la patiente. Son visage reste figé dans une expression ressemblant à de l'inquiétude, les sourcils froncés.

L'hypertonie globale constatée lors des autres épreuves de bilan s'est confirmée lors des épreuves du tonus. À propos du tonus de fond, Madame R reste figée dans sa position d'enroulement. Pour le tonus d'action, lors des différentes épreuves de motricité globale et de motricité fine, Madame R fait preuve d'un grand recrutement tonique qui n'est pas toujours bien ajusté. Son hypertonie entrave la fluidité, l'amplitude et la précision de ses

mouvements. Concernant le tonus de repos, j'observe des difficultés à relâcher ses membres lors des mobilisations passives.

Madame R connaît sa droite et sa gauche. Elle se dit droitnière, réalise les praxies de la main droite (avec assimilation du corps à l'objet) pourtant pour deviner des objets elle utilise spontanément sa main gauche.

Les capacités de mémorisation de Madame R sont très variables, elle arrive à dire qu'elle était en séance de psychomotricité. En revanche, d'une séance à l'autre elle ne sait plus que nous avons rendez-vous.

4 Les projets thérapeutiques

4.1 Les anciens objectifs

Le médecin a orienté Madame R en psychomotricité dans le but de la soutenir dans la marche et notamment dans le but de diminuer ses troubles du comportement afin de soulager l'équipe et les autres résidents. Cette prescription date de deux ans.

En réponse à cela elle a été prise en charge en psychomotricité. Elle a commencé les soins avec Noémie puis au bout d'un an c'est l'ancienne stagiaire qui l'a prise en charge. L'objectif de l'ancienne stagiaire était d'amener Madame R à prendre conscience des différentes sensations de son corps par la stimulation sensorielle douce afin de diminuer l'hypertonie.

Plusieurs soins ont été proposés à Madame R : des séances de musicothérapie, de la balnéothérapie, un atelier cuisine. Cependant, elle ne les a jamais investis. Ces soins ont donc pris fin.

4.2 Les nouveaux objectifs

En octobre 2020, nous avons, Noémie et moi, redéfini le projet de soin. Afin de travailler autour de l'agressivité, de l'anxiété et la gestion de la douleur nous avons décidé de prendre en soin Madame R une fois par semaine sur une durée de 45 minutes.

Dans le but de répondre à son rythme personnel élevé, pour limiter l'agrippement qu'elle peut avoir quand la relation est duelle ainsi que pour nous préserver Noémie et moi du contre-transfert, nous décidons de faire les séances à trois.

Afin de nous ajuster au mieux à ses besoins, nous avons décidé de faire un point toutes les 4 séances. Grâce à cela, nous avons précisé notre axe de travail qui consiste désormais à l'apaiser afin de diminuer ses troubles du comportement. Pour lutter contre sa désorganisation psychique l'objectif est d'essayer de lui faire sentir son corps, de la ramener à quelque chose de concret, qui ne se délite pas, son corps.

Le temps de séance individuelle n'est pas le seul moment que je partage avec Madame R. Effectivement, durant la journée je vais régulièrement dans son unité et nous sommes parfois amenées à échanger d'autres instants dans les espaces communs.

5 Le cadre

5.1 Des ajustements pour un cadre sécurisant

Afin de l'aider à diminuer son anxiété nous avons décidé de faire les séances de psychomotricité en fin de journée car c'est à ce moment que ses troubles du comportement sont le plus présents. Nous avons commencé par faire les séances dans sa chambre puis, après avoir réévaluer les objectifs nous avons conclu qu'il était préférable de reprendre les séances en salle de psychomotricité car ce n'était pas assez structurant pour Madame R, elle pensait que nous étions les aides-soignantes.

Poser ce cadre avait pour but d'accentuer la continuité des soins de Madame R et qu'elle puisse y trouver des repères.

5.2 Le cadre mis à mal

Après la première séance Madame R a été victime du SARS-CoV-2. Une rupture de plusieurs semaines dans les soins est venue casser le rythme et les liens de confiance que nous avons commencé à lier. Ce silence qui est venu briser la rythmicité a été désorganisateur.

Effectivement, la reprise des séances a été angoissante pour Madame R, son bruxisme était davantage marqué, ses demandes incessantes avaient repris le dessus. C'est comme si tout était revenu à zéro. Je me questionne sur ses comportements, sont-ils un moyen de défense face à l'inconnu? Le manque de séance de psychomotricité, probablement en lien avec un isolement, fait rupture dans son existence relationnelle et corporelle. En pensant au-delà de notre alliance thérapeutique, je me demande même si ce n'est pas son sentiment de continuité d'existence qui a été altéré.

Ses cris, ses persévérations verbales, comme son bruxisme, son onychophagie et sa carapace tonique sont-ils une façon de s'enfermer dans ses sensations afin de faire fi de cet environnement qui peut lui paraître insécure ? Seraient-ils des moyens de défense ? Ainsi, pouvons-nous dire que ces comportements ont un rôle d'auto-agrippements ?

Il a fallu plusieurs semaines afin que le calme se réinstalle en séance et que nous retrouvions un accordage. Cognitivement rien ne semble faire trace pour elle, effectivement elle ne se souvient pas de nos prénoms ni de notre séance, mais ces rituels semblent solliciter sa mémoire corporelle. Lorsque je l'emmène jusque dans la salle de psychomotricité Madame R, se redresse, reprend ses demandes incessantes malgré mes explications préalables, ce temps est souvent source d'angoisses. Mais, au moment où je pose mes mains sur son corps pour commencer les pressions profondes elle s'apaise, comme si ses récepteurs sensoriels avaient gardé en mémoire mon toucher.

À défaut de ne pas pouvoir se souvenir cognitivement, sa mémoire corporelle semble prendre le relais. Cependant, elle apparaît comme épuisable, car si les séances ne sont pas suffisamment rapprochées, sa mémoire corporelle s'amenuise et fait défaut. Ainsi, je fais l'hypothèse que le rythme des séances est un élément essentiel qui, lorsqu'il est respecté, offre un mouvement relationnel.

6 Les séances

6.1 Des attentes trop élevées

Au début de la prise en charge, je lui proposais des activités centrées sur la sensorialité, le dialogue tonique, mais rien n'avait de sens pour elle. Je la mettais, elle se mettait, nous nous mettions constamment en échec. Effectivement, elle était toujours en accord mais très peu voire pas du tout investie. En tant que soignante j'avais le désir de voir une progression, une évolution, mais mes attentes étaient trop élevées. Elle ne se saisissait pas des activités que je lui proposais, au contraire des angoisses émergeaient, j'ai donc pris du recul pour réévaluer le projet de soin afin d'essayer d'être au mieux ajustée. Je me suis résignée à lui proposer des activités pour la mettre en mouvement car elle n'en voulait pas. Elle restait dans son fauteuil en ignorant parfois mes propositions.

Madame R m'amenait, nous amenait, dans une dynamique régressive, après plusieurs persévérations je me suis résignée à aller dans sa direction, mais est-ce que cela était pertinent ? Une question revenait constamment dans ma tête : en quoi la régression peut-elle être thérapeutique ?

À chaque fois que je lui demandais de mettre son corps en mouvement, que je la sollicitais même pour des choses minimales, les angoisses l'envahissaient. Se traduisant par des demandes itératives, un bruxisme élevé et un corps que je qualifierai presque de catatonique.

J'ai décidé de renoncer à ces invitations au mouvement qui m'apparaissaient faire plus de mal que de bien. Mais je me demandais comment l'aider à se structurer en l'absence d'expérience kinesthésique ? Comment ses limites dedans/dehors pouvaient être maintenues sans le mouvement, et qu'en devenait l'accès à son environnement extérieur ? Les expériences sensorielles m'apparaissent être une première piste de travail.

6.2 Les rituels de nos séances

Chaque début de séance est rythmé par un temps d'installation. Je prends le temps d'enlever ses repose-pieds pour les remplacer par un socle stable où elle peut mettre ses

pieds à plat en contact total avec celui-ci. Pendant ce temps, Noémie rebranche son coussin de positionnement à air qui lui offre une meilleure assise dans son fauteuil confort.

Une des premières choses qu'elle dit lorsque je l'emmène en salle de psychomotricité c'est qu'elle a froid, pourtant la température est plutôt élevée. A-t-elle une hypersensibilité tactile ? Je me demande si cette manifestation somatique traduit un sentiment d'insécurité chez Madame R.

Ainsi, à chaque début de séance nous l'enveloppons dans une grande couverture. Nous bordons chaque côté de son corps afin qu'elle soit entièrement enveloppée, des épaules jusqu'aux pieds. Durant les séances Madame R est toujours assise dans son fauteuil confort. Par les différents enveloppements et les différentes stimulations sensorielles j'essaie d'amener la patiente à sentir son corps et à recréer un espace contenant et rassurant.

Dans le but d'avoir un fil d'Ariane des séances, je commence toujours avec la même musique douce et enveloppante, j'associe cette enveloppe sonore à une enveloppe corporelle. Ainsi, nous effectuons des pressions contenantes, Noémie et moi chacune d'un côté de son corps, nous commençons par le haut de son corps et finissons par le bas. Nous effectuons ces pressions en direction de la terre, dans le but de lui apporter un ancrage au sol, des appuis solides. Nous ne pouvons pas passer dans son dos car elle reste assise dans son fauteuil, nous pouvons juste glisser nos mains jusqu'en bas de la ceinture scapulaire.

Lors de ces pressions corporelles elle me dit quels sont les endroits douloureux, chose qu'elle ne fait pas en temps normal, elle semble être plus à l'écoute de son corps. J'observe moins de bruxisme, moins de demandes incessantes. Sa posture d'enroulement reste la même mais elle se réinstalle au fond de son fauteuil en faisant une marche fessière. Ces touchers-massages semblent lui apporter des retours sensoriels qui l'amènent à se rapprocher de ses ressentis corporels. En faisant appel à sa sensibilité profonde, cela semble l'amener notamment vers un apaisement. C'est comme si elle reprenait conscience de son corps, de son inconfort et de ses douleurs. Comme si nos mains venaient recréer une limite, une peau entre son corps et l'environnement.

En revanche, je n'observe aucune variation tonique, sa carapace est si épaisse que je ne perçois aucune fluctuation. Ce mécanisme serait également une défense face à son environnement qu'elle peut vivre comme hostile et insécure. L'hypertonie n'est-elle pas une barrière à la relation ? N'empêche-t-elle pas le dialogue ? Je vis cette hypertonie comme

étant un frein à la relation. Cependant, je me demande si en cassant cette carapace tonique cela ne risquerait pas de faire ressurgir de nouvelles angoisses chez elle.

6.3 Des bruits parasites

Lors des séances, particulièrement lorsque nous les faisons encore dans sa chambre, des bruits dans le couloir pouvaient venir perturber celles-ci. Effectivement, c'est comme si ces bruits venaient percer la bulle thérapeutique que nous avons consciencieusement construite. J'emploie le mot « bulle » car c'est cette image qui me vient lorsque Noémie et moi-même sommes autour d'elle, la porte fermée, la couverture bordée autour d'elle. À cet instant, quelque chose s'apaise, en moi, en elle, en nous. Alors, lorsque nous entendons des bruits venant de l'extérieur, cela vient percer cette bulle. Même si la porte reste fermée, je le vis moi-même comme une intrusion. Je me questionne alors sur ce qui se vit en elle, comment perçoit-elle ces bruits si moi-même je le vis comme cela ?

Madame R semble vivre cette séance de façon encore plus désorganisatrice, ses agrippements reviennent de plus belle et l'agitation reprend. C'est comme si ces bruits arrivaient à l'intérieur d'elle sans qu'aucune barrière puisse les stopper.

Alors, je verbalise ce moment, en expliquant les bruits que nous entendons, et en expliquant ce que moi-même cela me fait vivre. Et cela semble l'apaiser, j'imagine que ces bruits bruts sans signification prennent sens, prennent image en elle lorsque je les verbalise. J'émet l'hypothèse que la fonction de pare-excitation de son enveloppe est défaillante, que tout ce qui se passe à l'extérieur elle le reçoit de plein fouet sans en connaître véritablement la signification. Je me demande est ce qu'elle ne la connaît pas ou est ce qu'elle n'a pas la capacité d'en faire quelque chose ?

6.4 Une séance intouchable

Lorsque nous arrivons dans sa chambre pour l'amener en séance de psychomotricité nous la trouvons dans son lit alors qu'il est 16 heures. Sa position dans son lit m'interpelle, elle a la même position que sur son fauteuil, c'est comme si quelqu'un l'avait « prise » de son fauteuil et « déposée » dans son lit. Une image me vient, celle du t-shirt que nous laissons sécher trop longtemps sur un cintre et qui prend la forme de ce dernier. Ici, c'est comme si son corps avait pris la forme du fauteuil.

Elle est particulièrement hypertonique, la tête du lit relevée au maximum, ses jambes sont pliées comme sur le fauteuil et ses bras sont croisés entre eux. Elle a les yeux grands ouverts et regarde le mur en face d'elle.

Je m'approche d'elle, étonnée de la voir couchée et habillée en pyjama à cette heure, je lui demande s'il y a une raison pour qu'elle soit déjà au lit. Elle rétorque en disant ne pas savoir. Après avoir demandé à l'infirmier il s'avère que ce sont les aides-soignantes qui l'ont changée en tenue de nuit et mise au lit sans raison particulière.

L'infirmier m'accompagne et m'aide à faire le transfert pour la remettre au fauteuil, afin d'aller en séance de psychomotricité. Tout se fait très rapidement. Au moment du transfert, Madame R hurle, mais il me semble que ces cris ne sont pas signes de douleur, ces cris ne semblent pas habités, mais traduisent plutôt une incompréhension. L'incompréhension de ne pas savoir pourquoi elle « subit » tous ces transferts, malgré mes explications au préalable qui semblent n'avoir pas fait traces. Tout cela semble aller trop vite pour elle.

Ce jour-là, en salle de psychomotricité, nous reprenons nos rituels de séance, l'installation, le temps d'enveloppement dans une couverture, mais lorsque nous commençons les pressions profondes, Noémie d'un côté et moi de l'autre, elle nous dit avoir mal. À chaque endroit où nous exerçons des pressions elle nous fait part de sa douleur sans pouvoir donner davantage de détails. Aucune réaction corporelle n'est visible, pas de mouvement de recul, pas de rictus, rien n'est perceptible, elle le dit de manière si apathique que je me demande si c'est vraiment de la douleur.

À cet instant, j'ai le sentiment que ce n'est pas de la douleur mais que c'est une façon pour elle de dire qu'elle n'a pas envie qu'on la touche. Étant incapable de dire qu'elle ne veut pas qu'on la touche, elle semble trouver une stratégie afin de nous le communiquer.

Le percevant comme une affirmation d'elle-même, je respecte son choix et je décide d'arrêter le toucher. Pour la première fois, j'ai l'impression qu'elle ressent quelque chose, quelque chose qui n'est pas de l'ordre de la douleur, de l'ordre de « Aujourd'hui, laissez mon corps tranquille ! ».

Nous restons auprès d'elle et j'associe une enveloppe musicale sonore à cet instant. Noémie à sa gauche et moi à sa droite. Toutes trois regardant dans la même direction. Par

ma voix, je lui raconte l'espace de la salle, en lui décrivant ce qu'il y a à l'intérieur, et également ce que nous pouvons voir par la fenêtre, les feuilles mortes, le vent qui les emporte. Dans le but d'avoir une voix douce et régulière j'essaie de garder une prosodie enveloppante.

Je vis ce moment comme un temps de pause, je suis moi-même plus détendue, plus relâchée musculairement. Je me demande alors si en s'accrochant à notre présence et à ma voix cela lui apporte aussi un temps de répit.

La respiration de Madame R s'abaisse, elle devient profonde et régulière. Des soupirs viennent ajouter des variations. Des soupirs qui ne m'apparaissent pas comme de l'agacement mais des soupirs de soulagement. Ses soupirs la rendent plus vivante à mes yeux. Comme s'ils avaient pour rôle de mettre à l'extérieur tout ce qu'il y avait de mauvais. Ils sont pour moi une ébauche d'organisation entre le dedans/dehors. C'est une des premières fois que je vois une différence entre l'intérieur de son corps et l'extérieur, un aperçu des limites de son corps.

Soudainement, le bruit d'une porte qui claque nous a fait toutes les trois sursauter. D'un point de vue extérieur, cette séance aurait pu sembler très pauvre. Alors qu'à mon sens, beaucoup de choses se sont jouées. Il s'est créé un réel accordage entre nous trois, Noémie, Madame R et moi-même. Nous étions toutes les trois dans un partage, dans un même accordage tonique. Nous étions apaisées, dans un accordage si profond que ce bruit est venu nous saisir, et l'augmentation brutale de notre tonus est venu nous sortir de cet instant. Ce sursaut aurait pu être perçu comme banal mais il a mis en exergue notre accordage.

6.5 Les séparations, un arrachement

Lorsqu'en fin de séance je lui annonce que je vais la raccompagner dans le service, elle se réinstalle dans son fauteuil et me demande ce qu'elle doit faire. Malgré mes mots, que j'estime rassurants, son état de vigilance augmente, son tonus également. Je ressens à chaque fois un état de tension interne qui se produit en elle. Alors, lorsque nous arrivons dans sa chambre, ses demandes incessantes reprennent « et maintenant qu'est-ce que je fais madame ? » Je vis ces demandes comme un agrippement, elles reprennent de plus belle lorsque je m'éloigne d'elle. J'ai le sentiment qu'elle se fond en moi, que lorsque je

m'éloigne, une partie d'elle s'arrache. Je me demande alors si ce collage ne traduit pas son manque de construction de limites corporelles. Je m'interroge également sur les conséquences de sa pauvreté motrice. Sans mouvement, comment peut-elle se représenter ses limites corporelles ?

Je me questionne si ce que je vis est en miroir de ce qu'elle vit. Elle me fait penser à l'enfant qui est en recherche continuelle de la présence de l'adulte et n'arrive pas à se détacher de lui. Ces demandes incessantes seraient-elles une forme d'agrippement verbale ? Pense-t-elle que si nous nous en allons, nous allons disparaître ?

C'est comme si elle avait fusionné en nous, comme si elle ne voulait faire qu'un avec nous afin de combler ce manque. Mais quel est ce manque ? Je me demande alors si en faisant cela Madame R cherche inconsciemment cette relation mère enfant. Une relation qui permet de construire les limites corporelles, un Moi-peau qui semble défaillant chez elle.

Pour que cette séparation soit moins vécue comme arrachante, pour elle comme pour moi, j'allume la radio de sa chambre. Et, en guise d'objet transitionnel, je glisse « Bobby », un chien en peluche qui est sur sa table de nuit, entre ses mains. Grâce à cela, ses agrippements s'amenuisent, j'arrive plus facilement à m'éloigner, je ressens moins ce sentiment d'abandon.

6.6 Mon vécu lors des séances

Lors de ses séances, je suis confrontée à une patiente qui me laisse perplexe. Je note dans ce suivi, une prédominance du psychologique sur le corporel. Durant toutes ces séances Madame R m'amène dans l'archaïque du très jeune enfant, cette régression me fait vivre une sensation d'agacement.

Comment dois-je entendre les tensions et émotions qui se produisent en moi lors des séances avec Madame R ?

Je suis moi-même traversée par une impression de vide face à cette dame. Les séances me paraissent souvent interminables. Je me demande alors si je ne vis pas cela par effet miroir de ce que peut vivre Madame R. Effectivement, face à sa démence et sa quasi-cécité, ses souvenirs lui échappent, sa perception de son environnement est fortement

entravée. Alors, je me demande comment et par quoi le psychisme de cette dame peut-il encore être nourri ?

6.7 L'inconnue potentielle pour résoudre l'équation

Depuis les beaux jours, accompagnée de Noémie, et des soignants disponibles sur place, nous mettons en place un atelier potager. L'aménagement extérieur nous permet d'inviter les patients de l'UHR dehors afin de semer, planter, manipuler, arroser, arracher, sentir, goûter ce qu'il y a dans le potager. Ce groupe étant ouvert, les personnes qui le souhaitent peuvent aller et venir d'une séance à l'autre.

Ce jour-ci, il faisait trop froid pour que l'atelier se passe à l'extérieur car la plupart des patients sont sensibles et frileux. L'adaptation étant au cœur de notre métier nous décidons de le faire dans la pièce de vie de l'unité.

Chaque mardi matin quand nous arrivons avec le chariot atelier potager où s'y trouvent les semis, cela suscite la curiosité et l'envie d'un certain nombre de résidents qui viennent alors l'examiner de plus près. Madame R ne fait jamais partie de cette majorité.

Cependant, ce jour-là, au moment où je franchis la pièce de vie, et que j'adresse un bonjour général j'entends une voix singulière. Madame R répond à ce bonjour en s'adressant à moi. Sollicitée par une autre patiente je ne peux pas lui répondre à l'instant, de ce fait, Madame R répète ce bonjour de plus en plus fort. Je m'approche vers elle, m'accroupis à sa hauteur et pose la main sur son épaule pour signifier que je suis là. Elle me demande alors « qu'est-ce qu'on fait ? », cette phrase qu'elle peut souvent employer n'est pas dite sur le même ton qu'habituellement. Ici, ce n'est pas une demande sans attente de réponse, c'est une demande adressée et je ressens une envie. Je lui explique alors que c'est l'heure de l'atelier potager mais qu'aujourd'hui nous le ferons à l'intérieur. Malgré nos invitations depuis le début de l'atelier elle n'a jamais voulu participer. Je lui demande si elle veut se joindre à nous, elle soupire et me dit « Vous savez, avec mes yeux je ne vois pas suffisamment ». Je suis interpellée par cette capacité de recul qu'elle peut avoir sur ses troubles. Je lui réponds que je peux rester auprès d'elle durant l'atelier et me substituer à la fonction de ses yeux en lui décrivant à voix haute, elle acquiesce.

La motricité est conditionnée par l'efficacité des sens, étant aveugle d'un œil et partiellement de l'autre elle semble tourner sa sensorialité vers elle-même. Elle semble s'enfermer dans ses conduites auto-sensuelles et n'est plus investie de fonction de relation.

Lorsque nous nous installons tous autour de cette table, Madame R me dit qu'elle a froid. Elle a souvent froid, alors qu'il fait très chaud. Suite à cela, je prends le temps de la border dans sa couverture comme nous avons l'habitude de le faire en début de séance.

Ce jour-là, nous sommes 10 autour de cette table, 4 soignants pour 6 patients. Dans la bonne humeur, agrémentée de blagues, de bienveillance et d'aide entre les patients et entre les soignants. Il y a une vraie dynamique qui s'installe pour échanger autour des saisons, de la nature, des fruits et légumes... Un réel plaisir est partagé, je me sens moi-même portée par ce groupe et par les interactions qui se créent alors qu'habituellement il y a peu d'échange entre les patients dans cette unité. Madame R est elle-même très présente, elle participe, mais pas avec ses demandes incessantes habituelles, non, elle répond au quiz, aux devinettes, et j'aperçois même un sourire lorsqu'un autre patient fait une blague. Cela se fait si rare, que chaque fois que Madame R prend la parole, la patiente qui est à ma droite se retourne, lève les sourcils en prenant un air étonné et même épaté par les réponses correctes qu'elle peut avoir. D'autres l'applaudissent, il y a un réel étayage.

Je me questionne alors sur l'importance du groupe. Ici, l'enveloppe supplémentaire formée par le groupe l'a probablement amenée à s'ouvrir sur le monde extérieur. Elle lui a permis d'être à l'écoute et dans le partage. Habituellement peu investie d'une fonction de relation vers l'extérieur, cette bulle groupale semble l'avoir amenée à davantage s'ouvrir.

Par ses comportements, Madame R me fait penser qu'elle se protège d'une relation à l'autre, qu'elle vit comme un danger, je mets ce comportement en lien avec sa maladie d'Alzheimer. Cela m'amène à penser qu'elle a vécu auparavant un contexte d'attachement insécure. Ainsi, dans la recherche continuelle d'un sentiment de sécurité, afin d'apaiser ses angoisses primitives et de combler la défaillance de son enveloppe psychocorporelle, Madame R semble mettre en place des moyens de défense. Ces processus sont probablement dus à sa démence de type Alzheimer et à sa personnalité état-limite.

Ces mécanismes de défense se retrouvent dans sa posture, dans ses cris, dans ses comportements d'auto-agrippements. Madame R reste dans une posture très passive, qui l'emprisonne dans son propre espace ne laissant aucune place à la relation avec autrui.

Est-ce que la corporéité du psychomotricien, sa malléabilité psychique et corporelle pourrait favoriser la reconstruction d'une enveloppe psychocorporelle de la patiente ? Et l'amener ainsi à réhabiter un corps vivant, construit et en relation avec son environnement ?

Pour répondre à ces questions, je parlerai dans ma partie théorique du vieillissement « normal » puis du vieillissement pathologique en essayant de définir l'impact relationnel d'une démence de type Alzheimer et d'une décompensation de type état-limite. Puis dans un second temps, il me semble important de parler de la construction de l'enveloppe psychocorporelle en détaillant entre autres le Moi-peau, et notamment de quelles manières elle peut être mise à mal. Pour finir, en troisième partie c'est la question de la relation qui sera exposée, en expliquant la construction des premiers liens et notamment l'importance du dialogue tonique et l'élaboration de l'empathie qui est un élément essentiel dans la relation intersubjective.

Partie théorique

Dans cette partie théorique j'aborderai le processus du vieillissement normal et pathologique en parlant notamment de la démence Alzheimer et de la personnalité état-limite. Pour poursuivre, j'expliquerai comment se construit l'enveloppe psychocorporelle et de quelle façon elle peut être mise à mal. Et enfin, je parlerai de l'importance de la relation interindividuelle en abordant la théorie de l'attachement, le tonus et pour finir l'empathie.

1 Du vieillissement « normal » à la pathologie

1.1 Le vieillissement

La personne âgée est définie par les économistes avec l'âge de la retraite. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les personnes entre 60 à 74 ans comme jeunes vieillards, puis de vieillards de 75 à 90 ans et enfin de grands vieillards au-delà de 90 ans.

D'un point de vu biologique, le vieillissement peut être défini tel un « Processus par lequel un organisme humain subit une série de transformations entraînant la dégénérescence de certaines cellules, ce qui provoque l'affaiblissement et le ralentissement des fonctions vitales et des modifications d'ordre physique, physiologique et psychique » (« Vieillescence », s. d.).

L'entrée dans la vieillesse, autrement dit la crise de la sénescence, est un moment qui s'avère être délicat et qui nécessite de nombreux réajustements afin de trouver un nouvel équilibre face aux changements qui surviennent.

1.1.1 Bien vieillir

Le « bien vieillir » peut être perçu différemment selon les cultures. L'occident, qualifié de plus individualiste, considère le bien vieillir comme le maintien de l'autonomie, fonctionnelle et cognitive. Effectivement, c'est la jeunesse et la beauté qui priment avant

tout. En revanche, la Chine, de tradition plus communautaire, valorise davantage ses aînés, elle se montre d'un plus grand respect envers les personnes âgées. D'ailleurs, au regard de la densité et du vieillissement de la population une loi permet aux personnes âgées d'exiger une aide financière et émotionnelle, comme par exemple l'obligation de visites régulières des membres de leur famille (Gangbe & Ducharme, 2006).

Cet exemple expose bien la diversité du « bien vieillir ». Effectivement, il n'est pas universel, il est propre à chacun. L'histoire de vie, l'environnement, plusieurs facteurs régissent le « bien vieillir ». Il existe même des guides pour « bien vieillir », mais selon moi le vieillissement est subjectif, il n'y a pas de règle générale qui peut être appliquée et permettre ainsi de vieillir sereinement. Non, l'idée est de bien vieillir dans sa tête, dans son corps et avec les autres.

1.1.2 Le travail du vieillir

Vieillir peut se faire passivement, nous pouvons regarder notre vie défilé sans en être acteur, en restant assis, à regarder le temps qui passe. Au contraire, nous pouvons être actif dans ce processus de vieillissement, c'est en cela que D. Quinodoz (2008) parle du « travail du vieillir ». Effectivement, le terme travail peut être défini comme un « ensemble des opérations que l'on doit accomplir pour élaborer quelque chose » (Larousse, s. d.). Ici, cela signifierait qu'il faut être acteur, il faut reconstruire l'histoire que nous avons vécue afin d'élaborer le vieillissement.

Alors, vieillir passivement serait regarder le temps qui passe en répétant inlassablement la routine du quotidien sans avoir d'intentionnalité sur notre quotidien. Au contraire, vieillir activement serait, certes, faire les gestes du quotidien, mais en essayant de reconstruire les moments passés, les harmoniser. D. Quinodoz (2008) utilise la métaphore de la bicyclette pour illustrer ces deux manières de vieillir. Il y a le personnage qui pédale sur un vélo d'appartement, celui-ci est dans la répétition du mouvement du pédalage, comme la personne âgée le serait dans son quotidien, mais sans but, sans avancer, en restant statique. Ou alors, il y a le personnage qui prend sa bicyclette, qui continue, certes à faire ce mouvement répétitif mais qui voit le paysage défilé, il voyage. Ce dernier serait celui de sa vie et cela lui permettrait de la construire comme une « histoire cohérente » et non une « juxtaposition d'évènements » comme le ferait le personnage sur son vélo d'appartement.

Cependant, pour pouvoir faire ce travail de vieillir, c'est-à-dire reconstruire sa vie en une histoire cohérente il est nécessaire d'avoir la capacité d'intégration. « L'intégration désigne un processus par lequel l'activité du système nerveux central permet l'unification de l'activité de l'individu » (Thomas, s. d.).

Effectivement, même si notre vie est teintée de multitudes d'événements, sans intégration de ces derniers il est impossible de les restituer et de les réorganiser afin d'en faire un tout cohérent. Les personnes qui ont peu de souvenirs ou qui ont des troubles mnésiques peuvent vivre un morcellement, car elles sont dans l'impossibilité de trouver une correspondance entre les événements qu'elles ont vécu. Leur propre vie manque alors d'unité ce qui peut retentir sur leur propre personne.

Le narcissisme subit des violents déséquilibres lors de la vieillesse. Le temps viendra modifier inéluctablement l'image de la personne vieillissante. Effectivement, son corps vieillit, et cela est irrémédiable. Certains pourront alors faire de l'activité physique pour ralentir ce vieillissement du corps. Cependant, l'importance du travail du vieillir ne se trouve pas uniquement physiquement, elle a toute son importance dans le psychisme. Effectivement il est nécessaire de faire un travail sur ce dernier, comme à tout âge certes, mais particulièrement pendant la crise de sénescence car cette période accroît la question de la destinée. De fait, plus on vieillit, plus on s'approche de la mort et cette question nécessite des réajustements psychiques. Ainsi, en continuant ce travail du psychisme un « Moi » suffisamment solide pourra continuer à évoluer et alors la personne vieillissante pourra trouver un nouvel équilibre.

« Ce n'est pas investir totalement les relations ou les désinvestir totalement, mais c'est trouver l'équilibre entre « investissement et désinvestissement ». Ce n'est plus « le trop » ou le « pas assez », mais « le juste assez » » (Cuisinier, 2019, p. 202). Alors, il serait nécessaire de continuer à tisser des liens sociaux diversifiés pour que si certains de ces liens étaient amenés à se rompre la personne puisse s'en référer à d'autres.

1.2 La pathologie

Le vieillissement pathologique ne se réduit pas aux parties que je détaillerai ci-dessous. Effectivement, il existe de nombreuses pathologies qui surviennent lors du

vieillesse. Je me contenterai de décrire celles qui concernent Madame R afin d'offrir les clés nécessaires à la compréhension de cette patiente.

1.2.1 Les démences, la démence Alzheimer

Historiquement la démence était définie comme la perte de la raison et la perte de soi; pour la plupart des personnes, la démence est associée à la folie. La recherche et la pluridisciplinarité ont pu élargir et préciser cette définition.

La démence est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée (OMS, 2021).

Due à un processus neurodégénératif la démence est progressive. Elle peut entraîner différents troubles dont des troubles mnésiques, exécutifs, praxiques, phasiques, psychologiques et comportementaux. Ces troubles s'expriment avec différentes intensités selon les individus et dépendent également du stade de la démence. Ils retentissent sur les capacités fonctionnelles de la personne dément. Avec la progression de la démence elle perdra de l'autonomie et deviendra de plus en plus dépendante psychologiquement et physiquement. Ainsi, les démences engendrent de profondes modifications cognitives et comportementales.

Je détaillerai ci-dessous la démence Alzheimer. Par ailleurs, il faut savoir que celle-ci n'est pas exclusive, il existe de nombreuses autres démences : à Corps de Lewy, Parkinson, vasculaires, les démences fronto-temporales, et bien d'autres que je ne citerai pas.

La maladie d'Alzheimer a été découverte en 1901 par un psychiatre allemand, Aloïs Alzheimer. C'est une maladie neurodégénérative qui se caractérise par l'apparition de lésions particulières : les plaques amyloïdes et la dégénérescence neurofibrillaire. En France c'est environ 1 million de personnes touchées par cette maladie, ce chiffre est en constante

augmentation car la population vieillit de plus en plus. C'est donc un problème sanitaire majeur ainsi que sociétal.

Actuellement, le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est difficile à établir. Différents examens peuvent être réalisés : les tests qui évaluent les capacités cognitives (comme le Mini Mental State Examination), les habiletés dans les activités de la vie quotidienne, l'Imagerie par Résonance Magnétique qui permet de voir les atrophies cérébrales potentielles, les ponctions lombaires, etc...

Aujourd'hui, il n'existe aucun traitement curatif, cependant, certains traitements médicamenteux peuvent agir sur les troubles cognitifs et comportementaux. Il existe des prises en charge non médicamenteuses qui tendent à améliorer la qualité de vie des personnes. Effectivement, d'évolution progressive elle mène généralement vers une perte d'autonomie qui nécessite souvent l'entrée dans un établissement spécialisé.

Les traitements non médicamenteux ont une place centrale dans la prise en charge de cette maladie. Les thérapies sont multiples, elles peuvent être basées sur la cognition (stimulation cognitive, revalidation cognitive), basées sur le corps (l'activité physique, le bien-être corporel), basées sur le comportement (les sens, la créativité) ou encore elles peuvent agir sur l'environnement. Cette liste est non exhaustive et les professionnels sont nombreux (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues...).

Dans la démence de type Alzheimer nous retrouvons des troubles cognitifs et des troubles psycho-comportementaux. Cependant, pour qu'ils soient pris en compte, il faut qu'il y ait rupture avec l'état antérieur de la personne. Les signes cliniques de la démence de type Alzheimer sont multiples. Certains, sont d'ordre cognitif, d'autres, d'aspect psycho-comportementaux. Les troubles cognitifs peuvent être les suivants :

Les troubles mnésiques : perte de la mémoire progressive, portant d'abord sur les faits récents (détail de la vie quotidienne, nom des personnes peu familières...) puis dans un second temps sur les faits anciens.

La désorientation spatio-temporelle : fluctuante puis permanente, la personne malade éprouve des difficultés à s'orienter dans le temps et l'espace. La laissant dans un flou constant, sans repère.

L'aphasie : c'est la détérioration du langage, ces troubles peuvent amener à la réduction de la communication, d'interaction.

L'apraxie : elle peut être réflexive (incapacité à réaliser des gestes arbitraires), visuo-constructive (incapacité à reproduire la perspective), idéomotrice (incapacité à réaliser des gestes symboliques) et plus tardivement peut apparaître une apraxie idéatoire (perte de la faculté de l'utilisation des objets, notamment pour s'habiller appelée dans ce cas une apraxie d'habillement).

L'agnosie : plus tardive dans l'évolution de la maladie c'est l'incapacité à reconnaître ou identifier des objets sans altération des fonctions sensorielles. Une prosopagnosie peut également être décelée qui signe la difficulté à reconnaître les visages.

Les troubles du jugement et des fonctions exécutives : la capacité à penser, à planifier, à organiser dans le temps, à contrôler un comportement peut être également altérée (Rigaud, 2001).

Ces troubles cognitifs sont étroitement intriqués aux troubles psycho-comportementaux, ils peuvent en être le facteur déclenchant et inversement.

Les troubles comportementaux et psychologiques sont souvent la cause de la diminution de la tolérance de l'entourage envers le malade. Il en existe deux types dans la démence de la maladie d'Alzheimer. Les symptômes déficitaires ou de retrait et les symptômes jugés comme perturbateurs.

Les symptômes déficitaires ou de retrait : on retrouve l'apathie, qui correspond à un émoussement affectif, il y a une perte d'initiative, d'intérêt et une absence de désir et d'émotion. Souvent transitoires et fluctuantes, on décèle également des manifestations de dépression. À ces dernières peuvent être associés des symptômes anxieux traduits par des appels à l'aide réitérés, des épisodes d'agitation motrice, des attaques de paniques...

Les troubles du comportement perturbateurs, dérangeants : on peut distinguer des manifestations d'opposition, d'agitation verbale ou encore des comportements moteurs excessifs et inappropriés. On peut notamment repérer de l'agressivité pouvant être vécue comme menaçante ou dangereuse pour l'entourage et le patient lui-même. On retrouve également des comportements moteurs aberrants comprenant des activités répétitives et stéréotypées sans but (déambulation, gestes incessants, attitude d'agrippement) en réponse

à l'anxiété. La désinhibition est marquée par des comportements impulsifs comme des paroles, des actes inadaptés en public, des cris traduits par des vocalisations itératives pouvant être compréhensibles ou non. Ou encore, des hallucinations (visuelles, cénesthésiques ou auditives) et pour finir des troubles du sommeil avec généralement des agitations l'après-midi.

1.2.2 L'impact relationnel de la démence Alzheimer

« Ce n'est pas seulement le patient mais la relation qui bascule dans la démence » (Charazac, 2009, p. 62). Effectivement, la démence Alzheimer atteint certaines zones du cerveau qui ont des rôles prépondérants dans la relation intersubjective. Comme relaté plus haut, il peut y avoir des troubles du langage, du jugement, des désorientations ou encore des troubles du comportement qui peuvent venir instaurer un climat confus, d'incompréhension et engendrer des réactions inappropriées. Ainsi, cela peut être une barrière à l'instauration d'une relation équilibrée.

La vulnérabilité n'est pas seulement celle qui est quotidiennement occasionnée par les déficits, elle est aussi en relation avec ce qui fait l'humain et notre place dans la société. La maladie d'Alzheimer n'est ni l'affaire d'une personne, ni celle de deux, mais bien celle de tout un système familial (Caire & Dulaurens, 2000, p. 3).

Le rythme des patients atteints de la maladie d'Alzheimer est bousculé, la toilette n'est plus à heure fixe, les repas non plus. Tous les rituels ancrés depuis longtemps se retrouvent perturbés, et s'oublent pour laisser place à une véritable désorganisation. La relation du couple aidant-patient bascule dans la confusion, l'incohérence, l'incompréhension.

« [...] la structure familiale est l'objet d'une cruelle désorganisation dans les modes de relations qu'elle a établis antérieurement » (Caire & Dulaurens, 2000, p. 4). Ainsi, le patient peut être amené à déménager dans un établissement, cependant, sa perte d'autonomie et sa dépendance ne lui permet plus de s'adapter à ce nouvel environnement. C'est alors aux soignants de s'adapter à lui. Cette dépendance est souvent mal vécue par le patient qui peut alors être amené à refuser l'aide proposée de façon violente.

Les personnes démentes nous interpellent dans leur étrangeté, ils perturbent la bonne marche de l'institution, ils ne sont pas conformes à ce que l'on pourrait attendre d'eux, ils ne comprennent pas ce que l'on attend d'eux. Ils peuvent s'élever contre le soin, contre leurs proches, contre eux-mêmes (Caire & Dulaurens, 2000, p.4).

De plus, la rupture des sens telle que la perte de la parole, la perte de la capacité de conversation peuvent également entraver la relation et engendrer un échec relationnel. « Le pari de la rencontre prend du temps pour connaître l'autre, et le reconnaître » (Caire & Dulaurens, 2000, p.4).

Face à cela, le soignant peut développer différents moyens de défense comme réduire l'investissement du patient dans le but de se protéger lui-même. Il pourra alors le mettre à distance et ne pas trop s'impliquer dans cette relation. Ou encore, nier ses éprouvés face à ce patient, mettre ses ressentis à l'écart, les éviter et donc être amené à faire des soins opératoires et non personnalisés. Alors, progressivement le patient dément Alzheimer se retire du rôle de sa vie, il sort de scène et se met dans les gradins, il n'est plus acteur mais devient spectateur de sa propre vie.

La mémoire et l'intelligence affective persistent tout au long de la vie et sont actives chez les sujets présentant la démence de type d'Alzheimer. Effectivement, le système d'attachement serait réactivé par un besoin de sécurité affective. Face à ce vécu angoissant la personne adresse des demandes à son entourage le conduisant à jouer un rôle maternant. Les personnes âgées ressentent le besoin de recréer une présence contenante et rassurante pour pallier leur sentiment d'insécurité.

1.2.3 Les organisation états-limites

Le terme « état-limite » est l'héritier de l'anglicisme « *borderline* » que nous pourrions traduire par « à la frontière de ». Beaucoup d'auteurs sont en désaccord pour définir ce trouble de la personnalité. Les avis divergent, au vu de mes lectures j'ai le sentiment que ce terme est un « fourre-tout » qui permet d'inclure des patients « inclassables ». Je me baserai alors sur l'histoire de la découverte des états-limites, puis sur la classification psychiatrique pour trouver au mieux une définition.

Si nous reprenons la théorie de Freud, le psychisme se cristallise, il s'organise en fonction des grandes lignes. Ainsi, notre psychisme serait un morceau de cristal, et si ce dernier tombe au sol, les failles prédéterminées aboutissent à des structures constantes : la névrose et la psychose. Cependant, cette théorie ne laisse pas place aux états-limites, c'est Jean Bergeret, en s'inspirant des travaux de Freud qui introduira les états-limites. Effectivement ils empruntent en partie aux registres de la névrose et de la psychose sans en produire un mélange homogène. Les états-limites sont une entité à variations multiples. On parle également de « *borderline* » ou de « troubles graves de la personnalité ».

Selon le DSM-IV, pour qu'il y ait un diagnostic d'état-limite il faut qu'au moins 5 des 9 critères suivants soient observés :

Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés

Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.

Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi

Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet

Répétition de comportements, de gestes, ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations

Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur

Sentiments chroniques de vide

Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère

Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères (*Trouble de la personnalité limite (Borderline)*, s. d.).

Selon André et al. (2004), l'angoisse est au cœur de la symptomatologie d'état-limite. Le patient peut ressentir une sensation de vide, d'ennui, l'anxiété n'est jamais évacuée mis à part dans l'agir. L'angoisse de séparation d'abandon, de perte d'objet est un critère singulier aux états-limites. Par la pauvreté des processus de mentalisation le patient a davantage recours à l'agir. Ce processus inconscient permet de ne plus être confronté à des représentations psychiques qui peuvent être intolérables.

La relation à l'autre est anaclitique c'est-à-dire que la solitude lui est insupportable car il est pris d'un sentiment de vide. Il a donc besoin de l'autre il est en recherche constant d'étayage, mais il faut qu'il puisse répondre à tous ses désirs et exigences. La sexualité du patient état-limite est chaotique et peut être addictive. L'agressivité est une façon pour eux de conserver l'estime de soi, c'est la façon pour le patient d'être en interaction avec son environnement. Le patient état-limite vit également des conduites addictives dans le but d'une hyperstimulation sensorielle permettant de remplir ce vide.

Les symptômes névrotiques sont instables, il peut y avoir des symptômes d'allure phobique, des idées d'allure obsessionnelle orientées vers la propreté et la santé du corps, les symptômes de conversion traduites par des plaintes somatiques. Face à ce vide et l'ennui, le patient état-limite déclare une dépression caractérisée par des accès de colère (André et al., 2004).

La personnalité n'est pas quelque chose d'immuable, elle subit des évolutions tout au long d'une vie, notamment chez la personne vieillissante. Mal connus chez les sujets âgés car leur diagnostic est difficile à établir, les troubles de la personnalité affectent le physique, la santé mentale et la qualité de vie du sujet vieillissant. Il peut alors en découler des risques de dépression, de suicide, d'isolement social et de démence. Ainsi, chez le sujet âgé état-limite, on observe une augmentation de dépression, de l'angoisse de vide et notamment une majoration des plaintes somatiques.

1.2.4 L'impact relationnel des organisations états-limites

Dans les relations interpersonnelles, les personnalités états-limites présentent une instabilité affective. Leurs relations sont souvent chaotiques, instables et conflictuelles. La personne exprime des changements entre idéalisation, dévalorisation et se montre dépendante envers l'objet. Sur le plan émotionnel, il y a souvent de l'impulsivité, un sentiment de vide et d'ennui et une perturbation de l'identité. Son angoisse d'abandon se traduit par une recherche de relations. Les colères sont explosives, l'agressivité n'est pas bien gérée. Chez la personne vieillissante son sentiment de solitude révèle des comportements d'anxiété pouvant être des passages à l'acte suicidaire ou abus de substances. La peur de l'abandon peut entraîner un comportement d'opposition, d'hostilité envers les soignants ou encore des demandes itératives.

Ces symptômes psycho-comportementaux dus à la démence de type Alzheimer et à la personnalité états-limites ont un lien étroit avec la défaillance de l'enveloppe psychocorporelle. Je vais ci-dessous détailler ce concept d'enveloppe psychocorporelle.

2 L'enveloppe psychocorporelle

2.1 La construction de l'enveloppe psychocorporelle

La figure de l'enveloppe me renvoie à l'idée qu'il y a deux espaces délimités par celle-ci, un espace interne et un autre externe. Elle permet ainsi de contenir ce qu'il y a dans l'espace interne tout en offrant un échange avec l'espace externe. Mais de quelle manière se construit-elle ?

L'enveloppe psychocorporelle suppose l'union de deux enveloppes, l'enveloppe psychique et l'enveloppe corporelle.

2.1.1 Une peau pour deux

L'embryon, dès ses premières secondes de vie est constitué de trois couches, l'endoderme, le mésoderme et l'ectoderme. Celles-ci constitueront plus tard les organes du bébé, c'est donc une première enveloppe physiologique, une première ébauche de la peau. Par ailleurs, une autre enveloppe corporelle est présente durant la vie intra-utérine, c'est le ventre de la mère qui la constitue. Le liquide amniotique, les membranes, les bruits et la chaleur constituent, durant la grossesse, les prémices de l'enveloppe psychique. Elles permettent notamment un dialogue entre l'embryon, le fœtus et sa mère. Durant cette période la mère rêve de son enfant, elle l'imagine, elle crée dans son imaginaire l'enfant qu'elle porte ce qui participe à nourrir l'enveloppe psychique.

L'enveloppe embryonnaire, l'enveloppe utérine et l'enveloppe psychique de la mère sont les premiers acteurs de la constitution de l'enveloppe psychocorporelle du bébé.

À la naissance, le bébé ne sera plus dans cette bulle protectrice que constituait la vie intra-utérine. Confronté au monde extérieur, moins isolé, il perd l'enveloppe utérine, sa peau sera en contact direct avec l'air. C'est donc sa peau qui deviendra la nouvelle enveloppe corporelle, elle délimitera l'intérieur et l'extérieur de son propre corps. Mais cela se fera

progressivement, car la mère par son portage, son enveloppement maternant, son regard, son toucher et sa voix viendra l'aider à créer son enveloppe psychocorporelle. Ces expériences corporelles vécues par le nourrisson, enveloppé par sa mère, permettront l'élaboration de celle-ci.

« Le nourrisson ne sait pas qu'il a un corps, c'est parce qu'il trouve le support du corps maternel qu'il peut vivre [...] qu'il éprouve peu à peu les contours de son enveloppe corporelle » (Gauberti, 1993, p. 1).

2.1.2 *Le Moi-peau*

La constitution de l'enveloppe psychocorporelle serait, entre autres, issue de la théorie psychanalytique du Moi-peau et basée elle-même sur des écrits antérieurs. Le psychanalyste D. Anzieu (1995) explique l'enveloppe psychique à travers l'enveloppe fondamentale : la peau. Pour lui, la peau n'est pas uniquement une enveloppe physique, physiologique, elle est notamment psychique. Ainsi les fonctions psychiques prennent appui sur les fonctions corporelles, elles ont un rôle central dans la relation à autrui.

Selon Anzieu (1995) le Moi-peau possède huit fonctions : la maintenance, la contenance, le pare-excitation, l'individuation, l'intersensorialité, le soutien de l'excitation sexuelle, la recharge libidinale et l'inscription des traces. Il dira plus tard que sa liste n'est pas exhaustive. Je ne décrirai pas toutes ces fonctions mais uniquement celles qui me semblent pertinentes pour la suite de mon travail.

La fonction de maintenance du psychisme : c'est la façon dont la mère soutient le corps de son bébé, développée par Donald Winnicott par le terme « *holding* ». Ainsi, le bébé intériorisera les mains de sa mère qui le portent, dans le but de vivre une unité et une solidité psychique. Le maintien du corps du bébé par la mère maintient en ce même temps le psychisme de ce dernier comme la peau qui maintient le corps dans une solidité et une unité. En d'autres termes, c'est un soutien, un socle axial sur lequel le Moi peut s'adosser.

La fonction contenante du psychisme : elle est assurée par le « *handling* » maternel, terme également développé par Donald Winnicott. Par les soins du corps, la mère joue la fonction du Moi-peau avant qu'elle ne se forme pour le bébé. Elle a le rôle en quelque sorte d'une enveloppe. Elle protège son enfant, elle sert de contenant.

La fonction pare-excitante du psychisme : comme la peau qui est une couche protectrice face aux agressions physiques, la mère a une fonction de protection envers son bébé. Sans elle il ferait face à des éprouvés trop envahissants ce qui l'amènerait à une désorganisation. Elle a le rôle de filtre afin de protéger son bébé des stimulations trop fortes. Plus tard, c'est l'épiderme qui se développera pour assurer cette fonction pare-excitante.

La fonction d'individuation : la peau par sa couleur, ses taches, son odeur est singulière à chaque individu. Le Moi-peau permet le développement du sentiment d'être unique, permet l'affirmation de l'individu car sa peau est personnelle.

La fonction d'intersensorialité : la peau est porteuse de divers organes des sens, le Moi-peau est une surface psychique qui relie les sensations entre elles.

Le Moi-peau, l'enveloppe psychique, s'organise en deux couches. Une couche interne qui fait le lien entre les stimulations externes et l'environnement interne. Celle-ci correspond à la surface du corps du bébé qui est une surface d'émission et d'inscription de message. L'autre couche, externe, correspond à l'environnement familial. Elle permet de contenir et transformer ce qui vient de l'extérieur, elle a une fonction de pare-excitation. (Anzieu, 1995)

Ainsi, une enveloppe correctement construite aura pour fonction première de ne pas se laisser envahir par des angoisses archaïques. Pour cela, le Moi-peau est formé par les soins maternels, grâce à l'expérience sensorielle d'une peau touchée, caressée, massée le bébé s'enrichit du corps propre de sa mère mais également de la relation qu'il a avec lui. Par ailleurs, l'environnement joue également un rôle primordial.

2.2 L'enveloppe psychocorporelle mise à mal

Les enveloppes ne sont pas immuables, elles subissent des transformations, des déformations, des perturbations. Elles sont confrontées à une dynamique. Comme l'enveloppe d'un grand brûlé peut être mise à mal par un traumatisme, tant du côté physique par ses marques apparentes que par des blessures plus profondes, psychiques que l'accident peut provoquer. Ainsi, l'enveloppe psychique peut également subir des violences, des remaniements tout au long d'une vie.

2.2.1 *La naissance et l'enveloppe psychocorporelle*

La naissance est un événement traumatique physique et psychologique, un bouleversement, tant du côté du bébé qui est confronté à ce nouvel environnement, que du côté du parent qui se retrouve face à l'image de son bébé qui n'est pas celle qu'il avait imaginée. Il doit faire le deuil de l'enfant imaginaire pour accepter cet enfant réel. Ce changement nécessite une adaptation face à ce nouvel inconnu. Alors, l'enveloppement du bébé par le parent ne peut pas être parfait, il n'est pas constant, il subit des variations.

Le bébé de son côté, arrive dans un environnement hostile faisant émerger de nombreuses angoisses archaïques. Il a donc besoin des enveloppements de la mère pour faire face à ce nouveau monde. Potel (2010) décrit les angoisses du nourrisson au début de sa vie. Effectivement, en l'absence d'enveloppe utérine il se retrouve face à un espace non délimité, illimité, et peut éprouver des sensations de morcellement de démantèlement, de liquéfaction. Et alors, si d'autres enveloppes ne lui sont pas proposées ces sensations peuvent évoluer en angoisses pouvant donner lieu à un sentiment d'insécurité.

2.2.2 *Le vieillissement pathologique et l'enveloppe psychocorporelle*

En vieillissant, la peau perd progressivement son élasticité, des rides apparaissent, marquant les années passées, le passage du temps et l'approche de la mort. D'ailleurs l'expression familière « vieille peau » employée pour désigner une personne aigrie, désagréable renvoie à une image péjorative de l'apparence d'une peau marquée par le temps. Nous pouvons voir ce qu'il en est de l'impact du vieillissement sur le Moi-peau.

Comme le dit explicitement Marion Péruchon « Dans la démence sénile de type Alzheimer installée, la destruction du Moi-peau se manifeste à travers l'effondrement de toutes ses fonctions » (Péruchon, 2001).

Effectivement la démence met à mal les enveloppes. La fonction de maintenance développée par l'intériorisation du « *holding* » n'est plus garantie, la dépendance à l'environnement étant totale la perte de l'objet amène à des agrippements à l'autre, à soi.

La fonction de contenance est également menacée, les limites dedans-dehors deviennent floues et les angoisses de vidage émergent. « Moi passoire qui laisse libre cours à la fuite des pensées et des souvenirs. » (Hoenner & Guardey, 2004, p.5)

Il n'y a plus de fabrication de souvenir, d'inscription, les traces mnésiques tendent à disparaître, le contenant est fissuré, il y a des fuites. De plus, le rôle de pare-excitation est à son tour en déclin, la fonction d'individuation n'est pas non plus maintenue, rendant les frontières entre le dedans et le dehors brouillées, il y a une perte progressive de l'identité. La carence de la fonction d'inter sensorialité répond à l'angoisse de morcellement.

Si l'on suit Anzieu (1995) pour qui « les déments ont un moi-peau passoire », la discontinuité de la pensée trouverait son origine dans la discontinuité des fonctions corporelles. Cette déliaison du corps et de la psyché dans le domaine médical constitue un facteur supplémentaire de morcellement de l'image du soi. (Charazac, 2009, p. 70)

Le terme d'enveloppe psychocorporelle est donc une notion psychomotrice car elle unit le psychisme et le corporel. Elle traduit le lien étroit entre la psyché et le soma. Physique et imaginaire, elle contient les différentes parties de notre corps mais également nos affects, nos pensées. L'enveloppe psychocorporelle définit notre entité, notre unité, notre identité.

L'enfant prend conscience peu à peu de sa peau grâce à la relation du corps à corps avec sa figure d'attachement. La naissance du Moi-peau est permise grâce à la relation entre une mère et son enfant, et donc par l'attachement d'une mère à son enfant.

La relation est donc fondamentale, un Moi-peau ne se forme pas sans relation et la relation dépend de la formation du Moi-peau. Pour comprendre cela je vais exposer dans la partie suivante le concept de la relation.

3 La relation intersubjective

Les relations sont fondamentales pour notre existence, notre équilibre psychique et notre santé. La problématique du lien est à penser au cœur des relations. Afin d'avoir une relation « saine » il est nécessaire de se placer ni trop loin, ni trop près, c'est un réel ajustement.

3.1 Être en lien, une des premières compétences

Bowlby a été élevé par des nourrices pendant les premières années de sa vie, ce qui l'a beaucoup travaillé et qui l'a probablement amené à se pencher sur l'attachement et ce qui en découle. Il s'y intéresse plus précisément en 1951 quand l'OMS lui demande un rapport sur les effets de la déprivation maternelle et l'importance de la continuité relationnelle pour le jeune enfant. Cette demande est donc faite après la seconde guerre mondiale alors que beaucoup d'enfants sont placés en pouponnières après avoir perdu leurs parents. Il élabore la théorie de l'attachement en 1969 en s'appuyant sur les observations des effets de privations et notamment sur les travaux de Spitz. Il s'est également inspiré des travaux de l'éthologie, des sciences cognitives et de la théorie de l'évolution de Darwin.

La théorie de l'attachement se base sur le lien d'attachement qui se construit de manière progressive et se renforce dans le temps en fonction des soins donnés. Il est spécifique à une relation donnée et unidirectionnel. Il va toujours de l'enfant vers la figure d'attachement (adulte).

« L'attachement est actif du berceau jusqu'à la tombe » selon Bowlby (cité par Boyer-panos, 2008, p. 5) : on naît avec ce besoin inné vital mais celui-ci sera présent jusqu'à notre mort. L'attachement ne concerne donc pas que les enfants mais également les adolescents, les adultes et les personnes âgées. Ce lien régit toutes nos relations. L'attachement peut être sûr ou encore insûr. Si ce lien est défaillant, l'enfant ressentira de la colère, du désespoir, et exigera constamment des manifestations d'amour de la part des autres. « La théorie de l'attachement développée par John Bowlby (1969) tente de décrire la dynamique des relations interpersonnelles au long cours » (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). Ainsi, ce comportement pourra continuer à l'âge adulte et engendrer des difficultés relationnelles.

L'attachement joue un rôle primordial dans les liens à l'autre, l'histoire de chacun spécifie le mode de relation à autrui.

3.2 La base pour échanger avec l'environnement

3.2.1 *Le tonus*

Il me semble pertinent de définir avant tout ce qu'est le tonus. Le tonus est la réaction du muscle à son propre étirement, la sensibilité d'un muscle à son propre étirement. Nous pouvons différencier trois types de tonus : le tonus de fond (ou de base) qui est la tension des muscles au repos, le tonus postural qui offre le maintien d'une attitude et de la station debout et pour finir le tonus d'action qui évoque les degrés de tensions d'un muscle participant à l'action.

3.2.2 *Un tonus en construction*

À la naissance, le nourrisson ressent son corps comme morcelé. L'hypotonie prédomine de la tête au tronc, la tête tombe en arrière. Par l'absence de tonus musculaire il y a une cyphose globale. Cependant, au niveau des muscles fléchisseurs des membres il y a une hypertonie. Grâce aux expériences corporelles mises en sens par l'environnement maternel et la maturation neurologique cette tonicité va devenir plus harmonieuse. La maturation neurologique se fait de façon proximo-distale et céphalo-caudale et alors vers 6 mois le bébé pourra commencer à réguler son tonus de fond.

3.2.3 *Des variations toniques pour être en relation*

Selon Ajuriaguerra (cité par Fortini, 2009) : qui s'est basé sur les travaux de Wallon et Spitz il élabore le concept du dialogue tonico-émotionnel. Celui-ci est mis en place dès les premières relations mère-bébé. Les variations toniques que peut avoir le bébé sont un moyen d'échange privilégié entre les deux personnes. Par son hypertonie et ses cris, le bébé exprime son état de malaise. En le prenant dans ses bras, la mère apaise son état de tension qui produit une satisfaction corporelle chez le bébé. Ici, c'est la tonicité et l'expressivité des deux protagonistes qui sont mises en jeu afin d'entrer en relation.

Ce lien étroit entre les émotions et le tonus de fond se poursuit tout au long de la vie. Ainsi, ces variations toniques nous amènent à reconnaître l'état émotionnel dans lequel nous sommes et nous amènent notamment à reconnaître celui de la personne qui est en face de

nous. C'est une communication infra-verbale, et communiquer signifie en latin « communicare » qui peut être traduit par « être en relation ».

3.3 L'empathie et son origine

Notre cerveau n'est pas en relation uniquement avec l'environnement physique, il est en constante interaction avec d'autres cerveaux.

L'empathie peut être vue selon différents points de vue. Je tenterai d'expliquer l'empathie en me basant sur les perspectives développementales des neurosciences sociales.

Une étape clé se produirait dès la naissance, que je nommerai « le partage des émotions ». Très tôt le bébé reprend les expressions émotionnelles de ses parents, ces imitations sont des proto-conversations. Par ailleurs, le parent reprend les grimaces de l'enfant, cela permet au nouveau-né d'internaliser celles-ci. La distinction entre lui et autrui n'est pas encore délimitée mais ces imitations amènent à une première différenciation. Par la suite, grâce à ses expériences et à la maturation de son système nerveux, la motricité du bébé s'accroît et il imite plus finement l'expressivité du visage de l'autre. Cette première étape est la base de l'empathie.

Pour que l'enfant puisse se préoccuper du sentiment de l'autre il faut qu'au préalable il ait fait la distinction entre lui et autrui et par conséquent qu'il puisse être capable de trianguler. Il acquiert cette notion grâce à l'attention partagée. Précédée par la désignation proto-impérative, la proto-déclarative se développe vers 12 mois. Ainsi, lorsque le bébé montre un objet, l'intention de ce geste signifie qu'il perçoit l'élément comme quelque chose d'extérieur, de désignable. Il ne le vit plus comme faisant partie de lui-même. On parle d'attention partagée car l'objet désigné est regardé par le bébé et notamment par le parent. La triangulation est alors établie. Face à la vue de cet objet, le parent aura une expression faciale, le bébé pourra alors faire le lien entre l'expression émotionnelle qu'il lit sur le visage du parent et la situation. Ceci permet le développement de la théorie de l'esprit, cette dernière permet d'interpréter et même d'anticiper la réaction émotionnelle.

L'élaboration du « jeu du faire semblant » qui débute dès 2 ans, est possible grâce à l'imagination de l'enfant. Par la simulation l'enfant va imaginer le point de vue de l'autre et le mettre en scène. Se mettre à la place de l'autre sous-entend identifier son émotion,

l'intention et le facteur qui a engendré la situation, en d'autres termes l'origine, le motif de la situation. (Georgieff, 2008)

Des études neurocognitives ont montré qu'au même titre que le fonctionnement des neurones miroirs il y aurait des mécanismes du système perceptif et émotionnel qui permettraient une activation commune entre soi et l'autre.

On sait maintenant que des systèmes « miroirs » neurocognitifs spécifiques sont mis en jeu dans la relation interindividuelle et qu'ils assurent l'activation commune chez soi et autrui de systèmes spécialisés dans la perception, la représentation et la production de l'action, de l'intention et de l'émotion. (Georgieff, 2008, p. 363).

Ainsi, d'autres facteurs interviendraient dans l'empathie, nous aurions dans notre système nerveux central des endroits spécifiques qui ont une place prépondérante dans la relation intersubjective chez l'homme.

L'empathie trouve son origine dans les interactions mère-bébé d'où émane le partage, la communication... Elle est le socle du partage de l'expérience entre deux humains. La relation à l'autre est essentielle pour sa construction en tant que sujet. L'homme s'appuie sur le milieu humain, il prend appui sur ce qui l'entoure pour s'épanouir, la relation est donc primordiale pour être au monde.

Au regard de ces éléments théoriques que j'ai pu expliquer je vais tenter dans cette dernière partie de répondre à la problématique suivante : comment amener Madame R à réintégrer son enveloppe psychocorporelle pour recréer le lien à l'autre et notamment à elle-même ?

Pour répondre à cela, je parlerai dans un premier temps des moyens de défense que j'ai pu repérer chez Madame R qui paraissent être un obstacle à la relation. Ensuite, j'exposerai mes tentatives de reconstruction de son enveloppe psychocorporelle afin d'expliquer, enfin, les conséquences relationnelles que cela a pu lui procurer.

Partie théorico-clinique

1 Les moyens de défense, une entrave à la relation

1.1 Les fonctions de l'enveloppe altérées

Au cours du soin avec Madame R, j'ai pu repérer l'altération de certaines fonctions de son enveloppe psychocorporelle. Connaissant peu son histoire de vie et la femme qu'elle a été, il m'est impossible de savoir si ces défaillances ont toujours été présentes chez Madame R ou si elles se sont développées plus tard. Anzieu (1995) explique que le Moi-peau des déments et des organisations état-limite est mis à mal. Madame R présentant ces deux caractéristiques je fais donc l'hypothèse que c'est en vieillissant que son enveloppe psychocorporelle s'est dégradée.

1.1.1 Des limites floues entre l'espace dedans/dehors

À mon sens, les séparations à la fin des séances transcrivent cette absence de limite entre l'espace dedans/dehors.

Effectivement, à chaque fois que je laisse Madame R à la fin de la séance, seule dans sa chambre, elle me demande en boucle « Et maintenant qu'est-ce qu'on fait Madame ? ». Je perçois cette question comme un agrippement verbal. Auparavant, Madame R a pu, selon les soignants, s'accrocher physiquement à eux, en s'agrippant à leur bras, leurs vêtements. Désormais, étant passive sur son fauteuil confort, il semblerait que c'est à l'aide de sa voix qu'elle s'agrippe à nous.

C'est comme si un arrachement se produisait lorsque je sors de sa chambre. Cela retranscrit bien cette relation anaclitique qu'entretiennent les patients états-limites expliquée précédemment. Une dépendance à l'objet, en l'occurrence, à moi à cet instant.

« C'est toute la question des limites « dedans/dehors » qui est ainsi contenue dans cette élaboration psychique d'avoir un corps fermé, avec des orifices permettant la fluidité

des communications (autant corporelles que relationnelles). » (Potel, 2010, p. 332). En l'absence de limite entre elle et le monde environnant son corps se fond en moi, c'est comme si elle venait utiliser ma propre enveloppe. Alors, lorsque je me retire de sa chambre, elle semble se retrouver dans un sentiment de vide, une angoisse de vide, comme si elle ne se suffisait pas à elle-même, comme si une partie d'elle s'était écorchée.

1.1.2 *La maintenance*

Comme expliqué précédemment la fonction de maintenance est normalement assurée par la fonction de « *holding* » de la mère. Elle maintient le corps de son enfant et amène un appui interne qui permet au psychisme d'être également maintenu.

Par ses cris, en appelant ses parents, Madame R remplit ce que je nommerai une fonction de décharge. C'est une agitation, certes, mais pas une agitation kinesthésique comme nous pourrions le voir chez un enfant hyperactif, mais une décharge de l'excitation interne qui ne peut plus être maintenue. Cette excitation s'échappe sous forme de cris. Ceux-ci amènent un certain niveau de tension dans tout son corps qui lui permet peut-être de ne pas s'effondrer. Ils lui offrent une fonction de maintenance physique et psychique en attendant un appui extérieur par le corps et le psychisme de l'autre. Cette décharge a peut être également une fonction d'appel comme le bébé qui ne peut répondre à ses besoins seul.

Sa posture en enroulement, en rassemblant ses hémicorps, les bras croisés, et les jambes également lui offre peut-être une sensation d'unité. Cette singularité peut être vue comme une tentative d'éprouver une symétrie autour de son axe vertébral, que ce sont ses membres qui sont accrochés autour de son axe qui est lui-même le lien central. Ce vécu d'unification, de cohésion pourrait également intervenir du côté de la maintenance du psychisme.

1.1.3 *La contenance*

La fonction de contenance est ressentie par le bébé lorsque la mère réalise les soins adaptés à ses besoins. Ici, une défaillance dans cette fonction amène de la discontinuité et une sensation, pour reprendre le terme d'Anzieu, de « sac » percé. Ce sac aurait des trous, des trous pouvant laisser passer, dans la situation de Madame R, ses pensées, sa mémoire.

La fonction de contenance physique et psychique de Madame R m'apparaît comme défaillante. Son onychophagie et son bruxisme sont des automutilations qui apporteraient, par ces stimuli douloureux une sensation de contenance. Cela semble être une « enveloppe blessure » pour pallier cette fonction de contenance carencée.

1.1.4 La fonction de pare-excitation

La fonction de pare-excitation est une fonction appartenant au Moi-peau. N'étant plus efficiente chez Madame R, ce n'est plus sa peau qui joue ce rôle mais ses muscles. Effectivement, l'hypertonie, je dirai même la carapace tonique que s'est créée Madame R, apparaît comme une seconde peau musculaire. Celle-ci a un rôle de barrière physique, perceptible, afin de créer une limite entre le dedans et le dehors de son corps. Cette carapace tonique se substituerait à la fonction de pare-excitation.

1.1.5 L'individuation

La peau révèle des indices visibles qui donne des renseignements sur l'identité de la personne. Par exemple, une peau ridée, marquée, donnera des indices sur l'âge de la personne, de l'individu. Ici, Madame R a l'apparence d'une vieille femme, physiquement elle ressemble à une personne de 85 ans. En revanche, lorsque je l'entends dans l'unité crier à l'aide, d'une voix de petite fille, cela produit un décalage entre son apparence, son âge et son comportement. Cela m'interroge sur cette fonction d'individuation du Moi-peau qui apporte normalement le sentiment d'être unique. Il semblerait que la démence lui fasse perdre son identité, ce sentiment d'être unique n'est plus préservé.

« *Cogito ergo sum* » cette célèbre locution latine employée par le philosophe et mathématicien René Descartes signifiant « Je pense, donc je suis » prend tout son sens chez cette femme.

Madame R colle toujours à mes attentes en répondant favorablement à mes propositions. Elle semble masquer sa personnalité pour combler cette perte de psychisme et cette perte d'identité spécifique à la maladie d'Alzheimer et notamment aux organisations états-limites. Elle met en place un faux-self, un faux-self qui me fait penser qu'elle ne pense pas par elle-même. Effectivement, elle est dans l'incapacité de prendre une décision. Sans trace de décision ni d'avis, et sachant très peu de cette patiente, ce qu'elle aimait faire, ce

qu'elle a vécu, il semble que cette femme ait perdu son identité. Le fait qu'elle ne pense plus ne lui permet plus d'exister tant dans son vécu physique que psychique. Son enveloppe a donc perdu cette fonction d'individuation.

1.1.6 *L'intersensorialité*

La peau est porteuse de surfaces et de cavités où sont logées les organes des sens. Madame R a perdu quasiment la totalité de la vue. C'est comme si cette fonction d'intersensorialité était altérée car tous les sens ne sont plus efficaces. Alors, peut-être pouvons-nous dire que son Moi-peau de la même façon a une carence dans son intersensorialité. Tous les sens ne peuvent pas être intériorisés et alors émane une angoisse de morcellement chez Madame R.

1.2 Les angoisses vécues par Madame R

Lors de la crise de la sénescence il peut surgir de nouvelles angoisses ou il peut venir renforcer celles déjà présentes. Pour Madame R, le « travail du vieillir » ne peut pas être correctement élaboré car ses troubles entravent ce processus. Alors, elle se retrouve confrontée à de nombreuses angoisses telles que l'angoisse d'abandon, notamment vis-à-vis de sa personnalité état-limite.

« Il existe chez les déments une importante angoisse de perte de l'objet perçu comme vital, cette angoisse de perte n'étant pas neutralisée se traduit par des comportements étranges » selon Myslinsky (cité par Constant, 1996, p. 88). Effectivement, sa relation interindividuelle étant anaclitique, dans l'UHR Madame R appelle de façon itérative pour essayer de combler ce sentiment de solitude.

Les défaillances de certaines fonctions du Moi-peau chez Madame R engendrent inéluctablement des angoisses de morcellement, d'intrusion, de vidage. Pour lutter face à ses angoisses qui émergent au regard de l'évolution de sa démence de type Alzheimer et de son organisation de type états-limites, Madame R s'agrippe à son propre corps.

1.3 Les auto-agrippements, conséquences d'une enveloppe défailante

Les auto-agrippements appelés également agrippements autosensuels, accrochages sensoriels ou seconde peau peuvent être observés chez tout type de population. Ces agrippements sont essentiellement une recherche de sensations, aucune représentation en émerge.

« En fait les auto-agrippements s'apparenteraient à des mécanismes de défense réactionnels et pathologiques. Ces procédés protègeraient leur Moi de son propre effondrement en fournissant à un niveau sensorimoteur des fonctions de contenance, de maintenance, de pare-excitation... » (Pagani, 2005, p. 6). Ils peuvent également être autodestructifs, auto-mutilatoires afin de ressentir la frontière du propre corps par la douleur qui en émerge. Ces conduites transcrivent une recherche de réassurance, une recherche d'unité psychocorporelle.

Je retrouve chez Madame R une posture d'enroulement, qui peut être perçue comme un auto-agrippement. Je la vois comme une tentative de rassembler ses deux hémicorps pour les relier autour de son axe afin de faire face à un schéma corporel morcelé, une angoisse de morcellement.

Sa carapace tonique semble être un accrochement sensoriel, une sorte de barrière entre le dedans et le dehors de son corps. Madame R s'agrippe à son tonus pour pallier au Moi-peau incomplet.

Pour le bébé, son enveloppe tonique lui permet normalement de communiquer avec son environnement. Celle-ci permet, entre autres, d'instaurer un dialogue tonico-émotionnel avec son parent, son environnement. Chez Madame R, cette communication n'est plus présente, sa fonction tonique est devenue tellement envahissante qu'une carapace s'est créée. Cette dernière ne laisse plus place à la relation, mais au contraire elle devient une barrière.

La logorrhée de Madame R permettrait de faire exister son corps dans l'environnement, de créer des limites spatiales. Peut-être pouvons-nous penser que les ondes causées par sa voix rebondissent sur les murs de l'espace dans lequel elle se trouve et lui

apportent des informations sur l'espace de la salle. Par ailleurs, en ressentant les vibrations de ses cordes vocales, de sa gorge cela pourrait aussi lui permettre d'instaurer ses propres limites corporelles.

Ses demandes incessantes permettent peut-être à Madame R de créer un espace contenant. Comblant son manque de contenance par cette stratégie l'amène à se couper de l'extérieur, de son environnement. Effectivement, ses cris et demandes incessantes sont des barrières pour la communication. Face à ce comportement, aucun soignant n'a envie d'aller vers elle afin de créer du lien, la tendance est même à l'inverse. Ainsi, Madame R est souvent isolée dans sa chambre lorsqu'elle crie, le moyen de défense des soignants face à cet envahissement sonore devient l'indifférence, le détachement. Mais cela est un cercle vicieux car Madame R est moins entourée et crie encore plus pour combler ce manque de contenance. Elle n'a plus assez de ressources pour communiquer d'une autre manière, c'est donc ici que les séances de psychomotricité prennent tout leur sens.

Je souligne ici l'aspect paradoxal des auto-agrippements qui semblent être une nécessité pour ceux qui y ont recours, mais qui parallèlement les enferment dans cette sensorialité exacerbée. Le lien avec leur environnement en est entravé, et, de ce fait, une possible intégration de leur Moi plus difficile (Pagani, 2005, p. 6).

Ainsi, tous ces procédés corporels que Madame R peut présenter c'est-à-dire : ses cris, ses persévérations verbales, sa posture d'enroulement, son bruxisme, son onychophagie et sa carapace tonique je les regrouperai sous le terme d'auto-agrippement. Ceux-ci offriraient un semblant d'étayage à la défaillance du Moi-peau, de l'enveloppe psychocorporelle.

Cependant, cela amène Madame R à s'enfermer dans son propre environnement, dans ses propres sensations et la coupe de tout contact extérieur. Madame R s'enferme dans ses sensations ne laissant pas de place pour la relation.

1.4 Le contre-transfert, une recherche d'élaboration

Le transfert peut-être défini comme « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. » selon Laplanche et Pontalis (cité

par Natanson, 2001, p.7). Il se distingue du contre-transfert que je pourrais définir comme une réaction inconsciente du thérapeute en réponse au transfert du patient. Ce contre-transfert n'est pas seulement à penser en termes de parole, comme pourrait le faire les psychologues. Nous, psychomotriciens, pouvons vivre ce contre-transfert car le corps tout entier parle.

Les séances avec Madame R me demandent beaucoup d'énergie. À chaque fin de séance je suis épuisée, à plat, vannée. Corporellement, en miroir à son bruxisme j'ai la mâchoire qui est extrêmement tendue, complètement contractée. Au contraire, en opposition à sa posture j'ai pu remarquer que je me tiens particulièrement droite, voir en hyperextension. Ce mécanisme est probablement un moyen de défense que j'ai mis en place afin de ne pas fondre complètement dans son comportement, dans ses angoisses. Au début de la prise en charge ce vécu corporel était pour moi difficile à vivre, je ne comprenais pas qu'une seule séance puisse m'abattre à ce point. Ces éléments bruts me faisaient violence, c'est en les analysant que j'ai pu prendre du recul.

Il me tient à cœur de parler du projet musical « *The Caretaker* » (Leyland Kirby, 2021). Ce dernier est composé de plusieurs pistes d'album, dont « *Everywhere at the End of times* » (Leyland Kirby, 2021) et il me semble pertinent de vous le partager. C'est un genre de musique particulier appartenant au Dark ambient qui se caractérise par des pistes longues et sombres sans rythmique particulière.

C'est un ensemble de six albums représentant les six phases de progression de la maladie d'Alzheimer, on les nomme d'ailleurs plutôt « stades » ou « phases » plutôt qu'album.

Cette maladie comprenant plutôt 7 stades d'évolution, selon certains auteurs, je fais l'hypothèse en écoutant les albums qu'une phase a été fusionnée entre les phases trois et cinq pour éviter de rendre le projet plus long qu'il ne l'est déjà.

Pas de refrain ni de parole, ici James Leyland Kirby a voulu retranscrire une émotion, un souvenir lointain. La musique étant numérisée depuis de vieux vinyles elle est altérée par cette transformation elle est aussi soumise à des distorsions, modifications et effets sonores dans le but de matérialiser les souvenirs qui s'échappent peu à peu dans la maladie d'Alzheimer.

Lors de l'écoute de cette œuvre nous nous enfonçons dans les méandres d'une lente agonie, un air de déjà vu entre deux pistes, les morceaux se répètent et pourtant ils semblent de plus en plus lointains et déformés, progressivement détruits par le temps qui passe et la maladie qui progresse. Les mélodies s'effacent peu à peu et laissent place à la confusion, tout devient abstrait et de plus en plus angoissant.

Je conseillerais l'écoute du stade 5, qui m'apparaît être le stade dans lequel se trouve Madame R mais il est également important d'écouter le premier stade pour se représenter l'évolution. Effectivement, en écoutant cette phase de 1h05 je ressens de la confusion et de l'horreur. Tout se mélange, s'enchevêtre, plus rien n'a de sens. Les répétitions et les ruptures peuvent laisser place à des moments plus calmes, l'inconnu semble parfois familier dans un vague air de déjà-vu. Puis, il disparaît soudainement dans une abstraction totale. Peu à peu je me sens perdue dans l'épais brouillard des pensées qui sont insaisissables. La solitude grandit de plus en plus. C'est en écoutant cette musique, en me plongeant dans cette ambiance musicale, que j'ai pu prendre du recul sur ce que Madame R me faisait vivre en séance, un sentiment de vide, une place vacante dans la séance. Analyser ce contre-transfert m'a permis de restaurer ma propre identité mais également, à mes yeux, celle de Madame R.

C'est en prenant du recul, en m'appuyant sur ce que Madame R me faisait vivre que j'ai pu avoir une autre lecture de ses troubles. Alors, j'ai pu interpréter ses comportements différemment, effectivement, les auto-agrippements m'apparaissent comme des moyens de défense pour combler ce manque d'enveloppe. Cependant, cela l'amène à s'enfermer sur elle-même. Dans le but de diminuer ces troubles, j'ai essayé par différents moyens de reconstruire son enveloppe psychocorporelle.

2 L'enveloppe, en corps, à reconstruire

Le vieillissement et la pathologie ont marqué Madame R dans son intégrité psychocorporelle. Son enveloppe corporelle est défaillante et son psychisme n'est plus contenu. La porosité de l'enveloppe psychocorporelle m'amène à penser que puisqu'elle s'est déconstruite, transformée, alors elle peut également être reconstruite.

Pour essayer de restaurer son enveloppe psychocorporelle il me semble pertinent de renouer avec les expériences que nous avons pu vivre étant enfant, entre autres, l'expérience

de la contenance physique et psychique. Cette décision n'a pas été facile à prendre, je me suis longtemps questionnée sur la pertinence de proposer ces temps d'enveloppement qui peuvent être vécus comme une régression. Je me suis demandée si ces expériences n'allaient pas renforcer cette sensation de floue que Madame R vit, cette confusion identitaire qu'elle doit ressentir entre ses comportements faisant écho à son enfance et son âge réel.

Pour comprendre cela, je vais expliquer mon travail en psychomotricité autour de la reconstruction des enveloppes, notamment par le toucher, le son et par le cadre mis en place.

2.1 Le toucher

L'enveloppement est sans doute un temps de régression pour chercher à retrouver les sensations vécues précocement dans le ventre puis dans les bras de la mère. Comme Emilie Charpentier cite Christian Lefèvre « Le toucher, indispensable au jeune enfant, l'est autant à la personne âgée [et] il apparaît aussi humanisant au début de la vie qu'en fin de vie » (Charpentier, 2014, p7).

Nous avons vu l'importance de l'expérience corporelle de la mère envers son enfant pendant la construction de son enveloppe psychocorporelle. Ici, l'idée est d'offrir par le toucher cette expérience afin de retrouver cette enveloppe.

2.1.1 *Le toucher et le dialogue tonique*

Le toucher permet d'établir une communication non verbale avec le patient, grâce au dialogue tonique.

Alors, même si nous ne portons pas littéralement Madame R en séance, les bercements et nos pressions contenant font appel à la notion de « *holding* » de Winnicott. Ce dernier permet d'intégrer la fonction de maintenance de l'enveloppe psychocorporelle. Pour cela, il est important de s'ajuster toniquement à ce que peut vivre Madame R. En trouvant ma propre régulation tonique cela doit permettre à Madame R de trouver la sienne. Cette notion trouve ces limites chez elle, malgré nos ajustements de vitesse, balancements, etc. Madame R garde continuellement cette carapace tonique. Je pense qu'en brisant cette carapace tonique d'autres angoisses pourraient émerger. C'est probablement, un moyen de défense trop ancré chez elle pour pouvoir s'en séparer.

2.1.2 *Les pressions contenantes*

Le toucher est une médiation centrale dans le travail du psychomotricien, il existe plusieurs types de toucher thérapeutique comprenant chacun leurs spécificités.

Dans le cadre des séances, je dirai que les touchers que je propose à Madame R sont un mélange de toucher-massage et d'enveloppement sec. C'est un toucher massage dans la globalité du corps, avec une proposition d'un contact contenant, enveloppant et structurant mais pas en contact direct avec la peau.

Effectivement, le contact direct avec la peau de Madame R n'est pas possible, il est déstructurant. Madame R nous dit constamment qu'elle a froid ou mal lorsque nous la touchons peau à peau. C'est comme si l'on venait directement toucher sa chair, comme si cette barrière peau n'existait pas. Pour cela, en substitut de sa peau naturelle nous l'enveloppons dans sa grande couverture du cou jusqu'aux pieds.

En raison de la démence, les fonctions du Moi-peau subissent une désintégration massive. On peut alors penser que le toucher thérapeutique amènerait une sécurité, une contenance. Alors de chaque côté, Noémie et moi effectuons des pressions sur tout son corps, en partant du haut du corps pour finir vers le bas. Ce temps est pour moi une rencontre tactile avec Madame R, les paroles s'avèrent inefficaces c'est le toucher qui a ce rôle. Son corps étant essentiellement un corps objet, un lieu de soin pour sa toilette, proposer ce toucher lui permet je l'espère, de se sentir considérée, reconnue et vivante entre nos mains.

J'essaie de lui faire vivre un moment de solidité relationnelle, d'unité corporelle, de contenance pour amener Madame R à diminuer ses angoisses de morcellement et d'intrusion en restaurant son Moi-peau. D'ailleurs, lors d'une séance où nous l'enveloppons elle m'a demandé « qu'est-ce qu'on fait ? » je lui ai répondu « nous sommes avec vous » et elle a pu me répondre « En compagnie... ». Ce toucher thérapeutique auprès de Madame R semble lui offrir un temps vécu et le sentiment d'être en relation, mais cela ne m'apparaît pas suffisant.

2.2 L'enveloppe sonore

2.2.1 *La voix*

Le silence peut-être source d'angoisse, car il renvoie au vide, au néant. Madame R investit beaucoup le sens de l'ouïe, c'est un canal de communication privilégié puisqu'elle a perdu presque la totalité de sa vue. Lorsqu'elle n'entend rien, elle se retrouve face au vide, elle ne peut pas utiliser la vue pour voir ce qui se passe. Cela a tendance à l'angoisser, c'est d'ailleurs peut être une raison de ses cris, combler le vide, combler cette angoisse qu'elle peut vivre face au néant.

La voix permet d'être en lien à distance, c'est un toucher sans contact. Ici, dans le cas de Madame R la voix permet au contraire d'éloigner les choses, de créer une barrière aux choses qui sont vécues comme trop internes. « Le sonore introduit, plus tôt que le tactile, les notions d'extérieur et d'intérieur » (Castarède, 2001, p. 20). En d'autres termes, parler permet d'instaurer une distance relationnelle qui amène à se différencier de l'autre. La voix serait donc à la fois un appel à l'aide et en même temps une tentative de se différencier.

2.2.2 *Miroir, mon beau miroir*

En absence de vision, mes descriptions à voix haute de ce que je vois d'elle, servent de fonction miroir. D'ailleurs, Anzieu (1995) développe, la notion de « miroir sonore » (Anzieu, 1995, p.196). Selon lui, l'enfant va pouvoir par les émissions sonores de sa mère et de l'environnement, percevoir quelque chose de lui.

Ici, mes paroles ont pour but de faire écho à ses éprouvés, afin qu'elle puisse se représenter elle-même son corps vécu et en lien et ainsi abaisser les angoisses et entrer en relation de manière plus apaisée et différenciée.

Par ma voix, mes mots, j'ai pris l'habitude de lui décrire l'espace qui l'entoure, ce qui se passe dans son environnement. Cela l'amène souvent à s'apaiser dans les moments de panique quand elle est dans la salle de vie et qu'il y a de l'agitation. Effectivement, l'enveloppe psychocorporelle, par sa fonction d'intersensorialité, participe à l'intégration des différentes sensations. Madame R, entend, mais ne peut pas se représenter ce qui se passe

autour d'elle. Sa fonction d'intersensorialité n'étant plus efficiente en raison de sa quasi-cécité, je lui permets, dans l'instant, de la restaurer et ainsi de faire le lien entre ses sensations, notamment le lien entre l'ouïe et la vue.

2.2.3 *L'enveloppe musicale*

Lors des séances avec Madame R je trouve pertinent d'utiliser les bénéfices du mantra. L'étymologie du mot « mantra », issue de l'Inde, serait un « instrument de pensée ». Il y a plusieurs siècles, les mantras étaient utilisés dans les rites religieux, actuellement ils sont plutôt un outil d'aide à la méditation. Leur mise en pratique constitue à répéter en chantant ou parlant, à voix haute ou dans sa tête un mot, ou plusieurs. Grâce aux vibrations et à la résonance de ces mots cela retentit dans tout le corps.

Certes, les mantras peuvent être vus comme de curieuses prières « magiques » chantées par les gourous, mais en dehors de cet aspect religieux, par ma vision de psychomotricienne je leur trouve des fonctions intéressantes.

Durant les soins avec Madame R je choisis un mantra avec des propriétés très vibratoires, composé de quatre mots, « *Lokah, Samastah, Sukhino, Bhavantu* », qui reviennent en boucle accompagnés d'une flûte traversière, d'une guitare et de quelques percussions. Même si Madame R ne dit rien, ne reprend pas à voix haute ces mots et garde un tonus élevé, Noémie et moi-même chantons ensemble autour d'elle. Le vibratoire de nos voix et la musique construisent une ambiance enveloppante dans la salle et laissent la possibilité à Madame R de s'en imprégner. Ainsi, cela l'amène à souffler, soupirer, et abaisser sa respiration afin qu'elle soit davantage abdominale. Cette enveloppe sonore vient créer une bulle autour de nous qui forme une véritable contenance.

2.2.4 *La fonction pare-excitante*

Selon Bion, l'activité maternelle viendrait substituer l'absence de l'appareil à penser du bébé. Pour jouer sur les mots je dirai même que la mère devient l'appareil à « panser » du bébé. Effectivement, les stimuli bruts, nommés éléments bêta par Bion, trop désorganisateur pour le bébé sont transformés par la mère. En quelque sorte, la mère apaise le bébé par cette capacité de transformation. Les éléments bêta sont alors transformés en éléments appelés alpha assimilables par le bébé. (Potel, 2010).

Peut-être alors peut-on faire le lien entre mon attitude en séance et celle de la mère envers son enfant. Certes, cette analogie a ses limites, car les liens que je tisse avec Madame R ne sont pas aussi intenses que ceux présents entre une mère et son enfant. Cependant, par la déficience de sa vue, et de son enveloppe, Madame R vit les bruits extérieurs comme déstabilisants et cela la désorganise. Ces éléments seraient alors les éléments bêta décrits par Bion, et par mes capacités de transformation, de métabolisation, je transforme ces derniers en éléments alpha. Mon outil de transformation est ma voix, grâce à cette dernière, je décris les bruits extérieurs en expliquant à quoi ils correspondent, et ce que cela me fait vivre à moi aussi. Ceux-ci permettent à Madame R de les accepter et de s'apaiser.

Par ma fonction alpha je viens suppléer la déficience d'une des huit fonctions du Moi-peau, celle de pare-excitation de son enveloppe psychocorporelle.

Ces temps d'enveloppements tactiles et sonores relatés dans cette partie ne peuvent pas être bénéfiques si un cadre suffisamment sécurisant ne les borde pas.

2.3 Le cadre thérapeutique

Le cadre ce sont les limites d'un tableau, un contenant, une bordure. En art par exemple, il permet de délimiter l'intérieur et l'extérieur de l'œuvre, il encadre l'œuvre. Ici, en psychomotricité, le cadre est thérapeutique.

C. Potel le définit comme « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre » (Potel, 2010, p. 321). C'est-à-dire qu'il contient la thérapie, le terme contenir est à mon sens un peu fort car il me semble que le cadre thérapeutique nécessite une certaine souplesse car il est en continuel ajustement. Alors, il me semble pertinent de mentionner le cadre, car c'est un élément important dans la relation. Grâce au cadre des séances il s'agit d'offrir à Madame R un vécu contenant et sécurisant.

2.3.1 *La temporalité du soin*

À l'aune de la rythmicité des premiers soins maternels envers son enfant, il me semble nécessaire de garder une rythmicité au sein des séances et notamment au sein du soin.

Cette temporalité du soin est venue prendre tout son sens quand le cadre a été mis à mal. Une rupture inattendue, due à la crise sanitaire, de plusieurs semaines dans les séances a rappelé l'importance de l'assiduité de celles-ci. Ce temps est venu marquer un silence dans les soins, un silence que je n'ai pas pu prévoir ni prévenir. Alors, lorsque nous nous sommes retrouvées, même après avoir pris le temps nécessaire pour lui expliquer ce qu'il s'était passé tout était revenu à zéro. Je retrouvais Madame R comme le premier jour où je l'ai rencontrée, désorganisée.

C'est d'ailleurs cette rupture qui m'a permis de m'apercevoir que nous avons finalement commencé à tisser des liens. C'est en voyant la différence brutale de son comportement, entre avant et après cette césure, que j'ai pu percevoir son progrès.

Pour Madame R, la rythmicité dans le soin, un soin continu est une notion importante. Ceci permet, du côté de Madame R de sentir que le lien thérapeutique est solide et cela lui offre une sensation de contenance et de sécurité relationnelle.

2.3.2 Un cadre pour trois

Telle une mère à l'égard de son enfant le psychomotricien éprouve de l'empathie envers son patient. Cependant, il est nécessaire d'inclure une distance relationnelle physique et psychique afin de pouvoir prendre du recul et s'ajuster au mieux au soin.

La décision de faire les séances à trois, Noémie, Madame R et moi-même n'a pas été prise au hasard. Effectivement, Madame R est en collage, lorsque je suis seule avec elle je sens qu'elle se fond en moi. C'est comme si elle tentait d'utiliser ma propre enveloppe en substitut de la sienne. Seule avec cette patiente cela ne me permettait pas d'établir une distance relationnelle suffisante. Je me sentais envahie et je n'arrivais pas à prendre le recul nécessaire afin d'avoir un espace de pensée. Ainsi, pouvoir faire une triangulation dans la relation nous a permis, Noémie et moi-même de ne pas se laisser envahir et de préserver nos propres enveloppes.

2.3.3 Le respect du rythme

Au début de la prise en charge de Madame R, avec beaucoup d'ambition, de bonnes volontés et de propositions mes objectifs pour elle étaient démesurés. Effectivement, par le vieillissement, la maladie et les traitements il se produit un laborieux travail psychique que j'imagine énergivore pour elle. Il a fallu que je me mette en tête qu'elle n'avait peut-être

plus envie de se mettre en mouvement, qu'elle avait envie de se reposer. D'ailleurs, ses réactions face aux propositions dynamiques que je lui proposais au début du soin transcrivaient bien cette fatigue corporelle et psychique. Je me suis donc interrogée et remise en question dans l'optique de m'adapter et ne pas m'acharner dans mes propositions.

C'est ainsi, dans une dynamique plus apaisée, que j'ai pu m'ajuster au mieux à son rythme au sein des séances et créer alors un cadre contenant et valorisant en lui proposant des temps d'enveloppement.

Le psychomotricien joue donc une place centrale dans l'étayage de l'enveloppe psychocorporelle. Par la médiation par son cadre et notamment par d'autres enveloppes qu'il offre au patient; sa voix et son enveloppe tactile. Par ailleurs, en psychomotricité, la sphère relationnelle a une place centrale. Madame R, comme beaucoup d'autres personnes âgées, a tendance à se refermer sur elle-même. Il me semble primordial, dans le but de retrouver un élan vital, de l'ouvrir à la relation, sur le monde.

3 Une ouverture relationnelle

3.1 Vers une diminution des auto-agrippements

Comme expliqué précédemment, pour se défendre de ses angoisses et « réparer » son enveloppe, Madame R a recours à des auto-agrippements. Ces agrippements corporels lui apporteraient un sentiment d'enveloppe.

L'idée est de reconstruire son enveloppe psychocorporelle, afin de libérer Madame R de son auto-maintien, par les propositions expliquées ci-dessus. Effectivement, les auto-agrippements réduisent la possibilité de s'accorder dans la relation à l'autre. Alors, afin de l'accompagner dans une ouverture relationnelle il est nécessaire qu'ils s'amenuisent.

Grâce à la rythmicité des séances, au cadre sécurisant que nous avons proposé, ainsi que les pressions contenantes par le toucher et le bain sonore, nous avons amené Madame R à se détacher de ses auto-agrippements. Effectivement, ce cadre suffisamment sécurisé l'amène à diminuer voire arrêter son bruxisme, son onychophagie, ainsi que ses demandes

itératives sur le temps de la séance. En revanche, sa posture d'enroulement, de rassemblement que je qualifierai de position fœtale a persisté.

C'est comme si nos propositions étaient venues substituer une partie de ses auto-agrippements et donc étaient venues la libérer de ces comportements qui l'enferment sur elle-même. Ainsi, j'imagine que le cercle vicieux de son enfermement relationnel pourrait être cassé. Effectivement, en découvrant un sentiment de soi, de sécurité et de l'intérêt à être en relation, des comportements adaptés pourront peut-être réémerger chez Madame R.

Comment vivre l'absence de l'autre ? Lorsque nous la laissons seule dans sa chambre, cette enveloppe que nous avons créée ne semble pas persister. Elle se retrouve alors de nouveau confrontée à cette enveloppe percée. Face aux difficultés de séparation, la mise en place de l'objet transitionnel semble être une solution. Effectivement, les transitions sont moins brutales lorsque je mets la musique sur sa radio que je lui laisse Bobby, sa peluche chienne, entre ses mains, cela lui permet de s'accrocher à un autre objet que nous. Dans ce cas, lorsque nous nous en allons, Madame R crie moins, elle est moins dans l'agrippement verbal.

Cependant, cette enveloppe que nous lui apportons en séance ne semble pas suffisante. Madame R diminue ses auto-agrippements, elle ne semble plus enfermée dans ses sensations, mais cela ne l'amène tout de même pas à s'ouvrir relationnellement.

3.2 L'empathie qui fait défaut

Être en relation c'est avoir conscience que l'autre existe en tant qu'autre et tisser des liens avec lui. Faire preuve d'empathie est nécessaire à la relation, cela permet de considérer l'autre et d'être au plus près de ses émotions. Dans l'unité, les patients font rarement preuve d'empathie, ils ont perdu cette notion ce qui entrave grandement leur relation. De plus, la communication étant entravée cela entraîne parfois des situations conflictuelles.

Par sa dépendance spécifique de la relation anaclitique des organisations états-limites Madame R a des difficultés de triangulation. Lorsque nous faisons les séances à trois, elle s'accroche souvent à l'une de nous ne laissant pas de place à la triangulation. De plus, à cause de sa quasi-cécité, Madame R n'est plus en capacité de voir, de lire les expressions émotionnelles sur les visages.

La perte de limite entre elle et l'extérieur, le manque de triangulation et son déficit visuel entravent donc la capacité d'empathie. Effectivement, comme expliqué précédemment, l'acquisition de la triangulation chez le bébé et la capacité de lire les émotions sur le visage de son parent sont les bases de l'empathie. Pour elle, ces deux fonctions ne sont plus possibles, en ajoutant à cela la détérioration de son enveloppe et la perte d'identité, cela génère une situation de confusion. Celle-ci engendre une perte progressive de cette fonction d'empathie. Madame R n'étant presque plus en capacité de se préoccuper du sentiment de l'autre, le partage des émotions est donc difficile, et par là même, la relation interindividuelle est mise à mal.

Pour pallier cela, la voix me semble être une des solutions. La prosodie de la voix est une fonction importante, à défaut d'une expression du visage la prosodie est une expression verbale qui donne des informations importantes sur les émotions. La voix associée à une description orale de mes émotions ou des émotions des autres patients l'entourant lui permettent parfois d'en prendre considération.

Effectivement, je me souviens d'une fois où j'étais dans l'UHR auprès d'une autre patiente, Madame Y, car celle-ci était agitée. Cette patiente, je la prends également en soin en séance individuelle, et je travaille avec elle la gestion de l'agressivité car elle a des accès de violence envers les autres résidents. Celle-ci a une hypersensibilité aux bruits, et ses comportements violents sont souvent en réponse à un fond sonore trop important. Ce jour-là, Madame R criait en appelant ses parents dans la salle à manger. Je voyais Madame Y excédée par ces cris. Alors, dans le but de prévenir ses comportements agressifs, je suis allée auprès de Madame R lui expliquer la situation. Je lui ai dit que Madame Y était énervée à cause de ses cris. Celle-ci prit alors mes paroles en considération et s'arrêta de crier.

Ici, par ma fonction pare-excitante, j'ai permis à Madame R d'identifier l'émotion de Madame Y et ainsi, elle a pu s'arrêter de crier. Je pense que j'ai été le médiateur qui a permis sa capacité d'empathie, et donc, entre autres, une ébauche d'ouverture relationnelle.

3.3 Le groupe, une solution ?

Dans le groupe « atelier potager » que j'ai pu décrire plus haut, les patients sont réunis autour d'un intérêt commun, le potager, parfois autour d'une table parfois dehors. Nous, les thérapeutes, avons pour rôle de tampon, un tampon qui permet auprès de chaque patient de

décrire ses émotions pour qu'elles soient accueillies ou non par l'autre. Permettant ainsi, au patient d'accéder plus facilement à l'empathie et d'éviter les situations conflictuelles.

Étayée par le groupe, Madame R est passée d'une posture passive seule, à une posture active. Elle n'a pas pris d'initiative motrice mais des initiatives verbales qui sont importantes pour s'ouvrir à l'autre. Elle répondait au quiz, lorsque je lui reposais la question. Les applaudissements du groupe lorsqu'elle répondait juste la valorisait et l'ont probablement amenée à s'investir encore plus. Nos rires en réponse aux blagues d'un des patients amenaient chacun à rire à son tour, notamment Madame R.

Son enveloppe psychocorporelle, seule, étant insécure, le groupe a pu substituer son rôle. Elle s'est sentie suffisamment en sécurité dans cette enveloppe groupale pour s'ouvrir à son environnement et même accepter que l'environnement vienne à elle.

3.4 Des sensations en relation

Je me demande comment lui apporter un étayage supplémentaire pour qu'elle s'enferme moins dans ses sensations et qu'elle puisse s'ouvrir à son environnement.

Des sensations en relations ! C'est lorsque ces mots ont retenti dans ma tête que j'ai eu l'idée de mettre en place un atelier sensoriel. J'ai établi le projet mais au vu de la crise sanitaire et de la situation à l'hôpital il n'a pas encore pu être mis en place. J'espère qu'il le sera avant la fin de mon stage.

L'idée étant de créer un « chariot sensoriel », une fois par semaine je viendrai avec ce chariot dans le but d'inviter les patients de l'UHR à se joindre à moi. L'atelier débutera par un temps « d'échauffement » où chacun se présentera en faisant tourner un objet, en cercle cela pourra former un premier cercle contenant. Ensuite, chacun pourra se saisir des différents objets sensoriels et pourra les découvrir, les toucher, les sentir, les gratter... Et ultérieurement il pourra l'échanger avec quelqu'un d'autre. Ainsi, Madame R et les autres patients pourront s'accrocher à un objet, cela pourra favoriser une première ouverture dans sa quête sensorielle. « Dans l'expérience de son corps en mouvement mais aussi dans le percevoir, dans le sentir, l'être affecté, le sujet a la possibilité de s'éprouver dans le rapport au monde [...] peut se connaître, se révéler à lui-même... » (Rigaux, 1997, p. 11). Ainsi, grâce

aux sensations corporelles et l'enveloppement Madame R pourra peut-être se retrouver et s'ouvrir relationnellement.

Elle pourra alors s'accrocher à l'enveloppe groupale puisque la sienne manque d'autonomie. Avec le groupe, ses limites et le soutien de chacun peut-être que cet environnement favorisera l'ouverture d'un nouvel accès à une enveloppe psychocorporelle unifiée. De plus, l'idée du chariot est de le laisser dans la salle commune, pour que même en dehors de l'atelier, au cours de la semaine, les patients puissent s'en saisir et continuer à l'explorer, l'investir et pourquoi pas devenir un objet médiateur pour entrer en relation. Effectivement, la défaillance des canaux sensoriels étant un frein à la communication chez la quasi-totalité des patients, passer par le sensoriel peut être la solution.

Enfin, je pense que les enveloppes du psychomotricien doivent être perméables afin de s'adapter au mieux au patient, mais elles doivent également être solides et fermes afin qu'elles puissent être des bases sur lesquels le patient puisse se reposer.

Conclusion

Conclure sur l'histoire d'une patiente est à mon sens compliqué, car sa vie continue. Je vais donc, comme je le ferai dans ma future pratique psychomotrice, réaliser un bilan de cette année de suivi avec Madame R.

C'est en pensant les enveloppes psychocorporelles que j'ai pu comprendre, mettre du sens sur ce que pouvait vivre Madame R. Et c'est donc en essayant de reconstruire celles-ci que j'ai pu penser son soin. Alors, sur un chemin parsemé d'erreurs et de réussites j'ai tenté cette année de reconstruire son enveloppe, ou du moins, essayer de réduire ses défaillances. Je ne prétends pas les avoir restaurées complètement puisque par sa démence, elles semblent être en constante détérioration. Cependant, à travers mon toucher, ma voix et le cadre thérapeutique, je pense avoir par moments relevé ce défi. D'ailleurs, durant ces instants Madame R a pu se détacher de ses auto-agrippements pour s'ouvrir peu à peu à son environnement. J'espère que dans un avenir proche, elle pourra s'investir dans l'atelier sensoriel afin de pouvoir communiquer avec les autres patients.

Durant cette année je me suis questionnée sur le rôle du psychomotricien auprès des personnes atteintes de maladies qui feront inéluctablement décliner la santé du patient. J'ai dû renoncer à la toute-puissance du rôle de soignant et comprendre que je ne pourrai pas empêcher cette dégénération cellulaire. Leurs enveloppes s'altèrent continuellement et même si mes pouvoirs ne sont pas à la hauteur de ceux d'un super héros j'ai compris que je pouvais quand même faire en sorte de ralentir cette altération. De plus, la quasi-incapacité des patients à forger de nouveaux souvenirs me questionne sur l'efficacité de ces soins sur une longue durée. L'effet des séances étant visible sur le court terme, qu'en est-il du long terme ? Penser cela m'a permis de comprendre que le rôle psychomotricien est aussi d'accompagner les personnes pour qu'elles vivent au mieux avec leurs troubles, il doit également offrir aux patients la possibilité d'être en interaction avec leur environnement.

Selon moi, un des soubassements de la psychomotricité peut être défini comme la nécessité du psychomotricien d'être à l'écoute de ses propres ressentis, d'être à l'écoute de ceux du patient et d'être capable d'accueillir sa réponse face à cela.

Je me suis posée de nombreuses autres questions et j'espère qu'elles continueront à émerger durant mes futures prises en charge. Au cours de cette année, le travail en stage associé à l'écriture de ce mémoire a été source de questionnements sur les soins que j'apportais à Madame R mais également à ceux apportés aux autres patients que j'ai pu rencontrer dans l'unité. Je me suis penchée sur une question d'actualité, les gestes barrières que nous sommes contraints de respecter en cette période sanitaire. Je me suis questionnée sur l'impact de ceux-ci au sein de l'unité. Effectivement, même si nous les expliquons aux patients, ils n'ont pour la plupart pas conscience de ce qu'il se passe. Je me demande particulièrement quel est l'impact du port du masque dans ces unités. Le visage participe de façon importante à notre communication et par là même à notre relation. On peut se demander comment le travail d'ouverture relationnel peut-il être impacté par le port du masque et autres mesures barrière ?

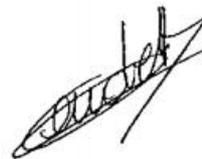
Bibliographie

- André, P., Benavides, T., & Giromini, F. (2004). Corps et psychiatrie. In *Les états-limites* (2e ed, p. 117-123). Heures de France.
- Anzieu, D. (1995a). Le Moi-peau. In *Structure, fonctions, dépassement* (2nde ed, p. 93-179). Dunod.
- Anzieu, D. (1995b). Le Moi-peau. In *Principales configuration* (2nde éd., p. 183-273). Dunod.
- Boyer-panos, F. (2008). Attachement maternel et qualité de vie du bébé. *Le journal des psychologues*, 261, 29-33.
- Caire, J., & Dulaurens, M. (2000). *Neuro-systémique et maladie d'Alzheimer* [Thèse d'ergothérapie, Institut d'Ergothérapie, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Centre hospitalier de Jonzac]. jp.guihard. <http://jp.guihard.net/IMG/pdf/NEURO-SYSTEMIQUE-ET-MALADIE-D-ALZHEIMER.pdf>
- Castarède, M.-F. (2001). L'enveloppe vocale. *Psychologie clinique et projective*, n° 7(1), 17-35.
- Charazac, P. (2009). *Soigner la maladie d'alzheimer*. Dunod.
- Charpentier, E. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*. de boeck solal.
- Constant, M. (1996). Actes psychomoteurs auprès des personnes âgées « démentes » basées sur la sensori et la perceptivo-motricité. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 105, 86-89.
- Cuisinier, B. (2019). Accroître le soin relationnel, le travail du vieillir. In *Accompagner les personnes en souffrance et penser à la prévention* (3e ed, p. 189-205). Chronique Sociale.
- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances Psy*, N° 66(2), 14-22.
- Fortini, K. (2009). Le dialogue tonique dans la psychothérapie analytique de relaxation. *Psychothérapies*, 29(1), 33. <https://doi.org/10.3917/psys.091.0033>

- Gangbe, M., & Ducharme, F. (2006). Le « bien vieillir ». *médecine/sciences*, 22(3), 297-300.
[https://doi.org/ https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.1051/medsci/2006223297](https://doi.org/https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.1051/medsci/2006223297)
- Gauberti, M. (1993). Mère-enfant : À corps et à vie, analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces. In *De la confusion corporelle à l'individuation* (p. 1-19). Masson.
- Georgieff, N. (2008). L'empathie aujourd'hui : Au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse. *La Psychiatrie de l'enfant*, 51(2), 357-393.
- Hoenner, C., & Guardey, A.-M. (2004). La démence sénile de type Alzheimer (DSTA) : Pertinence d'une prise en charge psychothérapeutique à médiation corporelle. *L'information psychiatrique*, 80(10).
- Larousse. (s. d.). Travail. In *Larousse en ligne*. Consulté 18 mars 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/travail/79284>
- Leyland Kirby, J. (2021, janvier 29). *The Caretaker—Everywhere at the End of Time (Phase 5)* [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=l2rrLh_PSJI
- Natanson, J. (2001). L'évolution du concept de transfert chez Freud. *Imaginaire & inconscient*, 2(2), 7-19.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *OMS - Démence*. Organisation mondiale de la santé.
<https://www.who.int/topics/dementia/fr/>
- Pagani, M. (2005). Les autoagrippements : À la recherche d'un « sentiment continu d'exister »? *Thérapie psychomotrice et recherches*, 144, 6-53.
- Péruchon, M. (2001). Du moi-peau : Applications à la gérontologie et à la ritualité. *Psychologie clinique et projective*, 7(1), 45-54.
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien*. Erès. <https://www.cairn.info/etre-psychomotricien--9782749212739.htm>
- Quinodoz, D. (2008). *Vieillir une découverte*. puf.

- Rigaud, A.-S. (2001). Symptômes de la maladie d'Alzheimer: Point de vue du médecin. *Gerontologie et société*, 24(2), 139-150. <https://doi.org/> <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/g.s.097.0139>
- Rigaux , N. (1997). Le dément, sujet à part entière ? Proposition d'un fondement anthropologique. In *Psychothérapie des démences Quels fondements ? Quels objectifs?* (p. 9-13). M. Grosclaude.
- Thomas, D. (s. d.). Intégration. In *Carnets2psycho*. Consulté 28 mars 2021, à l'adresse <https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-integration.html>
- Trouble de la personnalité limite (Borderline) : Symptômes, critères diagnostiques du DSM-5.* (s. d.). Psychomédia. Consulté avril 2021, à l'adresse <http://www.psychomedia.qc.ca/personnalite/qu-est-ce-que-le-trouble-de-la-personnalite-limite-borderline>
- Vieillesse . (s. d.). In *Centre national de ressources textuelles et lexicales*. Consulté 29 mars 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/vieillesse>

Signature du maître de mémoire

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Emilie Oudet', written in a cursive style.

Émilie OUDET
Lu le 07/05/2021

Auteur : Suzanne MARIEZ

Titre : Enveloppe-moi si tu peux !

Une restauration de l'enveloppe psychocorporelle pour une ouverture relationnelle chez le sujet âgé

Mots - clés : enveloppe psychocorporelle – relation – démence Alzheimer – état-limite – *psychophysical envelope* – *contact* – *dementia Alzheimer* - *borderline*

Résumé : Madame R est atteinte de démence Alzheimer associée à une organisation état-limite. Hospitalisée dans une unité d'hébergement renforcée, ses troubles du comportement sont si envahissants qu'elle est isolée de toute relation. Ce sont les défaillances de son enveloppe psychocorporelle qui m'ont permis de penser son soin. À travers ce mémoire je tente d'expliquer en quoi la reconstruction d'une enveloppe psychocorporelle peut favoriser une ouverture relationnelle. Ainsi, je présente les outils nécessaires qui offrent à Madame R de quoi reconstruire cette enveloppe psychocorporelle suffisamment sécurisée pour lui permettre de s'ouvrir à la relation.

Mrs. R suffers from Alzheimer's dementia associated with a borderline organization. Hospitalized in a reinforced accommodation unit, her behavioral disorders are so pervasive that she is isolated from any contact. The failures of her psycho-bodily envelope allowed me thinking the care. This thesis focuses on how the reconstruction of a psycho-corporal envelope can promote relational openness. Thus, I present the necessary tools that provide Mrs. R with the means to rebuild a psycho-bodily envelope that is sufficiently secure to allow her to open up to relationship.