



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

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



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

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

Angoisse d'abandon et déconstruction psychocorporelle chez une patiente  
âgée souffrant de pathologies multiples –  
*Un accompagnement en psychomotricité pour retrouver un étayage par le  
corps*

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

**Par : Cécile AUSSEDAT**

Juin 2020

N° 1531

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

---

## 1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président  
**Pr. FLEURY Frédéric**

Vice-président CFVU  
**Pr. CHEVALIER Philippe**

Président du Conseil Académique  
**Pr. BEN HADID Hamda**

Vice-président CS  
**M. VALLEE Fabrice**

Vice-président CA  
**Pr. REVEL Didier**

Directeur Général des Services  
**M. VERHAEGHE Damien**

### 1.1 Secteur Santé :

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

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

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

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

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

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

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

### 1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

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

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

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

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

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

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

POLYTECH LYON  
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

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

---

## **2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION**

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

### **DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ**

Directrice du département  
**Mme Tiphaine VONSENSEY**  
*Psychomotricienne, cadre de santé*

Coordinateurs pédagogiques  
**M. Bastien MORIN**  
*Psychomotricien*

**M. Raphaël VONSENSEY**  
*Psychomotricien*

**Mme Aurore JUILLARD**  
*Psychomotricienne*

Responsable des stages  
**Mme Christiane TANCRAÏ**  
*Psychomotricienne*

Secrétariat de scolarité  
**Mme Fawzia RAMDANI**

# Remerciements

Je remercie mes maîtres de stage de ces deux dernières années, car ils ont patiemment répondu à mes nombreuses questions, et m'ont accompagnée dans ma recherche professionnelle.

Je remercie les différents praticiens qui m'ont accueillie et les patients que j'ai croisés sur les lieux de stages et qui m'ont permis d'enrichir ma pratique.

Je remercie tous les psychomotriciens que j'ai rencontrés au cours de ces trois années d'études. Ils ont su me transmettre leur passion du métier.

Je remercie ma maîtresse de mémoire qui m'a accompagnée dans ce long travail d'écriture.

Je remercie mon compagnon et mes enfants car ils ont pu permettre que cette période si particulière de confinement et de rédaction de mémoire se passe dans une ambiance sereine.

Je remercie mes relectrices pour le temps qu'elles ont consacré à lire cet écrit.

Je remercie mes voisins car ils ont mis à ma disposition un endroit où travailler tranquillement.

# SOMMAIRE

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCTION.....   | 1  |
| 1 PARTIE CLINIQUE .....   | 3  |
| 1.1 Présentation de la structure .....                                  | 3  |
| 1.2 Rencontre avec Mme Germain.....                                     | 4  |
| 1.2.1 Anamnèse.....   | 4  |
| 1.2.2 Projet institutionnel.....  | 6  |
| 1.2.3 Première rencontre .....  | 6  |
| 1.2.4 Profil psychomoteur .....   | 8  |
| 1.2.5 Projet .....  | 11 |
| 1.3 Les séances de psychomotricité .....                                | 11 |
| 1.3.1 Premières séances : premiers questionnements.....                 | 11 |
| 1.3.2 L'anxiété et la douleur .....                                     | 13 |
| 1.3.3 De l'agrippement à l'appui dans la relation.....                  | 15 |
| 1.3.4 La peur de la chute .....   | 19 |
| 2 PARTIE THÉORIQUE.....   | 22 |
| 2.1 La dépression .....   | 22 |
| 2.1.1 Critères diagnostics de la dépression chez la personne âgée ..... | 22 |
| 2.1.2 Modèles théoriques de la dépression chez la personne âgée .....   | 24 |
| 2.1.3 Les complications de la dépression chez la personne âgée .....    | 26 |
| 2.1.4 La prise en charge de la dépression .....                         | 28 |
| 2.1.5 L'impact d'une dépression hostile sur les soignants.....          | 29 |
| 2.2 La paralysie supranucléaire progressive .....                       | 31 |
| 2.2.1 Manifestations cliniques .....                                    | 31 |
| 2.2.2 Les chutes à répétition et leurs conséquences.....                | 33 |
| 2.2.3 La dépendance .....   | 36 |
| 2.3 AVC .....   | 39 |
| 2.3.1 Description clinique.....   | 39 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 2.3.2 | La prise en charge suite à un AVC.....                                | 40 |
| 2.3.3 | L'AVC : un bouleversement identitaire .....                           | 41 |
| 3     | PARTIE THÉORICO-CLINIQUE .....  | 43 |
| 3.1   | Contenir pour diminuer l'angoisse .....                               | 43 |
| 3.1.1 | Une recherche de contenance .....                                     | 43 |
| 3.1.2 | Contenir à travers le cadre des séances .....                         | 44 |
| 3.1.3 | Contenir à travers un accordage intersubjectif .....                  | 48 |
| 3.1.4 | Contenir à travers les expériences sensori-motrices proposées.....    | 51 |
| 3.2   | Retrouver des appuis corporels solides.....                           | 53 |
| 3.2.1 | Une patiente en quête d'appui externe.....                            | 53 |
| 3.2.2 | Renforcer la conscience corporelle .....                              | 54 |
| 3.2.3 | La respiration .....  | 55 |
| 3.2.4 | L'axe .....   | 57 |
| 3.2.5 | Des appuis pour renforcer le narcissisme et l'ouverture au monde .... | 59 |
| 3.2.6 | Vers une solidité interne.....  | 60 |
|       | CONCLUSION .....  | 62 |
|       | Références bibliographiques .....                                     |    |

# INTRODUCTION

---

Au début de mes études en psychomotricité, je pensais ne pas vouloir travailler auprès des personnes âgées. Au fond de moi, je redoutais de me confronter à mon propre vieillissement, à celui de mes proches et à la dépendance qui en découle. J'avais peur de me sentir impuissante face à l'approche inéluctable de la mort et des angoisses qu'elle suscite. Je décidais pourtant de réaliser un stage en deuxième année en hôpital gériatrique pour me confronter à mes craintes. Cela a été une expérience qui m'a profondément marquée.

Mon stage s'est passé dans un service qui prenait en charge des personnes victimes d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC). J'ai été touchée par la détresse qui les traversait suite à cet événement venu les désorganiser sur le plan psychique et corporel. De ma position d'observatrice, j'ai pu constater combien l'accompagnement du psychomotricien faisait sens. Il les aidait à se réapproprier leur corps et à se reconstruire une identité. J'ai été frappée par leur volonté de s'en sortir, même si chacun affrontait ces bouleversements de manière différente en fonction de son histoire de vie et de son entourage. Finalement ce n'était pas de l'impuissance que je ressentais durant ce stage, mais un élan qui me donnait envie d'accompagner ces personnes et qui me confirmait dans mon choix de réorientation professionnelle. J'ai également constaté que la majorité des patients redoutaient particulièrement la perte d'autonomie avec comme conséquence l'entrée en institution. La richesse de mes échanges avec les personnes âgées, l'envie d'approfondir ce que faisait vivre à ces personnes la dépendance sur le plan psychique et corporel et l'envie de mieux appréhender quel accompagnement le psychomotricien pouvait proposer m'ont conduit à réaliser mon stage de troisième année en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Mes premières semaines de stage ont fait résonner une phrase lue dans un de mes cours : « chaque vieillissement est unique ». J'ai été frappée par la diversité des résidents. Certains me donnaient l'impression d'avoir investi positivement l'établissement, d'autres au contraire semblaient dans une plainte permanente. Certains paraissaient en forme, se déplaçant de façon autonome dans les jardins, d'autres restaient prostrés dans leur lit, incapables de bouger sans une aide humaine. Certains étaient jeunes, à peine 65 ans, d'autres très âgés, proches de la centaine. Certains étaient en recherche de contact, m'interpelant dans les couloirs, d'autres semblaient ne même pas me voir, ne répondant pas à mon salut. Ces différences étaient visibles dans le corps, mais également dans le

lien à l'autre et au monde. Au cours de mes rencontres lors de mon stage, à travers des prises en charge individuelle ou groupale, j'ai pu constater la singularité de chacun.

Ce mémoire vient avant tout témoigner d'une de ces rencontres : celle avec Mme Germain. L'histoire de vie de cette dame pourrait alimenter un roman dramatique : une tentative de suicide pour marquer son entrée dans la vie adulte; un mariage heureux qui vient la sortir de sa détresse; deux enfants qui viennent couronner cette union; la mort précoce de son époux qui la fait sombrer dans la dépression; les hospitalisations suite à des crises suicidaires; la maladie neurodégénérative qui vient attaquer son corps et la laisse en fauteuil; l'AVC qui lui fait perdre tous ses repères; la maladie de son fils, un cancer comme son défunt époux. C'est aussi une patiente qualifiée de « difficile » par le personnel, qui met à l'épreuve ceux qui s'occupent d'elle. Ses angoisses d'abandon sont au premier plan et ses sollicitations sont permanentes et épuisantes. Mais, c'est aussi une personne que les aides-soignantes qualifient d'attachante, montrant combien elle fait vivre dans la relation des sentiments contrastés. Tous ces éléments, connus avant même de rencontrer la patiente ont impacté ma relation et ma prise en charge. Il me semblait clair qu'il fallait que mon soin l'amène à se réorganiser sur le plan psychique et corporel, mais il fallait également qu'il y ait un impact sur le plan relationnel. Dans ce mémoire je tenterai de répondre à la question suivante : « Comment un accompagnement en psychomotricité auprès d'une personne âgée désorganisée dans son corps et dans son psychisme permet-il de diminuer ses angoisses et de retrouver un étayage corporel ? »

Pour répondre à cette interrogation, je commencerai par présenter Mme Germain. Après avoir exposé le cadre du stage et les éléments d'anamnèse de la patiente, je reviendrai sur les premières semaines de prise en charge et les difficultés et questionnements qui se sont présentés à moi. Je continuerai avec la suite de nos séances qui m'ont permis à partir de mes observations, d'élaborer des hypothèses sur ce qui se jouait sur le plan psychique et corporel chez Mme Germain. Dans un second temps, je développerai une partie plus théorique, illustrée de vignettes cliniques, sur les pathologies qui ont marqué la patiente ces dernières années : la dépression, la paralysie supranucléaire progressive et l'AVC. Dans un dernier temps, je reviendrai sur l'accompagnement que j'ai proposé à Mme Germain, en éclairant mes choix thérapeutiques de l'apport théorique de quelques auteurs.

# 1 PARTIE CLINIQUE

---

## 1.1 Présentation de la structure

L'EHPAD dans lequel j'ai réalisé mon stage accueille 80 personnes. Les locaux sont neufs, l'établissement ayant déménagé il y a deux ans. Les chambres individuelles sont spacieuses et l'établissement comporte de nombreux espaces collectifs. Les résidents sont répartis sur deux étages. Au rez-de-chaussée, se situent l'unité de vie protégée qui accueille 14 résidents et l'unité Parkinson et maladies apparentées qui a 10 places dont deux temporaires. Ces deux unités fonctionnent de manière autonome; elles disposent chacune de leur propre lieu de vie, où les résidents réalisent des activités et mangent ensemble. Par ailleurs, le ratio de personnel soignant par résident y est plus important dans la mesure où ces pathologies demandent un accompagnement renforcé. Le reste des résidents est accueilli dans les étages.

Une équipe pluridisciplinaire assure l'accompagnement et les soins : aides-soignants, infirmiers, une psychologue, une psychomotricienne et une animatrice sous la coordination d'un médecin gériatre. Aux personnels salariés s'ajoutent des intervenants réguliers : médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes, dentistes, pasteur, prêtre, coiffeur, pédicure...

La psychomotricienne et la psychologue partagent un bureau qui se situe dans l'unité Parkinson. Les intervenants paramédicaux utilisent également le bureau lorsqu'ils sont présents pour avoir accès au logiciel de l'EHPAD. La salle de rééducation que se partagent la psychomotricienne et les intervenants en kinésithérapie est également installée dans l'unité Parkinson, ainsi que la salle de consultation des médecins gériatres. Il m'a semblé que cette concentration faisait de cette unité un lieu à part dans l'établissement. De plus, les patients, de par leur pathologie, bénéficient d'une rééducation renforcée. Ils sont par ailleurs plus souvent entre eux, prenant leur repas ensemble et réalisant les activités proposées par les soignants l'après-midi. Enfin ils croisent en permanence les paramédicaux avec qui ils ont un lien privilégié.

## 1.2 Rencontre avec Mme Germain

### 1.2.1 Anamnèse

#### ❖ ***Vie familiale***

Mme Germain est actuellement âgée de 79 ans. Elle a travaillé comme ouvrière dans une imprimerie, puis s'est consacrée à l'éducation de ses deux enfants. Elle est veuve depuis 2003. Suite à la mort de son mari, elle a vécu seule, jusqu'à son entrée en EHPAD, en février 2017. Elle a trois petits enfants. Elle est très attachée à sa famille et en parle souvent. Elle reçoit régulièrement de la visite. Son fils est décédé en janvier 2020 d'un cancer diagnostiqué en novembre 2018.

#### ❖ ***Antécédents médicaux***

Mme Germain a un lourd passif psychiatrique. Elle a fait sa première tentative de suicide à 18 ans. Depuis la mort de son mari, en 2003, elle est suivie pour un syndrome anxio-dépressif en centre médico-psychologique. Elle est vue une fois par mois par le psychiatre. Elle a été en hôpital de jour et a été hospitalisée plusieurs fois. Dans un courrier du psychiatre du 04/12/19, adressé à l'EHPAD, il évoque « un vécu d'abandon voire de rejet », « une dégradation de l'image d'elle-même » et « des biais d'interprétation ».

Madame Germain a également un suivi médical pour la douleur. Elle a subi un accident de voiture quand elle avait une trentaine d'années. La patiente se souvient que son mari et ses enfants âgés de moins de 10 ans, au moment des faits, étaient présents. Depuis, elle souffre de douleurs chroniques au rachis.

Elle a été opérée plusieurs fois : hystérectomie, appendicectomie, cholécystectomie, occlusion sur bride, cataracte et infarctus du myocarde. Elle souffre par ailleurs d'hypertension artérielle et de diabète de type II.

Depuis 2014, Madame Germain est également suivie sur le plan neurologique. Il a été diagnostiqué qu'elle était atteinte de la maladie de Steele-Richardson (paralysie supra-nucléaire). En septembre 2014, elle présentait une rigidité bilatérale avec roue dentée et une rigidité axiale importante. Elle n'avait pas de tremblements de repos. Elle avait chuté à de nombreuses reprises, ce qui avait provoqué chez la patiente une peur de tomber. Elle était instable debout avec une rétropulsion marquée et se montrait incapable de marcher. Il y avait également un ralentissement de l'élévation du regard. Revue en décembre 2015, il est noté que l'évolution de la maladie est lente. La patiente équipée d'un déambulateur ne chute plus. La rétropulsion reste marquée. Elle ne présente pas de troubles de la déglutition, ni

d'aphasie, ni de diminution des fonctions cognitives. En octobre 2017, elle revoit la neurologue. Celle-ci note que désormais la patiente refuse la verticalisation, ce qui peut majorer ses douleurs de dos. Elle se déplace désormais en fauteuil. Elle présente une légère dysarthrie et une bradypsychie. Son score au mini-mental state est de 25/30. En juillet 2019, le psychiatre note une majoration « des troubles cognitifs avec des épisodes confusionnels brefs, des fluctuations attentionnelles importantes et un manque du mot » qu'il met en lien avec l'évolution de la maladie. Dans ce même courrier, il indique également, que sur le plan du comportement et des idées, les capacités d'inhibition de la patiente chutent. Ceci renforce « les traits d'expression de l'état limite ».

Le 23/08/2019, L'EHPAD s'inquiète d'un changement brusque chez la patiente avec une aphasie brutale, des confusions, des propos incohérents et un déficit moteur du côté droit. Elle est emmenée aux urgences, le médecin pensant à un possible AVC. Suite à divers examens, il est conclu que Mme Germain a fait un accident ischémique transitoire de causes plurifactorielles, notamment un possible surdosage en DEPAKOTE, un régulateur de l'humeur. Cependant, face à la persistance des symptômes, l'EHPAD décide de ramener Mme Germain aux urgences trois semaines après. Il est établi que l'épisode de fin août était un AVC ischémique du territoire sylvien gauche.

#### ❖ ***Parcours institutionnel***

Madame Germain a intégré un premier EHPAD en février 2017. Deux mois après, elle pose une demande pour intégrer l'EHPAD dans lequel elle se trouve actuellement. En effet, celui-ci doit déménager en septembre 2017, dans des locaux qui se situent dans la ville dans laquelle a vécu Mme Germain. De plus, l'institution dispose d'une unité spécialisée dans les maladies de parkinson et apparentées. Elle rejoint donc cette unité à son ouverture. Elle semble bien s'intégrer à son nouvel environnement, mentionnant à son psychiatre qu'elle s'y est fait une « amie », atteinte d'un syndrome parkinsonien et qui venait du même EHPAD.

Un an après, en septembre 2018, il lui est annoncé par la direction, qu'elle va devoir quitter l'unité dans laquelle elle se trouve, car elle ne répond plus aux critères de celle-ci, notamment parce qu'elle se déplace exclusivement en fauteuil. Elle devra donc déménager dans « les étages ». Cette nouvelle affecte beaucoup la patiente, déjà en plein épisode dépressif avec idéations suicidaires. Elle se fait hospitaliser pour un court séjour en psychiatrie et déménage à son retour, début novembre 2018. C'est pour la patiente, un événement difficile à supporter. Ainsi, dans un entretien avec la neurologue en mars 2019, elle évoquera qu'elle avait « toléré » son entrée en EHPAD, car elle se trouvait dans une unité spécialisée. Désormais, elle se sent « reléguée », elle parle « d'abandon », « d'exclusion » et de « punition ». Pour atténuer cette souffrance, plusieurs solutions sont proposées par l'EHPAD. Elle est notamment descendue au sein de son ancienne unité pour

participer aux activités qui y sont proposées. La dame avec qui elle s'était liée d'amitié vient également régulièrement lui tenir compagnie et faire des parties de scrabble avec elle. Néanmoins, son déclin cognitif récent, l'isole. Elle se rend compte de ses difficultés pour s'exprimer et explique qu'elle « parle de moins en moins ».

En parallèle de ce vécu difficile, elle doit faire face à la maladie de son fils aîné, atteint d'un sarcome et dont l'état s'aggrave au fil des mois (perte de poids importante, difficulté à marcher et pronostic peu favorable). Selon le psychiatre, cette situation renforce son vécu d'abandon.

### 1.2.2 Projet institutionnel

Chaque patient bénéficie d'un projet personnalisé individualisé qui est revu annuellement. L'objectif est de proposer des actions, visant à améliorer l'accompagnement et de faire également un point sur l'évolution du patient. Chacun a un référent (aide-soignant ou infirmier), qui est chargé de regrouper les différents éléments concernant la personne : anamnèse, suivis dont elle bénéficie, revue des actions de l'année précédente, souhaits du patient concernant son accompagnement. Puis, une réunion se tient avec l'animatrice, la psychologue, la psychomotricienne, la référente, un aide-soignant et un infirmier. Cela permet de définir de nouvelles actions, en prenant en compte le point de vue de chacun.

La dernière actualisation du projet personnalisé de Mme Germain remonte à mars 2019. Il y est mentionné que la patiente voit chaque semaine : la psychologue pour un syndrome dépressif caractérisé et des angoisses d'abandon, le kinésithérapeute pour travailler la verticalisation et la station debout et l'orthophoniste pour travailler le langage. Par ailleurs, elle participe au groupe gym douce animée par la psychomotricienne le mardi matin et réalise environ une fois par mois des séances sur le lit de flottaison. Deux objectifs accompagnés d'actions ont été dégagés. Le premier concerne une demande de la patiente qui souhaite être couchée plus tôt afin d'être soulagée de ses douleurs. Il a été convenu, afin de favoriser son bien-être, que l'heure de son coucher serait adaptée à sa demande. Le deuxième concerne ses baisses de moral. Il a été acté de lui proposer régulièrement des moments d'échange et de rester attentif à ses besoins.

### 1.2.3 Première rencontre

Cette première rencontre a lieu fin octobre. En amont, Jeanne, ma maître de stage, me présente brièvement Mme Germain, afin que je la reprenne en charge son suivi. Depuis mi-septembre, elle la voit en séance individuelle. Jeanne me dépeint son évolution, insistant sur cet AVC mal diagnostiqué qui a précipité un déclin cognitif déjà présent. Elle m'explique

qu'elle est encore en train d'évaluer où se situe la patiente dans ce domaine. Elle insiste également beaucoup sur le besoin d'accompagnement de cette dame. Elle me parle aussi de ses relations compliquées avec les soignants, qui la considèrent comme une patiente difficile à satisfaire. Ces nombreuses informations m'amènent à une représentation bien confuse de la personne que je vais rencontrer : une vieille dame vulnérable, désorientée, très exigeante sur le plan relationnel. C'est un peu intriguée et perplexe que je monte la chercher avec ma maître de stage.

J'entends Mme Germain avant de la voir. En effet, nous sommes dans le couloir et quelqu'un crie « la porte », en boucle, sans s'interrompre. La voix est forte et véhicule une forme de panique, mais également d'exaspération. Je me demande depuis quand cette personne s'époumone. Nous arrivons devant la porte de Mme Germain sur laquelle est scotchée une feuille qui indique « ne pas fermer la porte, svp ». Je réalise que c'est de cette chambre que sortent les cris. Lorsque Jeanne ouvre la porte, je sens une légère appréhension monter en moi. Comment allons-nous être reçues ? Dans quel état sera la patiente qui semble paniquée ? Pourquoi n'est-elle pas en mesure d'ouvrir elle-même la porte ?

Mme Germain est assise dans son fauteuil roulant, prête à sortir. Dès qu'elle nous voit, ses cris cessent. Elle salue ma maître de stage qui me présente dans la foulée. J'ai en face de moi, une dame, à la mine certes revêche, mais bien loin de la personne enragée que je m'étais imaginée en entendant ses cris de protestation. Son comportement est tout à fait adapté à la situation, elle me serre la main et me dit bonjour en me regardant dans les yeux, à travers ses lunettes aux épaisses montures. Elle occupe tout l'espace de son fauteuil en position droite. Elle donne l'impression d'avoir totalement oublié l'épisode précédent. Jeanne prend de ses nouvelles. Sa réponse est : « je suis en train de partir » en montrant sa tête. Elle mentionne ensuite des douleurs physiques, se plaint de ne pas être prise en considération. Elle parle beaucoup, spontanément. Son propos est clair et cohérent. Malgré un contenu axé sur ses souffrances tant physiques que psychiques, je la trouve animée lors de cet échange, comme si elle éprouvait un certain plaisir à partager ses difficultés.

Nous nous installons dans le salon de l'étage pour la suite de la séance. Je me positionne en retrait comme observatrice. Jeanne lui fait faire des mouvements avec ses mains et ses bras, lui propose ensuite quelques exercices avec des anneaux puis un temps au bureau avec des cubes. J'ai l'impression de voir une nouvelle Mme Germain. Elle qui exprimait avec éloquence son ressenti, me paraît soudain beaucoup plus terne. Corporellement, elle se montre beaucoup moins ouverte et tournée vers l'autre. Cette impression de repli est renforcée par le fait qu'elle regarde peu dans les yeux, son regard et sa tête sont majoritairement tournés vers le bas, son visage ne reflète aucune expression.

Elle parle également beaucoup moins. Son discours se fait peu compréhensible, entaché de mots sans aucun sens. Je me demande également si elle comprend ce que lui demande de faire Jeanne. C'est comme si sortie de la sphère émotionnelle, elle perdait sa capacité à communiquer.

Lorsque nous la ramenons dans sa chambre, elle manifeste une forme de détresse à nous voir partir. Son visage prend une expression désespérée et elle nous formule sa crainte de se retrouver seule sans que personne ne vienne la voir.

Je ressors de cette rencontre en partie très touchée par le désespoir que nous a renvoyé la patiente. Mais j'appréhende également le moment où je devrais la prendre en charge seule, me demandant comment j'arriverais à accueillir sa souffrance et ce que je pourrais lui proposer.

#### 1.2.4 Profil psychomoteur

Aucun bilan psychomoteur n'avait été fait lors de l'arrivée de Mme Germain dans l'EHPAD. J'ai donc profité des premières séances pour élaborer un profil psychomoteur.

##### ❖ ***Tonus/ Equilibre/ Posture***

Mme Germain se tient très droite dans son fauteuil. Son dos est hypertonique, comme si tous ses muscles étaient tendus et lui causent des douleurs importantes qu'elle exprime en cours de séance. De manière globale, sa posture paraît très rigide et figée. Lors des mobilisations passives elle n'arrive pas à se relâcher, là encore les crispations sur son visage indiquent qu'elle a mal.

Concernant l'équilibre, Mme Germain n'a plus accès à la position debout. En position assise, son fauteuil est très peu incliné. Elle est capable de se redresser seule, trouvant de nouveaux appuis pour se tenir encore plus droite.

##### ❖ ***Motricité/ coordination/ dissociation***

Les membres inférieurs de Mme Germain ont très peu de mobilité. La jambe gauche ne bouge plus, mais garde une sensibilité algique et tactile. La jambe droite est plus mobile, elle peut soulever sa demi-jambe et effectuer des mouvements du pied.

Ses membres supérieurs gardent une bonne mobilité. Elle fait également preuve de dextérité manuelle, avec une pince fine et une collaboration bimanuelle efficace. J'observe par contre des difficultés dans la coordination oculo-manuelle. Ainsi lorsqu'elle doit ramasser des objets de petite taille, sa main fait le geste de se saisir des objets à plusieurs centimètres d'où ils se trouvent. Néanmoins, cette difficulté semble disparaître avec des gros objets, elle est capable d'envoyer et d'attraper le ballon dans différentes directions.

### ❖ **Schéma corporel/ Investissement corporel**

Mme Germain ne connaît plus le nom des différentes parties de son corps. Elle ne peut pas effectuer des mouvements sur ordre, mais y arrive par imitation, allant jusqu'au bout de ses capacités.

Son corps est ressenti comme un lieu de douleurs. J'interromps fréquemment nos exercices en séance car le visage de Mme Germain se crispe. Elle est capable d'exprimer qu'elle souffre. Elle peut également indiquer par un « ça fait du bien » qu'elle apprécie que je lui masse le corps. Ces douleurs récurrentes limitent les possibilités de Mme Germain d'investir pleinement les moments de motricité en relation lors de nos séances.

### ❖ **Organisation spatio-temporelle**

Vu les troubles phasiques de Mme Germain, dont les propos sont parfois incompréhensibles, il est difficile d'évaluer comment elle se situe sur le plan spatio-temporel. Je note toutefois une confusion sur le plan temporel, il m'a semblé qu'elle se référait à des événements anciens comme s'ils venaient d'avoir lieu. Sur le plan spatial, j'ai par contre l'impression qu'elle identifie bien où elle se trouve.

### ❖ **Cognition**

Sur le plan cognitif, l'AVC semble avoir précipité un déclin déjà présent de ses différentes fonctions. Elle a face aux objets des comportements et des propos surprenants mais il est difficile de savoir ce qui relève de difficultés phasiques ou gnosiques. La plupart du temps, lorsqu'on lui demande le nom d'un objet, elle donne des noms farfelus et ne se rend pas compte que le mot n'existe pas. Son discours peut alors devenir totalement incompréhensible. Néanmoins, certains noms émergent. Elle peut également ne plus se souvenir du nom d'un objet, mais en connaître la fonction. Par exemple, elle demande de l'eau lorsqu'elle voit une bouteille d'eau. Mais certaines fois, elle ne reconnaît pas du tout les objets et en détourne la fonction. Ainsi, face à un jeu de mini-quilles en bois, elle peut les porter à la bouche, comme pour les manger.

Sur le plan praxique, Mme Germain semble avoir oublié de nombreux gestes automatiques. Elle peut rester totalement démunie face à certains objets, comme une bouteille par exemple. Mais d'autres praxies restent présentes : déboutonner son gilet, lancer et rattraper des ballons, faire un nœud ou le dénouer.

L'attention de Mme Germain est fluctuante. Au cours de ces séances, j'ai repéré les moments où sa vigilance semblait baisser. Elle ne parle alors quasiment plus, sa tête se penche en avant et il devient compliqué d'accrocher son regard. Trois facteurs influent sur sa disponibilité. Le premier est lié à la fatigabilité. Le deuxième est un facteur motivationnel. Certaines médiations fonctionnent mieux que d'autres. Ainsi les échanges de ballon sont des

moments où elle semble éprouver du plaisir dans le jeu et le mouvement. Je peux alors la faire se tourner dans toutes les directions de l'espace. Il lui arrive parfois de sourire, notamment lorsque je rate mes lancers et qu'ils lui atterissent sur la tête. Par contre, dès que nous nous installons au bureau pour faire des exercices de motricité fine, elle semble se fermer, se dit fatiguée. Enfin, ses plaintes d'ordre psychique et/ou physique sont plus ou moins envahissantes durant la séance, influant sur sa disponibilité.

Sur le plan mnésique, Mme Germain présente de nombreuses confusions lorsqu'elle évoque des souvenirs passés. À court terme, elle a tendance à oublier ce qui vient d'être fait en séance.

Concernant les fonctions exécutives, je note des persévérations très présentes, notamment sur le plan moteur. Elle peut rester bloquée sur un geste et il peut être difficile de l'amener à faire autre chose, même après avoir réussi à capter son attention.

Mme Germain est parfois surprenante dans ses réflexions et fait preuve de lucidité face à ses difficultés. Une fois, je rentre dans sa chambre, elle veut me demander quelque chose, mais ne retrouve pas ses mots. Elle me regarde alors, avec un regard presque amusé et me dit « aujourd'hui, c'est ma tête qui ne va pas ». Une autre fois, après un exercice où nous tirions chacune de notre côté sur une corde, je lui demande de défaire les nœuds qu'elle avait fait pour éviter que nos mains glissent. Plutôt que de les défaire, elle commence à en faire un nouveau. Soudain, elle s'arrête, me regarde et s'exclame « mais ce n'est pas ce que vous aviez demandé ! ».

#### ❖ **Communication / Relation**

Mme Germain rentre facilement en relation. Elle est capable d'exprimer ses émotions aussi bien négatives que positives. Au cours de la séance, elle peut dire « ça me fait plaisir d'être avec vous ». Par contre, elle éprouve des difficultés à rester seule, lorsque nous nous séparons en fin de séance, elle semble désespérée. Elle exprime clairement avoir peur de « rester seule » et également « d'être dans une pièce avec les portes fermées ». En dehors des séances, elle se positionne dans l'ouverture de sa porte pour voir le passage. Les après-midi, elle déambule dans le couloir, pousse des cris et agrippe les personnes qui passent près d'elle.

En outre, elle rapporte des relations conflictuelles avec certains soignants, se plaignant d'être maltraitée. Elle en qualifie certaines de « méchantes », soulignant qu'« elles ne lui parlent pas pendant plusieurs jours ».

### 1.2.5 Projet

Mme Germain vit au quotidien dans la douleur et dans l'angoisse d'abandon. Son corps ne constitue pour elle ni un moyen d'éprouver du plaisir, ni une ressource sur laquelle s'appuyer pour supporter d'être seule. Cependant, sa capacité à exprimer ses émotions, son investissement relationnel et des compétences motrices encore présentes constituent de bons atouts pour mener un travail en psychomotricité.

Le soin repose sur deux objectifs principaux. Le premier est d'amener la patiente à vivre son corps autrement que dans la douleur. Il s'agit, donc lors des séances, d'atténuer les tensions dorsales notamment, en diminuant sa raideur et de lui proposer des situations où elle éprouve du plaisir à bouger. Le deuxième est de favoriser le sentiment d'unité psychocorporelle de la patiente, permettant à celle-ci de trouver dans son corps un cadre contenant pour lutter contre ses crises d'angoisse.

Je propose donc une prise en charge hebdomadaire, les mardis matin à 9h30, en individuel, pour une durée de 45 minutes. Je souhaite renforcer la conscience corporelle de la patiente à travers des exercices ludiques qui mettront le corps en mouvement (échange de ballon, mouvements dansés) mais également à travers un toucher thérapeutique pour renforcer l'enveloppe psychocorporelle de la patiente.

## 1.3 Les séances de psychomotricité

### 1.3.1 Premières séances : premiers questionnements

Après la première rencontre, je reste encore observatrice durant deux séances, puis je prends la main. Nous avons convenu avec Jeanne que dans un premier temps, jusqu'aux vacances de Noël, je reprendrai la structure de ses séances pour assurer une continuité thérapeutique cohérente.

#### ❖ **Le déroulé des séances**

La structure des séances initiées par Jeanne comporte trois temps. Une première partie de mouvements des bras et des mains visant à évaluer ses capacités de compréhension des consignes et d'imitation; une deuxième partie de jeux moteurs associés au plaisir du mouvement permettant de travailler les coordinations; une troisième partie au bureau pour évaluer sa motricité fine (signalée comme déficitaire par les soignants, notamment autour des repas...) ainsi que le langage et la compréhension des consignes. J'initie donc ma première séance seule avec ce déroulé en tête. C'est une séance où la patiente se montre disponible. Cependant, je suis un peu démunie face à son manque de

compréhension des consignes et ses persévérations qui, si elles sont moins envahissantes que lors des séances précédentes, restent très présentes.

J'essaie de me saisir des moments où elle entre dans l'exercice pour introduire peu à peu des variations. Ainsi lors d'un échange de balle, nous commençons par un classique échange face à face. Puis, je profite de la présence de Jeanne, restée comme observatrice pour introduire une troisième personne et l'amener à tirer sur le côté.

Aux deux tiers de la séance, nous nous installons au bureau face à une boîte de cubes. Elle fait preuve d'une bonne dextérité pour les saisir et arrive à me donner le nom des couleurs. Mais lorsque je lui propose de construire avec moi des petites tours, elle dit être fatiguée et accompagne ce constat d'une mimique de contrariété. Lorsque je lui propose un massage, elle accepte immédiatement. Je passe un long moment sur ses mains qui s'ouvrent de plus en plus et une détente semble s'installer. Elle verbalise que cela lui fait du bien. Puis je lui masse les bras et le haut du dos. Face à son bien-être, je décide d'inclure un quatrième temps de massage pour clôturer les séances.

#### ❖ ***Une demande de toucher***

Le temps de toucher massage est très investi par la patiente. Elle me demande dès la séance suivante de lui masser également les jambes. Peu à peu je décide d'englober, avec l'accord de Mme Germain, l'ensemble du corps, torse et visage compris. Je suis étonnée de la facilité avec laquelle elle accepte ce toucher. Elle fait même preuve d'une certaine avidité, me faisant comprendre via son langage non verbal qu'elle souhaite que je lui masse le dos à d'autres moments qu'en fin de séance. Elle présente alors une crispation légère du visage reflétant une douleur et change de posture pour décoller son dos du dossier du fauteuil. Lorsque je lui demande alors si elle souhaite que je masse, sa réponse ne se fait pas attendre : « ah oui, ça serait bien ! ». Je m'interroge sur ce besoin de toucher. S'agit-il seulement pour la patiente d'un moyen de soulager de manière temporaire ses tensions ? Ou cette avidité reflète-t-elle un besoin de ressentir ses limites corporelles qui deviendraient floues ?

#### ❖ ***Un positionnement délicat vis-à-vis de l'institution***

Mme Germain exprime souvent son rejet de l'institution. Elle formule clairement son désir de partir. Elle se plaint beaucoup de l'attitude du personnel soignant. Elle a le sentiment que « tout le monde la rejette ». Elle proteste soulignant que certaines soignantes l'ignorent et ne lui adressent pas la parole. Un matin de décembre, je monte dans la chambre de Madame Germain, elle est encore dans son lit en position assise. Le haut de son corps est habillé mais le bas est dénudé. Elle est indignée et très contrariée. Je lui propose d'aller m'informer sur pourquoi elle n'est pas levée. Je finis par trouver une aide-

soignante qui m'explique, qu'à partir de maintenant, Mme Germain sera levée plus tardivement, car elle déambule avec son fauteuil dans les couloirs. Jeanne m'informerait que ces déambulations étaient accompagnées de cris. Je retourne dans la chambre et tente d'expliquer à Mme Germain la situation et essaie de l'amener à se placer du point de vue des soignantes. Je sens que mes explications ne la convainquent pas et qu'elle reste pleine de ressentiments.

De plus, elle a tellement « usé » les soignants par ses demandes répétées qu'ils lui renvoient d'elle-même une image négative. Lors de ma première séance seule avec Madame Germain, je la ramène à sa chambre. Nous croisons une aide-soignante qui me demande comment s'est passée la séance. Je lui réponds que cela s'est bien passé et que nous avons fini par un massage qui semble avoir apaisé la patiente. Elle a alors dit : « si seulement ça pouvait durer ! », en levant les yeux au ciel.

Je me sens très partagée face à cette situation. D'un côté, je comprends les ressentiments exprimés par Mme Germain. Je sais qu'elle a très mal vécu son passage à l'étage. J'ai également l'impression que comparé à l'unité Parkinson, les patients sont beaucoup plus livrés à eux-mêmes, car le nombre de soignants par patient y est inférieur. Jeanne m'a expliqué de plus que certaines soignantes avaient fait preuve envers Mme Germain avant son AVC de maltraitance psychologique car elles étaient excédées par ses demandes incessantes. Je me dis que ces faits sont gravés émotionnellement dans la mémoire de la patiente et que même si les soignants depuis son AVC se montrent plus compréhensifs avec elle, elle reste sur son ancien souvenir. D'un autre côté, je comprends le point de vue des soignants qui sont face à une patiente qui exige beaucoup d'attention. De plus, je ne veux pas que cette rancœur prenne trop de place dans nos séances. Je me demande donc comment permettre à la patiente de déposer sa souffrance, de lui laisser un espace de parole tout en l'amenant à vivre de façon plus positive son lien avec le personnel de l'EHPAD.

### 1.3.2 L'angoisse et la douleur

#### ❖ ***Une douleur physique et psychique envahissante***

Durant ces premières séances, la patiente exprime beaucoup ses douleurs tant physiques que psychiques. Ainsi lors d'une séance fin novembre, dès que nous commençons nos enchaînements de mouvements, Mme Germain grimace. Elle se plaint d'avoir mal, elle a en effet chuté la semaine précédente. Très rapidement, son propos se fait ensuite confus, elle me parle de quelqu'un avec qui « elle aurait dû partir » puis ensuite « qu'elle n'aurait pas dû suivre ». J'essaie de l'interroger, mais je ne comprends pas ses explications. La douleur psychique semble avoir pris le pas sur la douleur physique.

Elle interrompt fréquemment nos exercices, même lorsqu'elle semble y prendre plaisir, comme lors d'échanges de ballon, pour demander à se reposer. Dès que je m'assois face à elle, elle reprend ses idées noires. Celles-ci tournent souvent autour de son fils pour qui elle se fait beaucoup de soucis. Elle dit clairement avoir « peur pour son fils qui est malade ».

Là encore je me demande comment accueillir sa parole sans que ses préoccupations envahissent la séance. Comment également lui permettre de sortir de son vécu douloureux pour qu'elle puisse vivre pleinement les moments ludiques et ceux de relaxation ? Je m'interroge sur la façon dont je mène les séances ? Mon cadre est-il suffisamment contenant pour qu'elle puisse mettre de côté son anxiété et que son agitation disparaisse durant nos 45 minutes ensemble ?

#### ❖ **Les fins de séance difficiles à gérer**

Le retour dans la chambre, à la fin des séances est un moment très éprouvant. La séparation se fait difficilement. Elle le verbalise par un « Ne me laissez pas seule ». Elle m'agrippe la main et son regard est comme fixé au mien. L'intensité de ces moments m'évoque un attachement insécure. Comme si le fait que je disparaisse de son champ de vision, me faisait disparaître à jamais. Elle finit néanmoins par me laisser partir mais je ressens une forte culpabilité. J'ai l'impression de l'abandonner à son sort.

#### ❖ **Un sentiment d'impuissance face au vécu d'abandon**

Lors d'une séance début décembre, cette culpabilité ressentie lors de la séparation a été renforcée par un épisode qui a eu lieu vingt minutes après. En effet, ce jour-là, je dois repasser à son étage pour aller chercher des participants à un groupe que j'anime seule; ma maître de stage étant absente. Mme Germain est dans le couloir, elle appelle sa maman. Son visage est tourmenté, elle ne semble pas parler à quelqu'un en particulier. Elle me fait penser à un enfant sanglotant, qui aurait perdu sa mère. Je ressens beaucoup de peine. Je m'approche pour la calmer, lui pose la main sur le bras. Je me baisse à sa hauteur et lui adresse quelques paroles. Mon contact paraît la ramener à la réalité. Elle me parle comme lors de nos débuts de séance, me disant à nouveau que tout le monde la rejette et que personne ne veut rester avec elle. Je lui fais remarquer que nous venons de passer 45 minutes ensemble et que j'apprécie de rester à ses côtés. Elle me répond qu'elle ne disait pas ça pour moi. Je lui propose alors de la ramener dans sa chambre. Elle refuse que je la bouge. Je suis un peu pressée par le temps car une partie du groupe que j'anime est déjà en train de m'attendre. Lorsque je me redresse pour partir, elle recommence sa mélodie et dit « maman vient me chercher ». Je me sens encore plus coupable que lorsque je la laisse en fin de la séance. La semaine suivante, lorsque je viens la chercher, elle est au lit, les

soignantes ont décidé de retarder son lever, car ses déambulations et ses cris gênaient trop le service.

Je me sens totalement démunie. À quoi sert mon travail auprès d'elle si vingt minutes après nous être séparées, elle se trouve dans un tel état de panique ? Comment faire en sorte que la baisse de son anxiété que je constate au cours de nos séances se maintienne une fois que nous nous sommes séparées ? Comment laisser une trace qui puisse s'ancrer et lui permette de rester seule ?

J'en viens suite à ces différentes observations, à formuler l'hypothèse suivante : Mme Germain ne trouve pas en elle d'appuis suffisants pour rester seule, ce qui se manifeste par une angoisse d'abandon; elle s'agrippe désespérément à la relation, notamment avec les soignants, pour essayer d'alléger la détresse psychique et corporelle qui l'envahit. L'accompagner pour retrouver un étayage corporel me paraît nécessaire. Néanmoins, pour se faire, il faut tout d'abord réduire son anxiété et sa douleur qui pour le moment l'envahissent, y compris lors de mes séances et la laissent peu disponible aux expériences corporelles.

### 1.3.3 De l'agrippement à l'appui dans la relation

#### ❖ ***Une évolution encourageante***

Au cours des trois premiers mois, Mme Germain évolue beaucoup. En janvier, ses troubles cognitifs sont bien moins présents. Elle ne présente plus de persévérations durant les séances, elle semble avoir retrouvé les praxies et je ne constate plus d'agnosie. Son langage s'est amélioré. Elle ne se lance plus dans des phrases incompréhensibles. Il lui arrive de ne plus se souvenir de certains mots. Mais, dans ce cas, elle va suspendre son discours, me regarder l'air dérouter et me dire sur un ton énervé : « je ne me souviens plus comment l'on dit ». Néanmoins, elle parle plutôt lentement et présente encore de légères confusions dans ce qu'elle raconte. Elle va, par exemple, parler de son frère au lieu de parler de son fils. Sur le plan attentionnel, elle reste présente tout au long de la séance et je ne constate plus de baisse de vigilance. J'attribue cette évolution au fait que les symptômes liés à l'AVC sont en train de se résorber, grâce à la plasticité cérébrale mais également grâce au suivi rééducatif dont bénéficie Mme Germain. Rappelons qu'elle voit le kinésithérapeute et l'orthophoniste deux fois par semaine et moi-même une fois par semaine.

Sur le plan de l'humeur, l'évolution est tout aussi flagrante. Tout d'abord la séparation se déroule plus facilement. Certes, elle exprime toujours le fait qu'elle n'aime pas être seule dans sa chambre, mais cela se fait d'une manière plus tranquille. Il n'y a plus d'agrippements comme pour me retenir. Son discours change également, elle n'exprime plus d'idées

suicidaires. Mais alors que la récupération sur le plan cognitif s'est fait de manière progressive, les modifications sur le plan de l'humeur ont été beaucoup plus rapides. Elles ont eu lieu durant les vacances de Noël.

Mi-janvier, j'interroge les soignantes qui s'occupent habituellement de Mme Germain pour confirmer mon impression. Lorsque je demande leur avis, elles s'exclament en chœur : « Ca va bien mieux depuis que le psychiatre a changé son traitement, c'est un amour maintenant ! ». Lorsque je les interroge sur comment cela se passait avant, elles me parlent des appels incessants jusqu'à 30 fois par jour, de l'organisation qu'elles ont mis en place pour qu'une d'entre elle soit dédiée à Mme Germain pendant leur tour de garde. Elle m'explique également que cela a été encore plus dur après l'AVC, la patiente ne pouvant pas rester seule dans sa chambre; il lui est arrivé de tout lancer par terre, cassant la télé. Nous revenons à l'état de la patiente aujourd'hui et je suis touchée par l'empathie qu'elles manifestent à son égard. Elles me déroulent ensuite l'histoire de vie de la patiente et toutes les épreuves qu'elle a dû traverser. Elles me disent que Mme Germain « donne beaucoup d'amour mais n'arrive pas à en recevoir ». Elles ont l'impression qu'elle cherche à faire plaisir. Par exemple, elle leur dit « j'adore ce que je mange ». Cette remarque m'interpelle. Une semaine auparavant, la patiente m'avait dit qu'elle ne mangeait plus rien, que rien ne lui faisait envie et qu'elle avait perdu beaucoup de poids. De plus, les soignantes me remontent qu'elle ne se plaint plus du tout de son mal de dos. Là encore, je suis surprise, vu l'importance que ses douleurs prennent au cours de mes séances. Peut-être que ces préoccupations corporelles ressortent avec moi, car je l'amène justement à s'interroger sur ses ressentis corporels. À moins que Mme Germain ne soit dans une volonté de contenter les personnes qui s'occupent d'elle et répondent à leurs attentes.

Nous concluons notre échange sur l'évolution de la maladie de son fils, nous venons d'apprendre que son état s'est encore dégradé et que sa fin serait proche. Les aides-soignantes redoutent qu'au décès de ce dernier, Mme Germain ne développe un syndrome de glissement.

#### ❖ ***La mort de son fils : s'appuyer sur l'autre pour traverser une épreuve difficile***

Deux jours après mon échange avec les aides-soignantes, le fils de Mme Germain décède. Lors de la séance suivante, nous échangeons ensemble sur la mort de celui-ci. Elle m'explique qu'elle a pu prendre son corps dans les bras et qu'elle a pu voir une partie de sa famille. Elle pleure de façon modérée. Elle exprime beaucoup de souffrance, mais elle fait également preuve d'empathie à l'égard de sa belle-fille et de sa petite-fille, disant que cela doit être très dur pour elles. Ses propos sont cohérents et me paraissent tout à fait adaptés à ce qu'elle traverse. Après l'avoir laissé parler une quinzaine de minutes, je lui demande ce qu'elle souhaite faire pendant cette séance. Elle me fait un geste qui me donne l'impression

qu'elle voudrait être prise dans les bras et me dit « je veux un massage ». J'enveloppe le haut de son corps dans un grand tissu et propose un toucher au niveau du dos. Elle reste silencieuse pendant ce moment. Elle pleure un peu. Lorsque j'arrive au niveau de la nuque, je lui propose de me confier le poids de sa tête en posant son front dans la paume de ma main. J'ai vraiment l'impression, pour la première fois, qu'elle abandonne sa tête. À la fin de ce temps de massage, elle me dit que cela lui a fait du bien. Il me semble que la relation, que nous avons établie, est suffisamment solide pour qu'elle puisse, dans ce moment si difficile, accepter ce que je lui propose et s'appuyer sur moi pour trouver un peu de soulagement. Je suis également frappée, par le fait, que c'est elle qui dirige la séance. Elle se montre très claire sur ce qu'elle veut. Après le massage, elle me dit « j'ai envie de parler ». Malgré sa grande tristesse, elle reste capable d'éprouver du bien être dans le massage et d'exprimer des envies.

### ❖ **Évolution dans les séances**

Les modifications cognitives et thymiques de Mme Germain ont une répercussion importante sur la façon dont se déroulent nos séances. Au début, l'attitude de Mme Germain était plutôt passive. Elle suivait mes propositions, du mieux qu'elle pouvait, avec une certaine assiduité, à la manière d'une élève studieuse. Elle ne se manifestait que pour me signifier sa fatigue ou sa douleur. Début janvier, elle commence à se montrer plus active et à exprimer ce qu'elle aimerait faire durant les séances. Ainsi, nous faisons des gestes d'ouverture et de fermeture avec les bras auxquels nous associons la respiration : inspiration lors de l'ouverture, expiration lors de la fermeture. Mme Germain m'arrête et me dit en tapant le haut de sa cage thoracique : « ma respiration se bloque là ». Lorsque je lui demande si elle aimerait travailler autour de la respiration avec moi, elle se saisit de ma proposition, opinant que ça serait bien. Pour conclure la séance, trois semaines plus tard, elle me dira « je suis contente d'apprendre à respirer avec vous ». Cette remarque me paraît indiquer que Mme Germain a réussi à se saisir de ce que je pouvais lui apporter. Elle peut ressentir ce dont elle a besoin pour évoluer. Nous sommes sorties d'une relation d'agrippement pour aller vers une relation d'appui.

Cet investissement dans le suivi m'a également été rapporté par d'autres professionnels qui ont des séances avec Mme Germain. Selon l'orthophoniste, « elle se saisit de tout ce que [il] lui propose » et elle est « très coopérante ». De plus, elle semble être capable de s'engager de manière pertinente dans ses prises en charge. L'orthophoniste loue « sa capacité d'apprentissage ». La psychologue souligne la faculté de la patiente à procéder à « des liaisons entre les événements actuels et les événements de son enfance ». Je pourrais reprendre à mon compte les constats de mes collègues. L'accompagnement

thérapeutique de Mme Germain est très gratifiant. Je ressors de mes séances avec elle avec l'impression que mes propositions sont utiles et répondent à ses besoins.

Grâce à cette évolution, je peux dorénavant m'adapter aux besoins et aux envies de Mme Germain. Nos fins de séance sont un moment privilégié, durant lesquelles nous récapitulons ce qui a été fait, ce qu'elle a apprécié et ce qu'elle aimerait faire les séances suivantes. Ce qu'elle amène n'est pas calqué sur mes propositions. Après une séance majoritairement axée sur la respiration, elle peut formuler qu'elle aimerait bien danser sur une musique de tango. Elle m'explique ensuite qu'elle a rencontré son mari lors d'un bal et qu'elle dansait beaucoup avec lui. Bien sûr, cette demande n'émerge pas de nulle part. Je peux formuler l'hypothèse que la séance que nous avons passée ensemble lui a procuré un moment de bien-être, qui a permis l'émergence de souvenirs agréables, souvenirs qui étaient encore présents lorsque je lui ai demandé ce qu'elle aimerait faire les séances suivantes. Ce qui me paraît important dans cette scène, c'est que Mme Germain soit capable d'exprimer ce qu'elle aimerait faire.

Je constate également que Mme Germain commence à percevoir son corps autrement que dans la douleur. La scène autour de la respiration montre qu'elle se rend compte par elle-même que sa respiration reste bloquée en haut de sa cage thoracique. Par ailleurs, petit à petit, ses ressentis corporels se font un peu plus précis. Au début, elle se contentait de dire si cela lui faisait du bien ou si elle avait mal. Dès le mois de février, sa gamme s'élargit, elle peut dire : je ressens de la chaleur dans ma jambe, ça tire, ça fait un peu mal, ça fatigue, c'est lourd... Une dernière évolution est notable : elle se met à faire des remarques positives sur elle-même. Elle peut lorsqu'elle parvient à réaliser, sous mes encouragements, un exercice pour lequel elle éprouvait un peu de difficulté, s'exclamer : « je suis géniale ! ».

#### ❖ ***Une évolution fragile soumise aux aléas de l'environnement***

Les efforts conjugués de l'ensemble de l'équipe associés au réajustement de son traitement semblent permettre à Mme Germain de sortir de son état d'anxiété permanent. Néanmoins, cette relative sérénité est très fragile et peut vite être remise en question. Ainsi, fin janvier, je me rends dans la chambre de la patiente pour l'emmener en séance. Elle est encore dans son lit, le bas de son corps est dénudé, les rideaux sont baissés, il fait une chaleur intense. Elle ne m'accueille même pas par un bonjour, mais par un : « pourquoi je suis encore au lit, qu'est-ce qu'il se passe ? ». Après l'avoir saluée, j'ouvre les rideaux et coupe le chauffage. Pendant ce temps, Mme Germain ne cesse de répéter : « Qu'est-ce qu'il m'arrive ? J'aimerais bien savoir pourquoi je suis encore au lit ? ». Son agitation me gagne et je décide de partir directement en quête d'informations pour pouvoir tranquilliser la patiente. Je finis par croiser une aide-soignante qui m'explique qu'il faut que l'infirmière change le

pansement aux fesses à cause des escarres. Nous convenons que l'infirmière passera à la fin de ma séance.

Je retourne auprès de Mme Germain pour lui fournir les explications et le délai. Cela ne semble pas la calmer. Elle me demande de garder la porte ouverte au cas où l'infirmière arriverait. J'essaie tant bien que mal de faire ma séance, mais l'agitation de la patiente est très forte. Elle se plaint de douleurs à cause de ses escarres, me demande régulièrement de me lever pour voir si l'infirmière arrive. Je tente un massage qui lui procure habituellement du bien-être. Mme Germain murmure « j'ai mal, j'ai mal » et se met à pleurer. Je me rassois pour échanger avec elle. Elle m'explique alors qu'elle n'a pas de nouvelles de sa fille depuis une semaine et qu'elle est très inquiète. Je comprends que ce n'est pas tant l'attente de l'infirmière et la douleur qui la rendent anxieuse que cette absence de nouvelles. Je me sens totalement désemparée.

A posteriori, je réalise que mon attitude n'a pas du tout été apaisante pour Mme Germain, je me suis laissée gagner par l'agitation et l'inquiétude de la patiente. Mon toucher était différent des autres sessions, j'avais l'impression de ne pas rentrer en dialogue avec la patiente. J'étais distraite par les bruits du couloir vers lesquels elle me renvoyait. Et une certaine tension s'est installée en moi; je m'attendais à chaque instant à être interrompue par l'infirmière. En outre, je n'ai pas su mettre des mots sur ce qu'elle ressentait. Plutôt que d'accueillir sa douleur, j'ai voulu chercher des explications sur pourquoi sa fille ne s'était pas manifestée. Néanmoins, elle m'a semblé être un peu plus apaisée sur la fin.

Cette séance m'a fait réfléchir sur la question de l'attente et combien l'anxiété de Mme Germain se trouvait majorée par cette attente, sur son sentiment d'impuissance et sur son incapacité à agir pour la faire cesser. Je me suis également dit que tout ce que j'avais instauré comme rituels avec la patiente au sein de mes séances pouvait être rapidement perturbé.

#### 1.3.4 La peur de la chute

Début février, Mme Germain manifeste de nouveaux symptômes qui ne m'étaient jusque-là pas apparus. Je vais comme d'habitude la chercher dans sa chambre. Dans le couloir qui mène au salon où ont lieu nos séances, nous roulons sur une barre de seuil. D'habitude, elle ne change pas d'attitude quand nous passons dessus. Ce jour-là, je vois ses mains se crispent sur l'accoudoir. Quand je lui demande ce qui lui arrive, elle m'explique qu'elle a peur de tomber. Dans la salle, elle me raconte qu'elle a tellement chuté par le passé qu'elle « a la trouille ». Pendant la séance, je constate que sa posture est différente. Elle n'essaie pas comme elle le fait normalement de se redresser, son tronc est en

rétropulsion, toute la moitié haute de son dos plaquée sur son fauteuil. Nous faisons les exercices habituels autour de la respiration et des gestes avec les membres supérieurs, mais je la trouve plus crispée. Au moment du massage, elle refuse de décoller son dos du fauteuil. Je suis très surprise par ces changements.

J'apprends après notre séance, que Mme Germain a eu un incident avec le verticalisateur et qu'elle a failli tomber. J'en conclus que cela a réactivé une peur de la chute. Néanmoins, lorsque j'en reparle à la patiente la semaine suivante, elle me dit ne pas se souvenir de l'incident. Elle me reparle de sa peur de tomber, insiste sur le fait qu'elle a toujours eu peur depuis ses chutes à répétition en lien avec sa maladie et que c'est justement ce qui l'a poussée à rentrer en EHPAD. Par ailleurs, les aides-soignantes me confirment que depuis qu'elle est montée à leur étage, elles ont toujours eu des difficultés avec Mme Germain lors des soins. Sa peur de tomber est si forte qu'elles n'arrivent pas à la tourner pour la laver, car elle s'agrippe aux barrières. Ces deux témoignages m'interpellent, je me demande pourquoi cette peur de tomber ne s'est pas manifestée avant au sein de nos séances. J'entrevois deux hypothèses. La première serait que lors des premiers mois, la détresse psychique de Mme Germain était si importante, son angoisse d'abandon si marquée, que ces manifestations cliniques occupaient le devant de la scène. Du coup, je n'aurais pas détecté les signes d'une peur de la chute. Une autre hypothèse serait que dans la mesure où la patiente se trouve mieux depuis le mois de janvier, que le contenu de mes séances a évolué, que ma relation avec la patiente et ses capacités de communication également, les conditions se trouveraient réunies pour que ces signes apparaissent en séance, alors qu'auparavant ils n'auraient pas eu l'occasion de s'exprimer.

Face à ces nouveaux signes, j'ai d'abord pensé qu'il fallait que je réadapte le contenu de mes séances. Mais, je me suis vite rendue compte, que l'angoisse d'abandon et la peur de la chute sont des symptômes qui traduisent tous les deux des appuis internes déficitaires chez la patiente. Finalement, l'apparition de ce nouveau symptôme m'a plutôt confirmée dans mon hypothèse initiale : la déconstruction psychocorporelle de Mme Germain provoque une perte d'appuis internes qui se manifeste par une angoisse d'abandon et une peur de la chute.

Je vais maintenant tenter de comprendre dans la partie théorique, comment cette déconstruction psychocorporelle s'est peu à peu installée chez Mme Germain, en me basant sur l'étude des différentes pathologies qui l'ont marquée ces dernières années : la dépression qui s'est installée suite à la mort de son mari en 2003, la paralysie supranucléaire progressive diagnostiquée en 2014 et l'AVC qu'elle a subi fin août 2019. Ces apports théoriques que j'illustrerai de quelques vignettes cliniques m'ont donné des éléments de compréhension pour mieux appréhender la patiente que je rencontre en octobre 2019.

Dans la partie théorico-clinique, je développerai en me basant sur l'apport de quelques auteurs comment mon accompagnement de Mme Germain s'est fait en deux grandes phases : une première qui m'a permis de lui apporter de la contenance, afin de lui permettre d'apaiser sa détresse tant psychique que corporelle pour la rendre ensuite plus disponible aux expériences corporelles. Dans la deuxième phase, j'ai cherché à renforcer sa conscience corporelle pour lui permettre de trouver en elle-même des appuis solides.

## 2 PARTIE THÉORIQUE

---

### 2.1 La dépression

La dépression est la maladie psychiatrique la plus fréquente chez le sujet âgé. Elle touche de 11 à 13% des personnes de plus de 65 ans (Boddaert & Collège national des enseignants de gériatrie (France), 2018). En EHPAD, ce taux est de 40%. Elle serait largement sous diagnostiquée (environ la moitié des cas ne serait pas détectée). Elle touche majoritairement les femmes. Les facteurs de risque sont : sociaux (perte d'autonomie, institutionnalisation, isolement, retraite), psychologiques (solitude, veuvage, maladie d'un proche) et biologiques (douleurs chroniques, désafférentation sensorielle, antécédent psychiatrique...).

#### 2.1.1 Critères diagnostics de la dépression chez la personne âgée

Pour diagnostiquer un épisode dépressif majeur selon le DSMV (cité par Boddaert & Collège national des enseignants de gériatrie (France), 2018) :

- Le patient doit présenter au moins cinq des symptômes suivants :
  - o Au moins un des symptômes clefs :
    - Une humeur dépressive
    - Une perte d'intérêt, de plaisir
  - o Et parmi les autres symptômes : fatigue ou perte d'énergie; sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive; pensées de mort, idées suicidaires, difficultés de l'aptitude à penser, de concentration ou d'indécision; agitation ou ralentissement psychomoteur; insomnie ou hypersomnie; diminution ou augmentation de l'appétit ou du poids
- Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.
- Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
- Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil.

- Les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides et/ ou de dévalorisation.

Les symptômes regroupés par le DSM V sont communs au sujet adulte et à la personne âgée. Cependant, il en existe d'autres spécifiques au sujet âgé : irritabilité, agitation, agressivité, colère; opposition ou comportement de refus (alimentation, soins, traitements); plaintes mnésiques; sentiment d'inutilité, d'être une charge; sentiment d'impuissance; troubles de la concentration; repli sur soi, prostration; somatisations; angoisses matinales (Boddaert & Collège national des enseignants de gériatrie (France), 2018).

Parfois, la dépression se présente sous forme de tableau atypique. Le collège des enseignants gériatres en recense quatre. Le premier tableau est la dépression masquée. Les plaintes somatiques sont au premier plan (dyspnées, douleurs abdominales, oppression thoracique, douleurs musculo-squelettiques), alors que la douleur psychique n'est pas exprimée par le patient. La deuxième, la dépression hostile, se caractérise par une anxiété, des récriminations, une agitation hostile, des refus de soins et une agressivité souvent dirigée vers l'entourage. La troisième, la dépression avec plainte mnésique, doit faire l'objet d'un diagnostic différentiel avec le trouble neurocognitif. La dernière est la dépression sévère. Elle peut être de forme mélancolique avec une prostration qui s'accompagne d'un refus de manger et de traitement. Elle peut être également de forme délirante avec pour thème des idées de ruine, de persécution ou de négation d'organe (syndrome de Cotard). La dépression sévère fait souvent l'objet d'une hospitalisation dans la mesure où le diagnostic vital de la personne peut être engagé.

*Chez Mme Germain, l'humeur dépressive est clairement exprimée. Par exemple, elle indique son souhait de mourir à la place de son fils « c'est moi qui devrait partir ». Elle explique qu'elle pleure beaucoup durant ses journées. Elle possède également une vision très négative de son corps, quand elle se réfère à lui elle dit : « c'est de la vieillesse ». Sur le plan somatique, elle présente des troubles du sommeil avec des réveils nocturnes fréquents et longs. Elle se plaint également de ne pas avoir faim, cependant les soignants n'ont pas constaté une baisse d'appétit. On retrouve également de nombreuses plaintes autour des douleurs dorsales qui semblent l'envahir. Concernant le ralentissement psychomoteur, Mme Germain présente effectivement des limitations de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives. Mais dans son cas, cela semble plus lié à son AVC et à sa maladie neurodégénérative. On retrouve donc de nombreux éléments de diagnostic du DSM V.*

*De plus, la dépression de Mme Germain est teintée d'anxiété. Ainsi lors d'une séance mi-janvier, elle n'avait pas reçu de nouvelles de sa fille depuis une semaine. Elle était très inquiète pour celle-ci, et il a été très compliqué de mener la séance, elle était très peu concentrée et pleurait beaucoup. Par ailleurs, elle est capable d'exprimer ses peurs. Lors d'une séance mi-décembre, elle me dit : avoir peur « pour son fils qui est malade », « pour sa sœur », « d'être dans une pièce avec la porte fermée » et « de rester seule ». En outre, elle est prise d'accès de violence, au cours desquels elle renverse tout le mobilier de sa chambre et casse sa télévision. Enfin, elle sollicite constamment le personnel, qui prendra la décision en novembre de la garder une partie de la journée à leur côté. Ces éléments semblent indiquer que le tableau clinique de Mme Germain est celui d'une dépression hostile.*

### 2.1.2 Modèles théoriques de la dépression chez la personne âgée

#### ❖ **La dépression comme non élaboration de la position dépressive**

Charazac (2015) rappelle que la dépression est inhérente à la construction de l'identité et que dans certains cas son absence est pathologique. Il se base sur la position dépressive décrite par Mélanie Klein. Pour cette psychanalyste, entre 6 et 12 mois, l'enfant va prendre conscience de l'ambivalence de sa mère. La personne, objet d'amour qui le nourrit et la personne objet de haine, qui le frustre, ne font qu'une. Apparaît alors l'angoisse d'avoir perdu l'objet d'amour par les attaques qu'il lui a fait subir. Les réponses suffisamment bonnes de sa mère vont le rassurer. Il va concilier les deux facettes et se construire une représentation d'un objet maternel fiable, sur lequel il pourra s'appuyer. Par contre, si les réponses ne sont pas adéquates, l'angoisse de perte va se trouver renforcée. L'enfant ne pourra pas se construire une représentation de l'objet maternel fiable. Cette absence d'internalisation se retrouve chez les états limites qui développent des relations de dépendance pour combler ce manque.

À chaque crise de son existence, le sujet se retrouvera face à de nouvelles contradictions qui convoqueront à nouveau la position dépressive et la nécessité de concilier l'ambivalence de ses objets internes (Charazac, 2007). La dépression résulterait dans ces moments de crise d'une incapacité à atteindre la position dépressive, le sujet se laissant envahir par les mauvais objets internes.

*Chez Mme Germain, cette difficulté à concilier l'ambivalence des objets apparaît fréquemment. Ainsi, peu après la mort de son fils, elle me parle de l'attitude des aides-soignantes à son égard. Elle me confie qu'elles sont pleines de sollicitude. Suite à ce constat, elle ajoute immédiatement « c'est louche ça ». Comme si, elle ne pouvait pas accepter la gentillesse de ces personnes sur*

*lesquelles elle projette habituellement son agressivité, les qualifiant régulièrement de « méchantes ». Par ailleurs, on retrouve chez la patiente un agrippement à la relation et une dépendance à la présence de l'autre qui paraissent indiquer un manque d'internalisation d'un objet maternel fiable sur lequel s'appuyer lors des moments de crise.*

#### ❖ **La dépression comme inhibition des capacités de penser**

Widlöcher (2002), propose de considérer la dépression comme une inhibition générale des capacités de penser. Il se base sur un article de Freud, paru en 1926, intitulé « Inhibition, symptômes et angoisse », dans lequel il postule que dans la mélancolie, le moi dépense toute son énergie dans une tâche psychique difficile (deuil, répression d'affects...). L'énergie restante se trouve appauvrie. Reprenant à son compte ce postulat, Widlöcher propose deux formes de dépression. Dans la première, c'est un secteur particulier des pensées du sujet qui va être surinvesti. Les autres programmes de pensées seront alors inhibés. La dépression peut être qualifiée de mono-idéiste orientée en général sur la perte d'objet. Le sujet peut être capable d'exprimer en mots sa douleur avec des représentations concrètes (ne plus revoir son fils par exemple), les thèmes tournent autour de l'incapacité d'agir et le pessimisme. Parfois le sujet n'a pas accès à ces représentations, elles peuvent être refoulées, voire projetées. La deuxième forme touche indifféremment tous les contenus de la pensée et les actes moteurs. La dépression se caractérise alors par un ralentissement psychomoteur et une altération cognitive (mémoire, attention notamment). Ce n'est pas comme dans la première forme, le contenu de la pensée qui est touché, mais c'est tout le traitement de l'information qui est impacté.

*Mme Germain est une patiente qui exprime très bien le contenu de ses pensées et son humeur triste, ce qui fait penser à la première forme de dépression proposée par Widlöcher. Elle semble, en effet, être fixée sur la perte de son époux qui a eu lieu en 2003. La simple évocation de celui-ci déclenche chez elle beaucoup d'affliction. Par ailleurs, elle m'a demandé de lui passer lors des séances une musique de tango pour que nous puissions danser ensemble. Cette musique est très liée à son mari, qu'elle a rencontré lors d'un bal populaire. Dès que les premières notes résonnent, elle fond en larmes et a du mal à s'apaiser.*

#### ❖ **Dépression et biais cognitif**

Selon Beck (1976/2017), les personnes à risque de dépression présentent des biais cognitifs. Ces biais sont déclenchés par des pertes qui peuvent parfois être évidentes, comme la perte d'un conjoint. Elles peuvent être également issues de

carences plus subtiles : la personne se retrouve en déséquilibre entre ce qu'elle investit émotionnellement et ce qu'elle reçoit en retour. Ces expériences de perte vont laisser une empreinte négative chez certains sujets, les amenant à une vision pessimiste de soi, du monde et de l'avenir. Ils perçoivent alors tous les événements de leur vie à travers ce filtre.

Ces distorsions cognitives vont impacter les comportements du patient. Il va s'engager moins fréquemment dans des activités plaisantes. Dès qu'il entreprend une activité, il s'attend à un échec, ce qui décourage l'action et diminue son sentiment d'efficacité personnelle. Par ailleurs des biais comportementaux s'installent, avec une tendance à se fixer des objectifs de vie irréalistes, ce qui découragerait en permanence l'action et diminuerait le sentiment d'efficacité personnelle. S'ensuivent des stratégies d'évitement mises en place pour ne pas subir les conséquences négatives de ses actions, c'est ce qui entraîne un renforcement négatif et participe au cercle vicieux de la dépression.

*On retrouve chez Mme Germain des distorsions cognitives. Ainsi, lorsque je lui propose de nouveaux exercices pour l'amener par exemple à bouger son tronc, sa première réaction est de me dire qu'elle n'y arrivera jamais. Ce commentaire traduit la vision négative qu'elle a d'elle-même. De même, elle applique ce filtre à son environnement, utilisant des termes très durs pour décrire ses relations avec le personnel soignant. Enfin ces distorsions donnent un impact très fort à certains événements qui seraient vécus de façon plus sereine par d'autres personnes. Par exemple, on peut comprendre que son déménagement à l'étage ait été difficile, mais son indignation a duré de nombreux mois, et cela ressemble à de la rumination d'idées négatives.*

### 2.1.3 Les complications de la dépression chez la personne âgée

Une dépression non prise en charge peut conduire à deux risques principaux : le syndrome de glissement et le suicide (Monfort, 2014).

Le syndrome de glissement touche généralement les personnes âgées de plus de 80 ans, fragiles et pathologiques (Weimann Péru & Pellerin, 2010). Il fait suite, après un intervalle libre de quelques jours à quelques mois, à un facteur déclenchant qui peut être physique ou psychique : maladie aiguë, chute, fracture, intervention chirurgicale, deuil, perte, hospitalisation... Il associe des signes physiques (anorexie, dénutrition, déshydratation, troubles sphinctériens entraînant de la rétention urinaire et de la constipation...) et psychiques (repli, clinophilie (fait de rester allongé pendant plusieurs

heures alors que l'on est réveillée), refus de s'alimenter, refus de soin, mutisme...). Son évolution est sévère et entraîne la mort dans 80 à 90% des cas. Le traitement comprend deux grands axes. Le premier concerne la prise en charge symptomatologique avec renutrition du patient et prise en charge des différentes complications somatiques. Le deuxième concerne l'aspect thymique du patient. Certains préconisent un traitement à base d'antidépresseurs, mais il n'y a pas consensus. En effet, pour certains, l'évolution du patient est si rapide qu'elle ne laisse pas le temps aux médicaments de faire leur effet. L'importance d'un nursing infirmier fait, lui, plus consensus. La relation soignante et des soins « suffisamment bons » permettent en effet d'assurer une contenance à la fois psychique et physique, l'objectif étant d'amener le patient à restaurer ses enveloppes corporelles et leurs fonctions.

Le taux de tentatives de suicide est plus élevé chez les personnes âgées (Charazac, 2015). Par ailleurs, elles se terminent fréquemment par le décès (1/3 des cas en 1997). Outre l'âge, les facteurs de risque sont : les antécédents psychiatriques (troubles de l'humeur, tentative de suicide par le passé), les addictions, l'existence d'une maladie grave associée ou non à des douleurs, la solitude, le veuvage, le divorce et pour les femmes le fait de résider en institution. Charazac ajoute également une liste de facteurs intrapsychiques : une concentration d'événements traumatiques (accumulation de deuils, maladies, séparations souvent précoces); un désinvestissement corporel; un défaut d'intériorité psychique; un manque de représentation de la vie après la mort; l'absence de désir de transmission aux générations suivantes. Prévenir le risque suicidaire passe en premier par la détection des états dépressifs et leur prise en charge. Concernant l'environnement, il est nécessaire de contrôler l'accès aux moyens de suicide. La présence de l'entourage et son soutien permettent également de diminuer le risque. Si le risque est élevé, il faut hospitaliser la personne.

*Mme Germain présente de nombreux facteurs de risque suicidaire (dépression, tentatives de suicides passées, accumulation de deuils et de maladies, désinvestissement corporel...). Néanmoins, elle bénéficie d'une prise en charge constante depuis la mort de son mari en 2003 sur le plan psychiatrique. Quand on consulte son dossier, on voit qu'elle a été hospitalisée un certain nombre de fois. Les professionnels qui la suivent sont particulièrement vigilants dès qu'un nouvel événement qui pourrait la pousser vers une crise suicidaire survient. Ainsi lors du décès de son fils, la psychologue l'a prise en entretien et le psychiatre s'est déplacé dans les jours qui ont suivi pour évaluer son état.*

#### 2.1.4 La prise en charge de la dépression

La prise en charge de la dépression comporte plusieurs composantes. La première est d'ordre biologique et repose sur la prise d'antidépresseurs, auxquels on ajoute un stabilisateur d'humeur en cas de dépression résistante. Parfois, le patient ne répond pas aux médicaments et le pronostic vital est engagé (refus de s'alimenter par exemple). On peut alors procéder à une cure d'électro-convulsivothérapie (Charazac, 2015).

Une autre composante est la psychothérapie. Associée à une chimiothérapie, elle donne de meilleurs résultats que les traitements médicamenteux seuls. Dans un premier temps, le thérapeute aidera le patient à prendre conscience des événements qui ont pu jouer un rôle dans le déclenchement de l'accès aigu (deuil, déception, blessure narcissique...), et de la condition dans laquelle il se trouve (Widlöcher, 2002). Dans un second temps, un travail peut s'engager visant non pas à annuler ou masquer la souffrance et les difficultés de vie du patient, mais à lui permettre de les traiter activement. Cela passe par un changement des structures mentales, changement opéré via la psychothérapie.

La troisième composante est une relation d'aide supposant de la part des soignants une écoute du patient pour lui permettre de se raconter, de parler de son passé, de sa vie affective, de sa famille (Monfort, 2014). Ainsi, il se sent compris et entendu ce qui favorise l'apaisement. De plus son identité s'en trouve renforcée.

Enfin, la dernière composante concerne l'environnement du patient. Tout d'abord, il s'agit de l'impliquer au maximum dans les actes de sa vie quotidienne (toilettes, repas..) pour qu'il puisse reprendre le contrôle de son environnement. Ensuite, encourager la personne âgée à participer à des activités ludiques peut le sortir de son isolement social. Des groupes thérapeutiques et des prises en charge individuelle, centrés sur les difficultés et plaintes du patient sont également un bon moyen d'obtenir son adhésion et de rétablir un premier lien avec l'extérieur.

*La prise en charge de Mme Germain comporte tous ces aspects : une chimiothérapie; un entretien hebdomadaire avec la psychologue durant lequel la patiente fait de nombreux liens entre son enfance difficile et les événements actuels; une prise en charge hebdomadaire avec différents paramédicaux (psychomotricienne, orthophoniste et kinésithérapeute), qui sont des occasions non seulement de se raconter mais également de maintenir ses capacités physiques et cognitives. Enfin les aides-soignantes, lors des moments de crise gardent Mme Germain à leur côté et consacrent du temps à l'écouter. Cependant, la dépression*

*de la patiente peut être considérée comme résistante et dure depuis des années malgré une prise en charge solide. Depuis qu'elle est entrée à l'EHPAD, elle a vécu plusieurs événements qui l'ont impactée : entrée en institution, opération intestinale (été 2018), déménagement dans les étages (octobre 2018), annonce de la maladie de son fils (novembre 2018), AVC (août 2019), mort de son fils (janvier 2020). Toutes ces crises viennent perturber le fragile équilibre psychique qu'elle s'était constituée et nécessite un remaniement de sa prise en charge dans chacun des domaines.*

### 2.1.5 L'impact d'une dépression hostile sur les soignants

Les patients dépressifs sont traversés d'angoisses qui les amènent à réactiver leur système d'attachement (Dibie-Racoupeau et al., 2010). En effet, Bowlby, en 1952, décrit l'attachement comme un besoin primaire qui est actif toute la vie (cité par Bonnet, 2012). Il répond à un besoin de protection, à une recherche de sécurité. Aussi, quand un sujet se retrouve en situation de détresse, il réactive son système d'attachement. Il va chercher auprès d'une figure d'attachement une base de sécurité.

Chez l'enfant, le système d'attachement s'élabore dans les interactions avec la figure d'attachement (généralement la mère) (Guédeney, 2018). Pour le bébé, l'objectif est de s'assurer de la proximité de celle-ci pour qu'elle réponde à ses besoins. Si elle y répond de manière adaptée, il va développer un style d'attachement sécure. Si à l'inverse, elle se montre trop distante ou ambivalente dans ses réponses, il va mettre en place des stratégies d'adaptation. Il va chercher un compromis entre ce dont il a besoin et ce que sa figure d'attachement peut lui apporter. Soit il va diminuer les signaux qu'il émet, pour éviter d'être déçu par les réponses, on parle alors d'attachement insécure évitant. Soit il va maximiser les signaux qu'il émet, pour attirer l'attention de sa figure d'attachement, on parle d'attachement insécure ambivalent-résistant. Chez le sujet âgé, le système d'attachement a évolué tout au long de la vie et s'est enrichi de nouvelles expériences d'attachement qu'il a expérimentées au cours de son existence. Cependant, on retrouve également différentes orientations dans le système d'attachement : sécure, évitante et anxieuse.

Pour Dibie-Racoupeau (2010), les patients souffrant de dépression hostile ont un système d'attachement anxieux. Ainsi, face à leurs angoisses, ils vont chercher la proximité d'une figure d'attachement (en l'occurrence parmi les soignants) pour trouver une base de sécurité; quelqu'un qui puisse accueillir leur souffrance. Or cette quête va se traduire par une recherche d'attention constante, difficile à satisfaire. Elle peut venir épuiser les soignants, qui finissent par développer un sentiment d'impuissance, lié à

l'incapacité de répondre à la demande. De plus, la rencontre avec la personne âgée vient attaquer leur propre image parentale. Ils peuvent, par conséquent, être traversés par des mouvements de culpabilité et d'agressivité à l'égard du patient. Le risque est alors qu'ils rigidifient leurs défenses et qu'ils développent une attitude très négative vis-à-vis de la personne âgée, pour la maintenir à distance.

Pour éviter ces contre-attitudes, il faut accompagner les professionnels de santé afin qu'ils puissent mener un travail psychique sur eux-mêmes, en favorisant des moments d'expression clinique au sein des équipes. Ces temps de supervision aident les soignants à trouver la juste distance à observer auprès de leurs patients : leur laisser suffisamment d'autonomie et les sécuriser en même temps (Blanchard et al., 2006). Ecouter la parole des soignants va permettre qu'ils se sentent respectés et apaisés, ce qui entraînera un apaisement dans leur relation avec les patients.

*Mme Germain est une patiente qui met à l'épreuve les professionnels de santé. Elle a commencé son suivi avec la psychologue de l'établissement quelques semaines après son arrivée à l'EHPAD, sur demande des équipes qui se trouvaient en difficulté dans leur relation avec la patiente. Pour la thérapeute, il y a une divergence entre les besoins de la patiente et les objectifs des soignants. Du côté de Mme Germain, de par ses angoisses d'abandon, il y a un besoin fort de proximité, elle cherche une base de sécurité. De plus, son attachement est de style anxieux, ses sollicitations sont donc très importantes. De leur côté les soignants, compte tenu du fonctionnement de l'EHPAD, ils cherchent à favoriser au maximum l'autonomie des patients. Cette divergence a des répercussions sur leur relation. Ainsi, très rapidement, la patiente, en recherche affective importante, associée à une forme d'impuissance liée à la vie de l'EHPAD et à son handicap, s'est montrée très exigeante. J'ai décrit dans la partie clinique les sollicitations constantes de Mme Germain envers les aides-soignantes. Celles-ci reconnaissent avoir été dures avec la patiente, rapportant lui avoir déjà crié dessus. Je sens dans leur récit combien elles se sont senties démunies. L'une d'elle dira « personne ne nous a donné des solutions ». Néanmoins, depuis janvier, les demandes de Mme Germain se font moins pressantes et elles me rapportent : « ça va bien mieux depuis que le psychiatre a changé son traitement, c'est un amour maintenant ! ». Elles la voient désormais à travers le prisme des épreuves qu'elle traverse et font preuve d'empathie. Cependant, du côté de la patiente, le ressentiment est encore fort, la psychologue me rapporte que Mme Germain clive le personnel entre les mauvais et les bons soignants. Et effectivement dans son discours certaines soignantes sont*

désignées comme « méchantes », « ne lui adressant pas la parole pendant plusieurs jours ».

Le syndrome anxio-dépressif dont souffre Mme Germain depuis 2003 a un impact très fort sur son quotidien. Il l'amène à développer une vision très pessimiste d'elle-même et de son environnement, ce qui colore de façon négative ses relations et son vécu des contrariétés. Par ailleurs, il la rend très vulnérable sur le plan psychique aux événements difficiles de vie qu'elle peut traverser. On peut donc s'interroger sur comment la paralysie supranucléaire progressive qui lui a été diagnostiquée en 2014 est venue ébranler son équilibre psychique et comment elle a vécu et traversé les conséquences de cette maladie.

## 2.2 La paralysie supranucléaire progressive

La paralysie supranucléaire progressive a été décrite cliniquement en 1963 par Steele, Richardson et Olszewski (Eusebio, 2015). Elle consiste en une dégénérescence hétérogène atteignant le tronc cérébral, les ganglions de la base et le cervelet. Elle se caractérise cliniquement par des signes moteurs (un syndrome parkinsonien, des troubles oculomoteurs et des troubles de la déglutition) et des signes non moteurs (ralentissement psychique, apathie et syndrome frontal dysexécutif). Elle représente 5 à 10% des syndromes parkinsoniens. Sa prévalence est de 5 cas pour 100 000. La médiane de survie est de 6 à 7 ans. Elle débute entre 60 et 70 ans.

### 2.2.1 Manifestations cliniques

#### ❖ **Sur le plan moteur**

Dans la paralysie supranucléaire progressive, le syndrome parkinsonien se caractérise par une rigidité au niveau de l'axe et une attitude en rétrocolis (déviation du cou et de la tête vers l'arrière). Le patient présente une instabilité posturale importante qui va entraîner des chutes à répétition en rétropulsion. Dans 30% à 50% des cas, c'est le symptôme inaugural (Dujardin et al., 2011). La personne présente rarement des tremblements. Sur le plan oculomoteur, la maladie se caractérise par une limitation puis une paralysie des mouvements de verticalité volontaires (saccades) et automatiques (poursuites). Ces troubles apparaissent plus tardivement dans la maladie. On constate également une dysarthrie et des troubles de la déglutition qui peuvent conduire à des pneumopathies d'inhalation. Le visage est hypertonique et donne un aspect grimaçant à la personne.

### ❖ **Sur le plan cognitivo-comportemental**

Les modifications cognitives et comportementales sont présentes dès le début de la maladie. Au niveau cognitif, on constate un ralentissement du traitement de l'information et donc une augmentation des temps de réaction. Les capacités de maintien, de focalisation et d'orientation de l'attention sont affaiblies. Les patients présentent également des troubles mnésiques, ils ont du mal à organiser de nouvelles informations tant au moment de l'encodage que de la récupération. Ils souffrent également d'un syndrome dysexécutif avec des difficultés de planification de l'action et de mise en place de stratégies, ainsi que des persévérations. La reproduction de séquences gestuelles est déficitaire, en lien avec le manque de flexibilité cognitive qui gêne le séquençage des gestes simples. Enfin, certains patients présentent également une apraxie idéomotrice. Ces désordres cognitifs vont s'aggraver avec l'évolution de la maladie et les patients finissent souvent par être diagnostiqués comme déments.

Au niveau comportemental, on constate des anomalies évoquant un syndrome frontal : apathie, aboulie, désinhibition, augmentation des réflexes de grasping, comportements moteurs aberrants.

*Chez Mme Germain, ce sont les chutes à répétition qui ont amené la patiente à consulter un neurologue. Lorsqu'elle consulte en septembre 2014, elle présente une rigidité bilatérale avec roue dentée et une rigidité axiale. Elle est instable debout avec une rétropulsion marquée. Elle a par ailleurs un ralentissement de l'élévation du regard. Ces signes ont conduit la neurologue à diagnostiquer la paralysie supranucléaire progressive. Néanmoins, la maladie évolue lentement et ce n'est qu'en juillet 2019 que la situation sur le plan cognitif se dégrade.*

*En mars 2020, Mme Germain présente la majorité des symptômes de la paralysie supranucléaire progressive, de façon plus ou moins marquée. Elle se déplace en fauteuil et ne se verticalise qu'en présence du kinésithérapeute. Elle a chuté de son fauteuil en novembre 2019 et une contention pelvienne a été mise en place. Au niveau du regard, je constate une certaine fixité qui peut s'expliquer par les difficultés pour réaliser poursuites et saccades. Concernant la parole, elle est relativement lente ce qui peut évoquer une légère dysarthrie. Par contre, elle ne présente pas de troubles de la déglutition. Sur le plan cognitif, son attention est légèrement fluctuante et quelques persévérations sont présentes. Mais cela est bien moins marqué que lors du début de la prise en charge. Sur le plan mnésique, en fin de séance, elle est incapable de se souvenir sans indice de ma part de ce que nous avons fait.*

Parmi les conséquences de la paralysie supranucléaire progressive, on retrouve les chutes à répétition et la perte d'autonomie. Je vais donc maintenant détailler chacun de ces points et étudier comment ils impactent la personne sur le plan physique et psychique.

### 2.2.2 Les chutes à répétition et leurs conséquences

Les chutes à répétition constituent un critère de diagnostic pour la paralysie supranucléaire progressive. Si elles signent l'entrée dans la maladie, les chutes restent présentes tout au long de l'évolution du patient, du fait d'une instabilité posturale importante. Par ailleurs, la chute traumatique et les pneumopathies d'inhalation sont les principales causes de décès de ces patients (Eusebio, 2015).

Un tiers des plus de 65 ans et la moitié des 85 ans chutent une ou plusieurs fois par an (Collège National des Enseignants de Gériatrie, 2000). Les causes sont très diverses et souvent intriquées : perte progressive des mécanismes d'adaptation à l'équilibre, affectation aigüe, effet d'une substance toxique, environnement inadapté, désorientation du sujet, manifestation d'un appel à l'aide... Une chute n'est jamais à prendre à la légère et est susceptible de provoquer la crainte d'une nouvelle chute, ce qui peut aboutir à une limitation spontanée de la marche et à terme à la dépendance.

#### ❖ **Les conséquences de la chute**

Sur le plan traumatique, la personne peut souffrir de contusions, d'hématomes, de plaies, de luxations et de fractures. Néanmoins, seules 6 à 8% des chutes entraînent des fractures. Ainsi, il serait réducteur de résumer la chute à ses conséquences traumatiques.

Sur le plan psychomoteur, la chute peut engendrer une sidération des automatismes acquis avec, pour conséquence, une désadaptation posturale. Il s'agit du syndrome post-chute qui se caractérise par (Boddaert & Collège national des enseignants de gériatrie (France), 2018):

- Une rétropulsion rendant impossible la station debout sans aide humaine;
- Une composante anxieuse majeure (phobie de marche voire de verticalisation);
- Trouble de la marche avec aide humaine : petits pas glissés, non déroulement du pied, élargissement du polygone de sustentation;
- Trouble neurologique avec hypertonie oppositionnelle, altération des réactions d'adaptation posturale et des réactions parachutes.

- Ces symptômes ne sont pas expliqués par des lésions traumatiques et neurologiques.

C'est une urgence gériatrique. En l'absence d'une prise en charge adaptée, il peut se prolonger en syndrome de désadaptation psychomotrice. Les symptômes sont les mêmes que dans le syndrome post-chute. Le patient reste la plupart du temps en position assise, le tronc projeté vers l'arrière. Il va alors glisser de son fauteuil ce qui pourra nécessiter la mise en place d'une contention pelvienne.

Au-delà de l'anxiété majeure avec peur du vide constatée dans le syndrome post-chute, la chute a d'autres conséquences psychologiques chez le sujet âgé (Collège National des Enseignants de Gériatrie, 2000). Le choc émotionnel lié à la chute entraîne une perte de confiance en soi et un sentiment d'insécurité. S'installe alors une dévalorisation de soi, associée à un repli sur soi, une démotivation et une restriction des activités. Nous reviendrons plus en détail sur ce qui se joue sur le plan psychologique chez le sujet chuteur. Les complications psychologiques sont d'autant plus importantes que la personne est restée longtemps au sol et qu'elle a été dans l'incapacité de se relever. Il en résulte une perte d'autonomie, souvent aggravée par l'entourage qui surprotège la personne de peur qu'elle ne tombe à nouveau. 40% des patients hospitalisés pour chute sont orientés ensuite vers une institution.

*Courant janvier, Mme Germain a quasiment chuté lors d'un transfert. S'il n'y a pas eu effectivement de chute, cela a renforcé une anxiété déjà bien présente, en lien avec les nombreuses chutes, qu'elle a faites par le passé. Elle me dira d'ailleurs plusieurs fois : « j'ai tellement chuté ». La séance suivante, lorsque je viens la chercher, je constate des manifestations de cette peur, que je n'avais pas remarquées jusqu'à présent : agrippement aux accoudoirs du fauteuil lorsque nous roulons sur la barre de seuil dans le couloir; refus de décoller son dos pour que je la masse en exprimant clairement sa peur de tomber. En outre, j'apprends par les soignantes que les transferts sont devenus encore plus compliqués.*

#### ❖ **Prise en charge de la chute**

La prise en charge doit être rapide, globale et pluridisciplinaire. Après la chute, il convient de traiter les conséquences immédiates, en particulier traumatiques. Il faut également traiter de manière simultanée les facteurs précipitants intrinsèques (problèmes vasculaires, trouble du rythme cardiaque, AVC, état confusionnel, hypoglycémie...). Dans la foulée, il faut initier la rééducation en commençant par une verticalisation précoce, et proposer un soutien psychothérapeutique. Enfin un accompagnement social doit permettre d'adapter l'environnement de la personne âgée pour un retour à domicile.

La psychomotricité trouve toute sa place dans les équipes de rééducation post-chute. La première étape consiste à évaluer les capacités physiques, motrices, psychologiques et sociales du patient (Modange & Chaumont, 2019). La prise en charge peut se faire dans un groupe de type « gym douce » car elle aide à la resocialisation du sujet. Le psychomotricien va notamment accompagner le patient dans la prise de conscience de son corps pour le réinvestir différemment et se réappropriier les mouvements.

### ❖ **La chute comme rupture**

Selon le rapport de la HAS (Haute Autorité de Santé) (cité par Ribadier & Sainjeon-Cailliet, 2011), « la chute est définie comme le fait de se retrouver involontairement au sol ou dans une position inférieure par rapport à sa position de départ ». Cette définition, qui insiste sur l'aspect involontaire et donc incontrôlée, permet de comprendre qu'au-delà de la perte d'équilibre, c'est vraiment une rupture psychologique qui s'opère chez le sujet chuteur. La chute crée un déséquilibre psychique, elle vient sidérer le discours interne qui donne sens à la vie de la personne âgée (Fromage, 2008). Elle rend impossible le retour à l'équilibre antérieur, elle est irréversible. Elle distingue donc un avant et un après d'où l'idée de rupture.

La rupture se fait au niveau du corps dont les limites et les défaillances sont brutalement mises en avant. C'est l'image de soi qui est atteinte (Roos, 2008). La chute, via la perte subite de la verticalité, vient interroger le sujet sur sa solidité corporelle, mais également psychique. C'est ce qui maintient debout le sujet qui est remis en question : quels sont ses appuis internes et externes, qu'est ce qui le motive à avancer. C'est la question de l'étaillage qui est convoquée, de la sécurité interne du sujet qui s'est construit à travers les soins maternels. Aussi, après une chute les patients sont en quête d'étaillage et en recherche d'attachement en lien avec une angoisse d'abandon (Modange & Chaumont, 2019).

*Concernant Mme Germain, les chutes à répétition sont venues témoigner d'une rupture corporelle avec l'installation d'une maladie neurodégénérative, qui suppose une perte progressive de ses capacités motrices et cognitives et donc de ses appuis corporels internes. Vu la fragilité psychique de la patiente, qui dispose d'une sécurité interne défaillante, ses chutes et l'annonce concomitante de sa maladie ont dû fortement l'ébranler.*

La chute, au-delà des défaillances corporelles qu'elle met en avant, fait également s'effondrer un futur que l'on s'était construit (Fromage, 2008). Cet avenir n'est pas une réalité (puisqu'il n'a pas encore eu lieu), il se construit dans le présent du sujet et, en

retour, il vient le façonner. Ainsi, une personne âgée va s'imaginer finir ses jours chez elle et tout mettre en place pour se maintenir en forme. La chute va remettre en question tout le mode de vie qui s'était construit autour de cette anticipation. Surmonter la chute suppose donc d'être capable de renoncer à cette représentation de ce futur et s'en former une nouvelle. Dans ce cas, la rupture n'est plus seulement envisagée comme une fermeture de l'avant mais également comme une ouverture de l'après.

*Mme Germain a-t-elle été en capacité de surmonter ses chutes pour se former une nouvelle représentation de l'avenir ? Avant son entrée en institution, elle avait formulé son envie d'aller dans une résidence de personnes âgées, dans laquelle elle conserverait son autonomie. L'avancée de sa maladie a rendu ce souhait impossible. Elle formule régulièrement son envie de partir, ce qui semble traduire, que trois ans après son entrée en EHPAD, elle n'a toujours pas accepté sa situation et reste dans une position de fermeture.*

### 2.2.3 La dépendance

#### ❖ **Autonomie et dépendance**

L'une des conséquences de la paralysie supranucléaire progressive est la perte d'autonomie, qui surviendrait 3 à 4 ans en moyenne après le diagnostic (Eusebio, 2015). Il paraît important, dans un premier temps, de définir ce qu'est l'autonomie ainsi qu'une autre notion qui lui est liée : la dépendance. L'autonomie se réfère à la capacité à se gouverner soi-même, c'est-à-dire la capacité de jugement (de prévoir et de choisir) et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement (Boddaert & Collège national des enseignants de gériatrie (France), 2018). La dépendance, elle, se définit par le besoin d'aide pour effectuer les activités de la vie quotidienne. Au vu de ces définitions, on ne peut pas réduire la perte d'autonomie à la dépendance. J'utiliserai plutôt pour la suite de cet écrit le terme de dépendance plutôt que de perte d'autonomie.

#### ❖ **Conséquences de la dépendance**

Pour les personnes âgées, la dépendance impacte fortement la vie quotidienne. Parfois, le maintien chez soi est possible avec la présence d'aides à domicile, mais d'autres fois, la personne doit rejoindre une structure institutionnelle. La dépendance a également un effet sur la vie affective. La relation à l'entourage se trouve modifiée, ce qui peut être vécue comme pénible. Parallèlement, le regard de l'entourage sur la personne va être modifié, notamment dans la relation parent-enfants, avec un risque d'épuisement pour l'aidant (50% ont une maladie chronique et 30% se disent anxieux).

### ❖ **L'entrée en institution pour la personne dépendante**

L'entrée en institution induit une désorientation majeure pour la personne âgée (Landreau, 2004). Tout ce qui faisait son quotidien est bouleversé, et s'adapter à un nouvel environnement demande de bonnes capacités d'adaptation. Or, l'entrée en institution s'accompagne généralement d'une diminution des capacités de la personne.

*Dans le cas de Mme Germain, ses capacités d'adaptation sont de facto réduites par ses pathologies : la paralysie supranucléaire progressive induit une baisse de flexibilité mentale; la dépression amène une distorsion cognitive qui lui fait appréhender son environnement avec un biais négatif.*

Voyons maintenant, en quoi consistent ces changements. Sur le plan spatial, tous les repères géographiques vont changer : nouveau quartier, nouveau lieu d'habitation totalement différent du précédent, nouvelle configuration de l'espace (Landreau, 2014). Sur le plan social, la personne âgée se trouve plongée dans un milieu divisé en deux, avec d'un côté les soignants actifs et de l'autre « les vieux ». Cette réalité la confronte, de façon violente, à son propre vieillissement. Il faut par ailleurs, qu'elle se familiarise d'un coup avec de nombreux nouveaux visages. Sur le plan temporel, la personne perd la maîtrise du rythme de ses journées et doit s'adapter au rythme de l'institution. Enfin, sur le plan identitaire, l'impact de l'entrée en institution est majeur, dans la mesure où l'autonomie du patient se trouve diminuée. En effet, c'est un lieu où le collectif prend le pas sur l'individuel (Cerioni, 2011). Or, pour assurer un bon fonctionnement du service, une certaine rigidité est nécessaire : dans les horaires, dans les protocoles, dans les procédures, dans les autorisations et permissions... Les soignants sont tenus de respecter ces règles, ce qui laisse peu de place à l'initiative. Cette rigidité va impacter l'autonomie de la personne dépendante qui va se trouver limitée dans sa possibilité de faire des choix. Face à cette perte d'autonomie, elle peut soit s'adapter, soit s'en accommoder tout en faisant régulièrement remonter des critiques sur l'organisation, soit se mettre dans une position d'opposition qui se traduit par un repli sur soi pour ne plus être en contact avec le monde extérieur (Landreau, 2004).

### ❖ **Le vécu d'attente en institution**

Je souhaiterais maintenant revenir sur le vécu temporel en institution. Outre la perte de maîtrise du rythme, que j'ai déjà évoquée, la personne est confrontée à une réelle discordance des temps (Schoenenburg et al., 2019). Trois temporalités différentes se croisent : celle du patient qui de par sa solitude et sa dépendance pour les actes de la vie quotidienne a une perception distordue du temps qui s'écoule; celle du soignant qui n'a souvent pas le temps; et celle de l'institution, rigide pour assurer le bon fonctionnement de la collectivité. Il y a une asymétrie entre le patient qui attend et le

soignant qui agit. L'attente est omniprésente dans le quotidien de la personne âgée, d'autant plus que sa dépendance est importante.

*Ainsi, pour me décrire sa journée, Mme Germain me fait le récit suivant : « j'attends de me faire laver, puis j'attends que l'on m'amène le café, ensuite je reste dans mon fauteuil, je regarde ma montre et je pleure. »*

L'attente s'avère doublement pénible : d'une part par l'immobilisation qu'elle suppose (quand on attend, on est entravé pour s'engager dans une autre activité) et d'autre part par le vécu d'anxiété par rapport à ce que l'on anticipe (un rendez-vous important, l'appel d'un proche...).

*Lors d'une séance, avec Mme Germain, je la trouve allongée dans son lit, elle attend le passage de l'infirmière. Elle est tellement obnubilée par cette attente, qu'il m'est impossible de mener ma séance. Régulièrement, elle me demande d'aller voir dans le couloir si l'infirmière arrive. J'ai beau lui avoir donné un délai, après avoir contacté l'infirmière, elle reste très agitée durant la séance. Une autre fois, c'est l'attente de l'appel de sa fille qui la plonge dans une anxiété importante, craignant que quelque chose de grave ne lui soit arrivée. Ces deux exemples illustrent bien la double dimension de l'attente.*

Le degré de gêne lié à l'attente varie selon les caractéristiques de l'attente (durée, niveau de certitude/ incertitude sur la fin, coloration positive ou négative de l'attente, importance de ce qui est attendu, autres impératifs du sujet...) et la disposition de la personne (capacité à investir l'attente avec d'autres activités et ressources d'acceptation de l'attente).

*On voit ainsi dans le récit que fait Mme Germain de sa journée, sa difficulté à investir ses temps d'attente, ce qui s'explique par la diminution de ses capacités motrices et cognitives, mais également par son état thymique.*

Le risque est que face à ces attentes multiples et répétées, les ressources psychiques de la personne âgée soient trop sollicitées, que l'attente devienne insupportable et se transforme en attente anxieuse. Se mettent alors en place des mécanismes de défense visant à diminuer ou annuler le vécu pénible voire menaçant. Apparaissent de la colère, de l'agressivité face aux soignants et parfois du déni de la réalité. L'attente peut devenir pathologique et conduire à des décompensations psychiques avec des délires de persécution ou des dépressions voire des tentatives de suicide.

*Chez Mme Germain ce qui prime est une agressivité à l'égard des soignants, teintée d'un sentiment de persécution. Ainsi, elle estime que certaines soignantes*

*sont incompetentes et la font attendre exprès. Quand je lui fais remarquer qu'elles sont peut-être tout simplement occupées avec d'autres patients, elle concède du bout des lèvres un « peut-être ».*

La dépression de Mme Germain, associée à la progression de sa maladie neurodégénérative, a rendu difficile son adaptation à la vie de l'EHPAD. Sa dépendance croissante à l'égard du personnel soignant a installé chez elle un sentiment d'impuissance, contre lequel elle lutte à travers une attitude hostile et agressive envers ceux qui lui prodiguent les soins au quotidien. Quelles conséquences va avoir un AVC, dont la survenue est brutale, imprévisible et qui vient ébranler le fonctionnement cérébral, chez une personne déjà désorganisée sur le plan psychique et corporel ? C'est ce que nous allons voir dans la partie suivante.

## 2.3 AVC

### 2.3.1 Description clinique

L'AVC est généré par l'arrêt brutal de la circulation sanguine du cerveau (HAS, 2007). Dans 80% des cas, il est de type ischémique : un caillot de sang bouche une artère qui approvisionne le cerveau ou qui se trouve à l'intérieur de celui-ci. Plus rarement, il peut être de type hémorragique et provient d'une rupture d'une artère à l'intérieur du cerveau. Il s'agit d'une urgence et les patients doivent être pris en charge dès que les premiers signes apparaissent : hémiplegie, perte de la parole ou de la vision. En France, on recense 130 000 nouveaux cas par an. Les AVC sont la première cause d'incapacité acquise chez l'adulte. Il touche en majorité les personnes âgées; l'âge moyen de survenue est 70 ans.

La gravité dépend de la localisation et de l'étendue des zones cérébrales touchées. 30-50 % des patients ont une atteinte cognitive, 23 à 33 % une aphasie, 27 % une hémiplegie massive, 40 % des troubles de la déglutition et 66 % un déficit visuel (HAS, 2019). Par ailleurs 30 à 50% des patients souffrent d'une dépression post-AVC (Oppenheim-Gluckman & Pradat-Diehl, 2012).

*Chez Mme Germain, les premiers signes de son AVC ont été une aphasie brutale caractérisée par des propos incohérents et un déficit moteur du côté droit. Lorsque je la rencontre en octobre, deux mois après son AVC, des troubles phasiques sont encore présents, mais elle semble avoir récupéré sur le plan moteur. Je constate également des troubles cognitifs avec apraxie, persévérations motrices et baisse de vigilance. Il est difficile de faire la part des choses pour savoir*

*si ces symptômes sont à attribuer à son AVC ou à sa paralysie supranucléaire proressive. Néanmoins, mi-mars, les troubles cognitifs avaient bien diminué, on peut donc émettre l'hypothèse que l'AVC avait aggravé des troubles déjà présents et que la patiente a en partie récupéré son état antérieur sur le plan cognitif. Par ailleurs, l'AVC est venu rompre le fragile équilibre psychique de Mme Germain qui présente, suite à cette crise, un nouvel épisode dépressif teinté d'une forte angoisse d'abandon.*

### 2.3.2 La prise en charge suite à un AVC

La HAS (2019) recommande que tous les patients bénéficient d'une rééducation adaptée à leurs besoins, afin de leur permettre de récupérer un maximum d'autonomie. Cela commence par une évaluation initiale, réalisée dans les 48 premières heures par un médecin ayant une expertise neuro-vasculaire et des professionnels de la rééducation, pour estimer la sévérité de l'AVC, les possibilités de récupération et les besoins en rééducation. Cette évaluation doit être renouvelée après la phase aiguë pour tenir compte de l'évolution et conforter le programme de rééducation. Les comorbidités, la situation psychologique, sociale et professionnelle, les conditions de vie antérieures du patient, son entourage sont également pris en compte.

Il est recommandé une prise en charge intensive pour augmenter les chances de récupération des différentes fonctions lésées. En effet, celle-ci passe par une réorganisation cérébrale grâce au phénomène de plasticité. Pour être développée au maximum, elle doit être stimulée par des exercices mettant en jeu les fonctions déficientes. La coordination des prises en charge et l'implication du patient sont, avec l'intervention précoce et intensive, des facteurs de succès. La diversité des déficiences engendrées par une lésion cérébrale suppose l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire auprès du patient : médecins (spécialisés en neurologie vasculaire, en médecine physique et de rééducation, en gériatrie), infirmiers, aides-soignantes, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues et assistantes sociales. Les soins peuvent avoir lieu en hospitalisation complète, en hôpital de jour, en ambulatoire ou à domicile.

*Dans le cas de Mme Germain, l'évaluation initiale n'a pas eu lieu dans la mesure où l'AVC n'a pas été diagnostiqué tout de suite. La dégradation subite constatée par l'EHPAD avait été imputée à un surdosage de DEPAKOTE. Néanmoins, le médecin gériatre avait tout de suite fait appel aux différents paramédicaux de l'établissement pour prendre en charge la patiente dans cette phase de dégradation. Cependant, vu la fatigabilité de la patiente, la prise en*

*charge n'a jamais été intensive. La patiente semble malgré tout avoir bien récupéré de son AVC. Mais, au-delà des fonctions lésées, Mme Germain a également eu besoin d'un accompagnement important sur le plan psychologique, pour prendre en charge sa dépression post-AVC.*

### 2.3.3 L'AVC : un bouleversement identitaire

Pour comprendre les dépressions post- AVC, il est intéressant de prendre en considération l'impact des troubles neurologiques et neuropsychologiques sur le vécu du patient (Oppenheim-Gluckman, 2012). Il se trouve confronté à des éléments communs aux maladies somatiques graves : mort possible, honte et/ou traumatisme. Mais certains éléments sont spécifiques à la lésion cérébrale, et notamment une atteinte du sentiment d'identité et un impact sur le lien intersubjectif.

Le patient cérébralisé fait l'expérience d'une discontinuité entre ce qu'il était avant et ce qu'il est aujourd'hui (Oppenheim-Gluckman, 2017). La lésion cérébrale, par les troubles qu'elle engendre, a un impact sur des pans entiers de son être : sa cognition, sa mémoire, son schéma corporel, son rapport au temps et à l'espace, son lien aux autres... Tous ces éléments sont constitutifs de notre identité. Cette rupture peut générer une angoisse de catastrophe (Goldstein, 1934, cité par Oppenheim-Gluckman, 2017), car le patient perçoit un ébranlement de lui-même et du monde qui l'entoure.

*On voit chez Mme Germain les manifestations de cette angoisse de catastrophe : dans sa peur d'être seule et ses accès de violence quand elle envoie par terre la télévision de sa chambre.*

Par ailleurs, la désorganisation neurologique et cognitive dont souffre le sujet peut amoindrir ses capacités de représentation interne, il peut alors se retrouver submergé par les expériences vécues, incapable de les intégrer. Les perceptions de « l'ici et du maintenant » qui lui parviennent lui sont totalement étrangères, loin des traces mnésiques des expériences d'avant la lésion, que son corps avait stockées, renforçant la rupture avec le moi d'avant. Pour ne pas sombrer dans le chaos, le patient va se tourner vers l'autre pour s'appuyer sur les représentations qu'il peut lui fournir, ce qui crée une situation de dépendance.

Sur le plan intersubjectif, les atteintes cognitives vont mettre à mal la relation. Le patient peut être impacté dans ses capacités à communiquer. Il peut également perdre ses repères sur ce qui est partageable. Par ailleurs, le vécu du patient par son aspect extrême est difficilement pensable par lui-même et par l'autre. Il y a donc une difficulté à transmettre cette expérience et à ce qu'elle soit entendue.

*Mme Germain, suite à son AVC, s'est trouvée privée de ses capacités à pouvoir communiquer par la parole à cause de son aphasie. Cela a engendré une véritable détresse chez cette patiente qui, comme on l'a vu auparavant, investit beaucoup la parole dans le lien à l'autre, pour partager sa souffrance psychique et chercher une base de sécurité. Cette incapacité semble l'avoir plongée dans un état de panique tel qu'elle a eu des accès de violence et qu'il lui était intolérable de se trouver seule. Par ailleurs, sa récupération motrice et cognitive s'est faite de manière à lui permettre de se déplacer et de sortir de son incapacité à communiquer sa souffrance en premier lieu. Ainsi, deux mois après son AVC, elle arrivait à faire rouler seule son fauteuil (chose qu'elle ne faisait jamais avant sa lésion) et s'exprimait sur sa douleur psychique, alors qu'elle était incapable de parler des choses prosaïques du quotidien. Il semblerait que sa réorganisation cérébrale se soit faite pour répondre à son besoin premier : trouver l'autre pour déposer sa souffrance.*

Mme Germain, suite à son AVC, a subi un véritable bouleversement identitaire. Cela l'a plongée dans une situation de stress qui a généré une peur et réactivé son système d'attachement. Elle cherche dans la proximité avec les soignants une protection. Mais, sa souffrance est telle qu'il lui est très difficile de trouver un sentiment de sécurité. Parfois, même la présence de l'autre ne suffit pas à calmer ses angoisses. Et l'absence de l'autre lui est intolérable : il faudrait qu'il y ait toujours une présence à ses côtés. La séparation provoque une détresse et c'est bien les angoisses d'abandon qui sont au premier plan, lorsque je la rencontre en octobre 2019. Et c'est donc à ce besoin de sécurité et de contenance que je vais répondre au début de mon accompagnement.

## 3 PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

---

### 3.1 Contenir pour diminuer l'angoisse

#### 3.1.1 Une recherche de contenance

Dans les premières semaines, j'avais été frappée par l'incapacité de Mme Germain à rester seule. Les difficultés qu'elle éprouve à se séparer en fin de séance, ses sollicitations constantes du personnel soignant et ses propres propos tels que « j'ai peur d'être seule » sont autant de signes de son angoisse d'abandon. Elle ne se sent en sécurité qu'en présence de l'autre.

Or, rester seule pour Mme Germain, c'est rester seule avec ses douleurs physiques (son mal de dos, ses escarres au fesses), avec des pensées négatives (la maladie de son fils, sa propre mort qui se profile) et avec un corps qui ne répond plus, désorganisé par son AVC. Ces ressentis corporels et ces contenus psychiques l'envahissent et laissent place à l'angoisse. D'ailleurs, le fait qu'elle ne supporte pas de rester dans une pièce fermée, me donne l'impression que pour elle, cela revient à enfermer son angoisse à l'intérieur d'elle-même, lui faisant courir le risque d'être anéantie par celle-ci.

Au sortir de son AVC, la désorganisation psychique et corporelle de Mme Germain est telle que son état de dépendance se retrouve encore renforcé, et ce de façon subite. La perte d'une partie de ses praxies, l'aggravation de son agnosie, ses persévérations, son impossibilité à communiquer viennent se rajouter aux symptômes déjà présents liés à sa paralysie supranucléaire progressive (incontinence, incapacité à réaliser les transferts seule). Cette dépendance renforcée fait que tout ce qu'elle ressent l'affecte et qu'elle n'est pas en mesure d'y mettre du sens par elle-même. Laisse trop longtemps seule, sans personne pour répondre à ses besoins, elle se retrouve submergée par des angoisses. C'est exactement ce que décrit Winnicott lorsqu'il explique la dépendance des nourrissons aux soins maternels (1970/1997). Par ailleurs, l'auteur indique que la majorité des nourrissons traverse ce stade précoce de dépendance, sans jamais être ressentir ces angoisses car les bons soins de la mère vont transformer ces moments difficilement supportables en bonnes expériences, qui permettront à terme à l'enfant de faire confiance à son environnement.

Ainsi, ce que recherche, Mme Germain dans la proximité de l'autre, c'est la contenance : quelqu'un qui lui procure de bons soins pour qu'elle ne soit pas submergée par ses angoisses. Potel (2019) indique que contenir suppose de transformer les éprouvés bruts

(pour reprendre les termes de Bion) du patient, tant corporels que psychiques, pour les rendre assimilables et également d'instaurer des limites entre le dedans et le dehors. N'est-il pas frappant de constater, que sur le plan phasique, Mme Germain deux mois après son AVC soit capable d'exprimer clairement ses ressentis, mais incapable de retrouver les mots pour parler de sujets plus pragmatiques ? Ainsi, peut-elle partager avec l'autre ses contenus psychiques trop angoissants, cherchant chez le soignant un appareil à penser pour les transformer. De plus, ses demandes avides de toucher ne sont-elles pas un moyen de ressentir ses limites ? Enfin, en séance, ce sont les temps de massage et d'échange autour de ses ressentis, que Mme Germain a investis en premier. Ce sont des moments, durant lesquels elle est pleinement présente, qu'elle semble rechercher, montrant ainsi ses besoins, lors de ces premières semaines de soin. Il me paraît nécessaire, dans un premier temps d'y répondre en lui amenant de la contenance.

Se pose alors la question que je vais développer par la suite de savoir : comment amener de la contenance en psychomotricité. Trois éléments me paraissent particulièrement importants : le cadre des séances, l'engagement du psychomotricien et les expériences sensorimotrices proposées.

### 3.1.2 Contenir à travers le cadre des séances

#### ❖ **Les caractéristiques du cadre des séances**

Potel définit le cadre thérapeutique comme étant « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps et dans une pensée » (2019, p. 357).

Le lieu, le salon du deuxième étage et le temps, 45 minutes tous les mardis matins de 9h30 à 10h15 sont des constantes qui reviennent semaine après semaine. Par ailleurs, le déroulement des séances est ritualisé. Cela introduit une continuité indispensable pour permettre au patient de s'approprier peu à peu l'espace et les médiations proposées. Ainsi, j'ai vu au fur et à mesure des séances Mme Germain s'impliquer de plus en plus. Elle a très rapidement identifié ce que je pouvais lui apporter, pouvant ainsi me réclamer les massages qu'elle appréciait. Par ailleurs la régularité a aussi permis à Mme Germain d'anticiper nos séances et dès le mois de janvier, elle m'accueille avec un « je vous attendais ! ».

La pensée écrit Potel, ce sont des postulats théoriques, que s'acquièrent à travers nos formations, nos lectures et nos expériences cliniques. Si ces postulats théoriques varient d'un thérapeute à l'autre, ils sont nécessaires pour mettre en pensées le patient. Ils influent sur la façon dont nous allons accompagner le patient et le sens que nous donnons aux médiations choisies.

Potel précise aussi que le cadre doit s'inscrire dans le fonctionnement institutionnel. Ainsi le cadre de ma séance s'inscrit dans le fonctionnement de l'EHPAD où le projet de la patiente est pensé dans sa globalité. Chaque intervenant garde sa spécificité pour mener à bien un projet cohérent pour le patient. C'est le cas avec Mme Germain qui voit un nombre important de soignants. J'ai éprouvé, pendant le suivi, le besoin de rencontrer les différents intervenants auprès de la patiente. De mes échanges avec les paramédicaux, j'ai pu voir combien, chacun abordait la patiente suivant sa spécificité. Par exemple, je cherche, en amenant de la contenance à Mme Germain, à lui permettre de renforcer son enveloppe psychocorporelle, pour pouvoir rester seule. L'orthophoniste va, lui, travailler sur les troubles phasiques de la patiente, pour l'aider à renforcer sa communication. De la même façon, quand je travaille avec Mme Germain sur la peur de la chute, mon registre d'intervention sera très différent de celui du kinésithérapeute, qui, lui aussi, travaille sur la verticalisation. Mes échanges avec les aides-soignantes ont également été très riches et m'ont permis d'affiner ma compréhension de la patiente. Le fait qu'elles me décrivent leur quotidien, les appels incessants de Mme Germain, ses accès de rage lorsqu'elle se trouvait seule, ont confirmé combien la patiente se trouvait dans une situation de détresse. Et je pense que mon regard les a éclairées. Elles ont par exemple été très surprises d'apprendre que Mme Germain se plaignait toujours d'avoir mal, fin janvier, car elle ne parlait plus du tout de ses douleurs avec elles. Ces échanges, un peu informels, ont toute leur utilité, et participent au bon fonctionnement de l'établissement. Les relèves sont également l'occasion d'échanger sur les patients, le psychomotricien peut y participer pour donner son éclairage. Par contre, je m'interroge sur la façon dont sont suivis les projets individuels des patients. Celui de Mme Germain avait été réévalué en mars 2019. On peut imaginer qu'il soit devenu obsolète suite à son AVC. Or, il n'a pas été mis à jour. N'est-il pas censé garantir une cohérence dans la prise en charge de la patiente ? Finalement, tout semble se faire au jour le jour, et la vision à long terme me paraît un peu mise de côté.

#### ❖ **Les fonctions du cadre**

Maintenant, que nous avons vu ce qui constituait le cadre, interrogeons-nous sur les fonctions de celui-ci. Caillot et Decherf écrivent en 1982 que le cadre a trois fonctions : contenante, limitative et symboligène (cités par Ballouard, 2006).

On peut voir la salle comme un réceptacle aux expériences du patient (Veesser, 2015). C'est dans ce cadre contenant que le patient vient déposer un contenu sous forme d'expressions corporelles, d'émotions, d'échanges, de regards et de sensations. Dans ce lieu, où le thérapeute va écouter le patient et le regarder, celui-ci va se sentir contenu. Ainsi, pour Mme Germain, les séances de psychomotricité sont l'occasion de déposer le contenu de ses pensées : son envie de mourir, ses inquiétudes pour ses enfants, son insatisfaction

concernant le comportement de certains soignants. C'est un lieu où elle peut également laisser aller ses émotions et pleurer. Il est d'ailleurs intéressant de constater, que lors des premières séances ensemble, elle exprimait très bien le contenu de ses pensées mais les pleurs étaient absents. Ils ne sont apparus, qu'au bout de quelques semaines, comme si, au début, elle n'était pas encore suffisamment en confiance et contenue, pour se laisser aller en ma présence.

La fonction limitative apparaît d'abord dans le fait que les séances se déroulent dans un lieu fermé, où le dedans et le dehors sont clairement identifiés. Mais, la limite se fait également dans l'aspect temporel, il y a le temps de la séance et le temps où l'on n'est plus en séance. Le fait que Mme Germain m'attende pour le début de la séance et qu'elle accepte de me laisser partir montre un repérage dans le temps. Cette fonction limitative se fait aussi, sur la présence du thérapeute dans les séances et son absence en dehors. Enfin, la question du dedans/ dehors se travaille à travers le choix des médiations proposées. Par exemple, inviter Mme Germain à se concentrer sur sa respiration est un moyen de lui faire expérimenter les liens entre le dedans et le dehors au niveau de son propre corps. Cette structuration du dedans/dehors et donc des limites, via le cadre, permet de renforcer les repères temporels, spatiaux, corporels et relationnels (Potel, 2019).

La fonction symboligène permet d'avancer sur le chemin de la symbolisation. C'est ce qui va permettre de donner un sens aux éprouvés bruts du patient. Ainsi, Mme Germain se plaint, lors d'une séance, de douleurs physiques intolérables, qui la rendent inaccessible et la font pleurer. Echanger avec moi, sur ce qu'elle ressentait, lui a permis de prendre conscience que c'était le manque de nouvelles de sa fille qui la mettait dans un tel état d'anxiété et non ses douleurs corporelles.

#### ❖ **Les écarts au cadre**

Le cadre constitue un élément important pour assurer une contenance au patient. On peut s'interroger sur ce qu'il se passe lorsque les éléments qui créent le cadre ne sont pas respectés. Durant la prise en charge de Mme Germain, deux situations me paraissent intéressantes. La première concerne les fois où Mme Germain n'était pas habillée et j'ai dû réaliser ma séance dans sa chambre. La deuxième concerne le fait qu'au début de mon accompagnement, j'avais tendance à dépasser systématiquement mes 45 minutes de séance. Ces écarts au cadre sont pour moi riches d'enseignements.

Le premier écart, subi, s'est produit deux fois dans mes premières semaines de stage. La première fois, début décembre, il avait été décidé de lever Mme Germain plus tard, car elle déambulait trop dans les couloirs avec son fauteuil et criait. Cela désorganisait beaucoup les soignants. Il leur était impossible de réaliser les toilettes du matin dans une

ambiance sereine. La deuxième fois, mi-janvier, Mme Germain n'avait pas été levée, car l'infirmière n'était pas encore passée, pour lui changer son pansement qui couvrait ses escarres. Tout d'abord, il me semble que ces écarts traduisent qu'à cette période, les angoisses de Mme Germain sont tellement importantes qu'elles submergent tout le monde, amenant une forme de désorganisation dans le service. Cette situation ne s'est plus reproduite par la suite, la patiente ayant fortement évolué. Mais, ce qui m'intéresse plus particulièrement, c'est ma réaction, face à ces écarts. À chaque fois, lorsque je suis arrivée pour faire ma séance, Mme Germain était dans un état d'agitation important, cherchant à savoir pourquoi elle n'était pas encore levée. À chaque fois, mon premier mouvement a été de ressortir directement de sa chambre pour chercher une réponse à sa question. Avec le recul, j'ai l'impression que l'agitation de la patiente avait déteint sur moi et que ma quête de réponse était plus un moyen de chercher une réassurance pour moi-même, que de répondre à la demande initiale. En fait, c'est comme si, le non-respect du cadre me décontençait complètement, me faisait perdre certains appuis dont j'avais besoin pour mener en confiance mes séances. Le cadre assure donc également pour moi une fonction contenant.

Le deuxième écart vient apporter un autre éclairage. Lors des trois premiers mois, j'avais tendance à systématiquement dépasser les 45 minutes de séance et elle durait plutôt une heure. Je justifiais ces écarts en me disant que cela était normal, dans la mesure où je devais emmener Mme Germain dans la salle où nous réalisions la séance et que je ne pouvais pas, lorsque je la ramenaient dans sa chambre, ne pas accueillir ses difficultés de séparation. Mais, en prenant du recul, je pense que cela venait plutôt traduire le fait que j'étais un peu dépassée, ayant du mal à m'ajuster à toutes les manifestations d'angoisse et de détresse qu'elle me transférait.

Le cadre offre donc un aspect contenant non seulement pour le patient, mais également pour le thérapeute. Les écarts au cadre permettent d'apporter un éclairage sur la façon dont se passe le soin.

La contenance induite par le cadre est importante, car elle permet d'offrir au patient un lieu d'expérimentations où il se sent en sécurité (Veeser, 2015). La séance est également un lieu de rencontre, dans la mesure où le psychomotricien intervient par son engagement à la fois corporel et psychique. Nous allons maintenant nous intéresser à ce qui se joue dans cette rencontre et ce que permet cet engagement du thérapeute.

### 3.1.3 Contenir à travers un accordage intersubjectif

#### ❖ ***Une écoute attentive du patient et de soi-même***

En séance, le psychomotricien se met dans une position attentive, en utilisant l'ensemble de ses sens pour recevoir les signaux émis par le patient. Or, Ciccone (2001) nous dit que cette attention est en soi, contenante. Il s'agit d'être attentif à la posture, au regard, aux variations toniques, à la position dans l'espace, aux bruits émis... Mais, au-delà de ce qu'émet le patient, le psychomotricien va également s'appuyer sur ses propres ressentis, car ces éléments viennent compléter sa compréhension du patient (Potel, 2015) et vont permettre un meilleur ajustement en séance. Ainsi, lors des premières séances, lorsque j'installe Mme Germain au bureau, pour réaliser des exercices de motricité fine avec des cubes, je vois sa posture se modifier, je perds le contact visuel avec la patiente qui semble se fermer à la relation. Mais, je ressens également, dans mon propre corps une forme de torpeur m'envahir qui se traduit par une baisse de tonus, et finalement c'est de l'ennui qui s'empare de moi. C'est ce qui me pousse à interroger la patiente sur comment elle va et elle me répond : « ça me fatigue ». J'en viens alors, à lui proposer un massage. C'est donc en observant la patiente et en me basant sur mon propre ressenti que j'ai pu m'ajuster au besoin de la patiente.

Par ailleurs, le patient va projeter via ses paroles et sa communication non verbale, sur le thérapeute des vécus primitifs, qui vont venir faire échos aux propres vécus présents dans la mémoire du psychomotricien et venir s'ajouter aux ressentis de l'« ici et du maintenant ». C'est ce que Potel (2015) empruntant au langage de la psychanalyse, nomme le contre-transfert corporel. Ainsi, le thérapeute doit puiser dans ses ressources psychiques. Il doit d'un côté, ajuster la qualité de sa présence, sans être trop interventionniste, pour apaiser les angoisses du patient, en l'aidant à transformer les vécus bruts qui le submergent. D'un autre côté, il doit également rester attentif à ne pas se laisser déborder par ses propres vécus qui ont été réveillés. En séance, il m'est arrivé de me laisser déborder par ce que me faisait vivre Mme Germain. Ainsi, lors de cette séance début janvier, que j'ai déjà évoquée précédemment, où Mme Germain était encore couchée, en attente d'un pansement, je me suis sentie submergée par l'angoisse et l'agitation de la patiente. Je me suis désespérément agrippée à ce que j'avais prévu de faire en séance. J'ai proposé différentes médiations à la patiente, sans succès. Je me suis réfugiée dans un agir, dans une agitation, qui finalement reprenait la propre agitation de la patiente, perdant ainsi ma fonction contenante vis à vis d'elle, ne jouant pas mon rôle de pare-excitation, la laissant finalement seule avec ses angoisses. En fin de séance, j'ai fini par m'asseoir pour échanger avec elle et mettre de côté ma représentation de la séance idéale. Avec le recul, je me rends compte que c'est ce dont avait besoin la patiente. En effet, elle a pu revenir plus longuement sur son angoisse de ne

pas avoir de nouvelles de sa fille. Cette écoute attentive que je lui ai prêtée sur la fin, le fait que je prenne en compte sa souffrance psychique, lui a permis de se sentir reconnue et l'a apaisée.

Cet exemple me permet également de revenir sur l'après coup de la séance, qui permet au thérapeute de prendre le temps d'analyser ce qui s'est passé. En retravaillant ses émotions « brutes », il peut accéder à un éclairage supplémentaire sur le patient. Je me rappelle qu'au sortir de cette séance, j'avais l'impression, de ne pas avoir réagi comme il fallait, face à la détresse de la patiente, me disant tout ce que j'aurais dû faire. Cette situation clinique avait été très éprouvante pour moi et j'ai profité des séances d'analyse de la pratique, qui s'apparentent à une supervision, pour la présenter à mon groupe et m'aider a posteriori à la repenser. De là, j'ai pris conscience de mon agrippement au cadre de la séance, de ma volonté à imposer à tout prix mes médiations psychomotrices, alors que le besoin de la patiente était d'échanger, de mon désajustement, et pour finir du transfert et du contre-transfert qui s'était produit entre moi et la patiente. Celle-ci avait projeté sur moi son impuissance. Rappelons qu'elle était au lit, à moitié dévêtue, dans une chambre surchauffée, les rideaux baissés, en train d'attendre que l'on change son pansement. Son impuissance est venue réveiller ma propre impuissance, ma vulnérabilité de psychomotricienne débutante, d'où une agitation frénétique et un agrippement à ce que j'avais prévu. Il me semble que l'intensité de mon ressenti vient traduire que l'impuissance vécue par Mme Germain allait bien au-delà de la situation évoquée et reflétait de façon plus globale sa dépendance grandissante au quotidien avec l'avancée de sa maladie. Je fais, également, le lien avec ses attaques régulières de certaines aides-soignantes qui paraissent traduire plus une tentative de garder le contrôle sur son quotidien où elle est en grande dépendance. À l'inverse, son investissement important des paramédicaux, sa capacité de saisir les propositions qui lui sont faites, me semblent traduire une quête pour regagner un maximum d'autonomie.

#### ❖ ***L'accordage avec le patient***

Je voudrais maintenant revenir sur la façon dont le psychomotricien s'ajuste au patient, durant la séance. Nous avons vu que ses réponses étaient guidées par son écoute attentive du patient, mais également ces propres ressentis et vécus qui l'amenaient tout au long de sa séance à s'ajuster. Revenons à ce qui se passe entre la mère et son enfant pour préciser comment se réalise cet ajustement corporel. Pour Robert-Ouvray (2009), l'accordage dans la dyade mère-enfant passe par la tonicité. Les variations toniques du bébé sont interprétées par la mère qui va répondre, selon ce qu'elle perçoit de l'état émotionnel de son enfant, en paroles mais également à travers son propre tonus, son regard et la prosodie de sa voix. Se faisant, elle permet au bébé d'éprouver une cohérence entre ce qu'il ressent

et ce qu'exprime sa mère. Ainsi, il se sent compris, deviné et reconnu. Nier ce qu'il ressent, ne pas y répondre de façon cohérente, c'est une façon de nier son existence. C'est le même type d'accordage qui se fait entre le patient et le psychomotricien. Dans les premières séances avec Mme Germain, elle n'avait pas besoin de me demander explicitement un toucher massage, lorsqu'elle se sentait fatiguée. Je repérais une crispation sur son visage ou une modification dans sa posture. Je mettais en mot le fait qu'elle avait l'air de se sentir douloureuse, puis je lui proposais un temps de massage. Reconnaître sa douleur est pour Mme Germain fondamental. Cette douleur, elle la vit au quotidien, elle l'accompagne de façon quasi-constante, on peut presque dire qu'elle fait partie d'elle-même, de son identité

Mais, si le besoin d'être reconnu est fondamental et nécessaire pour assurer à l'enfant une globalité psychocorporelle, il est un autre besoin que la mère doit également satisfaire : celui d'avoir une aire bio-affective, qui entraîne le sentiment d'être respecté. Robert-Ouvray écrit : « Le corps a besoin d'espace réel pour bouger et l'affect a besoin d'espace psychique pour émerger et se diversifier » (2009, p.154). Il s'agit de trouver la bonne distance dans la relation. Ainsi, si la mère s'éloigne trop, c'est l'angoisse. Si elle est trop près, elle étouffe son enfant et l'empêche de se structurer au niveau affectif et peut faire naître un sentiment d'intrusion. À nouveau, il me paraît intéressant de faire le parallèle avec la relation patient-thérapeute, car cela me permet de revenir sur la façon dont Mme Germain investit ses relations avec le personnel soignant. Elle semble, en effet, ne pas être capable d'apporter de la nuance. Les personnes qui s'occupent d'elle sont soit mauvaises, comme certaines aides-soignantes qui, selon elle, ne lui adressent pas la parole pendant plusieurs jours; soit bonnes, comme les paramédicaux. Je fais moi-même partie de la deuxième catégorie et cela a un impact fort sur notre relation et le déroulement de nos séances. Tout d'abord, elle semble ne pas vouloir me décevoir. Par exemple, j'ai été marquée, lors de la séance début janvier, où Mme Germain était très agitée dans son lit, par un commentaire qu'elle m'a fait en fin de séance, moment où elle semblait être un peu apaisée. Elle m'a dit : « Je suis désolée, j'essaierai de faire plus d'efforts la prochaine fois ». De plus, lorsque j'essaie de l'amener à faire des choix, par elle-même, durant les séances, elle me répond très souvent : « c'est comme vous voulez ». Par ailleurs, je suis frappée par la rapidité avec laquelle elle a accepté mon toucher, me demandant de l'étendre, le recherchant, et me laissant lui toucher le visage. On peut y voir comme je l'ai mentionné plus tôt, un besoin d'éprouver ses limites corporelles, mais on peut aussi y voir un manque de distance dans la relation. Je pense qu'avec cette patiente, il faut être vigilant à ne pas devenir, malgré soi, trop intrusif. Il faut la laisser au maximum choisir ses activités par elle-même, lui rappeler que c'est elle qui sait, ce dont elle a besoin, lorsqu'elle semble vouloir s'abandonner à mes propositions. Je note cependant, qu'elle a évolué et gagné en affirmation de soi. Elle m'avait

demandé, fin janvier, lorsque je l'encourageais à me faire part de ce qu'elle aimerait faire en séance avec moi, de lui amener de la musique de tango pour danser. À chaque fois, elle fondait en larmes, car cette musique la ramenait à son époux décédé. Au bout de trois séances, j'avais décidé de lui proposer une autre musique, qui serait moins chargée émotionnellement. À la fin de la séance, lorsque nous récapitulons ce que nous avons fait ensemble, Mme Germain me fait remarquer que j'ai oublié quelque chose. Je feins l'innocence et lui demande des précisions. Elle me réclame alors sa musique de tango. Il me semble qu'elle sort ainsi de son désir de me faire plaisir et qu'elle met ainsi un peu de distance dans notre relation. Tout de suite après, cependant, elle s'exclame « enfin si vous le voulez bien », ce qui me paraît dénoter une crainte que je la rejette suite à cette affirmation de soi.

#### 3.1.4 Contenir à travers les expériences sensori-motrices proposées

La recherche de contenance par Mme Germain semble venir du fait que son enveloppe psycho-corporelle présente des failles. Anzieu définit le Moi-Peau (que l'on peut assimiler à l'enveloppe psycho-corporelle) comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant des contenus psychiques, à partir de son expérience à la surface du corps » (1995, p. 61). En 1974, lorsqu'il avait présenté ce concept, il avait précisé que le Moi-Peau remplissait trois fonctions : contenir et retenir à l'intérieur le bon et le plein que l'enfant a accumulé grâce aux soins maternels; être l'interface qui marque la limite avec l'extérieur et protège des agressions de l'environnement; permettre la communication avec autrui.

Plusieurs points m'interpellent concernant l'enveloppe de Mme Germain. Tout d'abord, elle semble avoir besoin de ressentir ses limites en réclamant un toucher régulier. Ensuite, les agressions ne semblent pas venir de l'extérieur mais de son intérieur, d'où, son angoisse de rester enfermée dans une pièce, qui me semble témoigner d'une peur de se retrouver emprisonnée dans son corps. C'est comme s'il constituait une menace, et que ses limites corporelles étaient un mur qui l'obligeait à la garder à l'intérieur. Cela m'amène à revenir sur la rigidité qu'elle présente dans le dos et à sa volonté de se tenir le plus droit possible, mettant ses muscles dorsaux dans un état de tension important et douloureux, comme si elle cherchait une protection via cette carapace musculaire. Ces trois éléments mis bout à bout peuvent paraître paradoxaux. D'un côté, Mme Germain réclamerait un toucher pour chercher ses limites. De l'autre côté, elle aurait un Moi-Peau rigide qui enfermerait son angoisse à l'intérieur d'elle-même. En fait, on peut également interpréter sa demande avide de toucher, comme une tentative de chercher de l'apaisement dans le milieu

extérieur pour faire céder sa forteresse qui emprisonne à l'intérieur d'elle-même ses angoisses.

Aussi, il me semble important via ma prise en charge de répondre à ce besoin et d'accompagner Mme Germain pour que son Moi-Peau puisse remplir ses fonctions. Pour Anzieu (1995), l'entourage propose une enveloppe externe et maternante, qui envoie des messages ajustés permettant à l'enfant de créer son enveloppe interne. Entre les deux enveloppes, existe un écart qui permet au bébé d'émettre des signaux qui lui sont propres, et qui lui permettent de se sentir unique. Il peut aussi ne pas communiquer et rester seul. Il me semble qu'en cela, il rejoint les propos de Robert-Ouvray (2009) que j'avais développés précédemment et qui souligne que les besoins fondamentaux de l'enfant sont à la fois d'être deviné par la mère et d'avoir sa propre aire bio-affective. Ainsi, avec Mme Germain, j'ai développé une enveloppe externe à travers le regard, le sonore et le toucher; tout en veillant à maintenir un écart avec la patiente pour lui permettre d'avoir cet espace qui lui est propre entre nos deux enveloppes.

Ma voix est omniprésente en séance. Elle me permet de refléter les états de Mme Germain, constituant ainsi un miroir sonore (Anzieu, 1995). Elle fait partie des éléments qui permettent à la patiente de se sentir reconnue. Ainsi, lors d'un exercice, je lui demande de venir poser des anneaux sur un plot. C'est pour elle un effort important, mais je sens également une envie d'y arriver. Je l'accompagne alors par de vibrants encouragements. Ces vivats, dignes du tour de France, lui permettent de se sentir reconnue dans sa volonté de dépassement. D'ailleurs, quand elle y arrivera, nous serons dans un véritable accordage puisqu'elle poussera à son tour un cri de victoire. Mais, l'absence de voix est également importante, car celle-ci peut être envahissante et venir rompre les moments où Mme Germain souhaite rester seule. J'ai ainsi remarqué lors des temps de toucher massage, qu'il était important de laisser le silence s'établir. D'ailleurs, la patiente, les fois où je lui ai proposé, a toujours refusé la présence d'un fond sonore, comme une musique douce. Ce sont des moments où elle est tournée vers elle-même, vers ses ressentis. Interrompre ces instants reviendrait à l'empêcher d'assimiler ces nouvelles sensations qui viennent renforcer son enveloppe.

Mon regard est également un constituant essentiel de mon enveloppe. Avec Mme Germain, je pense qu'il m'a permis de remplir ma fonction contenante quand les mots me faisaient défaut. En effet, comment trouver les paroles justes, face à une patiente qui vous déclare : « je veux mourir » ou « je vais me balancer ». Dans ces moments, il me semble que mes paroles même si elles étaient maladroitement se sont révélées apaisantes car elles étaient associées à mon regard. Elle s'est sentie comprise dans sa souffrance.

Enfin, le toucher remplit dans mes séances une double fonction. Tout d'abord, il vient satisfaire un besoin de la patiente, exprimé de façon implicite ou explicite. Y répondre est donc une façon de reconnaître et deviner où se situe la patiente. Mais, c'est également un toucher qui amène des informations sensorielles à la patiente, lui permettant de renforcer sa conscience corporelle. En effet, je viens réveiller à la fois la peau par des balayages, mais également les muscles par des pressions plus fortes où j'utilise le poids de mon corps et aussi sa charpente osseuse à travers des percussions corporelles. La répétition séance après séance de ce toucher-massage, va permettre à la patiente de venir renforcer dans son schéma corporel ces différents éléments (peau, muscle, os), de les lier les uns aux autres et d'obtenir une image globale, cohérente et plus unifiée de son corps.

Ainsi, dans le cadre des séances de psychomotricité, au sein d'une relation patient-thérapeute contenant, Mme Germain peut venir raffermir son enveloppe à travers le toucher. Pour moi, travailler la contenance n'est qu'une première étape. En effet, l'enjeu est également de lui permettre de renforcer son espace interne sur le plan corporel pour lui permettre de trouver des appuis solides pour rester seule.

## 3.2 Retrouver des appuis corporels solides

### 3.2.1 Une patiente en quête d'appui externe

Ce qui frappe chez Mme Germain, c'est une forme de désorganisation corporelle : sa respiration est bloquée en haut de la cage thoracique, une rigidité s'est installée au niveau dorsal entraînant des douleurs importantes, ses mouvements sont peu amples et elle reste en général immobile en position assise ou allongée. Cette désorganisation me semble traduire une mise à distance de son corps, comme si elle n'entendait plus les signaux qu'il émet. D'ailleurs, elle s'y réfère en disant « c'est de la vieillesse ». Cette formulation m'interpelle et me donne l'impression qu'elle parle d'un objet extérieur à elle, plutôt que de son propre corps. On peut bien sûr imputer cette désorganisation et ce rapport au corps particulier, à sa paralysie supranucléaire progressive et à son AVC. Ces deux maladies entraînent des lésions cérébrales qui viennent désorganiser la patiente, lui faisant perdre ses repères corporels. De plus, le fait de peu bouger va réduire les informations sensorielles qui viennent alimenter son schéma corporel, ce qui va renforcer encore un peu plus la désorganisation. Mais on peut également faire le lien avec la vulnérabilité psychique de la patiente. En effet, le désordre psychique va de pair avec le désordre corporel (Lesage, 2015b). Mme Germain qui souffre d'un syndrome anxio-dépressif depuis 2003 présente également de nombreux signes de désorganisation sur le plan psychique : angoisse de séparation, peur d'être seule, peur de tomber, clivage du personnel en « bon et mauvais »,

pensées suicidaires et idées négatives de soi. On peut donc penser que la déstructuration corporelle est une traduction de sa déconstruction psychique; et que les deux s'autoalimentent.

Cette double déconstruction prive Mme Germain d'appuis internes et l'amène à chercher des appuis dans son environnement. Effectivement la patiente présente un agrippement à la relation, comme si elle avait besoin d'un Moi-auxiliaire (Modange & Chaumont, 2019). Mais, cet agrippement se manifeste également de façon plus concrète. Ainsi elle s'accroche aux barres du lit lorsque les soignantes font sa toilette. De la même façon ses mains se crispent sur les accoudoirs de son fauteuil à la moindre secousse lorsque nous nous déplaçons. Cette attitude évoque le réflexe archaïque de grasping du nourrisson, présent à la naissance, qui s'inhibe lors du développement de l'enfant vers quatre-cinq mois. Il réapparaît lorsque la personne âgée se sent en danger (Ponton, 2010). C'est bien le cas de Mme Germain qui dit elle-même avoir « la trouille de tomber ». De plus, elle entretient un rapport particulier à la contention pelvienne, qui a été mise en place fin novembre, suite à une chute. D'un côté, elle semble la gêner, elle signifie régulièrement l'inconfort qu'elle lui procure. D'un autre côté, elle paraît également la rassurer. Mi-février, au début de notre séance, Mme Germain m'explique que les soignantes avaient oublié de lui mettre la contention et qu'elle l'avait elle-même réclamée.

Mon accompagnement en psychomotricité doit donc permettre à Mme Germain de réorganiser sa structure corporelle pour qu'elle retrouve un étayage par le corps. Ainsi, il s'agit d'amener la patiente au travers de mes propositions à ressentir son corps pour venir enrichir sa représentation corporelle et se le réapproprier.

### 3.2.2 Renforcer la conscience corporelle

Permettre au patient de réorganiser sa conscience corporelle, c'est l'inviter à centrer son attention sur les sensations vécues lorsqu'il réalise l'action (Ponton, 2011) : quelle est sa posture, quels sont ses appuis, comment varie son tonus, comment respire-t-elle... Le psychomotricien, via sa propre conscience corporelle, accompagne le patient pour le sortir de sa confusion et lui permettre de renouer le lien entre soi et son environnement. Par ailleurs, les propositions du thérapeute ne sortent pas de nulle part, il va se laisser guider par la personne. Il va s'appuyer sur ce qu'il perçoit, sur le sens qu'il donne à ses observations dans l'ici et le maintenant, ce que cela vient éveiller. Ainsi, c'est le patient qui dicte la séance et se réorganise par lui-même, le psychomotricien fournit un étayage, il sert de catalyseur à la transformation. Ainsi, en observant Mme Germain, je constate que sa respiration manque de fluidité. Je vais donc axer mes propositions en séance sur une écoute attentive de la respiration. Je sers alors de révélateur pour lui permettre de pointer, par elle-même, une

sensation de blocage. Et il en va de même pour les autres propositions que j'ai pu amener par la suite autour de l'axe. Ainsi, nous cheminons avec Mme Germain, lui permettant de trouver les appuis corporels qu'elle a besoin de renforcer et sur lesquels viendront s'étayer corps et psychisme.

### 3.2.3 La respiration

Pour Ponton (2010), le flux de la respiration suit nos affects et nos émotions. Elle associe une respiration élargie à un état d'apaisement. À contrario, un état d'inquiétude vient l'entraver par des tensions musculaires liées à nos émotions. Mme Germain, qui se montre très anxieuse, a en effet une amplitude respiratoire restreinte, d'où la sensation de blocage qu'elle éprouve. Il est donc intéressant qu'elle veuille, selon ses propres mots « apprendre à respirer ».

Mais en quoi consiste apprendre à respirer ? C'est une activité que nous faisons de manière ininterrompue. La respiration est une alternance d'inspiration et d'expiration rythmées par des temps d'arrêt, les apnées (Calais-Germain, 2013). Cependant, il existe une grande variété de gestes respiratoires qui se basent sur ce socle commun et apprendre à respirer revient à explorer ces variations. Tout d'abord, l'inspiration, qui consiste à faire rentrer de l'air dans les poumons dans un mouvement d'expansion du tronc, peut se faire de manière active ou passive, en sollicitant les côtes ou l'abdomen, vers l'avant ou l'arrière ou avec des vitesses et des amplitudes différentes. Ensuite, on peut faire varier avec des paramètres similaires l'expiration, qui consiste à renvoyer de l'air des poumons vers l'extérieur du corps dans un mouvement de fermeture du tronc. Enfin, les temps d'apnée entre les deux mouvements qui se font en général de manière inconsciente peuvent varier en durée. Il n'existe pas de bonne façon de respirer. Ce qui est important, c'est de pratiquer des respirations variées, surtout si l'on se rend compte que l'on a tendance à ne respirer que d'une seule façon. Dans le cas de Mme Germain, la patiente a identifié d'elle-même que sa respiration restait au niveau costal et était restreinte. Mon objectif a donc été de l'amener à explorer toutes les variations possibles autour de la respiration, tant au niveau de sa localisation, que de l'amplitude et de la vitesse.

Aborder la respiration avec Mme Germain est essentiel. En effet, la respiration est fortement liée au tonus (Lesage, 2015c). Respirer de manière consciente serait donc un travail de régulation tonique qui amène à se considérer, à se rassembler et à unifier l'ensemble du corps, pour que la respiration se diffuse dans toutes ses parties. Cette harmonisation tonique ne peut être que bénéfique à la patiente qui souffre de tensions importantes au niveau du dos. Par ailleurs, cela permet également d'harmoniser les émotions fortement liées au tonus. De plus, permettre à la patiente d'amener son flux

respiratoire au niveau de l'abdomen, outre un massage bénéfique pour son transit, vient également solliciter une zone très impliquée dans les émotions. Enfin le flux respiratoire est également un flux qui vient directement mettre en lien l'extérieur et l'intérieur. Réguler les flux entrant et sortant vient faire écho aux limites dedans/ dehors de l'enveloppe. Cela peut, dans le cas de Mme Germain, lui permettre d'expulser, via la respiration, de façon symbolique, les mauvais contenus, qui la menacent à l'intérieur de son enveloppe.

Dans mon accompagnement, j'ai d'abord invité la patiente à localiser les mouvements d'inspiration et d'expiration : la cage thoracique et l'abdomen ainsi que les parties haute/ basse/ avant/ arrière. Cette prise de conscience passe par le toucher. En appliquant mes mains à différents endroits de sa cage thoracique et de son abdomen, je la guide verbalement pour qu'elle dirige sa respiration vers les parties touchées. Rapidement, elle se montre capable de respirer en associant des mouvements au niveau de l'abdomen. J'ai, par contre, plus de difficultés à amener le mouvement vers l'arrière du dos, ce que je mets en lien avec ses tensions dorsales importantes. Ses muscles me paraissent être tendus comme des cordes et il lui est impossible d'alterner des phases de contractions/ décontractions nécessaires au mouvement respiratoire. Je lui propose ensuite de toucher elle-même les différentes parties pour sentir le mouvement sous ses mains.

Le travail sur l'amplitude passe par plusieurs canaux. Je lui donne d'abord à éprouver le volume de sa cage thoracique. J'enveloppe son thorax avec un foulard, et je serre à chaque expiration, à chaque fois un peu plus, trois ou quatre fois d'affilé, puis je relâche doucement sur une inspiration. Cette technique, qui utilise les propriétés élastiques des côtes, permet de prendre un volume d'air important lors de l'inspiration finale, dans la mesure où la contrainte qui entravait le mouvement d'expansion du thorax, lors des inspirations précédentes, est levée. J'utilise également beaucoup la voix et le souffle pour faire durer l'expiration et augmenter ainsi le volume d'air qui sort et faire varier la vitesse : voyelles tenues le plus longtemps possibles, cris brefs, souffler sur un tissu pour créer une tempête ou permettre au bateau d'avancer tranquillement... Ces évocations déconcertent un peu Mme Germain, mais elles me permettent d'ancrer en elle des images qu'elle pourra par la suite associer aux différentes façons de respirer.

C'est via le mouvement que la patiente arrive le mieux à jouer avec différentes amplitudes et vitesses de respiration. C'est d'ailleurs elle qui m'a aiguillée vers cette façon de faire. Lorsque je propose d'émettre des cris ou des voyelles soutenues, j'esquisse de manière involontaire des mouvements. En effet corps et voix sont intimement liés et le geste me permet de renforcer le son émis. Par imitation, Mme Germain a repris ces gestes que j'ai amplifiés en retour. Il m'est alors venu l'idée, pour renforcer encore le son d'y associer des images : le cri du karateka et le mouvement gracieux de la danseuse sur la voyelle

soutenue. La patiente s'est alors prêtée au jeu, émettant des sons biens plus affirmés, le tout en souriant. On voit ici, comment l'accordage au patient consiste également à se laisser surprendre par lui et revient à se relier à l'autre pour arriver à une co-création (Lesage, 2015b).

Ces exercices autour de la respiration fonctionnent bien et Mme Germain arrive à suivre mes instructions pour faire varier ses gestes respiratoires. J'essaye par ailleurs de donner du sens à ce que je lui propose pour qu'elle puisse s'approprier ce que nous faisons ensemble. Ainsi, en séance, je lui indique combien, il lui pourrait être utile d'utiliser sa respiration pour expulser sa colère ou pour s'apaiser quand elle sent son cœur s'emballer le matin au réveil. Néanmoins, je ne pense pas qu'elle soit en mesure d'utiliser cette ressource par elle-même pour le moment. Mais répéter les exercices d'une semaine sur l'autre, en leur donnant du sens, pourrait permettre de les inscrire dans sa mémoire corporelle et l'amener à les utiliser de façon automatique quand elle se sent submergée par ses émotions.

#### 3.2.4 L'axe

Concernant l'axe de Mme Germain, je voudrais revenir sur deux aspects qui m'ont interpellée : sa rigidité dorsale et ses limitations dans les mouvements. J'ai indiqué auparavant l'état de tensions dans lequel se trouvaient ses muscles dorsaux. Cette tension est permanente. Souvent lors des massages, bien qu'elle les réclame, elle me demande de les arrêter assez rapidement, car ils s'avèrent douloureux. Une fois, début janvier, il lui est même arrivé de contracter encore plus ses muscles à mon contact. Lorsque je lui en ai fait la remarque, elle m'a dit : « c'est parce que j'aime être droite ». Et effet, dans son fauteuil, elle se tient soit droite comme un i, soit en légère rétropulsion, le haut du dos appuyé sur son dossier. Ce besoin d'être droite, m'évoque un besoin de contrôle, comme pour compenser son impuissance face à l'avancée de sa maladie et à sa dépendance au personnel soignant. Par ailleurs, Mme Germain bouge très peu. Lorsque nous faisons des mouvements ensemble, elle s'arrête régulièrement, mentionnant de la douleur et son amplitude est réduite. Elle n'arrive pas également à s'enrouler et les torsions au niveau du buste sont minimales, comme si ses vertèbres avaient perdu toute mobilité les unes par rapport aux autres. C'est donc un axe rigide, la limitant dans ses mouvements que présente Mme Germain.

D'un point de vue anatomique, l'axe peut être défini comme une ligne virtuelle qui passe par le sommet du crâne pour rejoindre le périnée (Lesage, 2015a). S'organiser autour de cette verticale permet de garantir un équilibre musculaire et une économie dans le mouvement. Si, en revanche l'axe corporel ne coïncide plus avec cette ligne, des tensions musculaires vont apparaître et les mouvements vont être limités, ce qui est le cas chez Mme

Germain. Lesage revient sur le concept plus général de l'axe (donc pas seulement corporel) qu'il considère comme « une ligne rassembleuse et organisatrice d'une structure, sans laquelle tout mouvement serait dispersion et dislocation » (2015a, p. 149). Cette caractérisation donne à l'axe une place clef dans la structuration corporelle. Il permet l'unification du corps et son orientation dans l'espace. Il précise également que dans son développement, l'enfant construit son axe tant sur le plan psychique que moteur, les deux niveaux s'étayant. Il rejoint en cela Robert-Ouvray (2009) pour qui l'intégration psychique de l'axe permet à l'enfant de trouver sa place dans la relation. Quant à Bullinger (1998), il considère l'axe comme un appui à l'individuation et à l'instrumentalisation. Par ailleurs, il précise que la construction de l'axe se fait par un travail de régulation tonique. Enfin, Robert-Ouvray (2009) précise qu'un défaut d'axialité, en lien avec une hypertonie, entraîne chez le bébé des ruptures dans la communication émotionnelle, ce qui peut générer des affects de peur, ne sachant pas s'il peut compter sur l'autre.

Ces trois auteurs pointent le rôle fondamental de l'axe dans la structuration psychocorporelle de la personne. Ainsi, accompagner Mme Germain via un travail de conscience corporelle autour de son axe, pour réduire les tensions et lui permettre de retrouver plus de mobilité, devrait non seulement avoir un impact sur le plan corporel, mais également relationnel et psychique.

Il m'a semblé important de donner à sentir à Mme Germain les éléments constitutifs de son corps. J'ai déjà mentionné dans la partie sur la contenance que les moments de toucher-massage me permettaient de venir réveiller à la fois la peau, les muscles et les os. Ainsi, elle reçoit des informations mettant en lien les différents éléments entre eux. J'ai également cherché à lui faire éprouver son axe dans les différentes directions. Au moyen d'un grand tissu, j'ai balancé la patiente au niveau de la tête et des épaules dans les trois directions de l'espace.

À cette approche passive, s'est couplée une approche active. Tout d'abord, j'ai amené Mme Germain à chercher ses appuis. En effet pour sentir son axe, il faut être ancré au sol et le repousser (Lesage, 2015a). Mme Germain n'a plus suffisamment de force musculaire pour se mettre debout, c'est donc en position assise que nous faisons nos séances. Elle présente ainsi trois points d'appuis : ses deux pieds installés sur les cale-pieds et son bassin. Aussi, je lui ai proposé de venir repousser ma main avec différentes parties de son pied. Par ailleurs, pour lui faire sentir les appuis de son bassin, je lui ai proposé de passer d'un ischion à l'autre, en transférant le poids de son corps d'un côté à l'autre. Préalablement, j'avais passé du temps à lui expliquer comment était constitué le bassin, j'avais palpé son propre bassin et lui avais proposé de toucher le mien pour qu'elle en acquiert une représentation. Au-delà des appuis, il s'agit également de lui permettre

d'explorer à travers le mouvement les différents plans de l'espace. Cela a une double fonction. La première est d'amener la patiente à mieux investir l'espace, l'axe et le corps se construisent en effet à partir de l'intégration des différents plans de l'espace (Lesage, 2015a). Chez Mme Germain, son répertoire limité de mouvement montre que seule une portion limitée de l'espace est investie. La deuxième fonction est de lui permettre de sentir la mobilité de sa colonne, de lui redonner un peu de souplesse. Nous avons beaucoup utilisé les jeux de ballon, durant lesquels la patiente semble prendre du plaisir. Je me suis installée dans différents endroits de la pièce amenant ainsi la patiente à décoller peu à peu son dos du fauteuil, et à imprimer des mouvements de torsion à son tronc. C'est vraiment pris dans le jeu qu'elle parvient à décoller le dos. J'avais au début tenté ces mêmes mouvements via de l'imitation, mais elle ne me suivait pas et verbalisait sa peur de décoller le dos de son fauteuil, pour suivre ce que je lui proposais.

Petit à petit, au travers de jeux, j'ai constaté que les mouvements de Mme Germain gagnaient en amplitude et qu'elle était capable de dépasser sa peur. Début février, elle gardait le dos plaqué contre son dossier, refusant de se pencher en avant pour attraper une corde que j'avais posée sur mes genoux. Fin février, la patiente arrive à dépasser sa peur. Ainsi, j'encourage la patiente à poser des anneaux sur un plot que j'éloigne petit à petit. Elle formule alors une réticence. Je lui dis que c'est à elle de sentir ses limites et de décider quand elle pense ne plus être capable d'y arriver. Finalement, elle se penche à plus de 45° par rapport à la verticale, ce qui me paraît un grand progrès. Mi-mars, elle parvient à se pencher en avant pour saisir ses chevilles.

### 3.2.5 Des appuis pour renforcer le narcissisme et l'ouverture au monde

Réorganiser la conscience corporelle de Mme Germain et l'amener à éprouver sa respiration et son axe ont eu un effet direct sur sa peur de tomber. Début mars, le médecin a décidé, après consultation des paramédicaux intervenants auprès de la patiente et avec l'accord de cette dernière, d'enlever la contention pelvienne. Par ailleurs, le temps de la toilette s'est amélioré. Fin janvier, les aides-soignantes me rapportaient combien il s'agissait d'un moment compliqué, du fait de son accrochage aux barrières du lit. Mi-mars, Mme Germain accepte d'utiliser le verticalisateur et de se tourner seule dans son lit. De plus, les soignantes constatent que depuis deux ans qu'elles s'occupent de la patiente, elles ne l'ont jamais vue aussi bien. Cette remarque des soignantes va introduire la suite de mon propos : les changements constatés sont également visibles sur le plan psychique et relationnel.

Pour Robert Ouvray (2009), le bébé organise une base narcissique psychomotrice autour de trois mouvements : l'enroulement qui lui assure la construction d'un centre corporel autour duquel il peut venir se protéger; l'axialité qui lui permet de trouver son

identité et de se situer face à l'autre; la coordination psychocorporelle qui assure la globalisation du corps et la liaison entre les différentes parties. Mme Germain, qui souffre d'un syndrome anxio-dépressif, a une base narcissique fragile : elle considère son corps comme de la vieillie et rumine des idées suicidaires. Le travail autour des mouvements en association avec ma présence contenante, lui a permis de venir renforcer sa base narcissique psychomotrice. Ainsi, elle a fortement évolué au cours des derniers mois. Elle est maintenant capable d'émettre des commentaires positifs sur elle-même, comme je l'ai déjà évoqué précédemment. Par ailleurs, mi-mars, lorsque je lui fais remarquer le chemin qu'elle a parcouru depuis que nous nous sommes rencontrées, mettant en avant ses multiples progrès, elle acquiesce avec un « c'est vrai ». C'est également le fait que je l'investisse et que je la reconnaisse dans ses besoins, qui ont permis de restaurer son Moi et son narcissisme (Bonnet, 2012).

Sur le plan relationnel, l'évolution est également notable. Comme le rappelle Lesage (2015b), nous construisons notre relation au monde et à l'autre à partir de notre structure corporelle représentée et éprouvée. Chez Mme Germain, on peut mettre en lumière ce lien, dans la mesure où elle a modifié sa relation à l'autre au fur et à mesure de l'avancée de mon soin. Tout d'abord, début janvier, elle a commencé à me demander comment j'allais lorsque je venais la chercher. Pour moi, il ne s'agissait pas d'une convenance sociale, dans la mesure où elle semblait intéressée par ma réponse. Mais, c'est dans ses propos sur les aides-soignantes que le changement me paraît le plus intéressant. J'ai mentionné dans ma partie clinique combien lors de mes premières séances, j'étais mal à l'aise à cause des propos très négatifs et agressifs que Mme Germain tenaient sur les soignants. J'ai également indiqué que cela me semblait plus traduire une forme de défense pour lutter contre son impuissance. Ce qui me frappe, c'est que vers le mois de février, elle a commencé à noter que ces personnes, qu'elle attaquait habituellement, pouvaient également faire preuve de gentillesse à son égard, même si elle qualifiait cela de « louche ». Fin février, il me semble qu'une nouvelle étape a été franchie, quand elle a reconnu, que cela devait être difficile pour les soignantes de s'occuper d'elle pendant la toilette à cause de sa peur de tomber et de son agrippement aux barres du lit. Ce commentaire révèle une capacité à se mettre à la place de l'autre, dont elle n'avait jusque-là jamais fait preuve à l'égard des aides-soignantes.

### 3.2.6 Vers une solidité interne

Mme Germain a traversé plusieurs événements de vie difficiles qui auraient pu la faire basculer dans un nouvel épisode dépressif. Tout d'abord, la mort de son fils qui l'a affectée, mais qu'elle paraît avoir réussi à intégrer sans rompre son équilibre psychique. La

propagation du Covid 19 en France a eu également un impact très important sur sa vie, comme sur celles de nombreuses personnes âgées. Les visites de sa fille, qui venait deux fois par semaine, se sont interrompues. Elle s'est retrouvée confinée dans sa chambre sans possibilité de voir les autres résidents. Les soignants qu'elle voit sont équipés de masques. Elle a elle-même développé des symptômes du virus, pour finalement être testée négative. Elle s'est adaptée à ce nouveau contexte. Il semble donc que le travail accompli en psychomotricité lui ait permis de trouver un étayage corporel suffisant qui lui confère une solidité interne, l'amenant à trouver en elle-même des ressources pour affronter des événements de vie potentiellement désorganiseurs.

## CONCLUSION

---

Ce mémoire relate l'évolution d'une patiente fragilisée dans son corps et son psychisme par plusieurs pathologies. Elle a pu sortir d'un état de détresse extrême, qui lui rendait insupportable car trop angoissant le fait d'être seule, pour aller vers une solidité interne, qui lui permet de trouver en elle-même des appuis pour traverser des moments de crise. Ce cheminement résulte de plusieurs mois de soins en psychomotricité couplés aux autres accompagnements dont bénéficie la patiente. Tout d'abord, je suis venue lui apporter de la contenance via le cadre, une relation étayante et des médiations appropriées, pour diminuer sa détresse et ses angoisses d'abandon, afin de venir restaurer une sécurité interne. À partir de là, j'ai pu accentuer mon travail autour de la conscience corporelle pour lui permettre de retrouver des appuis. Cet accompagnement a été bénéfique et a redonné à Mme Germain une solidité interne. J'ai admiré sa capacité à se renouveler. Elle semblait si désorganisée sur le plan psychique et corporel au moment de notre rencontre que ses progrès me paraissent bien illustrer le concept de résilience.

Par ailleurs, la rédaction de ce mémoire m'a permis d'approfondir et d'éclairer ce qui s'est joué au cours de ces semaines de soins. Je tire de cette réflexion quelques éléments qui me paraissent fondamentaux dans l'accompagnement en psychomotricité et qui me serviront dans la suite de ma pratique professionnelle : l'importance du travail pluridisciplinaire, l'accordage au patient, la créativité durant les séances et la trace. En effet, au-delà du cas singulier de Mme Germain, il me semble possible d'étendre cette réflexion aux autres patients que j'ai pu croiser aussi bien en EHPAD qu'en cabinet libéral où j'ai effectué mon deuxième stage. Souvent il m'est arrivé d'établir des liens entre ces deux populations qui peuvent paraître bien éloignées. Mais tout patient en psychomotricité (voire tout être humain) ne présente-t-il pas à des degrés divers et se manifestant de différentes façons une désorganisation psychocorporelle ?

Abordons, tout d'abord, l'importance d'un accompagnement pluridisciplinaire cohérent. Le psychomotricien est rarement amené à s'occuper seul d'un patient et quand cela arrive, notamment en libéral, il a souvent besoin de recourir à d'autres professionnels pour compléter le soin qu'il propose. La capacité à coordonner ses approches, que ce soit fait en EHPAD par le médecin gériatre ou de manière plus informelle en libéral via des contacts téléphoniques, est une clef de la prise en charge du patient. Ensuite, l'accordage au patient est fondamental. Il ne s'agit pas de venir plaquer un programme élaboré à partir de nos hypothèses cliniques et de nos axes de travail. Les séances sont faites d'imprévu :

rester à l'écoute du patient et de ses propres éprouvés permet d'assurer une justesse à nos propositions et d'accueillir le patient tel qu'il est dans « l'ici et le maintenant ». Cependant, si le patient vient guider le soin par ses besoins du moment, il est important de garder en tête ses objectifs pour que la séance reste thérapeutique. C'est là qu'intervient la créativité du psychomotricien. C'est ce qui lui permet de se saisir de ce qu'amène le patient dans sa spontanéité, de l'accueillir et de le transformer pour mener le travail de soin. Au cours de mes deux stages, j'ai appris à construire ce positionnement particulier. D'un côté en EHPAD avec Mme Germain, je construisais à l'avance mes séances de manière très structurée, au risque de faire preuve d'une certaine rigidité dans mon approche. De l'autre côté en libéral, je pratiquais le jeu libre, laissant le patient amener la matière, rebondissant dessus pour créer la séance, au risque de perdre de vue les objectifs thérapeutiques. Ces deux approches si différentes sont venues me nourrir et ont suscité chez moi des interrogations qui m'ont permis de cheminer dans ma posture professionnelle.

Enfin, j'ai peu abordé la notion de trace dans la rédaction de ce mémoire, si ce n'est pour rendre compte de la fragilité des évolutions de la patiente. Cependant, c'est un sujet qui m'a beaucoup questionné. Comment faire trace chez une personne présentant des troubles mnésiques ? Comment ancrer les progrès alors que petit à petit la maladie neurodégénérative vient attaquer ses capacités ? J'ai essayé dans mon accompagnement de la patiente d'y travailler : en reprenant en début de séance ce qui s'était passé la semaine précédente; en récapitulant en fin de séance ce que nous venions de faire; en essayant de mettre des mots et des images avec elle sur ce qu'elle ressentait; en donnant du sens à ce que je lui proposais; en favorisant la répétition des exercices... Il m'est difficile de juger l'efficacité de ce que je lui ai proposé. Cependant, quand je vois le chemin parcouru par Mme Germain au cours de ces mois, je me dis que l'on ne peut jamais prédire l'évolution d'un patient. J'ai souvent été surprise par ses progrès, la façon dont elle s'appropriait ce que je lui proposais et comment elle rebondissait face à l'adversité. Je pense que mes tentatives pour renforcer la conscience corporelle de la patiente ont en partie réussi, qu'une trace s'est inscrite et est venue modifier son organisation psychomotrice.

## Références bibliographiques

- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.
- Ballouard, C. (2006). Le cadre et le transfert. In *Le travail du psychomotricien* (p. 189-210). Dunod.
- Beck, A. T. (2017). Les paradoxes de la dépression. In *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels* (2<sup>e</sup> édition, p. 93-117). Deboeck Supérieur.
- Blanchard, F., Morrone, I., Ploton, L., & Novella, J.-L. (2006). Une juste distance pour soigner ? : Ou savoir se rendre proche avec respect. *Gérontologie et société*, 29 / n° 118(3), 19-26. <https://doi.org/10.3917/g.s.118.0019>
- Boddaert, J., & Collège national des enseignants de gériatrie (France). (2018). *Gériatrie*. Elsevier Elibrary. <https://www-elsevierelibrary-fr.docelec.univ-lyon1.fr/product/griatrie15187221>
- Bonnet, M. (2012). L'attachement au temps de la vieillesse. *Dialogue*, 198(4), 123-134. <https://doi.org/10.3917/dia.198.0123>
- Bullinger, A. (1998). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfance*, 51(1), 27-35. <https://doi.org/10.3406/enfan.1998.3091>
- Calais-Germain, B. (2013). *Respiration : Anatomie, geste respiratoire*. Désiris.
- Cerioni, M. (2011). Le maintien identitaire et le paradoxe du protocole institutionnel. In M. Personne, *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (p. 87-102). ERES.
- Charazac, P. (2015). 12. Troubles de l'humeur, dépression et suicide. In *L'aide-mémoire de psychogériatrie en 24 notions* (p. 240-264). Dunod.
- Charazac, P.-M. (2007). *Comprendre la crise de la vieillesse*. Dunod.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>
- Collège National des Enseignants de Gériatrie. (2000). Les chutes. In *Corpus de gériatrie tome 1* (p. 41-51). 2m2 Edition Et Communication. [http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/04\\_chutes.pdf](http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/04_chutes.pdf)
- Dibie-Racoupeau, F., Granet, C., & Chavane, V. (2010). Les personnes âgées difficiles : Un regard gérontopsychiatrique. *L'information psychiatrique*, 86(1), 9-14. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8601.0009>
- Dujardin, K., Defebvre, L., & Destée, A. (2011). La paralysie supranucléaire progressive. In *Neuropsychologie de la maladie de Parkinson et des syndromes apparentés* (2<sup>e</sup> édition, p.103-116). Masson.
- Eusebio, A. (2015). La paralysie supranucléaire progressive. *Pratique Neurologique - FMC*, 6(2), 124-130. <https://doi.org/10.1016/j.praneu.2015.01.006>
- Fromage, B. (2008). Anticipation et dépassement de situations de rupture chez le sujet âgé. *L'information psychiatrique*, 84(8), 771-777. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8408.0771>
- Guédeney, N. (2018). Apport de la théorie de l'attachement à la compréhension de la relation aidant/aidé chez la personne très âgée. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19(109), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.09.007>
- HAS. (2007). *La prise en charge de votre maladie, l'accident vasculaire cérébral*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-06/08-097\\_gp\\_acv.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-06/08-097_gp_acv.pdf)
- HAS. (2019). *Rééducation à la phase chronique d'un AVC de l'adulte : Pertinence, indications et modalités*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/18rbp321\\_rpc\\_cadrage\\_reeduc\\_avc\\_29-10-19.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/18rbp321_rpc_cadrage_reeduc_avc_29-10-19.pdf)
- Landreau, V. (2004). La personne âgée désorientée en institution. *Etudes sur la mort*, 126(2), 71-83. <https://doi.org/10.3917/eslm.126.0071>
- Lesage, B. (2015a). Axial poursuite : Axe et spatialité. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation* (p. 147-170).

- Lesage, B. (2015b). Corps et psychisme, une relation d'étayage. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation* (p. 17-35).
- Lesage, B. (2015c). La dynamique des flux : Formes, postures et mouvement. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation* (p. 73-104).
- Modange, L., & Chaumont, V. (2019). La chute du sujet âgé : Approche psychologique et approche psychomotrice. In J.-M. Albaret & E. Aubert, *Vieillesse et psychomotricité* (p. 219-230). Deboeck supérieur.
- Monfort, J.-C. (2014). Chapitre III : les dépressions des personnes âgées. In *La psychogériatrie* (p. 47-65). Presses universitaires de France.
- Oppenheim-Gluckman, H. (2012). Atteinte de la pensée et psychopathologie. *L'information psychiatrique*, 88(5), 339-344. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8805.0339>
- Oppenheim-Gluckman, H. (2017). Lésion cérébrale acquise et identité. In S. Korff-Sausse, M. Araneda, A. Ciccone, M. Gargiulo, S. Missonnier, R. Salbreux, & R. Scelles, *Handicap : Une identité entre-deux* (p. 127-140). ERES.
- Oppenheim-Gluckman, H., & Pradat-Diehl, P. (2012). Les troubles psychiques des patients cérébro-lésés : Un problème de santé publique. *L'information psychiatrique*, 88(5), 327-329. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8805.0327>
- Ponton, G. (2010, juillet 15). *D'où vient le sentiment de sécurité chez l'ainé?* Les ateliers du Camie Salié. <http://ateliers-du-camialie.fr/navigation.html>
- Ponton, G. (2011, juin). *La réorganisation de la conscience corporelle*. Les ateliers du Camie Salié. <http://ateliers-du-camialie.fr/navigation.html>
- Potel, C. (2015). *Le contre-transfert corporel*. Erès.
- Potel, C. (2019). La question du cadre thérapeutique : La contenance, les limites, le corps. In *Etre psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 357-381). Erès.
- Robert-Ouvray, S. B. (2009). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer.
- Roos, C. (2008). Des chutes en abîme, une chute en cache une autre... *Champ psychosomatique*, n° 49(1), 95-112. <https://doi.org/10.3917/cpsy.049.0095>
- Schoenenburg, S., Dreuil, D., Boury, D., Puisieux, F., Clercx, A., Blin, A., & Chambon-Douniol, M. (2019). Clinique de l'attente anxieuse en gériatrie. *Le Journal des psychologues*, n°371(9), 58-63. <https://doi.org/10.3917/jdp.371.0058>
- Veesser, A. (2015). Contenance en psychomotricité. In E. Pireyre, *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 136-153). Dunod.
- Weimann Péru, N., & Pellerin, J. (2010). Le syndrome de glissement : Description clinique, modèles psychopathologiques, éléments de prise en charge. *L'Encéphale*, 36, D1-D6. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.08.006>
- Widlöcher, D. (2002). Dépression et anxiété. *Revue française de psychanalyse*, 66(2), 409-422. <https://doi.org/10.3917/rfp.662.0409>
- Winnicott, D. W. (1970). Dépendance et soins maternels. In *Le bébé et sa mère*. Payot.

Vu par la maître de mémoire  
Émilie Oudet

Le 11/05/2020

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'oudet', with a long horizontal stroke extending to the right.

**Auteur** : Cécile AUSSEDAT

**Titre** : Titre du mémoire

Angoisse d'abandon et désorganisation psychocorporelle chez une personne âgée souffrant de pathologies multiples - un accompagnement en psychomotricité pour retrouver un étayage corporel

**Mots - clés** : psychomotricité – angoisse d'abandon – étayage – contenance – conscience corporelle – personne âgée – psychomotor therapy – abandonment anxiety – body support – contenance – body consciousness – elderly people

**Résumé** : L'accumulation de pathologies et d'événements difficiles chez la personne âgée peut l'amener à une désorganisation psychique et corporelle telle qu'elle va se trouver dans un état de grande détresse. Des angoisses vont ressurgir, elle va alors chercher une protection chez l'autre, car il lui est insupportable de se retrouver seule. Les sollicitations permanentes qui en découlent sont épuisantes pour les aidants. Comment diminuer ses angoisses d'abandon qui sont une entrave à la relation avec son entourage ? Comment un accompagnement en psychomotricité peut lui permettre de retrouver un étayage corporel qui lui donne suffisamment de ressources internes pour affronter les événements difficiles de sa vie ? C'est à partir du cas d'une patiente âgée, atteinte de plusieurs pathologies (dépression, paralysie supranucléaire progressive, AVC) que je répondrai à ces questions.

**Abstract**: The accumulation of pathologies and difficult events can lead elderly people to such a psychic and bodily disorganisation that they will experiment great distress. Anguish will resurface, they will therefore seek protection from the others, because being alone is unbearable. The permanent demands are exhausting for the care-givers. How abandonment anxieties, which are an obstruction to relationship, might be reduced? How can a psychomotor therapy lead the patient to find body supports which will give him enough internal resources to face the difficult events of life? It is from the case of an elderly patient suffering from several pathologies (depression, supranuclear palsy, stroke) that I will answer these questions.