



HAL
open science

“ Aïe, mes enveloppes ! ” La psychomotricité, un soutien aux enveloppes psychocorporelles des personnes âgées atteintes de syndrome démentiel

Sixtine Cazaban

► **To cite this version:**

Sixtine Cazaban. “ Aïe, mes enveloppes ! ” La psychomotricité, un soutien aux enveloppes psychocorporelles des personnes âgées atteintes de syndrome démentiel. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02075258

HAL Id: dumas-02075258

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02075258>

Submitted on 21 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de médecine Sorbonne Université
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris cedex 14



« *Aïe, mes enveloppes !* »

La psychomotricité, un soutien aux enveloppes psychocorporelles
des personnes âgées atteintes de syndrome démentiel

Mémoire présenté par Sixtine CAZABAN

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référents de mémoire :

Patricia Goujon

André Brandily

Session Juin 2018

Remerciements

Je tiens à remercier ma maitre de stage, Patricia Goujon, pour nos riches échanges tout au long de l'année tant sur notre pratique que sur la rédaction de ce travail de fin d'étude.

Un grand merci à André Brandily pour ses conseils avisés au cours de l'écriture de ce mémoire.

Merci à tous les maitres de stage qui m'ont accueillie au cours de ces trois années et ont contribué à former la psychomotricienne que je tends à devenir.

Merci à ceux avec qui j'ai traversé avec joie ces années étudiantes, et particulièrement le groupe deux pour les nombreux moments passés ensemble.

Merci à ma famille pour nos retrouvailles toujours joyeuses entre quelques pages de rédaction de ce mémoire.

Enfin, merci à Mme C., Mme H. et à tous les patients rencontrés cette année, sans qui ce mémoire n'aurait pas eu lieu d'être...

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
PARTIE THEORIQUE	7
I. Le vieillissement	7
1. Définitions	7
2. Le vieillissement psychomoteur	7
<i>a. Le vieillissement physiologique</i>	8
<i>b. Les sens</i>	8
<i>c. Le tonus</i>	9
<i>d. La motricité globale</i>	10
<i>e. La motricité fine</i>	11
<i>f. Le schéma corporel</i>	11
<i>g. L'image du corps</i>	11
<i>h. Le vieillissement cognitif</i>	12
<i>i. Aspects psychodynamiques</i>	13
3. Sociologie du vieillissement.....	14
II. Les syndromes démentiels	15
1. Généralités	15
2. La maladie d'Alzheimer	16
3. La démence à corps de Lewy	18
4. Les troubles psycho-comportementaux	19
III. Les enveloppes psychocorporelles	21
1. Du corps au psychisme	21
2. Genèse et définition du concept d'enveloppe.....	23
3. L'instauration des enveloppes psychocorporelles	24
<i>a. L'enveloppe utérine</i>	24
<i>b. La peau</i>	25
<i>c. L'enveloppe tonique</i>	26
<i>d. Le rôle de la mère</i>	26
<i>e. Etapes de la construction du Moi-enveloppe</i>	27
4. Propriétés et caractéristiques des enveloppes psychiques	28
5. Fonctions du Moi-peau.....	29
6. Enveloppe groupale	30
PARTIE CLINIQUE	32
I. Le lieu de stage	32
1. L'UCC	32
2. La place de la psychomotricité	32
3. Ma journée de stage.....	33
II. Mme C.	34

1.	Anamnèse.....	34
2.	Ma première rencontre avec Mme C.....	35
3.	Observation psychomotrice.....	36
4.	Projet thérapeutique.....	38
5.	Evolution des séances.....	38
6.	Fin de prise en charge.....	40
III.	Mme H.....	41
1.	Anamnèse.....	41
2.	Observation psychomotrice.....	42
3.	Projet thérapeutique	43
4.	Evolution des séances.....	44
IV.	Le groupe « Mémoire et Mouvement »	48
1.	Le cadre.....	48
2.	Les objectifs thérapeutiques.....	48
3.	Description d'une séance type.....	50
DISCUSSION		52
I.	L'atteinte des enveloppes chez les patients de l'UCC	52
1.	Les altérations de l'enveloppe dues au syndrome démentiel.....	52
	<i>a. La perte de mémoire autobiographique.....</i>	<i>52</i>
	<i>b. La perte de mémoire à court terme.....</i>	<i>53</i>
	<i>c. La désorientation temporo-spatiale.....</i>	<i>54</i>
	<i>d. La perte d'autonomie.....</i>	<i>55</i>
2.	Les fonctions de l'enveloppe altérées	55
	<i>a. Un manque de limites.....</i>	<i>56</i>
	<i>b. La fonction de pare-excitation.....</i>	<i>57</i>
	<i>c. Le manque de sens.....</i>	<i>57</i>
3.	Conséquences d'une enveloppe défaillante	58
	<i>a. L'hypertonie.....</i>	<i>58</i>
	<i>b. La logorrhée.....</i>	<i>58</i>
	<i>c. Les vêtements, le maquillage.....</i>	<i>59</i>
	<i>d. L'agitation.....</i>	<i>60</i>
	<i>e. L'apathie.....</i>	<i>61</i>
	<i>f. L'agrippement.....</i>	<i>61</i>
II.	Etayer les enveloppes en psychomotricité.....	62
1.	Le toucher thérapeutique.....	62
2.	Le groupe.....	64
3.	Le psychomotricien	67
4.	Limites et questionnements rencontrés.....	70
III.	Les enveloppes du psychomotricien.....	72
CONCLUSION		74
BIBLIOGRAPHIE.....		76

INTRODUCTION

Pour cette troisième année de formation en psychomotricité, j'ai eu le désir d'effectuer un stage auprès d'une population désarçonnante sur bien des plans : il s'agit de personnes âgées présentant d'importants troubles du comportement liés à un syndrome démentiel. A travers ce stage, je cherchais finalement à me confronter à mes propres limites : être dans un lieu qui me sortirait de ma zone de confort, où l'imprévisible ferait partie de mon quotidien et où il faudrait se laisser déplacer par le patient en permanence... Jusqu'à même ne plus pouvoir rien faire avec le patient, sinon être.

Dès mon premier jour de stage, ma rencontre avec Mme C. dont je parlerai en détail dans ce mémoire, m'a interpellée. Il s'en suivra beaucoup d'autres rencontres avec des patients qui, chacun, viendront me toucher de manière particulière. Petit à petit, l'incompréhension et le peu de moyen d'agir face à la désorganisation de ces patients m'a amenée à chercher à mettre des mots sur des vécus, à essayer de percevoir leur fonctionnement psychocorporel. Finalement, chercher des hypothèses théorico-cliniques pour expliquer ces comportements était un moyen de me raccrocher à quelque chose face à tout ce que les patients sont venus interroger en moi. C'est ainsi que, peu à peu, la question des enveloppes psychocorporelles de ces patients m'a permis d'appréhender de manière nouvelle ce que pouvait vivre les patients et la résonance que cela provoquait en moi-même.

Ce mémoire tentera donc de répondre à mes interrogations : en quoi le psychomotricien peut-il étayer les enveloppes psychocorporelles des patients, altérées par les syndromes démentiels dont ils souffrent ? Il faudra pour cela que je tente de comprendre quelles semblent être les défaillances de l'enveloppe de ces patients ; et par quel biais thérapeutique le psychomotricien peut agir, notamment par les deux médiations que sont le toucher thérapeutique et le groupe.

Afin d'avoir les clés de compréhension nécessaires à mon sujet, je commencerai par présenter les bases théoriques du vieillissement, normal dans un premier temps, puis du vieillissement pathologique avec le cas particulier des démences. Je ferai ensuite un exposé des différentes théories concernant les enveloppes psychocorporelles.

Puis, je présenterai dans un second temps le support clinique de ma réflexion : deux patientes, Mme C. et Mme H. qui m'ont particulièrement interpellées ; ainsi que le groupe « Mémoire et mouvements ».

Enfin, dans une discussion théorico-clinique, je tenterai de cerner les difficultés concernant les enveloppes de ces patients, les possibilités qu'ils ont eux-mêmes pour y pallier et celles que nous trouvons en tant que thérapeute pour les étayer ; en terminant par une réflexion sur les difficultés rencontrées dans ces prises en charge et l'importance de notre propre enveloppe de thérapeute.

PARTIE THEORIQUE

I. Le vieillissement

1. Définitions

Le vieillissement peut être défini comme « l'ensemble des modifications physiques et psychiques observées au cours du temps chez un sujet »¹. En ce sens, le processus de vieillissement commencerait dès la naissance pour s'achever avec la mort. Néanmoins, dans le langage courant, le vieillissement est plutôt associé à la période dite de vieillesse, définie par Le Petit Robert² comme la « dernière période de la vie qui succède à la maturité, caractérisée par un affaiblissement global des fonctions physiologiques et des facultés mentales et par des modifications atrophiques des tissus et des organes ». Si la vieillesse est ici perçue sous l'angle de la perte, notons tout de même que les personnes âgées peuvent être aussi traditionnellement caractérisées par une certaine sagesse que leur confère leur grande expérience de la vie.

Il est difficile d'établir un âge limite pour définir la personne âgée car on observe une grande variabilité individuelle dans ce processus d'involution. Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), entre 60 et 74 ans il s'agit de jeunes vieillards, entre 75 et 90 ans de vieillards, et au-delà de 90 ans on parle de grands vieillards.

Du fait de l'accroissement démographique et de l'augmentation de l'espérance de vie, la population vieillissante est de plus en plus importante en France. La prise en charge des personnes âgées d'un point de vue médico-social est donc devenue un enjeu de société majeur.

2. Le vieillissement psychomoteur

Le vieillissement normal entraîne de multiples modifications chez le sujet. Qu'elles soient physiques, cognitives, psychologiques, elles concourent à la transformation de l'être psychomoteur : l'individu vieillit dans toute ses dimensions psychocorporelles.

¹ CARON R., 2000, p.4

² LE PETIT ROBERT, 2013.

a. Vieillesse physiologique

D'un point de vue physiologique, le vieillissement du système nerveux entraîne une atrophie corticale, un ralentissement de la transmission synaptique et « des modifications de structures dont les plus caractéristiques sont la dégénérescence neurofibrillaire et les plaques séniles »³ qui peuvent être compensés plus ou moins efficacement par la capacité de plasticité cérébrale, elle aussi diminuant avec l'âge. Les fonctions végétatives sont ralenties, l'organisme de la personne âgée est donc moins en possibilité de s'adapter aux variations internes ou environnementales. Le squelette et les articulations deviennent plus fragiles (ostéoporose, arthrose...). Du fait de dysfonctionnements corporels fréquents, les personnes âgées sont souvent sujettes à des plaintes algiques.

b. Les sens

La dégradation de la perception est inhérente à la sénescence de l'individu, du fait d'un vieillissement des organes sensoriels et d'un moins bon traitement de l'information au niveau cortical. Ainsi, « les fonctions sensorielles perdent toutes de leur efficacité à la fois sur le plan de la sensibilité, de l'acuité et de la discrimination. »⁴

La perception visuelle est diminuée par l'altération des différents composants de l'œil. On note une moins bonne perception des couleurs, des contrastes et de la profondeur, une plus grande sensibilité à l'éblouissement et une vision nocturne défailante. La presbytie, fréquente chez les personnes âgées, est due à des difficultés d'accommodation du cristallin car son élasticité diminue à partir de 45 ans. L'acuité visuelle est donc globalement moins efficace avec l'âge. A cela s'ajoute un déclin de l'intégration corticale des données visuelles et une activité oculomotrice moins efficace. Dans les exercices psychomoteurs que nous proposons aux personnes âgées, il est donc profitable d'utiliser du matériel aux couleurs s'approchant des rouges, oranges, jaunes, afin qu'il soit mieux perçu (plutôt que dans les bleus, verts). Sur mon lieu de stage, c'est un paramètre auquel nous prêtons particulièrement attention dans le groupe « Mémoire et mouvement » que je détaillerai plus loin.

³ POTE C., 2000, p.291

⁴Ibid.

Les déficits auditifs liés au vieillissement des cellules perceptives auditives peuvent entraîner des difficultés de compréhension orale. La discrimination auditive et la localisation des bruits dans l'espace sont plus complexes ; la presbycousie (diminution de l'acuité auditive) atteint un grand nombre de personnes âgées, notamment sur les hautes fréquences.

Les perceptions tactiles sont elles aussi de moins bonnes qualités à cause de l'altération physique de la peau et ses composants : elle est moins épaisse, moins élastique, ses récepteurs sont moins nombreux. Le seuil de sensibilité tactile s'élève significativement.

En outre, la proprioception est altérée. Le nombre de récepteurs ligamentaires, capsulaires, neurotendineux ainsi que de fuseaux neuromusculaires est diminué, participant à « un manque de pertinence dans la discrimination proprioceptive ». ⁵ Les récepteurs vestibulaires sont aussi touchés.

Le goût de la personne âgée est aussi appauvri : les papilles gustatives reconnaissent moins les saveurs. Le sucré est en général le plus préservé. Cela entraîne une satiété sélective : la personne n'a plus faim pour tel aliment, mais peut avoir envie d'un autre. Enfin, l'olfaction est diminuée : la personne âgée devient moins sensible aux odeurs.

Globalement, le traitement coordonné des informations sensorielles devient plus difficile avec le vieillissement, les afférences de différents sens entrent en compétition. Tout ceci retentit sur la communication avec autrui et par conséquent « va rétrécir le champ relationnel de la personne âgée. » ⁶

c. Le tonus

L'avancée en âge s'accompagne d'une certaine désorganisation tonique du sujet. Les paratonies (impossibilité de résolution musculaire volontaire) de fond sont extrêmement fréquentes. De plus, il y a une « réduction du volume de la masse musculaire qui occasionne une perte de force et de résistance à l'effort de 30% à 80 ans » ⁷. Cette atrophie musculaire entraîne une diminution du tonus musculaire et du maintien, et cherche souvent à être compensée par une hypertonie posturale et d'action ; « la posture est souvent figée, en

⁵ ALBARET J.M., AUBERT E., 2001, p.18

⁶ CARON R., 2000, p. 44

⁷ JUHEL J.C., 2010, p.11

attente »⁸. Les muscles respiratoires perdent aussi de leur tonus, ce qui se traduit par de fréquents essoufflements des personnes âgées.

d. La motricité globale

Les modifications toniques et sensorielles citées précédemment ainsi que le ralentissement du traitement de l'information sont sources d'altération de la motricité générale de la personne âgée. On note notamment un ralentissement moteur dû à l'augmentation du temps de réaction et à la diminution de la vitesse de contraction musculaire, associés à une plus grande fatigabilité. La fluidité, l'amplitude et la spontanéité du mouvement sont limitées.

L'équilibre statique devient moins performant avec l'âge. En effet, les muscles antigravitaires sont déficients, les afférences sensorielles de la voûte plantaire et des systèmes vestibulaires et proprioceptifs moins riches ; on retrouve alors chez les personnes âgées plus d'oscillations antéro-postérieures en position debout. Selon P. Charazac⁹, le maintien de l'équilibre a tendance à se faire plus par les hanches et le tronc que par les chevilles et à dépendre principalement de la vision. Par conséquent, l'équilibre dynamique est mis à mal. Le sujet vieillissant présente des difficultés d'adaptation aux contraintes extérieures ; les pertes d'équilibre inhérentes au mouvement sont plus difficilement contrôlées (temps de réaction plus important, manque de force musculaire et de mobilité articulaire).

Ces troubles de l'équilibre, les défaillances musculaires et articulaires induisent des difficultés dans la marche. On constate entre autres chez la personne âgée lors de la marche une réduction de la vitesse, une diminution de la hauteur et de la longueur des pas, un allongement de la phase d'appui bipodal, une posture en légère flexion du tronc, une orientation du regard vers le sol. Le risque de chute est accru avec l'âge.

⁸ CALZA A., CONTANT M., 2007, p. 239

⁹ CHARAZAC P., 2011

e. La motricité fine

La lenteur d'exécution du mouvement est retrouvée en motricité fine, accentuée par le manque de coordination des différentes articulations. Les personnes âgées présentent souvent une hypertonie d'action dans les mouvements de préhension, « du fait d'une diminution des signaux tactiles qu'ils chercheraient ainsi à augmenter »¹⁰. De même, la régulation tonique est compliquée dans l'écriture ; celle-ci est d'ailleurs également perturbée par les fonctions visuo-spatiales moins efficaces.

f. Le schéma corporel

Le schéma corporel est « la représentation du corps résultant de l'intégration de la sensori-motricité et qui est à la base de toute praxie. »¹¹ Le schéma corporel est acquis vers douze ans mais ne cesse d'être réactualisé, à chaque mouvement, grâce aux différentes afférences sensorielles. Les diminutions de quantité et de qualité des afférences sensorielles ainsi que du mouvement - détaillées précédemment - entraînent donc progressivement un appauvrissement du schéma corporel du sujet âgé.

g. L'image du corps

Image du corps et schéma corporel sont intimement liés. Ainsi, pour F. Dolto, « l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles. C'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. C'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente. »¹² La perte de capacités physiques impactera d'autant plus l'image du corps du sujet âgé que l'investissement narcissique aura été défaillant auparavant. Ainsi, les personnes âgées ont fréquemment une image dévalorisée de leur corps, pouvant s'exprimer par un déni ou un dégoût de leur corps, voir même une dysmorphophobie. Ce corps vieillissant les renvoie à leur propre finitude : « le corps, lieu de l'ancrage du Moi et lieu de temps est aussi le lieu où

¹⁰ ALBARET J.M., AUBERT E., 2001, p. 35

¹¹ CHARAZAC P., 2011, p.32

¹² DOLTO F., 1984

la mort se traduira ». ¹³ Par analogie au stade du miroir décrit par Lacan, J. Messy introduit la notion de « miroir brisé » ¹⁴ dans lequel l'individu vieillissant voit l'anticipation de sa propre mort.

h. Vieillessement cognitif

Les phénomènes de vieillissement du système nerveux décrits ci-dessus dans le vieillissement physiologique entraînent des modifications cognitives, présentes dans le vieillissement normal selon P. Charazac ¹⁵. Les capacités attentionnelles sont réduites, car il est plus difficile pour une personne âgée de sélectionner les informations pertinentes et d'inhiber les distractions. La vitesse de traitement de l'information est plus longue, rendant l'exécution d'une tâche complexe plus laborieuse. Ces moindres ressources attentionnelles et de traitement participent aux troubles mnésiques du sujet âgé ; la mémoire de travail (qui traite l'information tout en en gardant les résultats en mémoire) serait particulièrement altérée. La mémoire épisodique (mémoire des événements passés) est elle aussi perturbée, l'encodage et la récupération des informations étant moins efficaces. En revanche, contrairement au vieillissement cognitif pathologique que nous étudierons plus loin, la mémoire sémantique et la mémoire procédurale ne sont pas altérées. Par ailleurs, dans le vieillissement pathologique (maladies neurodégénératives), la mémoire procédurale reste la plus préservée.

De plus, on retrouve fréquemment un amoindrissement des capacités de flexibilité mentale et de résolution de problèmes. Au niveau du langage, la communication est globalement préservée, même si les traitements linguistiques complexes sont plus difficiles (quelques difficultés de compréhension) et le discours oral tend à rester souvent autour du même thème. À l'écrit, la syntaxe est souvent légèrement simplifiée. Enfin, les habiletés visuo-spatiales sont atteintes avec l'âge, notamment parce que les images mentales sont de moins bonne qualité.

¹³ CALZA A., CONTANT M., 2007, p.241

¹⁴ MESSY J., 1992

¹⁵ CHARAZAC P., 2011

i. Aspects psychodynamiques

La vieillesse peut être perçue comme une nouvelle crise d'identité à laquelle le sujet doit faire face. « Le sentiment qu'éprouve une personne de sa propre identité résulte des perceptions qu'elle peut avoir de ses ressemblances et de ses différences à autrui. Mais il résulte aussi des perceptions qu'elle peut avoir de ses ressemblances avec elle-même, à travers le temps»¹⁶. L'avancée en âge est donc inéluctablement associée à des changements identitaires, avec lesquelles le sujet tentera de composer au mieux. La stabilité physique et psychique est remise en cause par les bouleversements qui accompagnent le processus de sénescence ; les possibilités d'élaboration de la castration sont mises à l'épreuve par les nombreux renoncements propres au vieillissement. La capacité à être seul, décrite par D. W. Winnicott¹⁷, est fondamentale pour que la personne âgée puisse faire face à l'absence d'êtres chers et à la réduction des stimulations extérieures.

Les angoisses de mort sont profondément réactualisées avec la vieillesse, période de la vie qui met particulièrement l'individu face à ses propres limites et à celles de l'existence. L'affaiblissement physique vient contrer l'illusion d'immortalité (qui permettait au sujet de maintenir ses angoisses à distance) en laissant entrevoir à l'être humain sa réalité finie. Cette perspective de la mort entre alors en contradiction avec l'expression de la pulsion de vie, d'où parfois une paralysie de la capacité à penser avec l'avancée en âge.

Pour la personne âgée, il s'agit ainsi de composer avec les renoncements, les deuils de capacités antérieures et de personnes de l'entourage, la perspective de sa propre mort ; tout en gardant l'énergie de vivre, d'investir le moment présent en tenant compte des exigences de la réalité : bien vieillir nécessite donc des possibilités de réaménagement du Moi efficaces. C'est pourquoi le vécu du vieillissement dépend « de la force de cohésion de la personnalité antérieure ».¹⁸

Le narcissisme du sujet âgé est souvent mis à mal par les pertes de capacités et le manque de reconnaissance par autrui. Cependant, l'énergie libidinale serait toujours présente, mais elle ne trouverait plus d'objet d'investissement (du fait des nombreuses pertes). Il en résulterait alors un retour de cette libido objectale sur le Moi. Paradoxalement, il est donc fréquent que « le repli narcissique, mobilisant massivement la libido sur le moi et

¹⁶ IVAN-REY M., MOLINIER P. et VIDAL J. 2008

¹⁷ WINNICOTT D. W., 2015

¹⁸ POTEL C., 2000, p.292

sur le corps, soit un procédé de dernier recours pour lutter contre une désintrinsication pulsionnelle qui donne libre accès à la pulsion de mort ».¹⁹

3. Sociologie du vieillissement

La période de vieillesse est aussi synonyme de bouleversements sur le plan social. En effet, « le sujet voit son statut modifié avec la retraite et l'éclatement de la cellule familiale »²⁰. Les nombreux termes pour désigner les individus vieillissants (vieux, seniors, personnes âgées...) reflètent la catégorisation, parfois stigmatisante, de ces populations et les stéréotypes qui y sont associés. Le sujet âgé doit donc affronter le regard de la société qui n'est plus le même que celui que leur conférait leur statut de travailleur par exemple, dans une société pour laquelle il est important d'être « utile ». La mise à la retraite peut être perçue par certains comme une « mort sociale »²¹. De plus, depuis les années 70, l'isolement, l'éloignement familial, l'entrée en institution des personnes âgées a suppléé à une prise en charge au quotidien par les descendants. Cela est dû notamment aux bouleversements sociétaux comme le travail des femmes ou l'éclatement géographique des familles, ainsi qu'à l'allongement de l'espérance de vie. Le changement de lieu de vie peut être vécu comme un traumatisme, car associé à un renoncement brutal à la vie d'avant, à l'autonomie et au cocon rassurant du domicile.

Le vieillissement est donc, dans tous ses aspects bio-psycho-sociaux, un processus normal auquel aucun individu n'échappe et qui peut être plus ou moins bien vécu. Mais cette période de vieillesse peut aussi être compliquée par l'apparition de maladies liées à l'âge : c'est le vieillissement pathologique. Nous étudierons ici le cas des démences.

¹⁹ CARON R., 2000, p.38

²⁰ POTEL C., 2000, p.290

²¹ CARON R., 2000, p.15

II. Les syndromes démentiels

1. Généralités

Mon lieu de stage étant une Unité Cognitivo-Comportementale intégrée dans un service de gériatrie, tous les patients présents souffrent de démence. Ce que l'on appelle communément « démence » correspond en fait plus précisément à un syndrome démentiel, c'est-à-dire un ensemble de symptômes liés à un vieillissement cognitif pathologique. La démence peut être définie par « la présence de troubles comportementaux et cognitifs, acquis, progressifs, et chroniques »²². Nous pouvons distinguer les démences organiques, pour lesquelles il y a une atteinte structurale du réseau neuronal, des démences psychiatriques consécutives à un trouble psychiatrique préexistant. Les tableaux cliniques de ces deux formes peuvent être très proches. Nous ne détaillerons pas ici les démences psychiatriques.

La démence organique est caractérisée par des déficits neuropsychologiques, dus à l'altération de fonctions corticales supérieures (mémoire, idéation, orientation, compréhension, calcul, capacité d'apprendre, langage et jugement, selon la CIM-10). La détérioration est lente, progressive et continue, aboutissant à une « incapacité cognitive »²³. Cela engendre un « abandon progressif des activités de la vie quotidienne (familiales, sociales, professionnelles), couplées à une perte d'autonomie »²⁴. L'état démentiel apparaît dans la maladie d'Alzheimer, les maladies vasculaires cérébrales et peut apparaître dans d'autres affections touchant le cerveau. Notons qu'en début de maladie, on n'observe pas nécessairement d'anomalies à l'imagerie ; avec le temps, l'atrophie des structures corticales est de plus en plus visible.

Le DSM V²⁵ qualifie les démences de « troubles neurocognitifs majeurs ». Quatre critères diagnostiques sont évoqués : le déclin cognitif, la perte d'autonomie dans la vie quotidienne ; les déficits cognitifs ne se produisant pas dans le cadre d'un délirium et n'étant pas non plus expliqués par un autre trouble mental.

²² ALBARET J.M., AUBERT E., 2001, p.115

²³ Ibid.

²⁴ Ibid., p.117

²⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015

Au niveau psychoaffectif, l'annonce du diagnostic est souvent accompagnée d'anxiété ou de dépression. Les symptômes psycho-comportementaux (détaillés plus loin) sont relativement fréquents, d'autant plus que la maladie est avancée.

En outre, selon J. Maisondieu²⁶ il serait possible d'envisager la démence d'un point de vue psychodynamique. La démence serait une réponse pathologique de la personne âgée à, d'une part, son angoisse de mort et à sa peur d'être rejetée par les autres, et d'autre part à l'image renvoyée par l'entourage d'un être vieillissant plus tout à fait semblable.

Je détaillerai ci-dessous deux types de maladies pouvant entraîner un syndrome démentiel : la maladie d'Alzheimer et la maladie à Corps de Lewy. Cependant, de nombreuses autres affections que je n'expliciterais pas ici entrent dans la catégorie des démences. Citons entre autres la Démence Fronto-Temporale, la démence associée à la maladie de Parkinson, les démences vasculaires, le syndrome de Korsakoff...

2. La maladie d'Alzheimer

La majorité des patients de mon lieu de stage sont atteints d'une démence de type Alzheimer. En effet, la maladie d'Alzheimer est la plus fréquente des maladies neurodégénératives (dites aussi maladies « neuro-cognitives »²⁷) évoluant vers la démence. Elle touche environ 10% de la population après 65 ans, et entre 25 et 40% à partir de 85 ans ; elle concerne deux fois plus de femmes que d'hommes. Une transmission génétique selon un mode autosomique dominant a pu être repérée dans moins de 10% des cas. Il s'agit alors souvent d'une maladie d'Alzheimer à début précoce. De manière générale, le risque de survenue de la maladie est multiplié par quatre s'il existe un antécédent familial.

Sur le plan anatomopathologique, la maladie d'Alzheimer est caractérisée par une atrophie corticale ainsi qu'une atrophie de la substance blanche sous-corticale. Cette atrophie prédomine d'abord dans le cortex limbique (hippocampe notamment), d'où une atteinte première de la mémorisation. Puis les déficits cognitifs apparaissent au fur-et-à-mesure que les lobes temporaux, pariétaux et occipitaux sont atteints (donnant la triade apraxie-aphasie-agnosie) ainsi que la région préfrontale (troubles exécutifs). Cela s'explique

²⁶ MAISONDIEU J., 2010

²⁷ J. BELMIN, MOOC *La maladie d'Alzheimer*, 2015

par un double processus neuro-pathologique : il y a une perte neuronale au niveau cortical à la fois par dépôt de plaques amyloïdes (ou plaques séniles) entre les neurones et par dégénérescence neurofibrillaire. La première est due au peptide bêta-A4 amyloïde, toxique pour les neurones, tandis que la deuxième est causée par l'envahissement de fibrilles de la protéine Tau. Le cheminement dans le cortex de ces protéines pathologiques est appelé « trans-conformation ». Les lésions consécutives entraînent une diminution de la production d'acétylcholine. Elles induisent aussi une activation des cellules gliales qui jouent un rôle dans la phagocytose, ce qui déclenche une réaction inflammatoire ayant des conséquences délétères sur le fonctionnement cérébral.

P. Charazac²⁸ indique que les symptômes de la maladie d'Alzheimer comprennent les symptômes cognitifs et les signes et symptômes comportementaux et psychologiques (développés plus loin). Au niveau cognitif, sont touchés progressivement : la mémoire épisodique (avec des difficultés à apprendre de nouvelles informations), le langage (avec des manques de mot puis une aphasie), les gestes (apraxies), les reconnaissances (agnosies), le jugement et le raisonnement.

Le diagnostic de la maladie est réalisé grâce à la passation de différents tests évaluant les capacités cognitives (le Mini Mental State Examination notamment) et les habiletés dans les activités de la vie quotidienne. Grâce aux techniques d'imagerie de type IRM (Imagerie par Résonance Magnétique), on peut repérer notamment l'atrophie hippocampe en comparaison à un patient normal, et éliminer d'autres causes de ces symptômes.

L'évolution de la maladie d'Alzheimer peut être décrite en cinq stades. La phase prodromale annonce l'entrée dans la maladie : « elle se caractérise par un déficit cognitif objectif avec plainte mnésique ou attentionnelle mais un état clinique dans les limites de la normale, sans retentissement fonctionnel dans la vie de tous les jours ».²⁹ Vient ensuite le stade de début, au cours duquel les proches repèrent les premiers symptômes (changements d'humeur et de caractère, difficultés de mémoire gênantes dans la vie quotidienne, difficultés de repérage dans l'espace). Le MMSE (Mini Mental State Examination) du patient est en général supérieur à 24/30. En stade modéré, celui-ci est compris entre 24 et 15/30, le sujet devient dépendant d'aides extérieures à cause de ses troubles aphaso-apraxo-gnosiques. Avec un MMSE inférieur à 15/30, la maladie évolue en

²⁸ CHARAZAC P., 2011

²⁹ Ibid., p.269

stade sévère, la communication verbale est très appauvrie et les manifestations comportementales prégnantes. En stade terminal, le MMSE du patient est inférieur à 3/30 et « des signes neurologiques apparaissent (crise comitiale, syndrome extrapyramidal entraînant des chutes, fausses routes à répétition) dont les conséquences sont à l'origine de l'entrée en fin de vie. »³⁰

Le traitement médicamenteux de la maladie d'Alzheimer est essentiellement composé d'anticholinesthésiques, ayant pour but d'inhiber l'enzyme de dégradation de l'acétylcholine. Les traitements non médicamenteux ont une place prépondérante dans la prise en charge de cette démence (orthophonie, psychomotricité, psychothérapie, ergothérapie...)³¹

3. La démence à corps de Lewy

La démence à corps de Lewy est la démence la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer. Je la détaille plus particulièrement ici car Mme C., cas clinique que je présenterai plus loin, en est atteinte. Elle est causée par des inclusions cytoplasmiques, les corps de Lewy, localisés de façon diffuse dans le cortex cérébral, le tronc cérébral et le système limbique ; les voies dopaminergiques sont toutes touchées. Ces mêmes corps de Lewy sont présents dans le locus Niger des patients parkinsoniens. Ces deux maladies sont donc apparentées, on peut retrouver par ailleurs un syndrome parkinsonien (lenteur, raideur, propension à la chute notamment) dans la démence à corps de Lewy. L'apparition dans la même année des troubles moteurs et cognitifs distingue une maladie à corps de Lewy d'une démence associée à une maladie de Parkinson.³²

Pour poser le diagnostic d'une démence à corps de Lewy, il faut que le patient présente au moins deux des trois signes suivants :

- une fluctuation marquée des symptômes relatifs à l'attention et à la vigilance
- des hallucinations visuelles
- des signes parkinsoniens

³⁰ Ibid., p.270

³¹ AOUN SEBAITI M., Cours de neuropsychologie sur la maladie d'Alzheimer, 2017

³² AOUN SEBAITI M., Cours de neuropsychologie sur la maladie de Parkinson, 2017

Ainsi, par exemple Mme C., dont je parlerai plus loin dans la partie clinique, ne présente pas de signes parkinsoniens visibles mais les deux autres signes sont bien présents.

Les premiers troubles à apparaître ne sont pas d'ordre mnésique mais plutôt attentionnels, cognitifs (liés au lobe frontal) et visuo-spatiaux. Enfin, les manifestations psychiatriques sont fréquentes, comprenant des hallucinations auditives et visuelles et une humeur dépressive. La fluctuation de ces symptômes est caractéristique de la démence à corps de Lewy.

En ce qui concerne les traitements, ils sont plutôt à visée symptomatique (traitement des hallucinations et de la dépression) que curatifs ; « en tenant compte du fait que les neuroleptiques et les benzodiazépines les aggravent »³³. La prise en charge non médicamenteuse rejoint celle de la maladie d'Alzheimer.

4. Les troubles psycho-comportementaux

Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD) peuvent être retrouvés dans des démences comme la maladie d'Alzheimer ou la démence à Corps de Lewy, d'autant plus que les troubles cognitifs sont avancés. Ces troubles concernent 80% des patients ; ils regroupent « les troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur ou du comportement. »³⁴ F. Lebert³⁵ propose une classification de ces troubles comme suit :

- Les idées délirantes (vol, infidélité du conjoint) et les troubles de l'identification de soi ou d'autrui ;
- Les hallucinations visuelles, auditives ou tactiles ;
- L'agitation verbale, vocale ou motrice, agressive ou non ;
- L'instabilité psychomotrice : déambulation, incapacité à rester assis ou allongé, imitation de l'aidant dans tous ses déplacements,
- Les compulsions (répétitions verbales, stéréotypies gestuelles) ;
- La désinhibition, l'impulsivité ;

³³ CHARAZAC P., 2011, p.273

³⁴ DUBOIS B., MICHON A., 2015

³⁵ LEBERT F., 1998

- L'apathie (réduction de l'initiation motrice et cognitive, et du ressenti affectif) ;
- L'hyperémotivité (forte tendance à pleurer, réactions de catastrophes) ;
- Les manifestations dépressives ;
- L'anxiété ;
- Les troubles du sommeil et du rythme circadien ;
- Les troubles des conduites alimentaires ;
- Les troubles des conduites sexuelles (réduction, indécence ou désinhibition).

L'apathie, citée précédemment, ainsi que la déambulation sont deux troubles du comportement quasiment opposés que l'on retrouve fréquemment, parfois en alternance chez un même patient. Symptôme relativement précoce, « l'apathie fait référence à une perte de motivation qui se manifeste par une diminution de l'initiative, un manque d'intérêt, de l'indifférence, un faible engagement social, et un émoussement émotionnel. »³⁶ Selon les auteurs, l'apathie pourrait être la conséquence directe de modifications neurologiques liées à la maladie ; ou bien une conséquence comportementale secondaire au déficit cognitif : le patient étant de moins en moins capable de réaliser les choses par lui-même, il cesse beaucoup d'activités et l'entourage favorise cette inactivité car il « a tendance à prendre le relais de façon excessive ».³⁷

La déambulation quant à elle, correspond à « un besoin répété, prolongé, parfois compulsif de marcher, avec ou sans but »³⁸. La déambulation devient de plus en plus fréquente à mesure que la maladie avance, notamment chez des patients institutionnalisés atteints de maladie d'Alzheimer. Cette déambulation épuise le sujet, et est source de risque de chutes, en plus du risque de se perdre. De même que pour l'apathie, il est difficile de connaître la cause de ce comportement. D'aucuns diront qu'il s'agit d'une activité occupationnelle pour le patient, d'autres qu'il s'agit d'un exutoire à l'angoisse. Il est fréquent que les personnes qui déambulent fassent le même parcours. Nous pouvons alors penser qu'il y a une forme de sécurité, de réassurance qui est recherchée en parcourant les mêmes espaces, en retrouvant les mêmes repères de façon cyclique.

³⁶ ADAM S., 2009

³⁷ Ibid.

³⁸ MARIANA C. & STRUBEL D., 2008

De manière plus générale, les causes exactes des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence sont floues. Le déterminisme de ces troubles est « multifactoriel et intègre des composantes neurobiologiques, somatiques, psychologiques et environnementales. »³⁹ Selon P. Thomas, ils pourraient être liés à « l'angoisse devant une réalité qui se dérobe, un environnement qui n'est plus maîtrisable »⁴⁰. Andreeva⁴¹ classifie les troubles du comportement selon qu'ils sont liés à l'environnement physique, à l'entourage qui n'est pas formé à la maladie, à des stimulations excessives ou insuffisantes, au facteur relationnel soignant / soigné.

Les difficultés de communication peuvent aussi expliquer ces symptômes psycho-comportementaux. En effet, pour les patients atteints de démence, la communication se fait « essentiellement sur un mode analogique (non verbal) car le mode digital (verbal) disparaît de façon progressive. »⁴²

Les conséquences des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence sont importantes autant pour l'entourage que pour le malade. Facteurs de stress pour l'aidant, ces symptômes peuvent entraîner une institutionnalisation prématurée.

Comme nous le verrons plus loin, nous pouvons faire l'hypothèse que ces symptômes psycho-comportementaux de la démence sont en lien avec une altération des enveloppes psychocorporelles. Nous allons donc étudier maintenant ce concept d'enveloppes.

III. Les enveloppes psychocorporelles

1. Du corps au psychisme

L'enveloppe psychocorporelle, comme son nom l'indique, est un concept à la frontière du psychisme et du soma, d'où l'intérêt que lui portent les psychomotriciens. Afin de comprendre ce concept d'enveloppe, il nous faut donc étudier en premier lieu comment le psychisme s'étaye sur le corps. Revenons aux origines : « à la naissance, le domaine moteur et le domaine psychique du bébé ne sont pas totalement définis. Le nourrisson est une

³⁹ DUBOIS B. & MICHON A., 2015

⁴⁰ THOMAS P., 2009

⁴¹ ANDREEVA V., 2011

⁴² Ibid.

entité globale, déjà complexe mais dont les fonctions motrices et psychiques demeurent indifférenciées. Il n'a pas encore conscience de son existence propre, distincte de celle de sa mère. Tout est amalgamé. C'est un état d'union propre aux débuts de la vie. »⁴³ D'après S. Robert-Ouvray, c'est grâce à la satisfaction des besoins de l'enfant par la mère et à l'interprétation de ses sensations qu'elle verbalise que le bébé peut « différencier ses sensations corporelles de ses activités mentales »⁴⁴. En effet, il y a une « articulation entre l'expérience sensorielle du corps et la construction de l'appareil psychique »⁴⁵. C'est ainsi que, petit à petit, le bébé peut sortir de cet « amalgame psychocorporel primaire »⁴⁶, qui constitue un « tronc commun » à tous les individus, pour différencier ses tensions corporelles, ses sensations, ses affects et ses représentations. Cependant, « tous les éléments du tronc commun sont encore présents et solidaires les uns des autres dans les structures différenciées de l'enfant comme celles de l'adulte »⁴⁷. Ainsi, les activités psychiques et corporelles, issues d'un même tronc, restent toujours liées et en interaction, malgré une certaine différenciation pour sortir de l'amalgame primaire, nécessaire à la construction du sujet pensant. Selon S. Robert-Ouvray, « pour maintenir cette intimité psychocorporelle si nécessaire à l'unité de la personne, un processus semble efficace, le processus d'étayage qui garantit les liaisons entre le corps et la psyché tout au long de la vie. »⁴⁸ Par étayage, il est entendu que tous les niveaux d'organisation (tonique, sensoriel, affectif et représentatif) « s'appuient les uns sur les autres, se développent, se transforment, se renforcent mutuellement. »⁴⁹ A toute stimulation, ces niveaux d'organisation répondent simultanément, s'étayant les uns sur les autres. Le corps est donc « à la fois le modèle pour l'appareil psychique et le substrat de base de cet appareil ».

Ceci s'applique notamment au concept d'enveloppes psychocorporelles, les enveloppes corporelles étant un modèle pour les enveloppes psychiques et permettant à celles-ci de se construire. D. Anzieu écrit ainsi, au début de son ouvrage *Les enveloppes psychiques*, que « nous sommes un corps, support de l'émergence primaire du psychisme »⁵⁰.

⁴³ ROBERT-OUVRAY S., 2007, p.15

⁴⁴ Ibid., p.18

⁴⁵ DORON J., in ANZIEU D., 2013, p.15

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ Ibid, p.21

⁴⁸ Ibid, p.27

⁴⁹ Ibid, p.28

⁵⁰ ANZIEU D., 2013

2. Genèse et définition du concept d'enveloppe

Le concept d'enveloppe est d'abord apparu au sein de la psychanalyse, avec D. Anzieu qui introduit le terme d'enveloppes psychiques dans *Le Moi-Peau*⁵¹. Cependant, on retrouve des prémisses de ce concept dès la création de la psychanalyse avec S. Freud. En effet, dans *Esquisse d'une psychologie scientifique*⁵², S. Freud décrit le Moi avec quelques propriétés dont s'inspirera D. Anzieu plus tard pour décrire les enveloppes psychiques. Le Moi est ainsi selon S. Freud une instance qui « entrave l'écoulement libre de l'énergie »⁵³ ; qui délimite le monde extérieur et le monde intérieur ; qui protège le psychisme d'un débordement traumatique ; et qui présente « une double sensibilité, l'une tournée vers le monde perceptif (extérieur), l'autre tournée vers le monde des souvenirs (intérieur) »⁵⁴. Dans cette continuité, P. Federn introduit la notion de « frontières du Moi »⁵⁵ ; et E. Bick évoque le concept de « peau psychique »⁵⁶, comme une frontière qui contient les parties du self. W. Bion, quant à lui, explore les fonctions de contenance, de liaison et de délimitation de l'objet externe au début de l'existence, décrivant le « rôle dynamique et organisateur du contenant »⁵⁷ et rejoignant ainsi la fonction de holding de la mère décrite par D. W. Winnicott⁵⁸, qui est à la fois un portage physique du bébé par sa mère, mais aussi un portage psychique : le psychisme de la mère sert de soutien à celui de son enfant, encore immature.

S'appuyant sur ces postulats, D. Anzieu élabore le concept de Moi-peau, qui est une « figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps ».⁵⁹ Le Moi (défini alors comme Moi-peau) a, selon D. Anzieu, une structure d'enveloppe.

Reprenant et enrichissant les travaux de D. Anzieu, D. Houzel définit les enveloppes psychiques comme « une structure délimitante et contenant [...] engendrée par les objets

⁵¹ ANZIEU D., 1995

⁵² FREUD S., 2011

⁵³ HOUZEL D., in ANZIEU, D., 2013, p.53

⁵⁴ Ibid., p.53-54

⁵⁵ FEDERN P., 1979

⁵⁶ BICK E., 2006

⁵⁷ HOUZEL D., in ANZIEU D., 2013, p.58

⁵⁸ WINNICOTT D. W., 1970

⁵⁹ ANZIEU D., 1995, p.61

mêmes qu'elle délimite et contient. »⁶⁰ Il s'agit d'une « zone de démarcation entre monde intérieur et monde extérieur »⁶¹.

Ainsi, les enveloppes psychiques s'étaient sur les enveloppes corporelles (enveloppe tactile notamment). Le terme d'enveloppe psychocorporelle semble donc approprié pour rendre compte de ce processus d'étayage et d'interaction entre enveloppes psychiques et corporelles, qui nous intéresse particulièrement en psychomotricité.

3. L'instauration des enveloppes psychocorporelles

a. L'enveloppe utérine

Pendant les neuf mois de grossesse, le bébé se développe au sein de l'utérus de la mère. Celui-ci offre alors un espace contenant ; la cavité utérine peut être considérée comme une première enveloppe pour le fœtus, établissant une limite entre le dedans et le dehors. Le placenta, intermédiaire entre cet intérieur et cet extérieur confère déjà à cette enveloppe une certaine perméabilité.

Dès la septième semaine, le fœtus est sensible à l'effleurement. A six mois, toute la surface du corps est équipée de récepteurs tactiles. Le bébé est « bercé contre la chaude paroi utérine »⁶² : une première enveloppe tactile est constituée. Le fœtus baigne aussi dans une enveloppe sonore in utero, puisqu'il perçoit déjà les sons, les bruits physiologiques de la mère comme les bruits externes.

Si le fœtus est déjà sensible aux stimulations sensorielles, son intégrité est en même temps préservée par le corps de la mère qui atténue ces stimulations irrecevables telles quelles par le bébé encore immature. Ainsi, la cavité utérine offre au fœtus une enveloppe de pare-excitation.

Au fil des mois, le fœtus fait de plus en plus sentir sa présence à ses parents, réagissant aux stimulations extérieures par de petits mouvements par exemple. A travers ce dialogue corporel prénatal, le bébé peut prendre une place grandissante dans l'imaginaire fantasmatique des parents, permettant un investissement psycho-affectif du futur nouveau-

⁶⁰ HOUZEL D., 2005, p.10

⁶¹ HOUZEL D., in ANZIEU, D., 2013, p.44

⁶² THOMAS N., cours de développement psychomoteur de l'enfant, 2015.

né et favorisant l'émergence d'une première enveloppe psychique. Ainsi, pour D. Anzieu, « l'utérus maternel fournit l'ébauche d'un contenant psychique ; il est vécu comme le sac qui maintient l'ensemble des fragments de conscience du début de la vie »⁶³

La naissance est une véritable rupture dans la constitution de ces enveloppes. Le nouveau-né perd l'enveloppe pare-excitante que constituait le berceau utérin, et est en proie directe à des stimulations qu'il n'est pas en mesure d'élaborer. L'enveloppe tactile omniprésente du liquide amniotique disparaît, ainsi que le milieu contenant qu'offrait la cavité utérine. L'enveloppe psychocorporelle du bébé est donc totalement à construire.

b. La peau

La peau a une importance capitale dans la construction de l'enveloppe psychocorporelle. Comme nous l'avons évoqué ci-dessus, D. Anzieu a d'ailleurs considéré le Moi comme un Moi-peau afin de développer son concept d'enveloppes psychiques. Le sens tactile est prédominant par rapport aux autres sens : la peau est l'organe sensoriel établi sur la plus grande surface du corps. Contrairement aux yeux, oreilles, nez et bouche qui sont localisés précisément sur le corps, la peau est étendue. Notons aussi que la peau dérive des mêmes cellules embryonnaires que le cerveau (l'ectoderme) et qu'elle est la fonction sensorielle la plus précoce. De manière générale, plus la mise en place d'un organe est précoce, plus son importance est grande : cela confirme bien la prépondérance de la peau. De plus, selon H. Wallon, la peau, siège de sensations proprioceptives, est un des organes régulateurs du tonus.⁶⁴

Cette peau qui enveloppe le corps, qui reçoit en permanence une quantité de stimulations et qui est le lieu privilégié d'expression des marques d'affection, joue donc un rôle capital dans l'instauration des enveloppes psychocorporelles. L'altération de la peau avec le vieillissement pourra donc entraîner d'une certaine manière une altération des enveloppes des personnes âgées.

⁶³ ANZIEU D., PROMMENEUR C., cité par BRUCHON M., 2004, p.13

⁶⁴ ANZIEU D., 1995

c. L'enveloppe tonique

Lorsque que le bébé naît, il est hypertonique en périphérie (membres) et hypotonique au centre (rachis). Cette répartition tonique innée lui confère sa première enveloppe tonique, visant « le maintien de la vie et la cohérence interne face aux stimulations »⁶⁵. La posture fondamentale pour le nouveau-né d'enroulement découle de cette organisation tonique, procurant à l'enfant « une première forme psychocorporelle dans l'espace, forme enveloppée d'une gaine tonico-émotionnelle réactive, vibrante, réceptrice et émettrice. »⁶⁶ Cette enveloppe tonique est dite « gaine tonico-émotionnelle », puisque le tonus du bébé (et toujours chez l'adulte plus tard) est le support des émotions : le plaisir se traduit dans un relâchement musculaire alors que le déplaisir est exprimé par la tension musculaire. Cette enveloppe tonico-émotionnelle est donc à la fois une enveloppe qui contient le bébé dans une cohérence psychocorporelle par l'enroulement et une enveloppe qui permet la communication entre le nourrisson et le monde extérieur.

d. Le rôle de la mère

Par mère, nous entendons ici le sens psychanalytique du terme, c'est-à-dire l'environnement maternant. C'est donc la mère qui est la principale source de stimulations sur cette peau si importante, notamment à l'occasion des soins. Il y a un « étayage d'une structure enveloppante, le Moi-peau, sur les soins maternels »⁶⁷. En effet, « à l'occasion de la tétée et des soins, le bébé [...] est tenu dans les bras, serré contre le corps de la mère dont il sent la chaleur, l'odeur et les mouvements, porté, manipulé, frotté, lavé, caressé, le tout généralement accompagné d'un bain de paroles et de fredonnements. [...] Ces activités conduisent progressivement l'enfant à différencier une surface comportant une face interne et une face externe, c'est-à-dire permettant la distinction du dehors et du dedans, et un volume ambiant dans lequel il se sent baigné, surface et volume qui lui apportent l'expérience d'un contenant »⁶⁸. La mère par ses soins permet au bébé de prendre conscience de ses limites corporelles sur lesquelles vont s'étayer ses limites psychiques,

⁶⁵ <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/les-transformations-fantasmees-de-lenveloppe-tonique-primitive/>

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ HOUZEL D., 2005, p.99

⁶⁸ ANZIEU D., 1995, p.57-58

constituant ainsi les enveloppes psychocorporelles du nouveau-né. Nous verrons plus loin que le psychomotricien prend parfois part à ce rôle de maternage avec des sujets âgés dont l'enveloppe est défaillante.

e. Étapes de la construction du Moi-enveloppe

D. Anzieu, dans *Le Moi-peau*⁶⁹ synthétise la psychogénèse de l'enveloppe psychique mature en décrivant sept paliers dans sa constitution.

La première étape évoquée est l'enveloppe utérine, que nous avons déjà détaillée plus haut. S'en suit l'enveloppe maternante, qui correspond à ce que nous avons étudié dans le rôle de la mère dans les soins : « les soins donnés au tout-petit par la mère et l'entourage constituent une « enveloppe » de sensations et de gestes, plus active, plus unifiante que l'enveloppe utérine. »⁷⁰ Puis l'enveloppe habitat, décrite initialement par D. Houzel, correspond à l'unité du psychisme résidant dans le corps, ceux-ci étant intégrés et différenciés. Ensuite l'enveloppe narcissique « accompagne la distinction des parties miennes et non miennes »⁷¹, c'est-à-dire la constitution du Soi. L'enveloppe individualisante imaginaire construit après cela le sentiment d'individualité : le Moi au sein du Soi, grâce à ce qui est renvoyé en écho à l'enfant par la mère. Avec l'expérience de l'aire transitionnelle l'enfant se constitue une enveloppe transitionnelle, assurant « à la fois la séparation et l'union de la peau de la mère et de la peau de l'enfant. »⁷² Par aire transitionnelle, nous entendons ici le concept de D. W. Winnicott⁷³, selon lequel il existe un espace entre la réalité interne et la réalité externe, entre le dedans et le dehors, espace qui permet la représentation et la symbolisation et donc un premier mouvement de séparation de l'enfant avec sa mère. Enfin, dernière étape de la construction du Moi-enveloppe, l'enveloppe tutélaire est introjection d'une personne au sein de l'appareil psychique, permettant la continuité de soi (capacité à être seul de D. W. Winnicott).

⁶⁹ ANZIEU D. 1995

⁷⁰ Ibid., p.272

⁷¹ Ibid.

⁷² ANZIEU D., 1995, p.273

⁷³ WINNICOTT D. W., 2002

4. Propriétés et caractéristiques des enveloppes psychiques

Lorsque l'enveloppe est correctement constituée, elle est dotée de caractéristiques spécifiques lui permettant de remplir ses fonctions.

Pour D. Anzieu⁷⁴, l'enveloppe psychique possède deux couches aux structures et fonctions différentes. La couche externe, en périphérie, est tournée vers le monde extérieur et joue un rôle de pare-excitation pour le psychisme. La couche interne est plus souple, plus sensible et remplit une fonction de réception et d'inscription des traces des signaux. L'écart entre ces deux feuillets permet au Moi d'exister, d'être en capacité de se replier sur soi-même.

D. Houzel⁷⁵, enrichissant le concept du Moi-Peau de D. Anzieu, décrit une enveloppe psychique en trois feuillets. La pellicule est « l'effet de tension superficielle de la dynamique pulsionnelle elle-même »⁷⁶, et n'est donc pas stable par elle-même. C'est le deuxième feuillet, la membrane, qui confère une certaine stabilité à l'enveloppe en la lestant de représentations de ces pulsions ; la membrane inscrit sur la pellicule les traces de la rencontre avec l'objet des pulsions. Enfin, l'enveloppe habitat, que nous avons évoquée plus haut comme une étape dans la construction de l'enveloppe, est décrite initialement par D. Houzel comme le troisième feuillet de l'enveloppe psychique. Il s'agit pour lui de « la trace de l'environnement concret dans lequel le sujet s'est développé et dans lequel il vit »⁷⁷, cadre spatio-temporel de la vie de l'individu.

Quatre propriétés de l'enveloppe psychique sont décrites par D. Houzel⁷⁸ : l'orientabilité, la connexité, la compacité et l'élasticité. L'enveloppe est orientée car sa face interne est différente de sa face externe. Par connexité il est entendu que l'enveloppe est totalement continue, elle ne présente pas d'interruption ; elle est constituée d'un nombre fini d'éléments, d'où sa compacité. Enfin, l'enveloppe psychique est déformable mais garde toujours sa consistance : elle est élastique.

Pour A. Bullinger l'enveloppe corporelle comprend deux faces : une face interne et une face externe. La face interne est constituée par les variations toniques de l'individu, notamment lors de la réalisation d'un geste. Cette face interne se constitue en premier,

⁷⁴ ANZIEU D., 1995

⁷⁵ HOUZEL D., 2005

⁷⁶ Ibid., p.24

⁷⁷ Ibid., p.34

⁷⁸ HOUZEL D., 2005

donnant « une première "consistance" relative à l'image corporelle »⁷⁹. Mais sans face externe, cette consistance est dépendante de la mise en mouvement : « si ces variations cessent, la "consistance" disparaît ».⁸⁰ La face externe, surface d'inscription, est constituée par le dialogue avec l'environnement : « Le milieu humain donne sens à ces états tonico-émotionnels : c'est ce qui va constituer la face externe de l'enveloppe corporelle. La "consistance" créée par la variation tonique trouve alors ses frontières et peut "tenir" en dehors de la variation tonique elle-même ».⁸¹ Ainsi, la face interne de l'enveloppe assure l'appui tonique pour que l'inscription puisse se faire sur la face externe.

Toutes ces caractéristiques de l'enveloppe sont mises à mal par des atteintes psychocorporelles, et notamment celles liées au vieillissement.

5. Fonctions du Moi-peau

D. Anzieu⁸² fait l'analogie entre les fonctions de la peau et les fonctions de l'enveloppe psychique (le Moi-peau). Il décrit par ce biais huit fonctions du Moi-peau.

1- Comme la peau permet le soutènement du squelette, le Moi-peau effectue la maintenance du psychisme. C'est l'intériorisation du holding de D. W. Winnicott⁸³, de l'appui, de l'arrière fond physique et psychique.

2- De même que la peau recouvre toute la surface du corps, le Moi-peau assure une fonction contenante, grâce au handling maternel décrit par D. W. Winnicott.

3- Tout comme la peau protège l'organisme contre les agressions physiques, les radiations et l'excès de stimulation, le Moi-peau a une fonction de pare-excitation.

4- La fonction d'individuation du Moi-peau (sentiment d'être unique) est à relier aux différences de peaux : grain, couleur, texture varient d'un individu à l'autre.

5- Dans les cavités, poches de la peau sont logés les organes sensoriels autres que ceux du toucher. Parallèlement, le Moi-peau remplit une fonction d'intersensorialité : il est « une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures »⁸⁴.

⁷⁹ BULLINGER A., 2004, p.32

⁸⁰ Ibid.

⁸¹ Ibid., p.36

⁸² ANZIEU D., 1995

⁸³ WINNICOTT D. W., 1970

⁸⁴ ANZIEU D., 1995, p.127

6- Il y a un investissement libidinal de la peau par la mère, le nourrissage et les soins s'accompagnent d'un contact peau-à-peau agréable. Cela permet au Moi-peau de devenir une surface de soutien de l'excitation sexuelle.

7- La peau est une « surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations externes »⁸⁵. La fonction du Moi-peau qui y répond est celle de recharge libidinale du fonctionnement psychique : il s'agit de maintenir la tension énergétique interne.

8- Enfin, à l'instar de la peau qui fournit des informations sur le monde extérieur grâce aux récepteurs tactiles, le Moi-peau présente une fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles.

6. Enveloppe groupale

En participant toutes les semaines sur mon lieu de stage à un groupe de psychomotricité appelé « Mémoire et mouvement », il m'est apparu comme une évidence que le concept d'enveloppe ne pouvait se limiter à l'enveloppe individuelle. Ainsi D. Anzieu⁸⁶ écrit qu'« il y a nécessité pour l'appareil psychique, qu'il soit individuel ou groupal, de se constituer une enveloppe qui le contienne, qui le délimite, qui le protège et qui permette des échanges avec l'extérieur – ce que j'ai appelé un moi-peau ». D. Anzieu fait donc ici le parallèle entre les fonctions du moi-peau que j'ai détaillées précédemment et l'enveloppe groupale. Pour structurer entre elles les diversités individuelles, il est nécessaire au groupe de se construire une enveloppe, qui devient le substrat même de son identité. Cette enveloppe assure au groupe « son unité, sa continuité, son intégrité, sa différenciation périphérique de l'interne et de l'externe »⁸⁷.

C'est la constitution de l'enveloppe groupale qui permet de faire exister un espace à l'intérieur du groupe, ce qui le distingue d'un simple agrégat d'individus. Selon R. Kaës⁸⁸ « le concept d'enveloppe groupale qualifie la fonction de contenance, de filtre et de pare-excitation que les dispositifs de groupe doivent mettre en place pour assurer leur espace

⁸⁵ Ibid., p. 128

⁸⁶ ANZIEU D., 1999, p.219

⁸⁷ ANZIEU D., 1999, p.221

⁸⁸ KAES R., 1999, p. 51

propre ». De plus, par intériorisation de l'enveloppe groupale, la constitution des enveloppes individuelles est possible dans un second temps.

Le cadre du groupe (cadre spatio-temporel, participants et encadrants, médiations, règles de fonctionnement...) concourt à l'instauration de l'enveloppe groupale, notamment par ses quatre fonctions définies par R. Kaës⁸⁹ :

- fonction de contenance des objets internes et des processus psychiques en jeu ;
- fonction de limitation entre le Moi et le non-Moi ;
- fonction de symbolisation en étant un lieu d'expression pour les membres du groupe ;
- fonction transitionnelle : le cadre offre aux participants une aire transitionnelle (au sens où l'entend D. W. Winnicott).

⁸⁹ KAES R., 1994

PARTIE CLINIQUE

I. Le lieu de stage

1. L'UCC

La question des enveloppes psychocorporelles chez les personnes âgées souffrant de démence m'a interpellée suite à mes observations sur un de mes deux lieux de stage de troisième année. C'est pourquoi il me semble important de décrire plus précisément le contexte de ces observations. Il s'agit d'une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) au sein du service de gériatrie d'un hôpital public, où j'étais présente tous les vendredis. Cette unité accueille des personnes âgées de plus de 75 ans présentant des troubles psycho-comportementaux liés à une pathologie démentielle. Le personnel soignant est formé aux spécificités de la prise en charge de ces patients, l'architecture du bâtiment est adaptée (espace de déambulation circulaire). L'équipe comprend un médecin, un cadre infirmier, des infirmières et aides-soignants, une psychologue, une ergothérapeute, une orthophoniste, une diététicienne et une psychomotricienne (ma maitre de stage). L'accent est mis sur la prise en charge non médicamenteuse des patients. Tous les matins, un groupe thérapeutique leur est proposé. Le séjour des patients est temporaire, dans l'attente d'un retour à domicile aménagé ou bien d'une institutionnalisation au long cours.

2. La place de la psychomotricité

La psychomotricienne exerce principalement auprès des patients de l'UCC, mais elle a aussi quelques prises en charge ponctuelles du côté du SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) au même étage. Elle organise en co-thérapie avec la psychologue ou l'ergothérapeute quelques groupes le matin. Le reste de la journée est occupé entre prises en charges individuelles (prescrites par le médecin, sur les éventuels conseils des équipes ou de la psychomotricienne elle-même), réunions d'équipes et temps de rédaction. Les séances peuvent avoir lieu en chambre, en salle d'activité au sein de l'unité ou dans une des salles de psychomotricité de l'hôpital à l'extérieur de l'unité.

Une grande salle de psychomotricité permet d'accueillir des séances de groupe. Dans cette salle, un grand panel de matériel est visible et immédiatement à disposition (ballons,

cerceaux, blocs en mousse, toile parachute, quilles, palets, barres parallèles, instruments de musique...), ce qui permet au thérapeute d'adapter ses propositions en fonctions des réactions des patients. Une baie vitrée donne sur un parcours de marche en extérieur, rendant cette salle lumineuse et plutôt agréable.

L'autre salle dans laquelle nous sommes le plus fréquemment est le box multisensoriel, qui est particulièrement adapté pour les séances de relaxation. On y trouve ainsi un plan bobath, des coussins et blocs en mousse pour aménager la position du patient. Il y a la possibilité de diffuser de la musique et des odeurs. Un disque à huile permet de faire des projections murales et des draps servent aux enveloppements secs. Du matériel sensoriel comme des sacs lestés et des balles variées est aussi à disposition. L'ambiance lumineuse est propice à la détente grâce à une fenêtre au vitrage semi-occulté et à la présence d'une veilleuse.

Au sein de l'UCC, il n'y a pas de séances de bilan psychomoteur à proprement parler, mais lors de leur première participation aux groupes la psychomotricienne observe les compétences du patient dans les différents domaines psychomoteurs. Les prises en charge individuelles ont lieu plusieurs fois par semaine pour un même patient.

3. Ma journée de stage

Tous les vendredis, mon jour de présence dans l'unité, a lieu le matin le groupe « Mémoire et mouvement », animé par la psychomotricienne en co-thérapie avec l'ergothérapeute. Il s'en suit des prises en charge individuelles, de patients de l'UCC principalement, mais aussi quelques-uns de SSR. En tant que stagiaire, j'assiste à toutes les séances. Avec la psychomotricienne, nous menons alternativement l'une ou l'autre les activités de la séance de groupe ; je participe aussi dans la réalisation des prises en charges individuelles. Cependant, le fait que les séances aient lieu plusieurs fois par semaine, alors que je ne suis à l'unité qu'un seul jour, fait que naturellement ma maître de stage aura toujours un lien privilégié avec les patients dans la conduite de la séance. Ainsi, nous n'avons pas la même distance avec les patients et n'étayons donc pas de la même manière leur enveloppe.

Cela m'a permis d'avoir une grande part d'observation active pendant les séances, tout en restant en interaction avec le patient. Mes observations me permirent d'avoir de riches échanges avec ma maitre de stage après les prises en charge ; nous rédigeons ensemble les comptes-rendus des séances.

II. Mme C.

1. Anamnèse

Mme C. est une dame de 78 ans, mariée et ayant deux fils. Née de parents agriculteurs, elle travailla très tôt et était sténographe de formation. C'est une dame qui a toujours été très coquette ; elle cousait elle-même ses habits et prêtait régulièrement main-forte à sa belle-sœur qui tenait une boutique de prêt-à-porter. Très investie auprès de ses enfants, Mme C. gérait toutes les tâches ménagères. Par le passé, Mme C. a pu présenter des troubles d'ordre névrotique, notamment dans un contexte difficile avec ses parents (faillite de l'exploitation familiale). D'un point de vue somatique, Mme C. est atteinte de coxarthrose au niveau du membre inférieur gauche et possède une prothèse totale de hanche à droite.

Les troubles cognitifs (désorientation temporo-spatiale et troubles mnésiques) sont apparus de façon notoire un an avant que je ne la rencontre, Mme C. obtient alors un score de 21/30 au MMSE. En janvier 2017 apparait un syndrome anxieux-dépressif accompagné d'une agitation anxieuse et délirante. Mme C. a été hospitalisée une première fois à l'UCC au printemps 2017 à cause de ces troubles, dans un contexte de deuils dans son entourage et d'une prise de conscience de ses troubles cognitifs. Durant cette hospitalisation, les traitements de Mme C. ont été ajustés. Devant sa mauvaise tolérance aux anti-dépresseurs, la prescription d'un thymo-régulateur est instaurée, répondant à l'idée de la présence d'un état mixte chez cette patiente. Dès cette première période d'hospitalisation, on note une agitation de Mme C. lors de la séparation avec son mari, venant la visiter quasi-quotidiennement. A la fin du mois de juin 2017, Mme C. entre en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Elle sera à nouveau adressée peu de temps après (fin août) en Unité de Gériatrie Aigue puis rapidement transférée en UCC pour une réévaluation des traitements. En effet, l'EHPAD est démuni face au comportement hétéro-agressif (envers les autres patients) de Mme C. Le diagnostic d'une Démence à Corps

de Lewy est alors posé ; avec une fluctuation des troubles (Mme C. peut traverser des moments où la démence se fait moins prégnante et où ses capacités intellectuelles et mnésiques sont meilleures), la présence d'hallucinations visuelles, des troubles de la personnalité et une agitation anxieuse (dans le cadre de troubles anxieux et dépressifs mixtes).

Je rencontre ainsi Mme C. mi-septembre, quelques temps après son arrivée pour une deuxième hospitalisation. Elle quittera l'unité pour une UHR (Unité d'Hébergement renforcée) au milieu de mon stage, en janvier.

2. Ma première rencontre avec Mme C.

Lors de mon premier jour de stage, la dernière prise en charge de la journée est avec Mme C. La séance a pour but d'apaiser l'angoisse liée à la séparation avec son mari. Celui-ci nous attend donc pour pouvoir quitter sa femme. Nous descendons tous ensemble, M. C. vers la sortie ; la psychomotricienne, Mme C. et moi-même vers le box multisensoriel afin de faire une séance de relaxation. Au moment du départ de M. C, Madame ne parait pas bien intégrer son départ, et lui ne semble pas désirer s'attarder dans cette séparation. Très rapidement après, Mme C. semble ne pas comprendre la situation (l'absence soudaine de son mari) et s'agite. Cherchant visiblement à rejoindre la sortie, Mme C. essaie d'escalader les fenêtres, enlève ses chaussures, semble se désorganiser. La psychomotricienne, en voulant la retenir, devient un obstacle pour la patiente qui se montre alors agressive, et violente physiquement ma maitre de stage en la griffant au visage et en la frappant. Pendant que la psychomotricienne essaie de prendre son téléphone pour appeler de l'aide, je tente d'apaiser Mme C., qui ne semble pas remarquer le changement d'interlocuteur. Finalement intervient une collègue diététicienne qui était extérieure à la scène, et qui propose à Mme C. de l'aider à remettre ses chaussures. Cette intervention d'une personne plus éloignée du conflit semble très bénéfique pour Mme C., qui accepte de remonter à l'étage avec la diététicienne. Une fois revenues dans l'unité et Mme C. plus calme, nous tentons de verbaliser ce qu'il vient de se passer, notamment en reconnaissant et en validant les affects d'angoisse de Mme C. liés à la séparation avec son mari ; mais en réaffirmant l'impossibilité de recourir à la violence pour gérer ces émotions. A ce moment-là, la patiente s'effondre en larmes et se plaint qu'on ne la laisse pas vivre sa vie comme elle l'entend, et qualifie sa vie

de « pourrie ». A travers un discours plus ou moins cohérent elle nous dit ne plus réussir « à apprendre », et avoir l'air « encore plus bête et dingue ». Finalement, après cela Mme C. s'apaise, et semble épuisée de la verbalisation qu'elle a fait de son ressenti. C'est ainsi que nous quitterons Mme C. Malgré le fait que je ne sois pas beaucoup intervenue pendant cet épisode, je me sens épuisée par tout ce que nous venons de vivre et toutes les émotions que nous a exprimées Mme C. J'ai été marquée par le passage presque soudain d'une grande agressivité à un désespoir désarçonnant. C'est, entre autres, suite à cet épisode que j'ai décidé de m'intéresser aux enveloppes de ces patients, et de choisir Mme C. comme cas d'étude pour ce mémoire.

3. Observation psychomotrice

Un bilan standardisé n'a pas été réalisé pour Mme C., mais comme tous les patients arrivés à l'UCC, une observation de la patiente a été réalisée notamment lors de sa première participation au groupe « Mémoire et mouvement », avant mon arrivée. Pour ma part, j'ai pu observer l'organisation psychomotrice de Mme C. au détour des différentes séances (individuelles et groupales), et pendant des temps informels dans l'unité. Au fur et à mesure de son hospitalisation, son état général s'est dégradé, ses compétences psychomotrices ont donc aussi évolué.

Mme C. est une dame plutôt grande et mince, qui cherche à prendre soin de son apparence, même si cela devenait plus compliqué et désorganisé avec l'avancée de la maladie.

Au niveau de la motricité globale, les troubles moteurs liés à la démence à Corps de Lewy sont peu visibles. La marche de Mme C. est de relativement bonne qualité, même si la hauteur du pas est diminuée, comme nous pouvons l'observer lors de ses nombreuses déambulations. Des hallucinations visuelles entraînent parfois des troubles de l'équilibre. Ainsi, Mme C. a pu avoir l'impression qu'il y avait de l'eau dans le couloir, ce qui nuit légèrement à sa motricité. Les enjambements d'obstacles sont possibles en termes de compétences motrices, mais rendus difficiles par le manque d'attention et la mauvaise intégration des stimuli visuels. En ce qui concerne la motricité fine, Mme C. conserve un bon déliement digital (elle peut boutonner et déboutonner ses vêtements, tenir une cuillère...). Les coordinations oculo-manuelles sont compliquées par des stratégies de recherche

oculaire inefficaces, il lui est difficile de fixer une cible du regard. Les praxies se dégraderont notablement au cours de son séjour à l'UCC, avec une impossibilité d'engrammer un nouveau geste probablement dûe aux difficultés de compréhension des consignes, à une perte de repères corporels et spatio-temporels (séquençage du geste dans le temps et dans l'espace difficile). Un défaut d'initiation du mouvement est présent chez Mme C., ainsi que des persévérations motrices fréquentes, liées à un défaut d'inhibition. Mme C. est droitrière, l'écriture est légèrement tremblante et elle n'est plus capable de transcrire des lettres significatives, de par ses troubles cognitifs.

D'un point de vue tonique, Mme C. présente une hypertonie de fond assez importante avec la présence fréquente de paratonies. La chaîne musculaire postéro-médiane est souvent en extension, ayant pour conséquence une légère antéprojection du buste. Avec l'avancée dans la maladie, on note également un défaut de régulation tonique dans le mouvement, avec un manque de force musculaire couplé à une crispation du geste.

Le schéma corporel de Mme C. semble altéré par ses troubles cognitifs, il lui est difficile d'imiter une posture ou un geste. Les somatognosies les plus simples sont conservées (main, tête, pied...). Notamment en début d'hospitalisation, dans les moments où, par fluctuation des troubles, Mme C. prenait conscience de ses difficultés, elle avait une image plutôt dévalorisée de son corps, se dénigrant facilement.

La désorientation temporo-spatiale est prégnante chez Mme C. Il lui est quasiment impossible de se repérer dans les différents moments de la journée, ni dans la semaine. Il lui est très difficile d'intégrer que son mari vient la voir tous les jours environ aux mêmes heures. De même, le repérage dans l'espace est très altéré. Mme C. ne se souvient pas toujours qu'elle est à l'hôpital, et ne se repère pas dans l'unité (ne sait pas où est sa chambre ni la salle à manger). Lorsque nous descendons en salle de psychomotricité, Mme C. est incapable de prendre seule la bonne direction. En début d'hospitalisation, elle est encore capable de comprendre des notions spatiales simples (à droite, à gauche, au-dessus...), ce qui deviendra très compliqué par la suite.

La compréhension de consignes simples sera possible en début de séjour mais deviendra plus tard extrêmement compliquée ; Mme C. ne semble plus avoir les capacités de comprendre les enjeux d'une situation ni le contexte dans lequel elle évolue. La rétention des consignes est d'emblée inefficace. Hormis dans quelques moments où les troubles cognitifs semblent être minorés, Mme C. est dans l'impossibilité de suivre une conversation

et d'y participer de manière cohérente. Elle utilise beaucoup de paraphrasies, et a régulièrement recours à un mot pour un autre. En outre, l'attention focale est déficitaire. Enfin, la régulation tonico-émotionnelle est compliquée, avec des accès d'agressivité, d'agitation ou d'apathie fluctuants. Mme C. évoque souvent de grandes préoccupations anxieuses en lien avec sa famille.

4. Projet thérapeutique de Mme C.

Comme pour tous les patients hospitalisés à l'UCC, la psychomotricité est automatiquement prescrite pour Mme C. à son arrivée. Elle participera régulièrement au groupe « Mémoire et Mouvement » dont nous développerons plus loin les objectifs. Suite à la constatation en réunion d'équipe que la séparation avec son mari tous les jours en fin de journée est extrêmement compliquée à gérer, il est institué des séances de psychomotricité à la suite du départ de M. C., ayant pour but d'aider sa femme à gérer l'angoisse et l'anxiété qui en résultent et donc de minimiser ses troubles du comportement et sa souffrance. Ces séances seront donc plutôt des séances de relaxation quand elles seront possibles du fait de l'état de la patiente. Se déroulant dans un box multisensoriel hors de l'unité, cette séance permet aussi à Mme C. de sortir du cadre de l'unité parfois générateur d'angoisse à cause de la proximité des patients entre eux. L'approche de la relaxation sera faite par du toucher thérapeutique et des enveloppements secs. La durée des séances sera variable en fonction de la disponibilité de la patiente, de son plus ou moins grand besoin de réassurance et d'étayage. Les séances auront lieu en moyenne 3 fois par semaine.

5. Evolution des séances

La prise en charge de Mme C. a été assez particulière, puisque très vite la psychomotricienne et moi avons été confrontées à nos propres limites, à notre incapacité à réaliser une séance de psychomotricité plutôt « traditionnelle ». C'est aussi en cela que Mme C. m'a beaucoup marquée pendant mon stage.

Après la première séance que j'ai décrite plus haut, la psychomotricienne portera une grande attention à la verbalisation de la séparation au moment où elle a lieu, afin de

favoriser la prise de conscience du départ de son mari pour Mme C. Quelques séances d'enveloppements secs et de toucher thérapeutique seront possibles suite à cela, qui se révéleront bénéfiques pour Mme C. Lors de ces séances, il semble que la contenance du toucher lui permet de reconstituer une enveloppe psychocorporelle sécurisante et unifiée. Les manifestations anxieuses et agressives s'estompent, le tonus est abaissé et la respiration est calme. Mme C. peut remonter ensuite au sein de l'unité en étant moins désorganisée psychiquement et physiquement.

Cependant, vers la fin du mois de septembre, on retrouvera cette difficulté à réaliser le moment de séparation qui engendre de la confusion et de l'angoisse, notamment lors d'une séance où nous avons rejoint Mme C. dans le jardin. Elle y était en compagnie d'autres patients, de soignants, de son mari et de son fils. Dans ce contexte différent, la séparation n'est pas aussi repérable qu'à d'autres moments, et Mme C. va à nouveau alterner entre des phases d'agitation, de colère et des moments de désespoir. A certains moments Mme C. me surprend par sa lucidité sur sa situation, nous interpellant par exemple en nous demandant « Comment vous sentiriez-vous à ma place ? ». Lors de cette séance, la relaxation n'est pas possible, Mme C. est dans le refus de s'allonger et de se détendre. Elle me confond avec un de ses fils (ce qu'elle fera souvent lors des séances suivantes), et après que j'ai rectifié, elle me prend pour quelqu'un qui pourrait joindre son fils par téléphone. Ces fausses reconnaissances liées à des personnes ayant une influence positive sur Mme C. me permettent de l'apaiser (bien que je lui rappelle régulièrement qui je suis). Nous constatons que Mme C. investit beaucoup sa famille, investissement qui semblait être prépondérant déjà par le passé par ailleurs. Le milieu familial semble donc faire enveloppe de manière très présente pour la patiente. Finalement, devant la désorientation de Mme C., la psychomotricienne lui écrit les dates et heures des prochaines venues de son mari et de ses enfants. Cela rassure Mme C. d'avoir ce papier en main. Nous la raccompagnons jusqu'à sa chambre, et inscrivons les mêmes informations sur le tableau afin que Mme C. puisse se raccrocher à ce support visuel en cas d'angoisse. Dans sa chambre, elle nous fera part de son sentiment d'être contrainte à subir un mode de vie qu'elle n'a pas choisi, et d'être trahie et piégée par son entourage.

A partir de ce moment-là, les séances de relaxation seront de plus en plus difficiles à mettre en place, Mme C. refusant souvent de nous suivre jusqu'à la salle de psychomotricité. Il s'agira alors, par notre simple présence auprès d'elle de contenir ses angoisses et

verbaliser ses émotions. Ces séances dites d'« étayage relationnel » permettent de minimiser l'agitation et la désorganisation motrice de Mme C en la réorientant, la rassurant sur ses préoccupations anxieuses à propos de sa famille, en s'asseyant auprès d'elle...

Début novembre, Mme C. exprime clairement après la séparation avec son mari ne pas vouloir de prise en charge. La séparation se passant mieux, il est décidé que nous arrêtons temporairement la prise en charge. La psychomotricienne guide seulement la patiente vers une activité en cours dans l'unité après le départ de son mari, afin de faire une transition sans angoisse.

A la fin du mois de novembre, la séparation est à nouveau difficilement vécue par Mme C. Nous reprenons donc la prise en charge, avec l'idée de faire une séance de relaxation en chambre, puisqu'il nous est difficile de l'amener dans le box multisensoriel. Ces séances seront possibles seulement quelques jours. En effet, rapidement Mme C. est trop désorganisée pour que nous puissions réellement faire des séances de relaxation. Mme C. peut par exemple être dans une désorganisation motrice importante (tente de se déshabiller fréquemment...) tout en étant déprimée, fatiguée après la visite de son mari. Régulièrement, elle se plaint d'avoir froid et demande à mettre des vêtements supplémentaires. Il y aura aussi quelques séances où nous lui passerons de la crème sur les mains et les jambes, cela nous permettra de passer par le toucher pour apaiser son anxiété, tout en lui permettant d'avoir la peau moins sèche (ce qui dérange Mme C.).

Début décembre, plusieurs fois Mme C. a été d'une grande tristesse après le départ de son mari, mais sans désorganisation. Dans ces cas-là, à plusieurs reprises elle a refusé la prise en charge en psychomotricité.

6. Fin de la prise en charge

Au début du mois de janvier, à notre retour de vacances, nous ferons une séance avec Mme C. qui sera en fait la dernière pour moi, sans que je ne le sache. En effet, une place s'étant libérée en UHR, la sortie de Mme C. de l'UCC s'est faite très rapidement. Lors de cette dernière séance, la relaxation n'est pas possible. Mme C. a d'abord du mal à réaliser le départ de son mari et de son fils après leur visite et s'agite. Puis brutalement, semblant comprendre cette réalité, elle devient apathique, son regard se perd dans le vague. Mme C. va alors se plaindre de douleurs aux ongles, et gardera les poings fermés sur tout le trajet

vers la salle à manger. Pendant ce même trajet, nous tenterons de mettre des mots sur ce qu'elle semble vivre et elle rejoindra assez calme les autres patients de l'unité. J'apprendrai le vendredi suivant le départ de Mme C. Je me surprends à être quelque peu désemparée par ce départ brusque, Mme C. étant la seule patiente que j'avais suivie régulièrement depuis le début de mon stage. Sa propre problématique de séparation, sa difficulté à réaliser le départ de son entourage, a trouvé un certain écho en moi dans l'interruption brusque de nos rencontres...

III. Mme H.

1. Anamnèse

Mme H. est une dame âgée de 91 ans, arrivée dans l'UCC le 9 janvier 2018. Restauratrice retraitée, Mme H. vivait seule chez elle ; une infirmière et une aide-ménagère passaient régulièrement. En ce qui concerne ses antécédents médicaux, Mme H. est atteinte de presbycousie et n'est pas appareillée, ainsi que d'une cataracte non opérée. Antérieurement, elle a été suivie en psychothérapie et par un psychiatre pour un syndrome anxiodépressif, et a bénéficié d'un traitement médicamenteux neuroleptique. Après le décès de sa fille des suites d'un cancer, son état thymique s'est dégradé et s'est accompagné d'éléments de persécution et d'hallucinations auditives. Une mise sous tutelle a donc été effectuée pour Mme H. Des troubles qui semblent être de type Maladie d'Alzheimer ont été repérés en 2016 (troubles cognitifs accompagnés d'un syndrome dysexécutif) se traduisant par un MMSE à 21/30 en avril de la même année. Mme H. a été suivie en consultation mémoire, ce qui a permis de noter une aggravation des troubles en novembre 2017 avec notamment une grande diminution de l'autonomie et une accentuation du syndrome persécutif. Mme H. a été hospitalisée en Unité de Gériatrie Aigue le 9 janvier, amenée par les sapeurs-pompiers pour des chutes à répétition dans un contexte de démence. La chute signe pour la personne âgée une rupture brutale avec sa sécurité physique et psychique et peut donc être considérée comme une rupture dans l'enveloppe du patient, qui ne remplit plus son rôle de maintenance et de soutien psychocorporel. Mme H. a été presque immédiatement transférée en UCC pour une prise en charge adaptée, sachant que le maintien à domicile paraissait très compliqué. A l'heure actuelle, les troubles cognitifs de

Mme H. ne sont pas étiquetés mais semblent se rapprocher d'une maladie d'Alzheimer. Elle est assez amaigrie, se nourrit peu. Une forte scoliose lui occasionne des douleurs dorsales. Par ailleurs, Mme H. souffre d'arthrose, notamment très algique au niveau de l'articulation coxo-fémorale gauche et des genoux.

2. Observation psychomotrice

De même que pour Mme C., c'est sa première participation au groupe « Mémoire et Mouvement » qui a fait office de bilan psychomoteur pour Mme H, et mes observations se sont affinées au fur et à mesure des semaines.

Au niveau tonique, Mme H. présente une hypertonie de fond importante et est très souvent en extension axiale. La prépondérance d'une respiration thoracique accentue l'hypertonie de Mme H. au niveau de la ceinture scapulaire. On note aussi une forte présence de paratonies (ce qui peut être considéré comme quasi physiologique à son âge) ; la régulation tonique n'est pas toujours efficace.

En ce qui concerne la motricité globale, Mme H. est fortement limitée dans l'amplitude de ses mouvements par ses douleurs arthrosiques. Elle est gênée dans la marche par ses chaussures inadaptées qu'elle refuse de changer, ainsi que par son arthrose de hanche très douloureuse ; Mme H. a notamment la jambe gauche très en extension. Son équilibre statique et dynamique est aussi altéré par son chaussage. Dans les coordinations gestuelles, le mouvement peut être saccadé.

La motricité fine de Mme H. est altérée par l'hypertonie très présente, mais le déliement digital reste bon : elle peut par exemple se peigner, se faire une coiffure. Les coordinations oculo-manuelles sont compliquées.

Les somatognosies semblent préservées malgré un manque du mot qui altère la dénomination ; nous avons pu observer par d'autres biais que le schéma corporel semble être de bonne qualité. Certaines parties du corps préoccupent particulièrement Mme H : les articulations douloureuses et son ventre. Elle évoque régulièrement des préoccupations concernant son image du corps, regrettant son corps d'antan et se trouvant trop grosse malgré sa maigreur. Mme H. demande très souvent à être maquillée, elle a besoin de revaloriser ce corps vieillissant. Elle semble donc accorder une grande importance à l'image qu'elle peut donner d'elle-même.

Au niveau de l'orientation spatiale, Mme H. peut retrouver seule sa chambre, mais n'est pas capable de se repérer pour aller à la salle de psychomotricité. Les notions spatiales gauche/droite demandent un temps de réflexion à Mme H. mais peuvent être bien comprises. Le repérage temporel dans une journée est globalement préservé ; Mme H. peut parfois se rappeler de notre venue si nous l'avons prévenue quelques heures avant.

D'un point de vue comportemental, Mme H. est sujette à des hallucinations, et nous fait part régulièrement de délires érotomaniaques, associés à un syndrome persécutif. Il est difficile de faire la part entre ce qui relève du délire et la réalité de son passé, Mme H. laissant entendre qu'elle aurait pu être sujette à des abus sexuels. Mme H. peut être donc particulièrement méfiante avec certaines personnes et se montre très souvent anxieuse. La compréhension des consignes est correcte même si sa presbycusie la gêne pour cela ; leur rétention est gênée par un défaut d'inhibition mais est possible. L'oubli à mesure est prégnant chez Mme H., la mémoire épisodique antérograde est atteinte mais est améliorée par la mémoire sensorielle : Mme H. semble garder une trace sensorielle des événements.

3. Projet thérapeutique

En plus des groupes proposés à tous les patients qui le peuvent, la psychomotricienne, en accord avec l'équipe pluridisciplinaire, a jugé qu'il serait bénéfique pour Mme H. d'être prise en charge individuellement. En effet, devant ses importantes manifestations d'anxiété, des séances de relaxation semblent être appropriées. De plus Mme H. est très demandeuse d'attention et de soins, les séances de psychomotricité peuvent donc être une façon pour elle de vivre un moment privilégié hors de l'unité. A raison de 2 ou 3 fois par semaine, les séances auront lieu dans le box multisensoriel au rez-de-chaussée de l'hôpital. La durée des séances n'est pas strictement fixée, elle variera en fonction des besoins de la patiente de 30 minutes à 1h30. Je verrai donc Mme H. tous les vendredis après-midi à partir du mois de janvier ; ma maitre de stage la verra en dehors de ma présence une à deux fois dans la semaine.

4. Evolution des séances

La prise de contact avec Mme H. pour lui présenter les séances de psychomotricité et la salle dans laquelle elles auront lieu se fait sur un jour où je ne suis pas là, tout comme la première séance pendant laquelle la psychomotricienne observe à quelle approche de relaxation Mme H. semble être la plus réceptive. Suite à cette séance, il est décidé de passer par le toucher thérapeutique qui semble lui convenir.

Lors de la première séance pendant laquelle je suis présente, nous allons chercher Mme H. au moment du goûter. Elle semble un peu surprise de notre venue, nous sentons qu'elle aurait besoin d'y être préparée plus à l'avance. Nous décidons donc pour les séances suivantes de passer lui rappeler en début d'après-midi notre séance.

Installée sur le plan bobath lors de ces séances, nous aménageons grâce aux coussins et aux blocs en mousse la posture de Mme H. en fonction de ses douleurs et de son hypertonie. Pendant le trajet pour aller vers la salle et au cours de la relaxation, Mme H. est fréquemment logorrhéique. Nous mettons un fond musical afin qu'il lui soit plus facile de laisser place au silence sans que celui-ci ne devienne angoissant. Nous l'incitons à moins parler pour se concentrer davantage sur ses sensations. Cela restera très difficile pour elle pendant cette première séance, Mme H. a besoin de verbaliser ce qui se passe pour elle. Ayant du mal à trouver le mot juste pour exprimer son vécu, nous essayons de lui faire des propositions dont elle peut s'emparer. Elle s'exprime beaucoup en utilisant des images, des métaphores. Ainsi nous en venons à comprendre qu'elle préfère lorsque le toucher est plus tonique et ferme (parle notamment de « dur »). Mme H. demande souvent pendant les séances que l'on s'occupe des zones douloureuses (les épaules ce jour, souvent cela sera la hanche et les genoux ou le ventre). Au moment de passer au toucher au niveau du visage, dès cette première séance, et cela sera récurrent par la suite, Mme H. exprime le besoin d'être maquillée, et sa déception de ne pas l'être très souvent. Vers la fin de cette première séance, Mme H. semble accéder à une réelle détente. Avec l'occlusion de ses yeux, sa mimique se détend, sa respiration s'apaise. Cette première séance au cours de laquelle Mme H. a pu discriminer ce qui lui est le plus agréable nous permettra d'ajuster notre toucher.

Au moment de se relever du plan bobath sur lequel elle est installée pour la relaxation, Mme H. évoque régulièrement des vertiges, probables signes d'une hypotension orthostatique. Il sera ensuite important pour elle de se recoiffer à la fin de toutes les

séances, de vérifier son apparence dans la glace à la sortie de la salle et de réajuster ses vêtements.

Au cours des séances qui suivront cette première en ma présence, Mme H. accède plus rapidement à la détente et semble garder une certaine mémoire sensorielle de ce qu'il se passe pendant les séances. En outre, elle demande de plus en plus à ce que le toucher soit fort, jusqu'à évoquer un désir d'intrusion dans son corps.

Les deux séances suivantes auxquelles j'ai assisté ont été particulièrement riches dans ce que Mme H. a pu nous exprimer de ce vécu corporel.

Lors de la deuxième séance, nous commençons par être avec Mme H. dans sa chambre pendant qu'elle prend son goûter, afin qu'elle puisse nous exprimer tout ce dont elle a envie avant d'être plus en silence pendant la relaxation. Elle nous confie alors, dans une logorrhée plus ou moins cohérente, plusieurs histoires qui lui seraient arrivées, avec des hommes notamment, ou bien à propos de voisins qui lui voudraient du mal... On retrouve dans son discours à la fois l'érotomanie et le syndrome persécutif. Mme H. nous répète à plusieurs reprises qu'elle compte sur notre discrétion par rapport à ses confidences. Au détour de son discours, Mme H. a pu nous montrer une légère conscience de ses troubles mnésiques, évoquant «la maladie» lorsqu'elle ne trouvait pas ses mots. Au bout d'environ une demi-heure en chambre, nous descendons avec la patiente dans le box multisensoriel. Dès l'entrée dans la salle, Mme H. nous montre sa bouche fermée, et nous dit «maintenant je dois me taire». Il semble donc qu'elle se souvienne des séances précédentes où nous l'avons incitée à garder le silence. Dès le début de la relaxation, Mme H. ferme les yeux, et parle beaucoup moins qu'habituellement. Nous faisons avec ma maître de stage un toucher thérapeutique sur l'ensemble du corps, alliant pressions contenantes et lissage.

A l'approche de la fin de la séance, Mme H. nous fait comprendre à travers des images et des mimiques qu'elle aurait besoin de serrer fort quelque chose dans ses mains, de mettre en tension ses muscles du membre supérieur. La psychomotricienne lui propose alors de serrer avec force sa main, et de relâcher d'un coup. Cela semble être très agréable pour la patiente. Mme H. évoque la peur de faire mal à la psychomotricienne, qui peut insister pour qu'elle contracte plus ses muscles, étant donné son peu de force musculaire. Puis, la patiente s'adresse à moi et me demande si elle peut aussi me serrer la main. J'accepte, et Mme H. paraît très surprise lorsque je lui dis qu'elle peut faire plus fort, que je ne ressens

presque rien. Elle va même jusqu'à me demander si je ne sens pas la contraction jusqu'à l'épaule. A la suite de cela, Mme H. revient brièvement sur ses précédentes confidences, nous demandant à nouveau de garder le secret, et nous assurant de sa confiance « vous êtes bien vous, je sais que je peux compter sur vous ». Pour terminer la séance, nous demandons à Mme H. si cela a été bénéfique pour elle. Elle nous répond alors : « C'est comme si on démêlait les nœuds d'une corde ». Nous raccompagnerons ensuite Mme H. au sein de l'unité.

Lors de la troisième séance à laquelle je participe, Mme H. nous fait beaucoup de commentaires à propos de son vécu corporel. Dès qu'elle s'allonge, la patiente nous dit « vous voulez me faire absorber quelque chose. C'est comme quand je suis dans mon lit, je suis juste bien. Mais là en plus je me remplis de quelque chose de bon. C'est comme si je prenais un médicament... ». Cette verbalisation imagée de Mme H. nous conforte dans le fait qu'elle garde des traces mnésiques des séances précédentes, même si elle semble toujours surprise de notre proposition lorsque nous allons la chercher dans l'unité.

La psychomotricienne commence par proposer à Mme H. un travail sur la respiration, en l'incitant à avoir une respiration ample et plus abdominale. Mme H. met en œuvre de façon particulière ces consignes, amenant son dos en lordose lors de l'inspiration et exagérant la phase d'apnée post-inspiratoire.

Passant au toucher thérapeutique, nous constatons de très fortes contractures musculaires au niveau des biceps. Nous le verbalisons à Mme H., qui reconnaît sentir « une petite boule ». A l'aide de mobilisations passives, de toucher, les tensions s'apaisent quelque peu. Le haut du thorax de Mme H. est aussi en hypertonie. La psychomotricienne pose alors ses mains dessus, et Mme H. peut dire à ce moment-là « ça ouvre ».

Nous continuons ensuite le toucher thérapeutique sur l'ensemble du corps de Mme H. Nous veillons à être délicates et fermes en même temps. La patiente nous dit, sans montrer aucun signe corporel de ressenti de douleur, « cela me fait mal, mais j'aime bien ». Je passe à un lissage global du corps, et au moment où je passe sur son ventre, Mme H me demande de faire plus fort. Je lui explique que je risque de lui faire mal. Mme H. me rétorque « j'aime quand ça fait mal, comme ça je ressens ». Je tente alors de lui faire comprendre que notre objectif est précisément qu'elle puisse sentir son corps autrement que par la douleur. Par ailleurs, en même temps que cette verbalisation je lui fais des pressions très fermes sur les

pieds, afin qu'elle puisse expérimenter au même moment ce que je suis en train de lui dire. La psychomotricienne prendra ensuite le relais sur le visage, en verbalisant aussi qu'elle essaye de lui donner des sensations sans engendrer de souffrance. Mme H. semble alors plus détendue, et ferme les yeux. Nous terminerons la séance peu après.

Lors d'une séance où je ne suis pas présente, la psychomotricienne optera pour des enveloppements secs dans des draps, afin que Mme H. puisse sentir qu'un toucher ferme, contenant et délimitant peut lui permettre d'accéder à la détente sans besoin d'intrusion. Devant la bonne réceptivité de la patiente à cette médiation, nous réitérons l'expérience pour les séances suivantes.

Au fil des semaines, Mme H. montre de plus en plus de réticences à venir en séance de relaxation. A la fois elle s'y oppose, mais à la fois lorsque nous lui faisons comprendre que nous ne sommes pas obligées de faire la séance, Mme H. montre alors son attachement à ce moment. Pendant les séances, l'accès à la relaxation n'évolue pas beaucoup : Mme H. alterne entre des moments de détente, de relâchement des tensions et des moments de logorrhée où elle n'est absolument plus attentive à ses sensations. Cependant, à la fin des séances, Mme H. continue de verbaliser fréquemment, plus ou moins implicitement et à l'aide d'images, le bien que lui procure ce temps.

Nous continuons ainsi la prise en charge jusqu'à la mi-avril. A ce moment-là, le projet d'hébergement en EHPAD aboutit. Mme H. quittant l'UCC un mercredi, je ne suis pas présente à sa dernière séance (le lundi), mais nous lui expliquons le vendredi précédent que c'est la dernière fois que je suis avec elle. Comme les fois précédentes, Mme H. exprime d'abord des réticences à venir en relaxation, mais finalement elle semble en bénéficier. La patiente demande, comme à son habitude, que nous mettions plus de force dans notre toucher. Mme H. reste en silence ensuite pendant une grande partie des enveloppements et nous observons un abaissement de son tonus. A la fin de cette séance, Mme H. nous demande si nous continuerons les séances avec elle dans son nouvel établissement ; la séparation est peut-être vécue comme un déchirement dans sa propre enveloppe, d'autant plus que nous contribuons à nourrir cette enveloppe pendant les séances.

IV. Le groupe « Mémoire et Mouvement »

1. Le cadre

Le groupe « Mémoire et Mouvement » a lieu tous les vendredis matin dans une grande salle de psychomotricité située au rez-de-chaussée de l'hôpital. Pour ce groupe, la psychomotricienne et l'ergothérapeute travaillent en co-thérapie. C'est un groupe ouvert, les patients sont libres d'y venir et le nombre de participants est variable. Les patients restant de quelques semaines à quelques mois à l'UCC, la constitution du groupe varie beaucoup d'une séance à l'autre.

Le matin en commençant notre journée avec la psychomotricienne, nous lisons les transmissions des soignants concernant les patients afin d'établir une liste de ceux qui pourraient potentiellement participer au groupe. Cela nous permet de connaître l'état général du patient (agressif, apathique...) et d'éventuels problèmes somatiques (constipation, douleurs...). Avec la psychomotricienne et l'ergothérapeute, nous allons voir personnellement ces patients pour leur proposer le groupe. Nous le présentons comme un groupe de gymnastique douce afin que les patients puissent avoir une représentation plus concrète de ce qui va leur être proposé. La plupart du temps, ceux qui ont déjà participé au groupe ne s'en souviennent pas d'une fois sur l'autre, il nous faut donc toujours expliquer le but de ce groupe et les rassurer sur leurs craintes, notamment sur le fait que l'effort physique n'est pas trop important, leur expliquer le lieu de l'activité... Cependant, ils ont toujours la liberté de refuser de participer. Le nombre de patients varie généralement de 3 à 7 patients. Nous réunissons tous les patients souhaitant venir dans la salle à manger, afin de descendre tous ensemble dans la salle de psychomotricité. La séance dure environ trois quarts d'heure. Nous remontons vers midi à l'unité, au moment où le déjeuner va leur être servi.

A la suite du groupe, j'écris le compte-rendu de mes observations et nous en discutons avec ma maitre de stage. Puis selon les disponibilités de l'ergothérapeute, nous les confrontons à ses propres observations.

2. Les objectifs thérapeutiques

Le groupe « Mémoire et Mouvement » fait partie de l'ensemble des prises en charge non médicamenteuses proposées à l'UCC. Ce groupe répond à plusieurs objectifs.

-Il permet la mise en mouvement des patients, pour maintenir leurs capacités motrices les plus efficaces possibles. La coordination et la dissociation des différents segments, les coordinations oculo-manuelles, la régulation tonique, la force musculaire et parfois l'équilibre dynamique sont travaillés. Le but est aussi de permettre un ajustement du couple impulsivité - inhibitions chez ces patients. Pour certains, il s'agit de minimiser l'apathie par la stimulation. Pour d'autres, la réalisation de mouvements organisés et précis permet de contenir la désorganisation motrice et de canaliser l'agitation. Le schéma corporel est renforcé par la dénomination des différentes parties du corps et leur mise en mouvement successive.

-La stimulation de leurs capacités gnosopraxiques est omniprésente. L'utilisation de matériel fait appel aux capacités gnosiques des patients : il s'agit pour eux d'appréhender les qualités sensorielles des différentes balles, quilles, palets ou autres objets, de se les représenter et d'en saisir l'utilité. Ces gnoses sont essentielles à l'obtention d'une praxie, c'est-à-dire la coordination des mouvements dans l'espace et dans le temps afin de réaliser une action finalisée, comme lancer le ballon à son voisin, viser des quilles...

-La mémoire des patients est aussi stimulée, notamment les mémoires sensorielles, procédurales et la mémoire à court terme (mémoire de travail). La mémoire procédurale est celle qui permet aux patients de retrouver des réflexes moteurs, comme lors de l'enjambement d'obstacles par exemple, le lancer de balles... Cette mémoire étant plus longtemps préservée chez les patients souffrant de syndrome démentiel, nous nous appuyons particulièrement sur celle-ci lors de ce groupe. De plus, la rétention des consignes fait appel à la mémoire à court terme, et est donc stimulée tout au long de l'activité.

-Enfin, l'activité de groupe invite les patients à interagir entre eux et contribue donc au maintien d'un lien social. Les temps de trajet entre l'unité et la salle peuvent notamment être propices aux échanges, et parfois à l'entraide lorsque certains patients sont plus en difficulté pour marcher. Les échanges de ballon entre les patients permettent de faire du lien entre eux, et lors des exercices qui se réalisent à tour de rôle il est fréquent qu'ils s'encouragent les uns les autres.

3. Description d'une séance type

Les séances sont à peu près toujours construites sur la même trame. La répétition d'une séance sur l'autre permet aux patients de garder (plus ou moins selon leurs capacités cognitives) une trace sensorielle des exercices. La difficulté et la durée des exercices proposés dépend ensuite des patients présents ; quelques exercices peuvent être ajoutés ou modifiés en fonction de l'énergie et des compétences du groupe. Une fois arrivés dans la salle, les patients s'assoient tous sur des chaises en cercle, nous nous incluons dans le cercle. La guidance des exercices est faite alternativement par la psychomotricienne ou moi-même. L'ergothérapeute complète et affine parfois nos consignes. Nous venons très régulièrement stimuler personnellement tel ou tel patient qui ne comprend pas la consigne, présente un défaut d'initiation du mouvement, est gêné par des persévérations motrices, ne parvient pas à effectuer le geste précisément... Nous effectuons les exercices avec les patients afin qu'ils puissent s'appuyer tant sur les consignes verbales que sur l'imitation.

Nous commençons par un échauffement du corps dans sa globalité. Les différentes articulations sont passées en revue et mobilisées une à une, dans une certaine continuité (des pieds à la tête par exemple). Sont ajoutées quelques coordinations plus axiales, comme des rotations du buste et des enroulements complets de la colonne ; ainsi que de courtes séquences gestuelles nécessitant leur mémorisation. Si les patients en sont en capacité, nous les incitons à nommer les articulations et à proposer des mouvements.

Nous passons ensuite à des exercices faisant intervenir des balles de différentes tailles, plus ou moins gonflées et de poids variable. Il s'agit pour les patients de réguler leur tonus en fonction du type de balle. Nous leur proposons successivement différentes manières de lancer : à son voisin, en face avec un rebond, d'une main... Cela incite les patients à encoder des consignes différentes et à trouver la flexibilité mentale pour modifier leurs gestes.

Des jeux d'adresses sont ensuite proposés, jeux de visée notamment : lancer une balle dans un cerceau, faire tomber des quilles, lancer de palets sur des cibles... Chaque patient effectue l'exercice tour à tour, ce qui limite la fatigue du groupe et leur permet de réaliser la proposition par imitation des autres participants. Cela nous permet aussi d'étayer les patients personnellement sur leurs stratégies gestuelles, et de les aider à avoir un feed-back de leur action en leur laissant plusieurs essais.

En fonction du temps que nous avons à notre disposition ensuite et des capacités des patients, nous pouvons parfois finir avec la toile parachute ou un parcours. La toile parachute est une grande toile circulaire de différentes couleurs, dont tous les patients peuvent tenir le bord. La proposition est de la soulever ensemble et de faire circuler une balle sur les différentes portions de couleur. Cela incite à la coopération entre les membres du groupe, puisqu'il faut le concours de tous pour réussir l'exercice. Il est donc nécessaire qu'au moins quelques patients aient saisi la finalité de l'exercice, et que nous soyons à proximité des autres pour les guider. En ce qui concerne le parcours, il nous permet de travailler la marche, l'équilibre dynamique (enjambement d'obstacle), les changements de niveaux (s'accroupir pour ramasser un objet), la coordination oculo-manuelle (lancer dans une cible). Il est aussi intéressant pour observer les capacités du patient à encoder une suite de consignes et à récupérer ces informations à l'aide de l'indication visuelle donné par le matériel du parcours.

Nous remontons ensuite au sein de l'unité, en profitant du trajet pour demander aux patients leur appréciation de la séance.

DISCUSSION

I. L'atteinte des enveloppes chez les patients de l'UCC

Ma première rencontre avec Mme C, détaillée plus haut, m'a interpellée car j'y ai ressenti un fonctionnement en « tout ou rien », le passage brutal d'une agitation agressive à un effondrement tonico-émotionnel. Cet épisode m'a donné l'impression que les affects et les gestes de Mme C. n'étaient pas contenus, mais libres de se déverser à l'extérieur. J'y ai entraperçu alors la manifestation d'une enveloppe psychocorporelle défaillante. Aux détours d'autres prises en charges de patients de l'UCC, il m'a semblé que le manque de consistance de cette enveloppe n'était pas singulier à Mme H, mais qu'il se retrouvait chez beaucoup de ces personnes âgées. C'est pourquoi je fais l'hypothèse que le syndrome démentiel favorise une détérioration des enveloppes psychocorporelles.

1. Les altérations de l'enveloppe dues au syndrome démentiel

Dans la partie théorique nous avons pu étudier les conséquences d'un syndrome démentiel pour le patient. Il me semble que ces atteintes peuvent être à l'origine des altérations de l'enveloppe chez les personnes âgées de l'UCC.

a. La perte de mémoire autobiographique

Mme C. comme Mme H., de par leur maladie neuro-cognitive, présentent des troubles de la mémoire épisodique, ou mémoire autobiographique. Les éléments les plus anciens sont conservés le plus longtemps ; cependant, compte tenu de l'avancée de la maladie chez ces patientes, ceux-ci sont aussi lacunaires. En plus des quelques souvenirs qui sont évoqués par ces deux patientes, il subsiste très probablement des traces inconscientes de ce passé. L'enveloppe habitat de D. Houzel peut donc être présente en termes de traces dans l'inconscient, mais nous pouvons faire l'hypothèse qu'elle est endommagée par la difficulté à avoir accès consciemment aux souvenirs concernant l'environnement dans lequel la personne s'est construite. Il a été très fréquent que Mme C. me confonde avec des membres de sa famille, enfants ou petits-enfants. Nous pouvons y voir ici une manière de reconstituer

une enveloppe habitat qu'elle connaissait bien, en se servant des quelques souvenirs qui lui restent et qu'elle projette sur son environnement immédiat.

Nous avons pu voir au fil des séances que Mme H. nous confie fréquemment, de manière logorrhéique, des événements qui se seraient déroulés par le passé (histoires de voisinage, de relations avec des hommes...). Ces confidences semblent plus ou moins issues de délires, mais sont probablement en lien (qu'il soit réel ou inconscient) avec des événements vécus. Mme H. tente peut-être à travers ces constructions fantasmatiques de reconstituer une enveloppe de son passé, de colmater les « brèches » de sa mémoire autobiographiques, liées à sa pathologie.

b- La perte de mémoire à court terme

Les patients accueillis à l'UCC souffrent pour la plupart d'oubli-à-mesure, la mémoire à court terme étant altérée par les démences. Ainsi, Mme C. est particulièrement angoissée et agitée après le départ de son mari puisqu'elle n'est pas en capacité de se souvenir qu'il était présent avec elle tout l'après-midi et qu'il l'a prévenue de sa venue le lendemain. Les événements ne peuvent être pleinement compris du fait de cette déficience mnésique. Les affects sont bien présents (angoisse de séparation...), mais il est impossible pour Mme C. d'y mettre du sens. Si l'on reprend la théorisation de D. Houzel, la pellicule de l'enveloppe, formée par toutes les pulsions, est alors instable puisque la membrane normalement constituée par les représentations est déficitaire et ne peut donc assurer son rôle de stabilisation.

La déficience de la mémoire à court terme des patients altère aussi parfois l'enveloppe groupale. Ainsi il est fréquent que des patients, au cours du trajet pour descendre jusqu'à la salle de psychomotricité, ne sachent plus la raison de leur venue. Certains tentent alors de s'en aller, de rentrer sur l'unité ou simplement de quitter le groupe. Lors d'une séance par exemple, un patient était persuadé que ses enfants allaient venir le voir (alors que les visites ont lieu seulement l'après-midi) et qu'il allait manquer le repas (nous lui avons bien précisé que nous serions remontés pour le déjeuner). A plusieurs reprises sur le trajet, ce monsieur nous dit qu'il « déclare forfait », c'est-à-dire qu'il abandonne l'idée de venir avec nous pour remonter sur l'unité. Nous devons alors à chaque fois le rassurer, lui expliquer à nouveau les modalités du groupe... Ce qui entraîne l'arrêt et l'incompréhension du reste du groupe.

Jusqu'à l'arrivée dans la salle, la cohésion du groupe sera ainsi menacée par ce monsieur qui ne semble être ni tout à fait dedans ni tout à fait à l'extérieur, rendant les enveloppes groupales floues.

c- La désorientation temporo-spatiale

La désorientation temporo-spatiale (DTS) est inhérente au syndrome démentiel. Cette perte de repères dans le temps et dans l'espace semble concourir à une altération des enveloppes psychocorporelles des patients. Le fait de ne plus être ancré dans le temps ni dans l'espace contribue à un manque de continuité dans les ressentis des patients. Les événements sont vécus dans l'instant présent, mais la succession de ceux-ci et la logique de leur cadre spatial leur échappe. Toute expérience semble être nouvelle pour le patient : il n'y a pas de perception de la répétition, de la cyclicité du temps ni de l'espace, à cause des troubles mnésiques. Il n'y a plus de repères exocentrés : le patient perçoit le temps et l'espace par rapport à son corps propre uniquement (repères égocentrés) et n'est plus capable de prendre des repères extérieurs : absence de temps social et de représentation de l'espace par exemple. Au cours du développement de l'enfant, le stade du temps et de l'espace perçus précède le stade du temps représenté et de la structuration spatiale ; la plupart des patients de l'UCC n'ont donc plus accès à cette dernière étape.

Dès lors, les patients du groupe « Mémoire et mouvement » ne partagent pas de repères temporo-spatiaux communs, puisqu'étant chacun dans une vision subjective de l'espace et du temps. L'enveloppe commune normalement construite en partie par le cadre du groupe est donc mise à mal. Ainsi, les patients peuvent faire part de préoccupations qui semblent déconnectées du reste du groupe : telle patiente évoque son travail et des problèmes qu'elle aurait à régler, telle autre fait part de repas qu'elle aurait à cuisiner pour ses enfants... Il est donc difficile pour les participants du groupe d'être présents tous ensemble dans un ici et maintenant.

Avec Mme H., nous avons pu constater l'impact de la perte de repères, temporels notamment, sur sa disponibilité pour les prises en charge. Ainsi, lorsque la patiente était particulièrement désorientée et ne s'attendait pas à notre prise en charge, elle les refusait ou bien ne les vivait pas pleinement. Etant sans repères extérieurs, il lui était alors difficile

d'être réceptive à ses ressentis internes et à la perception de la stabilité de ses enveloppes corporelles.

d- La perte d'autonomie

Nous l'avons vu précédemment, les altérations neurophysiologiques des maladies neurodégénératives telles que la maladie d'Alzheimer et la maladie à Corps de Lewy entraînent une perte d'autonomie du patient. Les difficultés gnosopraxiques et mnésiques entravent par exemple la réalisation de la toilette par le patient lui-même. L'intervention du tiers prend une place prépondérante. Ainsi, lorsque le sujet est touché, c'est pour des soins, des gestes médicaux, pour le conduire quelque part... L'enveloppe corporelle peut donc être très nourrie sensoriellement, lors des différents soins, mais parfois sans portage psychique associé. Cette enveloppe corporelle perd alors peut-être de sa fonction d'étayage du psychisme, entraînant un clivage entre le vécu corporel et le vécu psychique.

Les enveloppes psychocorporelles de tout un chacun ne sont jamais totalement efficaces et parfaitement construites, chacun a dû s'adapter à ses blessures, ses manques inhérents à l'imperfection de l'environnement et des vécus ; tout en ne glissant pas nécessairement vers le domaine du pathologique. L'individu s'accommode de ses enveloppes et développe des stratégies de compensation de ses légères failles. Pour Mme H., le maquillage devait faire partie de ces mécanismes pour pallier à une enveloppe fragile. En effet, c'est une dame qui a toujours beaucoup apprécié se maquiller, probablement facilement à outrance. Mme H. souffre de ne plus pouvoir se maquiller elle-même, elle se dévalorise énormément, réclame très fréquemment qu'on la maquille et refuse ensuite de se démaquiller. L'altération de la prise de décision semble la priver de moyens de nourrir elle-même ses enveloppes psychocorporelles.

2. Les fonctions de l'enveloppe altérées

Au fil de mes rencontres avec les patients de l'UCC, je me suis rendu compte que certaines fonctions de l'enveloppe psychocorporelle, détaillées dans la partie théorique, sont altérées.

a. Un manque de limites

Le propre même de l'enveloppe est de distinguer un « dedans » d'un « dehors », corporellement et par là-même psychiquement. Nous avons pu voir que D. Anzieu parle de l'enveloppe narcissique comme étape de la construction des enveloppes qui permet de distinguer les parties miennes des parties non-miennes. L'enveloppe des patients semble parfois ne plus remplir cette fonction de frontière entre le monde intérieur et le monde extérieur comme l'a décrite aussi D. Houzel. Ainsi, on peut observer fréquemment un sur-investissement d'objets matériels, dont la personne ne peut plus se séparer et qui paraissent être des prolongements de Soi.

Mme B. vient ainsi toujours au groupe « Mémoire et mouvement » avec son bonnet rempli de toute sortes d'objets qu'elle a pu glaner dans l'unité ; il y en aura de plus en plus jusqu'à en remplir un sac entier. C'est une dame qui ne manifeste pas fréquemment des gestes d'hétéro-agressivité, sauf lorsque d'autres patients ont tenté de s'emparer de ses affaires. Ces objets semblent faire tellement partie d'elle que vouloir les lui subtiliser serait s'en prendre à sa personne propre, ce qui expliquerait sa réaction agressive.

Parallèlement, au sein de l'unité Mme C. se mettait parfois à bouger tous les objets de place, à en emporter avec elle. Cela me donnait l'impression que son manque de limites internes se projetait à l'extérieur dans un éparpillement des objets. A l'inverse, Mme C. tentait aussi très fréquemment de se déshabiller, comme si la double enveloppe que lui conféraient ses vêtements lui paraissait étrangère à elle-même. La question de ce qui est à soi -et de ce qui ne l'est pas- devient très floue pour ces patients, pouvant s'emparer très fréquemment d'affaires d'autres personnes.

Cette problématique des limites est aussi prégnante chez Mme H. A plusieurs reprises elle a pu nous verbaliser des questions d'intrusion ou d'absorption, qui lui étaient agréables, au moment de notre toucher. Les sensations internes et externes semblent se confondre : elle voudrait que les stimulations de la surface du corps que nous lui procurons l'atteignent d'une façon plus interne, ce que traduisaient ses demandes répétées que nous y mettions plus de force.

b. La fonction de pare-excitation

D. Anzieu, en faisant l'analogie entre les fonctions de la peau et des enveloppes, développe l'importance de la fonction de pare-excitation. Lorsque cette fonction n'est plus efficiente, le psychisme de l'individu est effracté par le trop-plein de stimulations externes. Ainsi, lors des moments de séances avec Mme H. où elle était en silence, le moindre bruit à l'extérieur de la salle entraînait de fortes réactions tonico-émotionnelles. Bien qu'elle désire de fortes stimulations internes elle n'était pas en mesure de tolérer un surplus de stimulations environnementales. Le sentiment de solidité interne semble fragile, d'où le besoin de le faire exister par la sensation et de le protéger des excitations extérieures.

c. Le manque de sens

Nous avons pu voir précédemment que selon A. Bullinger, la face externe de l'enveloppe est constituée par le fait de mettre du sens sur les variations tonico-émotionnelles ressenties (qui constituent elles-mêmes la face interne de l'enveloppe). Or, du fait de l'altération de leurs fonctions cognitives, ce sens donné aux éprouvés est plus difficile d'accès pour les patients de l'UCC. La constitution de la face externe de l'enveloppe, qui tient la face interne, est donc déficitaire. Je pense que cela correspond à l'impression que m'a laissée Mme C. : rien ne semble retenu à l'intérieur, tous les vécus semblent être confus, comme vécus à l'état brut. Sans possibilités de représentations, l'enveloppe de Mme C. est fragilisée, les variations tonico-émotionnelles sont donc en flux libre. Ainsi, le passage de l'apathie à l'agitation se fait brutalement, il y a peu de régulation tonico-émotionnelle car il lui est difficile de mettre du sens sur ses éprouvés. Cela s'apparente, bien que différemment vécu bien sûr, aux éprouvés du tout-petit qui expérimente d'abord les deux pôles toniques et qui, par la représentation, pourra ensuite accéder à une certaine ambivalence.

3. Conséquences d'une enveloppe défaillante

Après avoir constaté que l'enveloppe des personnes âgées de l'UCC semblait altérée, j'ai pu avoir une autre lecture des comportements particuliers des patients. En effet, je pense que tout sujet développe des stratégies de compensations de ce qui est défaillant pour maintenir au mieux une certaine intégrité psychocorporelle. Les troubles du comportement, l'hypertonie, les compulsions peuvent être comprises comme des moyens trouvés par les patients pour pallier à l'altération de leur enveloppe.

a. L'hypertonie

Mme H. nous a souvent demandé de faire exister l'intérieur d'elle-même par de fortes stimulations, allant jusqu'à désirer une intrusion dans son corps. Cet intérieur qui ne lui procure a priori pas assez de sensations, hormis des sensations douloureuses, pourrait donc être vécu comme trop « vide ». Dans la partie clinique, j'ai pu exposer l'attitude hypertonique de cette patiente. On peut alors faire l'hypothèse que la carapace tonique que présente Mme H. lui permet de faire tenir son Moi malgré un vide interne et une enveloppe trop poreuse, ne contenant et ne délimitant pas suffisamment. Nous rejoignons ici le concept de seconde peau musculaire d'E. Bick : l'hypertonicité crée une enveloppe pathologique qui se substitue à une enveloppe trop défaillante.

Au sein du groupe «Mémoire et mouvements », il est arrivé plusieurs fois que des patients venant pour la première fois soient hypertoniques notamment au moment de l'échauffement des différentes articulations. Ainsi, par exemple une patiente ne pouvait réaliser les mouvements demandés car sa jambe restait parfois contractée en extension, ou bien elle réalisait les mouvements d'une manière très saccadée, tout en étant en hypertonie. Cette réaction tonique était peut-être une manière de faire exister de manière plus tangible sa propre enveloppe, face à l'enveloppe groupale.

b. La logorrhée

Beaucoup de patients de l'UCC peuvent être logorrhéiques. Il me semble que cela peut aussi faire partie des moyens de pallier à leur enveloppe psychocorporelle défaillante. Ce

bain de paroles dont ils s'entourent n'est pas sans rappeler le bain de paroles maternel au cours des soins du bébé. Ce flot de paroles ne laisse pas de place au vide, au silence et peut donc être un moyen de compenser les « trous » dans l'enveloppe, les trous de mémoire. Mme C. pouvait ainsi avoir l'air apathique, quand soudainement elle se mettait à parler de manière ininterrompue et, la plupart du temps, dans un discours pas toujours cohérent et signifiant pour son environnement. L'enveloppe sonore dont elle s'entourait semblait alors combler le vide qu'elle exprimait par l'apathie.

De plus, il est fréquent au cours du groupe « Mémoire et mouvements » que des patients soient très logorrhéiques sur le trajet et au début de la séance ; puis naturellement cette logorrhée s'estompe et laisse la place à la pratique corporelle. Nous pouvons faire l'hypothèse que, d'une part, la mise en mouvement du corps fait exister une enveloppe corporelle et, d'autre part, que l'enveloppe groupale favorise le sentiment personnel de posséder une enveloppe. Pour ces deux raisons, ces patients auraient donc moins besoin de pallier leur enveloppe défaillante par une enveloppe sonore.

Quant à Mme H, elle peut être aussi très souvent logorrhéique. Je m'interroge notamment sur son flot de paroles à certains moments de la prise en charge, pendant ou après notre séance. Ainsi, lorsque Mme H. verbalise de façon presque logorrhéique ses éprouvés, souvent de façon détournée et imagée, c'est peut-être une manière pour elle de se constituer la face externe de l'enveloppe selon A. Bullinger (mise en sens de variations tonico-émotionnelles), en réponse à la prise de conscience importante de l'enveloppe interne par notre toucher thérapeutique, qui crée des variations toniques.

c. Les vêtements, le maquillage

Les vêtements viennent créer une forme d'enveloppe supplémentaire pour l'individu. Au fil de son hospitalisation, Mme C. se déshabillait de plus en plus fréquemment, quelque soit le lieu (couloirs, salle à manger, chambre, salle de psychomotricité...) et cela m'a interpellée. Cela peut parfois être compris comme une confusion avec le moment du coucher, notamment lorsque cela se passait devant son lit (dans sa chambre) ou devant le plan bobath (dans la salle de psychomotricité). Cependant, on peut aussi lire à travers cette compulsions une extériorisation de sa propre problématique autour des enveloppes. Devant le vécu psychocorporel qui s'effrite, qui est de plus en plus confus pour Mme C, les

enveloppes s'étiolent et Mme C. se dépouille de ses vêtements... A l'inverse, à d'autres moments, Mme C. nous dira à plusieurs reprises avoir froid, et donc demander des vêtements supplémentaires malgré la température déjà confortable de l'hôpital. Il semble ici que les vêtements viennent compenser l'enveloppe psychocorporelle défaillante, qui ne remplit plus notamment son rôle de pare-excitation, qui est trop poreuse. Mme C. a pu, par ailleurs, nous évoquer des vêtements qu'elle portait, les décrire, exprimer ses goûts... Cela confirme l'importance que revêt et a pu revêtir par le passé cette enveloppe vestimentaire.

Comme j'ai déjà pu l'évoquer précédemment, Mme H. accorde une grande importance à son apparence et particulièrement au maquillage. Celui-ci me semble être une stratégie de compensations d'une enveloppe vécue comme abimée, altérée par l'âge. Le maquillage, à l'inverse, renvoie à une certaine jeunesse, une certaine beauté. L'altération des enveloppes psychiques notamment à cause de la démence est peut-être compensée par un renforcement des enveloppes corporelles, par le maquillage entre autres, mais aussi par la recherche de sensations corporelles fortes.

d. L'agitation

L'agitation est un des symptômes psycho-comportementaux les plus fréquemment rencontrés. Ainsi, au sein de l'UCC, de nombreux patients présentent une instabilité psychomotrice, Mme C. en particulier. Nous avons vu que selon A. Bullinger, la face interne de l'enveloppe est constituée par les variations toniques. La mise en mouvement, qui plus est l'agitation motrice, me semble donc être une manière de donner de la consistance à cette enveloppe interne. La déambulation peut aussi être comprise comme une mise en mouvement du corps faisant exister les enveloppes qui ne sont plus autant perçues et efficaces. De plus, la cyclicité du schème de la marche impose une continuité et favorise donc le sentiment de continuité de cette enveloppe, nommé connexité par D. Houzel. De même, le parcours de déambulation d'un patient étant souvent identique, on retrouve cette cyclicité dans le chemin parcouru qui réinscrit le patient dans une enveloppe environnementale.

e. L'apathie.

A l'inverse de la personne agitée, le patient apathique semble ne rien faire exister en lui. Mme C. a pu notamment me faire l'effet d'une « coquille vide » dans les moments où elle était apathique. Cela se traduit à la fois par le ralentissement psychomoteur, par un regard dans le vague, et par une absence totale d'investissement objectal. Pour reprendre le concept d'A. Bullinger, sans face externe de l'enveloppe (sens donné aux états tonico-émotionnels) à cause des troubles cognitifs, la consistance de la face interne est dépendante de la mise en mouvement. Et inversement, sans appui tonique du fait de l'apathie, l'inscription de ces traces ne peut se faire. Il y a donc réciprocity entre les troubles cognitifs et l'apathie, le mouvement n'étayant pas les représentations, et les représentations n'ayant pas de surface d'inscription.

Certains patients habituellement apathiques sont portés par l'enveloppe groupale, et peuvent déployer un peu plus de leur motricité au cours du groupe « Mémoire et mouvements ». Le groupe semble leur offrir un appui tonique qu'ils s'approprient ensuite pour constituer leur propre enveloppe.

Ainsi, il me semble qu'un patient apathique ne trouve plus de moyen de pallier à son enveloppe défaillante, contrairement, par exemple, à un patient agité qui tente de faire exister son enveloppe par le mouvement. Cela pose donc la question de la gravité du symptôme apathique, serait-il le signe d'une incapacité à trouver des ressources en soi ? Cependant, l'agitation est souvent perçue dans les services gériatriques comme plus significative d'un mal être car elle nuit davantage au bon fonctionnement du service (gêne pour les soignants comme pour les autres patients).

f. L'agrippement

Que ce soit envers des soignants ou envers d'autres patients, j'ai pu remarquer que les personnes hospitalisées à l'UCC cherchaient souvent à s'agripper aux bras, aux vêtements, de ceux qu'elles croisent sur le chemin. J'ai particulièrement pu l'observer lorsque nous allions au groupe « Mémoire et mouvement ». Certains patients, qui sont pourtant autonomes pour la marche, apprécient de prendre mon bras, voir même n'avancent plus s'ils ne sont pas en contact avec quelqu'un d'autre. Cette recherche de support extérieur me

semble être le signe d'un manque de support interne. L'enveloppe ne tient pas assez l'individu, alors il « fusionne » avec l'enveloppe d'autrui, à l'instar du tout-petit pour qui l'enveloppe encore immature est fusionnée avec celle de sa mère.

Lors d'une séance de ce groupe particulièrement riche en échanges entre participants, sur le trajet du retour tous les patients se tenaient le bras en duos. Il m'a semblé alors que l'enveloppe groupale, qui avait été rapidement constituée ce jour, s'est prolongée lors de ce trajet par les agrippements les uns aux autres. Les patients avaient peut-être encore besoin de cet appui sur autrui avant de retrouver leur seule enveloppe propre.

II. Etayer les enveloppes en psychomotricité

Le psychomotricien par des médiations corporelles met en mouvement le psychisme. C'est pourquoi par ses différentes interventions, il peut contribuer à renforcer des enveloppes psychocorporelles défaillantes. Nous verrons plus précisément ici ce que j'ai principalement expérimenté en stage : le toucher thérapeutique et l'activité de groupe.

1. Le toucher thérapeutique

Le toucher fournit des stimulations sensorielles sur la peau, support privilégié de l'enveloppe corporelle sur laquelle s'étaye l'enveloppe psychique comme nous avons pu l'étudier avec D. Anzieu. Le toucher thérapeutique, réalisé dans un cadre soutenant et sécurisant, dans un respect du vécu du sujet et avec une intention bienveillante et focalisée sur le patient, participe donc à la restauration des enveloppes fragilisées. Le sentiment de continuité et d'unité de l'enveloppe est donné par le toucher globalisant et unifiant (contour du corps, lissage continu...). Cette continuité et unité corporelle étaye la perception d'une unité et d'une continuité psychique pour le patient. Lorsque Mme H. remet en question la continuité de la prise en charge par ses tergiversations en amont de la séance, elle s'attaque d'une certaine manière à l'enveloppe du cadre, alors qu'elle apprécie ensuite beaucoup l'étayage de ses enveloppes psychocorporelles par le toucher et les enveloppements.

Au cours de la relaxation, nous pouvons observer avec Mme H. différents moments : parfois elle semble avoir conscience de son corps dans la globalité, au contraire elle semble d'autres fois percevoir son corps comme segmenté. Lors d'une séance de toucher thérapeutique avec Mme H., elle nous a interpellé au fur et à mesure de la séance sur différentes parties du corps, nous faisant part de douleurs. Elle demandait à ce que l'on s'occupe successivement du ventre, du coude, du genou... sans lien entre ces parties du corps. Chaque segment corporel ou articulation semblait vécu séparément des autres, sans perception de globalité. Nous avons alors décidé de couper court à ses demandes pour effectuer un lissage de tous les contours du corps à l'aide des enveloppements secs dans des draps. A ce moment-là, Mme H. a cessé ses plaintes algiques morcelées. La perception sensorielle de son corps entier lui a permis, d'une part, de se décentrer de ses vécus douloureux, et d'autre part de percevoir son corps de manière plus unifiée et globale.

Par le toucher thérapeutique, nous permettons aussi au patient d'accéder à un abaissement de son tonus et une certaine rééquilibration de sa répartition tonique. Ainsi, l'abaissement du tonus dans certains endroits du corps qui étaient hypertoniques permet de retrouver une harmonisation du tonus dans le corps. Cela contribue au sentiment de continuité et d'unité de l'enveloppe corporelle. Lorsque Mme H. nous a verbalisé que les séances lui donnaient l'impression de « défaire les nœuds d'une corde », il me semble qu'elle évoque ici, sans possibilité de le verbaliser précisément, l'abaissement de certaines tensions localisées. Cela lui permettait probablement de retrouver une certaine unité, comme une corde sans nœuds.

Le toucher thérapeutique est un lieu privilégié de l'expression du dialogue tonico-émotionnel. En effet, il n'y a pas nécessairement de communication verbale avec le patient, mais la communication infra-verbale est majeure. Par le ressenti du tonus du patient, nous pouvons percevoir son état tonico-émotionnel. De même, puisqu'on ne peut toucher sans être touché, le patient recevant le toucher perçoit aussi nos variations tonico-émotionnelles. Notre détente propre lui permet d'accéder à une certaine relaxation. Ce n'est pas sans rappeler le holding et le handling du tout-petit par sa mère, qui sont les fondements de la constitution des enveloppes psychocorporelles. En revisitant des vécus du début de la vie, nous permettons au patient de reconstruire son enveloppe de la même manière qu'elle s'est précédemment construite.

Au début de la prise en charge de Mme C., lorsque le toucher thérapeutique était possible, nous avons pu constater qu'elle faisait régulièrement des allusions à son enfance au cours des séances, ou bien nous posait des questions demandant si nous avions des enfants. D'une façon inconsciente, elle semblait ainsi faire le lien entre ce que nous faisons et des vécus plus archaïques de maternage. Quant à Mme H., lors de la séance (détaillée dans la partie clinique) où elle nous a verbalisé le fait que nous lui donnions quelque chose de bon, comme un médicament, cela m'a immédiatement fait penser à un rôle de « bonne mère » qu'elle nous attribuait à travers les séances de toucher thérapeutique et d'enveloppements. La mise au travail corporel en psychomotricité renvoie à des traces psychocorporelles du passé, même si du fait de la démence les souvenirs autobiographiques ne sont plus accessibles.

2. Le groupe

Nous avons vu dans la partie théorique que la constitution de l'enveloppe groupale facilite l'émergence des enveloppes individuelles. Selon D. Anzieu cité en première partie, l'enveloppe groupale assure au groupe une unité et une continuité nécessaire. Il se pose cependant dans le cas précis du groupe « Mémoire et mouvements » la question de la constitution de l'enveloppe groupale malgré le manque de stabilité du groupe, les participants et leur nombre variant d'une séance à l'autre. Il me semble que la continuité et l'unité de ce groupe peut s'expérimenter au sein d'une même séance, par la permanence du cadre spatio-temporel (tous les vendredis au même horaire et dans la même salle) et par la répétition de certains exercices d'une semaine sur l'autre.

Cette enveloppe groupale créée par la continuité et la répétition permet par exemple à Mme R., une patiente qui est venue très régulièrement participer au groupe pendant la durée de son hospitalisation, de s'investir de plus en plus au fil des séances, et de passer davantage d'une posture passive à une posture active dans le groupe. Ainsi, cette patiente peut accepter avec de moins en moins de réticences de venir au groupe et peut prendre des initiatives motrices ou verbales, en donnant des consignes aux autres patients lorsque nous l'y invitons. Les traces mnésiques qui persistent de cette activité semblent avoir favorisé l'émergence pour cette patiente d'un sentiment de sécurité au sein de l'enveloppe groupale.

Sa propre enveloppe étant alors suffisamment sécurisée, Mme R. peut se mettre en mouvement et verbaliser davantage qu'au sein de l'unité où elle est parfois plus en retrait.

Par ailleurs, le groupe est un lieu privilégié de travail sur les enveloppes psychocorporelles de par les nombreuses formes circulaires utilisées (physioball, balles, cerceaux) ou expérimentées par les patients qui renvoient à la contenance et à la délimitation de leurs enveloppes. Ainsi, la forme spatiale du groupe, le cercle, auquel les différents soignants appartiennent, favorise la constitution d'une enveloppe groupale : les participants se voient les uns les autres et délimitent un espace au sein duquel ils partagent les mêmes activités. L'espace entre chaque membre du groupe préserve l'individualité de chacun.

Lors de l'échauffement, nous invitons souvent les patients à s'enrouler, en commençant par la tête et continuant tout le long de la colonne vertébrale, jusqu'au plus bas possible. Ce schéma d'enroulement induit aussi une forme enveloppante. Selon S. Robert-Ouvray, citée en partie théorique, l'enroulement donne la première forme psychocorporelle du corps, et la première enveloppe tonico-émotionnelle. Nous permettons donc aux patients de retrouver cette première forme du corps et de reconstituer cette première enveloppe. Nous observons d'ailleurs que certains patients apprécient beaucoup ce mouvement, y associent la respiration et parfois désirent rester quelques instants en position d'enroulement, comme pour faire durer cette forme et l'ancrer dans le corps.

De plus, l'utilisation de différents ballons fait appel aussi à la circularité : d'une part par la forme même du ballon ; et d'autre part les lancers de proche en proche à son voisin viennent renforcer la continuité et la circularité de l'enveloppe groupale au sein de laquelle la participation active de chacun est nécessaire. Une fois cette enveloppe matérialisée, il est possible d'interagir plus librement entre les participants : la limite entre l'extérieur et l'intérieur du groupe est claire, les lancers de ballons peuvent être destinés à des personnes plus éloignées, en face de soi par exemple. Il peut se jouer quelque chose à l'intérieur du groupe puisque l'extérieur en est délimité ; l'espace propre du groupe, selon R. Kaes, est constitué.

Il est fréquent que certains patients aient des difficultés à réaliser des échanges de ballons avec des participants plus lointains que leur voisin. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'il s'agit de persévérations dues aux troubles cognitifs : ils persistent à appliquer la consigne précédente (lancer à son voisin). Cependant, il me semble que nous pouvons aussi

y voir une difficulté à prendre du recul par rapport à l'enveloppe groupale. Il est peut-être encore nécessaire pour ces patients de consolider les limites du groupe avant de pouvoir interagir en son sein. Ces patients semblent s'accrocher à la sécurité de l'enveloppe groupale, par manque d'autonomie de leur propre enveloppe.

En outre, en ce qui concerne cette question des enveloppes et des limites, nous avons pu parfois demander aux patients de faire des lancers dans un cerceau que nous tenions au centre du cercle. Au-delà des capacités de coordination oculo-manuelles qu'il met bien évidemment en jeu, comme évoqué plus haut le cerceau renvoie aussi à la forme spatiale représentative des enveloppes par le cercle, la délimitation d'un contour et donc d'un intérieur et d'un extérieur. Viser dans un cerceau nécessite donc d'avoir conscience des différences dedans / dehors ; pour cela il faut avoir soi-même conscience de ses propres limites entre intérieur et extérieur pour pouvoir l'imaginer dans le rapport aux choses - le corps étant toujours le premier référentiel de compréhension du monde extérieur. A l'intérieur même du groupe, il s'agit alors pour les patients de saisir une autre délimitation, celle du cerceau ; et les limites de soi-même doivent être correctement perçues, grâce à une bonne conscience corporelle, pour adapter son geste au lancer.

Finalement, le groupe met en jeu une dialectique perpétuelle entre l'individu et le groupe. L'individu appartient au groupe mais conserve sa subjectivité. La succession des activités au cours d'une séance favorise cette dialectique. Ainsi, la groupe fait d'emblée exister les enveloppes individuelles par l'échauffement personnel. Puis, une fois cette mise en forme de l'enveloppe individuelle effectuée, les interactions entre les individus sont possibles, et la constitution d'une enveloppe groupale sécurisante et continue est permise par les lancers de ballons. Enfin, si la séance s'achève par des jeux d'adresse par exemple, les participants sont invités à agir chacun leur tour sous le regard du groupe. Pour cela, l'enveloppe de chacun doit être efficiente et l'enveloppe groupale sécurisante. Notons que lorsque Mme H. est venue participer au groupe, elle se dévalorisait beaucoup lors de ces jeux d'adresse, ce que nous pouvons mettre en lien avec ses nombreuses problématiques étudiées précédemment concernant une enveloppe psychocorporelle altérée.

R. Kaës évoque la fonction de pare-excitation du groupe : l'enveloppe groupale permet de contenir le trop-plein d'excitation individuelle et groupale. Or, nous avons vu précédemment que les enveloppes des patients de l'UCC semblaient défailtantes notamment sur le plan de la fonction pare-excitatrice. Cette enveloppe groupale permet

donc de pallier à ce manque. J'ai pu observer par exemple à plusieurs reprises une patiente très agitée, voire parfois agressive, venir au groupe et finalement s'endormir pendant la séance. Il m'a semblé alors que le groupe assurait pour cette patiente un filtre pare-excitant, lui procurait une contenance et une sécurité qui lui permettait de s'apaiser et même au-delà induisait un relâchement de toute vigilance. Etant donné la fatigue de cette patiente consécutive à son agitation psychomotrice fréquente, l'endormissement survenait rapidement.

J'ai pu constater particulièrement lors d'une séance la capacité du groupe à faire enveloppe pour un patient plus en difficulté. Nous terminions l'activité par un parcours moteur. Un patient, M. S., a chuté lors d'un enjambement d'obstacle, sans gravité puisque la psychomotricienne et moi-même avons pu l'accompagner dans sa chute. Tous les autres patients s'inquiétaient pour lui, et le soutenaient du regard lors de la suite de la réalisation du parcours. Lorsqu'il l'a achevé, les participants ont applaudi M. S. avec conviction. Cela lui a redonné le sourire, nous avons pu sentir la renarcissisation que permettait ce soutien des autres patients. Par ces applaudissements, ils ont créé une enveloppe groupale sécurisante et sonore. Cette enveloppe a redonné une contenance à M. S dans tous les sens du terme : à la fois de sa prestance et de la contenance psychique rassurante.

Je terminerai cette partie en évoquant une patiente que j'ai déjà mentionnée, Mme B., qui venait au groupe (séance groupale qu'elle investissait beaucoup par ailleurs) avec son sac rempli d'objets glanés dans l'unité. Il est arrivé que Mme B. oublie son sac dans la salle de psychomotricité, alors qu'elle y manifestait habituellement un attachement excessif. Nous pouvons faire l'hypothèse ici que l'enveloppe groupale a permis à Mme B. de renforcer son enveloppe personnelle. Dès lors, son enveloppe davantage présente, ses limites mieux marquées, les objets ne sont plus nécessaires comme une extension du Moi.

3. Le psychomotricien

Le psychomotricien, par la spécificité même de sa formation, joue un rôle dans l'étayage des enveloppes psychocorporelles des patients. J'ai pu à la fois l'observer auprès de ma maitre de stage et à la fois l'expérimenter moi-même. Ainsi, dans l'attitude physique, nous sommes enclins à apporter une certaine contenance aux patients qui en manquent. J'ai constaté que plus un patient semble manquer de limites et de support en lui, plus tout paraît

désorganisé, plus je vais avoir tendance à être contenante physiquement, en apportant un toucher rassurant au patient, en prenant sa main ou son bras, en me mettant au même niveau que lui, en verbalisant avec une prosodie tranquille. Le renforcement des enveloppes du patient passe donc par le dialogue tonico-émotionnel qui se joue entre le patient et le psychomotricien, tout comme leur construction s'est étayée par le dialogue tonico-émotionnel dans les interactions précoces mère-bébé. Il y a à la fois contenance physique mais aussi contenance psychique de la part du psychomotricien, tout comme le holding de la mère est autant physique que psychique. Si mon attention n'est pas au patient avec qui je suis, il va immédiatement le ressentir, même s'il ne peut le conscientiser.

Ainsi, lorsque nous faisons du toucher thérapeutique avec Mme C. et Mme H., ce n'est pas la médiation qui est thérapeutique en soi mais l'utilisation que nous faisons de cette médiation, et l'attitude que nous adoptons à travers cette médiation. C'est parce que notre intention est de faire ressentir des limites contenant, de relâcher des tensions physiques et psychiques, de lire les réactions psychocorporelles du patient, d'être nous-mêmes impliqués psycho-corporellement dans le soin que cela est possible et non dans l'application mécanique d'une technique.

Le psychomotricien accorde aussi une place importante à l'élaboration psychique des vécus. Tout n'est pas laissé à vivre par le patient de façon abrupte sans lui permettre de prendre du recul et de se représenter ce qu'il vit. Mettre du sens sur ce qui est vécu permet de contenir les pulsions. Selon D. Houzel, le premier feuillet de l'enveloppe, la dynamique pulsionnelle, n'est stable que s'il est lesté de représentations sur un deuxième feuillet de l'enveloppe. Cela rejoint la conception d'A. Bullinger : il s'agit d'une mise en sens des variations tonico-émotionnelles. C'est là tout le rôle de la verbalisation : inscrire, stabiliser ce qui a été vécu et permettre la construction des enveloppes par ce biais.

Une grande partie de la prise en charge de Mme C. aura résidé dans cette attitude du psychomotricien comme soutien aux enveloppes défaillantes. En effet, plus aucune médiation n'étant accessible à Mme C., le seul outil qu'il reste au psychomotricien est son propre être psychocorporel, premier matériau de base au soin psychomoteur. L'étayage relationnel reste le soin ultime : il s'agit à mon sens d'être avec, de contenir, rassurer et envelopper par sa seule présence. Nous ne cherchions pas à faire quelque chose avec Mme C., mais à nous laisser entraîner là où elle avait besoin que nous soyons. Ainsi, l'espace et le temps de la prise en charge n'étaient plus fixes. Nous l'accompagnions dans son espace et

essayions de sentir ce qui lui conviendrait en ce jour : être mêlée aux autres patients dans la salle commune, au contraire trouver un peu de solitude dans sa chambre... Mme C. ne pouvait pas forcément faire part de ces besoins, et c'est grâce à notre lecture infra-verbale de la patiente que nous pouvions lui proposer ces choix-là. De même, nous la quittons lorsque nous sentions qu'elle pouvait se passer de notre appui, soit parce qu'elle avait trouvé d'autres ancrages dans l'unité (un jeu dans la salle commune, un magazine...) soit parce qu'elle avait trouvé la sécurité en elle-même (apaisement tranquille). Pendant toute cette prise en charge, nous essayions de verbaliser à Mme C. ce que nous comprenions de ces états tonico-émotionnels, afin d'étayer la face externe de ces enveloppes psychocorporelles.

Les patients cherchent auprès des soignants les appuis qui leur manquent ; le psychomotricien peut percevoir cette recherche et y répondre de manière appropriée. J'ai détaillé précédemment dans la partie clinique une séance avec Mme H. pendant laquelle elle a serré nos mains avec force à la psychomotricienne et à moi-même. Ce geste venant après les confidences qu'elles nous avaient faites, il me semble qu'elle venait vérifier de manière physique, mais aussi implicitement psychique, notre solidité afin de pouvoir nous faire confiance. Notre appui ferme, consistant et contenant lui permet d'accepter la consolidation de ses enveloppes par nos soins (toucher thérapeutique...).

La contenance du psychomotricien se traduit aussi par le maintien d'un cadre. Pour Mme H., nous avons perçu l'importance du cadre temporel notamment, d'autant plus que la maladie délite cette perception du temps. C'est pourquoi nous venions la prévenir en avance de l'heure de sa prise en charge ; cela participe à l'émergence d'une enveloppe sécurisée pour le patient. De même, dans la séance groupale, le maintien du cadre est garanti par le psychomotricien. Il s'agit à la fois du cadre spatio-temporel (les patients ont souvent besoin d'être rassurés sur le fait qu'ils seront bien remontés pour le déjeuner), et à la fois du maintien de l'intégrité psychocorporelle des patients par la fonction de pare-excitation qu'il exerce. Ainsi, il nous est arrivé qu'un soignant raccompagne un patient dans l'unité pendant la séance parce qu'il était totalement opposé à la séance et qu'il était impossible de continuer avec le reste du groupe à cause de ces perturbations. Nous sommes donc les garants du trop-plein d'excitation, même si parfois cela semble nuire à un patient au profit de tous les autres membres du groupe. L'accompagnement du patient sortant du groupe est alors primordial, à travers la verbalisation et la réassurance.

4. Limites et questionnements rencontrés

Aux détours de mon stage, certaines questions ont été soulevées par les différentes prises en charge, questions auxquelles je ne prétends pas répondre mais plutôt amorcer une réflexion à partir de ces interrogations.

Ainsi, il me semble que lorsque nous réalisons des séances de toucher thérapeutique avec les patients, et particulièrement lors des enveloppements secs, nous mettons le patient dans une situation de régression à un état plus archaïque, semblable en certains points à l'attitude du tout-petit avec sa mère. Travaillant avec le corps et sur le corps, nous faisons forcément écho à des traces corporelles du passé. Cette régression pose question. Elle me paraît d'un côté permettre la restauration de ce qui est altéré d'une façon similaire à sa construction : le toucher thérapeutique rappelle le holding et le handling maternel, et renvoie au Moi-peau sur lesquels s'étaient les enveloppes. Cependant, d'un autre côté, quel sens mettre sur cette régression pour des patients qui sont déjà désorientés temporellement, qui pouvant par exemple appeler leur mère décédée depuis bien longtemps ? De nombreux aspects de leur vie quotidienne les renvoient déjà à l'enfance : les soins qui leur sont donnés, l'aide à la toilette et aux repas... La régression expérimentée en psychomotricité ne renforce-t-elle pas cette confusion des étapes de la vie ? Les dernières fois où nous avons voulu essayer de faire une séance de toucher thérapeutique avec Mme C., elle se déshabillait, comme si elle pensait que nous allions la coucher. La confusion des rôles, du moment de la journée, du but de la prise en charge ne permettait pas alors que le toucher thérapeutique fasse sens pour elle. Il me semble donc qu'il est primordial de resituer le cadre et les objectifs avec les patients, ce que nous faisons par ailleurs régulièrement avec Mme H. Malgré leurs faibles capacités de compréhension, nous devons utiliser les mots à leur portée, faire en sorte que le temps et l'espace de prise en charge soit signifiant pour eux et non enclin à la confusion. Toutes ces conditions, ainsi qu'une verbalisation des ressentis du patient et un accompagnement de la fin de séance permettent que la régression qui a pu être expérimentée par le patient soit élaborée psychiquement.

D'autre part, la quasi incapacité des patients de l'UCC à forger de nouveaux souvenirs (atteinte de la mémoire épisodique antérograde prégnante) m'a questionnée quant à la possibilité d'un ancrage dans le temps du travail réalisé en psychomotricité. Si le bénéfice à

court terme d'une séance, qu'elle soit individuelle ou groupale, est le plus souvent perceptible, qu'en est-il du bénéfice à long terme ? Il est d'emblée difficile de parler de long terme pour ces patients vivant presque exclusivement dans le temps présent. Les souvenirs conscients d'une séance à l'autre sont très rares. Cependant, en ce qui concerne les enveloppes, il me semble que le travail réalisé est en-deçà de compétences conscientes, et c'est en cela qu'il peut rester des traces du travail effectué. Il nous est forcément extrêmement difficile d'évaluer l'impact des séances sur le plan des enveloppes ; nous ne pouvons pas quantifier la perception et l'altération des enveloppes psychocorporelles des patients. Mais nous pouvons observer, lire des signes qui montrent que sur l'instant se jouent des choses pour le patient : il en est ainsi des verbalisations imagées de Mme H., qui a pu nous dire par exemple en fin de séance : « il y a plein de choses qui partent et d'autres qui tiennent ». Nous pouvons comprendre que certaines tensions ont disparu et que Mme H. a peut-être une meilleure conscience de ce qui « tient » dans son corps. Il me semble que si le patient en retire un bénéfice dans le court terme, inévitablement s'ancrent des ressentis psychocorporels pour le patient sur le long terme, aussi imperceptibles soient-ils.

Dans la continuité de cette réflexion, je me suis questionnée sur le sens d'une prise en charge en psychomotricité pour des patients dont on sait le déclin inéluctable, puisqu'étant le propre même d'une maladie neurodégénérative. Nous savons que la maladie avançant, les enveloppes psychocorporelles des patients risquent de s'altérer de plus en plus. Pourquoi alors se donner tant de mal à vouloir jouer un rôle thérapeutique pour le patient ? Comme j'ai déjà pu l'évoquer, il me semble que ces patients vivent principalement dans le temps présent, avec peu très peu de capacités de se projeter dans l'avenir ou de faire mémoire du passé. Dès lors, si nous pouvons permettre au patient de mieux vivre, ne serait-ce que l'instant présent de son vécu, cela me semble primordial. Les enveloppes psychocorporelles des patients seront, je pense, d'autant moins ébranlées par la maladie qu'elles seront préservées et nourries chaque jour. De plus, la prise en charge du patient, même si les bénéfices n'en sont ressentis que sur le court terme, permet déjà une ambiance plus apaisée dans le service hospitalier car la présence des troubles du comportement chez ces patients est diminuée. Les interactions entre patients auront donc tendance à générer moins d'agitation, d'agressivité ; les prises en charge des soignants pourront se dérouler dans de meilleures conditions et donc être de plus grande qualité pour le patient.

III. Les enveloppes du psychomotricien

Bien que le sujet de ce mémoire concerne les enveloppes des patients souffrant de syndrome démentiel, il me semble cependant incontournable d'aborder les enveloppes mêmes du thérapeute. En effet, si j'ai été interpellée par les enveloppes psychocorporelles des personnes âgées côtoyées dans l'unité, c'est parce qu'il me semble que mes propres enveloppes ont été mises à mal par ces patients. Avant même que je ne débute ce stage, ma maître de stage m'avait prévenue que ces patients « nous désorganisent ». J'ai pensé à ce moment-là que la psychomotricienne employait de grands mots pour s'assurer de ma motivation. Cependant, j'ai pu très rapidement ressentir que la désorganisation du patient, de fait, a quelque chose de désorganisant pour nous-mêmes. Il me semble indispensable d'en prendre conscience pour d'une part, connaître ses limites en tant que thérapeute, et d'autre part prendre du recul par rapport à nos propres réactions face au patient. Le contre-transfert en psychomotricité existe, et peut être un outil précieux lorsque nous en avons conscience.

Nos enveloppes psychocorporelles sont constamment atteintes dans leur intégrité par ces patients. Eux-mêmes ayant des limites psychocorporelles altérées, ils ne perçoivent pas toujours nos propres limites. Nous trouverons plus ou moins bien les ressources pour faire face à ces effractions en fonction de notre état du jour : fatigue, difficultés personnelles, difficultés institutionnelles ne sont pas sans influencer sur notre capacité à prendre du recul par rapport aux événements. La fonction de pare-excitation de notre enveloppe est notamment très sollicitée, par exemple lorsqu'un patient devient agressif physiquement ou verbalement, lorsqu'un patient désinhibé peut avoir des gestes déplacés... Si je ressens ces événements comme une effraction au sein de mon enveloppe psychocorporelle, il m'est alors impossible de contenir et soutenir l'enveloppe du patient. En revanche, si je peux trouver une juste distance par rapport à ces agressions, les prendre en compte mais sans que cela nuise à mon intégrité, je peux alors avoir une réponse adaptée pour le patient.

Finalement, il me semble que les enveloppes du psychomotricien doivent être solides et fermes pour ne pas être désorganisées par le patient ; et en même temps suffisamment perméables pour recevoir les éprouvés du patient, percevoir le dialogue tonico-émotionnel qui se joue, y réagir et s'y adapter en conséquence. Il ne s'agit en effet pas de se protéger des vécus des patients par une carapace qui n'accepterait plus le transfert, ni de se laisser

envahir par les affects des patients ; ce qui ne permet plus de garder un rôle thérapeutique. La juste distance entre le patient et le soignant, des enveloppes intègres chez le psychomotricien permettent une empathie et une relation thérapeutique bénéfique.

CONCLUSION

Les clés de lecture retenues pour tenter d'appréhender les enveloppes psychocorporelles des patients de l'UCC sont bien sûr limitées par rapport à la réalité complexe de l'être psychomoteur de tout individu. Cependant, émettre des hypothèses quant au fonctionnement d'un patient, d'après un certain angle de compréhension -qui a été ici celui des enveloppes, permet au psychomotricien de saisir un peu de ce qui se joue pour le patient afin d'avoir un rôle thérapeutique pour celui-ci. Gardons toujours à l'esprit que nous ne pourrions jamais prétendre à comprendre l'insaisissable : l'être humain, quel qu'il soit, reste un mystère dont nous ne pouvons saisir que ce qu'il nous laisse à voir et ce qui résonne en nous.

Si des médiations comme le toucher thérapeutique et la séance groupale peuvent participer à l'étayage des enveloppes psychocorporelles des patients, n'oublions pas que c'est d'abord la personne même du thérapeute qui permet cet étayage, d'où l'importance de nourrir nous-mêmes nos propres enveloppes pour prendre soin de celles des autres. Par sa lecture corpro-psychique du patient, la psychomotricité permet de redonner une continuité et une réciprocité entre les vécus corporels et les vécus psychiques du patient ; favorisant une réintégration de l'enveloppe psychocorporelle et un amoindrissement du clivage corps – psyché.

C'est l'impossibilité de faire, d'être dans l'action, notamment avec Mme C., qui m'a ramenée à ce qui me semble être l'essence même de la psychomotricité : nous sommes d'abord psychomotriciens avant de faire de la psychomotricité. Je pense que c'est dans mon attention à mes propres ressentis psychocorporels, dans l'accueil de ceux du patient et dans ma réponse à ces vécus que je serai psychomotricienne avant tout.

Finalement, le concept d'enveloppes psychocorporelles m'a permis de mettre des mots sur ce que je percevais comme un débordement de vie non contrôlé, par la désorganisation de ces patients dans l'agitation ou l'agressivité ; ou comme au contraire un sentiment d'absence de vie par l'apathie. Cette question de la vie reste présente à mon esprit, car il me semble que tous les concepts théorico-cliniques que nous pouvons employer en psychomotricité tentent de définir la vie dans sa globalité. Mouvements corporels et mouvements psychiques permettent à l'Homme d'exister et d'entrer en relation avec le

monde. Là où cette motilité physique et psychique semble désorganisée ou inexistante, c'est à nous soignants, et qui plus est psychomotriciens, de les déceler et de permettre leur déploiement.

BIBLIOGRAPHIE

- Adam, S. (2009). Comment aider les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à lutter contre l'apathie ? *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 158 (XVI), 446-447.
- Albaret, J.-M. & Aubert, E. (2001). *Vieillesse et psychomotricité*. Marseille, France : Solal.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-V-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5ème éd ; traduit par M.-A. Crocq J.-D. Guelfi). Paris, France : Elsevier Masson.
- Andreeva, V. (2011). « Snoezelen » ou les effets de la stimulation multisensorielle sur les troubles du comportement chez les personnes âgées démentes à un stade avancé. *NPG*, 61 (11), 24-29.
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Paris, France : Dunod.
- Anzieu, D. (1999). *Le groupe et l'inconscient*. Paris, France : Dunod.
- Anzieu, D. (2013). *Les enveloppes psychiques* (2^{ème} édition). Paris, France : Dunod.
- Belmin J. (2015). *La maladie d'Alzheimer : tout ce que vous avez toujours voulu savoir*. MOOC de l'université Pierre et Marie Curie.
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 1 : Un parcours de recherche*. Toulouse, France : Erès.
- Bick, E. (2006). L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces in *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick* (dir. A. Briggs). Larmor-Plage, France : Hublot.
- Bruchon, M. (2004). Une histoire de liens. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 138, 10-26.
- Calza, A. & Contant, M. (2007). *Psychomotricité*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Caron, R. (2000). *Comprendre la personne âgée*. Paris, France : G. Morin.
- Charazac, P.-M. (2011). *L'aide-mémoire de psychogériatrie en 24 notions : spécificité du patient âgé, psychopathologies, cadre de la relation soignante et pratiques cliniques, questions éthiques*. Paris, France : Dunod.
- CIM 10 : *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (2008). Genève, Suisse : Organisation Mondiale de la santé.

- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, France : Seuil.
- Dubois, B., & Michon, A. (2015). *Démences*. Montrouge, France : Doin.
- Federn, P. (1979). *La psychologie du moi et les psychoses*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Freud, S. (2011). *Esquisse d'une psychologie* (traduit par S. Hommel, J. Le Troquer, A. Liégeon, F. Samson). Toulouse, France : Eres.
- Houzel, D. (2005). *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris, France : In press.
- Ivan-Rey, M., Molinier, P. & Vidal, J. (2008). Trois approches psychosociales du vieillissement. Identité, catégorisations et représentations sociales. *Psychologie et NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 4 (6), 245-257.
- Juhel, J.-C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée : Réfléchir, agir et mieux vivre*. Laval, France : Presses université.
- Kaës, R. (1999). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris, France : PUF.
- Kaës, R. (1994) *La parole et le lien. Associativité et travail psychique dans les groupes*. Paris, France : Dunod.
- Lebert, F. (1998). Signes et symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Intérêt diagnostique et traitement. *Alzheimer*, 1 (2), 17-18.
- Maisondieu, J. (2010). Vous avez dit démence ? (Approche psychodynamique des démences). *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 168 (XVII), 391-392.
- Mariana, C. & Strubel, D. (2008). La déambulation chez les patients déments. *Psychologie et NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 4 (6), 259-264.
- Messy, J. (1992). *La personne âgée n'existe pas : une approche psychanalytique de la vieillesse*. Paris, France : Rivages.
- Potel, C. (2000). *Psychomotricité : entre théorie et pratique*. Paris, France : In press.
- Robert-Ouvray, S. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris, France : Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. (2015). Les transformations fantasmées de l'enveloppe tonique primitive. Repéré à <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/les-transformations-fantasmées-de-lenveloppe-tonique-primitive/>
- Thomas, P. (2009). Symptômes Psychologiques et Comportementaux de la Démence (SPCD): les comprendre, les évaluer, les prévenir... *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 158 (XVI), 430-431.

- Vieillesse. (2013). *Dictionnaire Le Petit Robert* (p. 1431). Paris, France : Le Robert.
- Winnicott, D.W. (2002). *Jeu et réalité : l'espace potentiel* (traduit par C. Monod et J.-B. Pontalis). Paris, France : Gallimard.
- Winnicott, D. W. (2015). *La capacité d'être seul* (traduit par J. Kalmanovitch). Paris, France : Payot.
- Winnicott, D. W. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant: développement affectif et environnement* (traduit par J. Kalmanovitch). Paris, France : Payot.

RESUME

La personne âgée souffrant de syndrome démentiel est atteinte dans toutes ses dimensions psychomotrices. Ce mémoire s'intéresse particulièrement à la question de leurs enveloppes psychocorporelles, prenant appui sur des patients hospitalisés en Unité Cognitivo-Comportementale. Ceux-ci semblent manifester par leurs troubles psycho-comportementaux, entre autres, que leur enveloppe psychocorporelle n'est plus intègre. Nous étudierons dans ce mémoire comment la psychomotricité peut, notamment au travers de séances individuelles de toucher thérapeutique et de séances de psychomotricité en groupe, contribuer à étayer ces enveloppes. Ainsi, le psychomotricien, non seulement par les médiations qu'il propose mais aussi par sa propre façon d'être, est un soutien aux défaillances des enveloppes de ces sujets âgés.

Mots-clés : Démence – Troubles psycho-comportementaux - Enveloppes psychocorporelles – Psychomotricité - Toucher thérapeutique – Groupe

SUMMARY

The elderly person who suffers from demential syndrome is impacted in all its psychomotor dimensions. This paper focuses specifically in the study of their psychobodily envelopes, using patients hospitalised in cognitive behavioural units as a support. Those patients seem to show, through their psychobehavioural disorders, that their psychobodily envelopes got damaged. In this paper, we will study how psychomotricity can help cleanse those envelopes, especially through individual therapeutic touch sessions as well as through psychomotor grouped sessions. Hence, the psychomotrician is a support for elderly people with deficient envelopes, not only through the mediation he offers but by his behaviour as a therapist as well.

Keywords : Dementia – Psychobehavioural disorders – Psychobodily envelopes – Psychomotricity – Therapeutic touch - Group