Ce corps qui nous relie...

Une clinique psychomotrice groupale en psychogériatrie

Thomas PETIT, psychomotricien CH Aix les bains

thomas.petit03@orange.fr

Le corps qui relie...mais qu'aurait-il à relier? Relier à l'intérieur de nous... entre nous... En partant d'un groupe de thérapie psychomotrice au sein d'un Accueil de Jour, nous nous demanderons si cette clinique psychomotrice et groupale s'inscrit dans une dimension de soin psychique? Quels en sont les objectifs et les ressorts thérapeutiques?

texte d'une intervention lors du colloque de l'association Corps et Psyché, le 12/05/2012 sur le thème « Le corps du groupe - Le corps dans le groupe » http://corpsetpsy.canalblog.com/

« Je vous parle d'un lieu,

Une pièce de vie d'institution. 60M2 lumineux, mobiliers vieillots, une cuisine, des tables et autour des vieilles personnes. Qui le nez dans son journal, qui les yeux dans le vide, une main frotte machinalement la table nettoyant une tache disparue depuis très longtemps.

Zoom arrière. Avant d'entrer, passer la porte du service. Au-dessus une pancarte « Accueil de jour Alzheimer » »

Je vous parle d'un lieu appelé gériatrie.

Un monde, un univers, une société, un groupe, avec son organisation, ses règles, ses croyances.

La gériatrie en tant que spécialité médicale issue du champ somatique porte un regard particulier sur l'adulte vieillissant. Celui-ci est d'ailleurs renommé en personne âgée. Or comme Jacques Messy nous l'a formulé il y a quelques années, la personne âgée n'existe pas. « Si j'ai écrit « La personne âgée n'existe pas », c'est bien pour pointer qu'il n'y a pas une espèce d'individus qui naît sur les cendres de l'adulte lorsqu'il entre dans la catégorie sociale des personnes âgées. » (1) Autrement dit l'adulte vieillissant devient âgé traversant une nouvelle crise (une de plus) dans le déroulement de son histoire personnelle.

Si la personne âgée existe, c'est comme représentation sociale portée sur une classe d'âge élastique concernant les plus de 60 ans. De 60 ans à 100 ans, cela fait une grande classe d'âge. Cette représentation/appellation devient un habit pour l'individu mais ce n'est jamais l'individu lui-même.

Les adultes âgés que je rencontre à l'Accueil de Jour souffrent de troubles cognitifs multiples entravant leurs capacités d'autonomie antérieures.

Ces personnes vivent toujours à leur domicile le plus souvent en couple ou avec un de leurs enfants et parfois seules.

Ce texte est l'occasion de vous proposer un exemple de thérapie psychomotrice en psychogériatrie. Et je vous propose de m'accompagner lors d'une de mes interventions.

Nous sommes au sein d'un hôpital local avec une importante activité gériatrique.

14H, j'entre dans le service.

Dans la pièce de vie, quatre tables sont assemblées. Autour sont assis, mon collègue aide-soignant et 8 accueillis (c'est leur dénomination ici).

Un tour de table pour saluer chacun. « Bonjour Mme Violette... » « Mr Oursin bonjour » « Comment allez-vous Mr Rebond ?»

Je m'assois. Le silence règne. Nez dans le journal, les yeux dans le vide, une main frotte une tache disparue depuis longtemps.

Mon collègue s'accroche à ses dernières capacités attentionnelles. Présent seul depuis l'ouverture, il a déjà accompagné les deux groupes qui se sont succédés depuis le matin.

Une fois assis, je constate de nouveau qu'il ne suffit pas de mettre des personnes en présence pour faire groupe.

Mais nous allons laisser mon collègue prendre une pause bien méritée avant de nous retrouver pour co-animer la séance.

14h30. Début de l'atelier. Nous formulons aux participants que nous nous retrouvons aujourd'hui pour le groupe du lundi (usuellement chaque groupe porte le nom du jour). Donc nous nous retrouvons pour le groupe du lundi autour du mouvement (car tel est le médiateur de ce jour-là). Sur ce nous invitons chacun à se lever car la séance à lieu dans cette pièce de vie. Et nous allons la transformer pour créer l'espace du groupe. Chacun participe à cet aménagement à hauteur de ses moyens. La porte de la salle est fermée. Les tables sont retirées. Des chaises sont installées en cercle une pour chacun, soit 10 chaises. Nous prenons place. Et selon la vie du groupe et la capacité ou les besoins des uns et des autres, nous laissons chacun s'installer librement ou nous proposons une place à certain.

« Eh bien bonjour à tous » dis-je à nouveau. Mais cette fois, il s'agit de saluer le groupe comme pour nommer son existence.

Puis nous commençons par un temps de présentation de chacun. Un objet circule pour soutenir l'expression de chacun et attirer l'attention sur ceux qui nous entourent. Cet objet circulant de main en main viendrait peut-être matérialiser une première enveloppe groupale. En tout cas telle est notre intention.

La séance est rythmée par différentes propositions d'expériences par le mouvement. Les propositions qui vont suivre peuvent paraître simple mais comme nous le reprendrons plus loin, cette simplicité participe au processus thérapeutique.

La trame de fond serait de commencer par utiliser le mouvement pour sentir son propre corps puis progressivement d'utiliser le mouvement dans l'échange et la rencontre à l'autre. Mais cette trame de fond n'est qu'un projet de base se recomposant en fonction de l'apport de

chacun des participants et de la dynamique du groupe. Ainsi bien que très ritualisé, le déroulement peut évoluer en fonction de l'histoire du groupe.

Comme la majuscule annonce de le début de la phrase et le point la termine, deux propositions ponctuent le commencement et la fin de la séance. Au milieu, le récit...

Notre première proposition sera de mobiliser les différentes parties du corps les unes après les autres. Il n'y a aucune attente de la part des co-animateurs tant dans la production que dans la qualité gestuelle. La formulation souvent réitérée est la suivante: « Nous faisons comme nous pouvons avec notre corps ».

D'un point de vue, je dirai, purement psychomoteur, cette expérimentation a l'intérêt de recentrer le sujet sur lui-même. En effet nous sollicitons sa sensorimotricité en partant de mouvements segmentaires centrés sur une articulation. Puis nous allons vers des mouvements plus globaux. Comme si en repassant par le corps propre, cela permettait de se rassembler et de s'incarner dans un ici et maintenant.

Cette proposition, malgré sa permanence, évolue, comme les autres, de séance en séance. Dans un premier temps, elle est portée par les co-animateurs puis nous laissons les participants s'en emparer. Chacun est invité à proposer un mouvement au groupe et à imaginer les mouvements possibles selon la partie du corps concernée.

Nous passons déjà d'un mouvement pour soi à une mise en jeu de notre corps sous le regard de l'autre et confronté au corps de l'autre, notamment du côté de ses particularités, de ses capacités ou de ses difficultés.

Nous terminons notre séance par un échange de ballon dans le groupe. Ce temps final est toujours un temps fort lors duquel peut se jouer les mouvements relationnels des uns vers les autres: douceur, force, coopération, agressivité, prise en soin, provocation, investissement d'une personne en particulier, se sentir investi ou délaissé.

Entre ces deux temps forts, plusieurs histoires ont eu lieu.

A une époque dans l'enchainement du premier temps, nous proposions d'expérimenter le mime. Il est souvent très difficile pour les personnes souffrant de troubles cognitifs avancés d'avoir accès aux gestes symbolisant une action. Mais là encore, débarrassées d'attentes trop élevées de notre part, les tentatives simples des uns reprises par les autres s'enrichissent parfois.

Ainsi de ces premières expériences de mimes, un jour un cirque a émergé. Et nous voilà mettant en scène un cirque imaginaire où chacun joue son numéro. Et je me retrouve chimpanzé sous la houlette d'une dresseuse octogénaire trouvant enfin l'occasion de reprendre la main sur son environnement.

Ces derniers temps, le groupe est devenu maçon, constructeur de gratte-ciel. La tour de Pise se redresse. Les bases se consolident.

Les co-animateurs sont parfois rattrapés par l'enfant à l'intérieur d'eux jouissant du « badaboum » de la chute. Pour les participants, aux prises avec une déconstruction interne dont nous reparlerons plus loin, il est important pour eux que cela tienne. Les morceaux composant la tour doivent s'agencer, s'emboiter, s'organiser. Et même lorsqu'il s'agit de la défaire, le groupe s'organise

méticuleusement pour ranger les briques de cartons dans ce qui pourrait ressembler à de nouvelles constructions.

Après notre échange de ballon final, nous terminons notre séance.

A une époque nous avons tenté de proposer à chacun de verbaliser son vécu de la séance. Mais il est très difficile, voire illusoire, pour ces personnes de pouvoir élaborer, verbaliser ce qui pourrait être leur ressenti sur un temps venant de s'écouler.

Nous le faisons toujours mais de façon moins formelle: « comment s'est passée votre séance aujourd'hui? » Les réponses, quand il y en a sont souvent courtoises et polies. Tout en prenant acte de ses propos bienveillants à l'égard du groupe, nous complétons ce temps de mise en mots. Et c'est nous, co-animateur, en nous interrogeant mutuellement qui retraçons le déroulement de la séance. Nous reprenons notre ressenti et nos observations pour les uns ou les autres.

La séance est définitivement close lorsque nous réinstallons la salle en pièce de vie.

Après cette visite guidée d'une séance du groupe du lundi, revenons à notre questionnement: « Ce corps qui nous relie... expérience d'une clinique psychomotrice groupale en psychogériatrie ».

Le corps qui relie...mais qu'aurait-il à relier? Relier à l'intérieur de nous... entre nous...

Cette clinique psychomotrice et groupale s'inscrit-elle dans une dimension de soin psychique? Mais est-il possible de faire du soin psychique en gériatrie? Que dis-je en psychogériatrie!

Je vous invite à me suivre dans le cours de mes réflexions.

Ma première idée était qu'il serait difficile d'envisager le soin psychique dans une institution gériatrique.

Les soins gériatriques se portent naturellement sur le soma, le fonctionnel et le cognitif. Lors des échanges entre professionnels (dans les temps de relève entre les équipes et même lorsqu'il s'agit de réfléchir à un projet de vie individualisé), le comportement est envisagé dans une dimension mécaniste, le corps selon le fonctionnement de ses grands systèmes (élimination, alimentation, cardio-vasculaire, locomotion etc...). La parole et la pensée sont, elles, envisagées selon leur seule adaptation à la réalité.

C'est un véritable effort de réussir à parler de l'autre en dehors de ces aspects et en dehors d'une dichotomie: sain / pathologique; normal/ anormal.

Ainsi la dimension psycho-affective est très souvent absente. Ce texte n'a pas pour but d'en interroger les raisons. Mais nous pouvons constater que nous flirtons souvent avec une pensée opératoire. Peut-être celle-ci nous protège-t-elle des effets du vieillissement, du mortifère, de la mort...

Lorsqu'en 2006, le centre hospitalier a ouvert une unité d'accueil de jour, dit « Alzheimer » de 8 places. La demande originelle était clairement de soulager l'entourage familial. Cette nouvelle structure serait un lieu d’accueil pendant que les familles souffleraient. En l'absence de soins médicaux et de soins d'hygiène, y aurait-il la place pour un autre type de soin? L'institution n'en était pas sûre. Pouvons-nous vraiment imaginer proposer un espace thérapeutique à des adultes dit déments?

Dément...Hors de l'esprit nous dit l'étymologie. « Personne n'ayant plus leur tête » nous dit le langage courant. Cette désignation, encore tellement présente dans les services, me laisse parfois songeur. J'imagine autour de moi des cohortes de corps sans tête mi inquiétant comme « le cavalier sans tête » de Tim Burton ou mi amusant comme des personnages de Tex Avery !

Mais partant de cette représentation de la démence, du dément, comment aller à la rencontre du sujet !

Aujourd'hui le terme de démence est associé ou remplacé par le mot « Alzheimer » (Il est « Alzheimer » ou elle a « l'Alzheimer »). Il me semble nécessaire de nous arrêter quelques instants sur cette maladie ou ces maladies.

Car le discours évolue pour parler maintenant de maladie d'Alzheimer ou apparentées aux pluriels tant les tableaux symptomatiques sont variés.

Dans un premier temps, la description de ces pathologies fut faite dans le champs de la neurologie, de la gériatrie puis de la neuropsychologie. L'étude portait sur le dysfonctionnement cérébral et ses conséquences cognitives. Cette lecture se retrouve dans le DSM 4. Ces pathologies y sont décrites comme des syndromes de déficits cognitifs multiples. Ces déficits provoquant une altération significative des capacités antérieures.

Cette définition, couramment utilisée dans le domaine de la gériatrie, est utile pour les diagnostics. Mais elle risque d'enfermer la personne dans son aspect déficitaire, focalisant notre regard sur la perte et influençant sur notre approche clinique.

Ce n'est que dans un second temps que des psychiatres, des psychologues cliniciens et des psychanalystes ont permis d'envisager les dimensions relationnelles, psychoaffectives et intrapsychiques de ces pathologies. Je citerai juste, ici, Louis Ploton et Gérard Legouès et Marion Péruchon dont les travaux m'ont permis de trouver un cadre théorico-clinique à ma pratique.

Ces auteurs nous permettent de proposer un second modèle affirmant la persistance du sujet et soulignent la possibilité d'une communication jusqu'au terme de l'avancée de la maladie.

L'expérience clinique, dont j'ai commencée à parler, repose sur la prise en compte de la personnalité, de la dimension psychoaffective et du désir du sujet.

Les travaux du Pr Ploton nous aident notamment à éviter l'opposition entre les aspects neuropsychologiques et psychodynamiques: « Il y a lieu de rappeler que l'activité neuronale (objet de la neurologie) est le support matériel de l'information, alors que l'activité psychique (objet de la psychologie) concerne le registre de l'information (sensations, souvenirs, pensées, fantasmes, rêves…), avec son sens, sa raison d'être etc. » (2)
En résumé il ne faut pas confondre le support et l'information. Et ce n'est pas parce que le support est défaillant que l'information n'existe plus.

Et L. Ploton d'ajouter: « Cela étant une affection comme la maladie d'Alzheimer n'a pas lieu d'être considérée comme étant plus neurologique que cognitive ou psychoaffective, c'est l'étude et la description qu'on en fera qui, pour des besoins particuliers, choisira de se placer sur un de ces plans. » (2)

Pour notre part, nous nous placerons sur le plan des interactions du sujet avec son environnement. Car c'est à ce niveau que commence notre intervention. Que se passe-t-il pour la personne dans sa manière de percevoir son environnement et dans ses possibilités d'agir et d'échanger avec lui?

Mme Rebond demande à son mari (atteint par la maladie d'Alzheimer) de descendre à la cave pour aller chercher un plat dans le congélateur. Après un long moment, Mr Rebond réapparait une clé à molette à la main. Mme Rebond incrédule s'énerve d'autant plus lorsqu'elle réalise qu'une partie du contenu de la boite à outils se retrouve dans le congélateur, lui-même resté ouvert.

Oubli (trouble mnésique), non reconnaissance de l'objet (trouble gnosique)... en tout cas nous pouvons supputer le désarroi de Mr Rebond au prise avec son congélateur et sa boite à outils et l'émotion ressentie devant la colère de son épouse.

Autre scène, autre lieu: Mr Oursin arrivant à l'accueil de jour s'assoit silencieux. Puis il essaie de dire quelque chose: « eu eu té, eu eu ké... ké eu ...é...Mer..» et finit en colère par un juron lui très distinct.

Les atteintes de l'appareil cognitif viennent perturber les interactions entre la personne et son environnement.

L'échec, l'incompréhension, les réactions négatives de l'entourage peuvent venir mettre à mal le narcissisme de la personne.

Ses difficultés dans l'expression, dans l'action et dans la compréhension de l'environnement peuvent la conduire dans un retrait ou dans une agitation.

Les troubles mnésiques, le regard changeant de l'entourage provoquent de véritables hémorragies identitaires.

Ainsi pour étayer ma clinique et complétant le premier triptyque (dimension psychoaffective, personnalité, désir), je vous en propose un deuxième (difficulté de communication, atteintes narcissiques et troubles identitaires).

Continuons notre réflexion sur les différents plans de description de la maladie.

Gérard Legouès nous propose d'aller voir du côté de l'appareil psychique en décrivant le phénomène de psycholyse:

« Il existe encore une vie mentale dans les décombres neuronaux, pas seulement séquellaire (...) comme on le pense trop souvent mais aussi relationnelle et symbolique à la mesure des moyens restants » *(3)* « La démence provoque une désorganisation mentale telle que les acquisitions les plus récentes disparaissent les premières. »

Il nomme ce processus démentalisation comme une déconstruction progressive de la pensée. Les processus démentiels vont entamer les mécanismes de pensée: du plus abstrait vers un retour au soma : de la pensée réflexive à la représentation de mot, à la représentation de chose, à l'affect, à la pulsion et enfin au soma.

Nous constatons ces phénomènes dans les difficultés des personnes à avoir recours à l'élaboration. Ne pouvant plus faire appel à la représentation, la personne semble comme en prise direct avec son monde émotionnel et son monde sensoriel. Cela est visible dans les réactions qui nous paraissent parfois exacerbées. Elles le sont car non régulées par le travail de la

pensée. Dans un autre contexte que l'accueil de jour, nous pouvons l'observer lors des stades très avancés du processus de démentalisation. Dans une sensorialité à la fois appauvrie et exacerbée, la personne semble vivre dans un monde de sensation à l'état brute.

G. Legouès complète en nous disant que lors de la psycholyse, le psychisme serait régi par la régression.

La régression est fonctionnelle quand le psychisme est plus régi par le principe de plaisir que par le principe de réalité.

La régression est structurelle lorsque les censures s'abaissent, le Surmoi est moins capable de formuler un interdit et que « le moi est plus spectateur qu'acteur, plus traversé par les pulsions que capable de les canaliser. » (3)

Pour pouvoir envisager le soin psychique dans un service de psychogériatrie, nous devons dépasser une vision mécanique du fonctionnement cérébral.

Il y a bien une vie psychique et donc des espaces thérapeutiques proposables. Mais la demande institutionnelle ne nous attend pas forcément là et cela nous demande de bien construire nos dispositifs et tenir nos cadres.

La liberté qui fut la nôtre à la création de l'Accueil de Jour, nous a permis de créer un projet de service incluant les dispositifs thérapeutiques. Chaque personne accueillie le sera à l'issue d'une période d'essai lors de laquelle sera défini un projet de soin. Sa venue sera hebdomadaire (à pluri-hebdomadaire) à jour fixe sur des demi-journées ou des journées complètes. Les après-midis seront consacrées à des ateliers thérapeutiques. Ainsi chacun intégrera un groupe de 8 personnes.

C'est sur cette base que fut construit les groupes de thérapie psychomotrice.

Nous travaillons avec un groupe que nous pourrions qualifier de groupe d'appartenance semi-fermé.

Semi-fermé car sa constitution reste globalement la même. Chaque changement de participant n'induit pas l'institution d'un nouveau groupe. Ainsi au départ de l'un; et après une période où la place reste vacante; un nouveau participant intègre le groupe sans qu'il ne soit formalisé qu'il s'agit d'un nouveau groupe. Par ailleurs la vie du groupe n'est pas bornée dans le temps. Ainsi le groupe subit des transformations mais sur un temps suffisamment long (de l'ordre de l'année) pour que des histoires groupales singulières se créent.

Ce groupe fonctionne comme un groupe d'appartenance.

A l'arrivée d'une personne, il lui est formulé par les co-animateurs, et en présence des membres du groupe, qu'elle intègre le groupe du lundi (par exemple). De façon usuelle, chaque groupe thérapeutique porte le nom du jour.

Même si les personnes accueillies souffrent de troubles mnésiques, nous sentons que progressivement des liens se créent entre eux. Ils s'approprient le groupe. Une histoire commune se tisse. Bien sûr, tout cela est induit et soutenue par les co-animateurs que nous sommes.

L'identification du groupe se fait aussi par le médiateur. En effet j'ai choisi de proposer un médiateur qui reste le même de séance en séance. Pour le groupe dont je vous ai parlé, il s'agit du mouvement.

Mon choix pour ces médiateurs fut guidé

par la volonté qu'il soit le support à l'expression de la personne et à son inscription dans un groupe. Les propositions peuvent paraître simples ou classiques. Je souhaite qu'elle soient facilement accessibles aux capacités cognitives des participants. Je veux qu'elles laissent la place à l'expression et à l'action spontanée, à l'affectivité, à la subjectivité et aux mouvements relationnels.

Support d'expériences corporelles qui nous relie. Relié à l'intérieur de nous-même avec tout ce que nous sommes. Relié entre nous. Du je au nous du groupe. Possibilité de rejouer de soi dans une dimension intersubjective.

Pour interroger ce corps qui nous relie, je vous propose 3 axes: le corps de l'accueilli, le corps du psychomotricien et le corps du groupe.

Nez dans le journal, yeux dans le vague, une main qui frotte machinalement la table nettoyant une tache disparue depuis très longtemps…

Le corps de l'accueilli:

Qu'avons-nous observé tout à l'heure en entrant à l'accueil de jour?

Silence, passivité, pouvant donner une impression de vide... (De vide à l'extérieur ou de vide à l'intérieur). Chacun semble isolé, soit peut-être perdu dans ses pensées, perdu dans le vide de ses pensées?? Ou alors en retrait sur sa chaise, guettant l'air de rien ce qui se passe autour de lui. Ou encore accroché à une sensation de frottement sur un objet ou sur son propre corps.

Cette forme de présence « absence » des personnes accueillies devient évidente quand les intervenants se mettent à parler comme si ces dernières n'étaient pas là.

Il y a dans ces temps d'avant séance peu d'échanges spontanés, peu d'interactions.

Il me semble à ce moment-là que c'est notre intention de faire groupe qui amorce le phénomène. De ce fait l'aménagement de l'espace et l'installation des chaises participent à la mise en scène de cette intention. Nous agissons la création de l'espace du groupe. Par nos sollicitations, chacun peut devenir acteur de ce temps constitutif du groupe.

Être acteur ne veut pas forcément dire être actif. Je revois ce monsieur s'écartant discrètement pour ne pas embarrasser l'espace. Et cette dame, nous l'appellerons Mme Coquette, qui chaque fois s'éclipse aux toilettes et revient une fois que tout le monde est installé. Elle revient comme on entrerait en scène: Juste elle sous le regard de l'assemblée, formulant d'une petite voix « Est-ce qu'il me reste une place? ».

Prenant en compte les difficultés d'élaboration et de passage par la pensée réflexive, le corps deviendra, le temps du groupe, le média d'expression de l'identité. Chacun donne à voir qui il est à partir de son engagement corporel. Le corps, dégagé d'attente du côté de l'efficience, peut retrouver une liberté. Il redevient le lieu de ressentis et d'éprouvés partageables. Le plaisir et le désir se font moteurs de l'activité corporelle. Mais les difficultés gestuelles ou autres sont également accueillies et partagées. Il en est de même pour les moments de tristesse et de vide.

Se saisissant des propositions simples, les personnes peuvent se ré-éprouver compétentes, « sachantes ». Ainsi elles

peuvent trouver dans l'espace du groupe et par leur corps, un temps de renarcissisation et de soutien identitaire.

Le corps du psychomotricien:

Une des particularités de l'approche psychomotrice est l'engagement corporel du psychomotricien dans une relation thérapeutique.

Ici, qu'en est-il du corps des co-animateurs, et notamment du psychomotricien.

J'évoquais, il y a un instant, notre intention comme une amorce à la constitution du groupe. Je crois que l'importance de notre intention perdure tout au long de la séance. Et sa nature se retrouve dans notre engagement corporel dans le groupe.

Métaphoriquement, je qualifierai mon engagement corporel dans le groupe comme suit:

Les pieds bien ancrés dans le sol, les émotions disponibles et la tête ouverte aux quatre vents.

M'installer dans ce groupe, c'est d'abord repasser par ma propre sensorialité. Ressentir physiquement mes points d'appuis (le sol, la chaise). Laisser de la place à ce que je vois, à ce que j'entends, à ce que j'éprouve. Chercher une disponibilité interne pour observer et écouter chaque participant ainsi que les phénomènes de groupe.

J'ai le sentiment dans ce dispositif que le corps du psychomotricien est en premier lieu un point d'ancrage rassembleur. En tout cas, cette intention, d'abord spontanée dans mon engagement, est devenue plus consciente aujourd'hui.

Par quels éléments de ma corporalité passe-t-elle?

Le regard, celui qui va à la rencontre de chacun. D'abord de façon rituelle en début de séance. Puis spontanément au gré des manifestations, ou absence de manifestation, des un ou des autres.

Mon regard dans le regard de l'autre me semble être un support pour ramener dans un ici et maintenant. Il attire l'attention, la soutient. Mais il est également le lieu où se communiquent des émotions non formulées.

Ma voix (avec sa tonalité, sa prosodie, son rythme) se veut (se joue) ronde ou anguleuse, enveloppante ou éveillant.

Ma tonicité, consistante et souple. Adaptation à la fois spontanée et consciente à la tonicité individuelle et groupale. Elle est la dimension corporelle appuyant ma présence au groupe. Ma présence se veut à la fois solide et malléable. Malléable pour que mon corps soit un espace de projection. Au risque du théâtralisé, au risque du clownesque, l'échec, la maladresse, l'oubli, c'est pour moi. Je devrai dire pour nous. Car à force de nous pratiquer, nous avons réussi avec mon collègue aide-soignant à jouer cela entre nous. Les accueillis peuvent ainsi mettre ces éléments à distance, les juger, s'en moquer ou en prendre soin. Comme si nos propres faiblesses leur permettaient de trouver en eux des forces ou des compétences.

Dans ma métaphore de toute à l'heure, les pieds bien ancrés dans le sol, les émotions disponibles et la tête ouverte aux quatre vents, la disponibilité émotionnelle est importante. Elle me permet d'être attentif

aux émotions perçues par les participants. Par mon intermédiaire, l'espace du groupe devient un lieu où l'émotion peut être accueillie, reconnue et nommée. Ainsi il permet peut-être la transformation de l'émotion par sa mise en mot et son élaboration. Transformation mise à mal par les effets de la démentalisation décrite par Gérard Legoues. Affaiblissement ou perte des capacités d'abstraction pour un retour vers l'affect et la perception.

La tête ouverte aux quatre vents signifie garder une intention claire tout en trouvant une attention flottante.

L'intention claire : où est-ce que je me situe , où je vais et qu'est-ce que je veux. En résumé, quels sont mon dispositif et mon projet pour ce groupe et ses participants.

L'écriture de ce texte m'a permis d'en nommer un aspect : ce corps qui nous relie... Partir du je, interagir avec ceux qui nous entourent et peut-être trouver du nous.

Cette intention s'appuie, dans sa partie consciente, sur l'idée de la persistance du sujet malgré les altérations dites « démentielles » et sur la possibilité d'une communication jusqu'au terme de l'avancée de la maladie.

Dans sa partie inconsciente, je perçois un peu mieux aujourd'hui que mon intention est également portée par un fantasme individuel de relier, de mettre en lien les personnes entre elles. Fantasme individuel dont Anzieu (4) nous dit qu'il participe comme un des organisateurs psychique du groupe.

S'il me semble important que cette intention soit claire, c'est pour qu'elle n'enferme pas la vie du groupe. Notre intention peut être un moteur pour le groupe mais ne doit pas être une fin en soi. Une base et non une finalité.

C'est pourquoi je propose l'idée de garder une intention claire tout en trouvant une attention flottante.

Dans notre manière de mener les séances, nous alternons entre de la directivité pour rassembler et laisser de la place à l'émergence des productions personnelles.

Une attention flottante pour pouvoir accueillir les productions du groupe. Il s'agit de nous laisser ressentir, puis associer et jouer avec les productions du groupe.

Ressort connu, nous tentons de prêter notre appareil à penser. Et peut-être ainsi les personnes trouvent dans le groupe un Moi auxiliaire venant soutenir leur Moi défaillant.

Le corps du groupe:

A ce stade de mes réflexions, j'essaierai d'en décrire les formes.

La forme initiale est une somme d'individus

La forme induite est celle du cercle. Parfois ce cercle se fait le contenant où des choses de chacun peuvent se vivre.

Le cercle, son centre et sa périphérie, se font scènes où l'identité peut se manifester; où l'affirmation de soi peut s'exprimer.

La ritualisation donne corps au groupe. Cette répétition du même permet aux participants de s'approprier le contenu de la séance. Ainsi en début de séance, me voyant prendre l'objet avec lequel nous nous présentons, Mr Rebond annonce au groupe « Nous allons dire notre prénom ».

En présence des troubles mnésiques, la

ritualisation et la répétition permettent de trouver des repères, du connu. Ces repères ne sont pas formulables comme dans un souvenir mais évoquent quelque chose, une trace, une impression de connu.

Pour terminer cette visite d'un exemple de clinique psychomotrice en psychogériatrie, je vous propose de retourner un dernier instant auprès des accueillis.

Auprès de Mme Violette,

Lorsque Mme Violette entre à l'Accueil de jour, elle présente des troubles praxiques et des troubles mésiques d'origine vasculaire. Passive à domicile, son mari ne reconnait plus sa femme. Il trouve que cette dernière se comporte comme une petite-fille. (“À qui il faudrait tout faire et qui ferait des caprices”). “Il faut la surveiller comme une enfant” conclut-il. Mme Violette a des troubles de l'équilibre en raison de ses troubles praxiques et des vertiges orthostatiques. Lorsque nous la rencontrons à l'Accueil de jour, elle a le visage terne. Elle est peu expressive. Légèrement en retrait, nous sentons qu'elle évite tout ce qui pourrait la mettre en échec. Après plusieurs années de suivi, Monsieur nous dit qu'il a retrouvé sa femme. Et nous, nous observons qu'elle a retrouvé sa féminité. Au sein du groupe elle est devenue un élément leader. Elle connait les différents temps structurant la séance. Elle en mène certains. La simplicité des propositions et notre attitude valorisante lui ont permis de se sentir compétente.

Elle retrouve des capacités de séduction dans le transfert vers les deux co-animateurs. Maternante, elle prend soin d'un participant souffrant d'handicaps visuels et moteurs. Au début, elle le protégeait des remarques des uns et des autres, elle le conseillait. Puis elle a commencé à l'aider dans ses déplacements. Elle ne pouvait se tenir seule maintenant elle se sent assez solide pour tenir un autre. Les troubles cognitifs sont passés au second plan...

Mr Oursin,

Mr Oursin, ancien professeur de chant, souffre d'une maladie d'Alzheimer. Ces difficultés ont débuté par des oublis dans la vie quotidienne. Elles ont évolué rapidement et touché l'ensemble de ses capacités cognitives. Il nous donne l'impression de vivre dans un univers incompréhensible. Son hypertonie, son rythme, son regard en coin la tête vers le bas, nous font percevoir les pics de l'oursin.

-“Bonjour Mr”.

- “Pourquoi!!” répondit-il séchement.

Ce monde semble incompréhensible mais aussi potentiellement dangereux pour lui. J'imagine qu'il est comme agressé par ses propres troubles et difficultés. Et dans un mécanisme de déplacement, le monde extérieur devient la source de cette agression. “C'est moi le plus vieux, c'est moi la victime” nous énonce-t-il régulièrement.

Entrer en contact avec un oursin demande de l'habilité, sinon...

Assis à ma droite, je me sens en devoir de déployer devant lui lui une aile protectrice. Je cherche à faire tampon avec les réactions des autres à son égard. Spontanément, nous cherchons à diminuer les sources d'agression. Nous lui manifestons que nous n'avons pas d'attente particulière à son égard. Derrière sa carapace, il regarde de loin les propositions. Parfois, il s'en saisit. Parfois

il les rejette. Parfois il se laisse surprendre. Progressivement, Mr Oursin apprivoise un peu mieux ce monde (celui du groupe). Par moments, il quitte ses pics et d'autres osent aller à sa rencontre comme Mr Eléphant.

Mr Eléphant a gardé ses défenses mais perdu ses censures, le laissant rejouer des problématiques oedipiennes: séducteur cru avec ses dames, provocateur avec ses messieurs, ayant très envie de “combat avec le mal dominant”. L'espace du groupe devient pour lui la scène où tout ceci peut se jouer en évitant les passages à l'acte.

Donc au bout de quelques temps, Mr Eléphant part à la rencontre de Mr Oursin. A ma grande surprise, il développe une dextérité relationnelle. J'appréhendais qu'il écrase de “ses grosses pattes” la carapace de Mr Oursin. Mais au contraire, il le provoque avec un certain “tact relationnel”. Il nous permet ainsi de voir Mr Oursin sous un autre jour.

Nous pouvons nous laisser penser Mr Oursin comme persécuté par un surmoi tyrannique qui ne manque pas de se nourrir des faiblesses et des échecs dûs aux troubles cognitifs. L'absence de censure chez Mr Eléphant semble le libérer sporadiquemment de ce poids.

Un rire malicieux et un plaisir masqué apparaissent sous la carapace...

Bibliographie:

1) Jacques MESSY:

http://www.espacesformations.fr/publications-interventions-jack-messy/la-personne-agee-ou-handicapee-existe-elle.

La personne âgée n'existe pas – « Petite bibliothèque Payot »

2) Louis PLOTON

Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer - Chronique Sociale, Lyon, 2010 (144p) - pages 21-26

L'âge et le principe de plaisir- 2000- Dunod- p128; p130; p136.

3) Marion PERUCHON:

La maladie d'Alzheimer – 2011- Hermann

4) Didier ANZIEU:

Le groupe et l'inconscient – Dunod- p200