

RENCONTRER POUR EXISTER : DU CONTACT COMME OUVERTURE A LA RENCONTRE

(extrait)

1 CAS PRATIQUES

1.1 Unité Cognitivo-Comportementale : Alzheimer

1.1.1 La maladie d'Alzheimer

1.1.1.1 Ma vision de la pathologie

« Les personnes de l'extérieur n'aiment pas fréquenter le service de gériatrie-psychiatrie. Si elles en franchissent tout de même la porte, c'est par obligation ou pour rendre visite à l'un de leur parent. Certaines avouent ouvertement leur crainte à la simple idée d'une promiscuité physique avec des personnes désorientées. Les cris, les gestes brusques les font fuir et elles s'exclament souvent : « jamais je ne pourrais vivre ici, plutôt mourir que de finir ainsi ! ». Les soignants ne voudraient pas être à la place des malades et les familles à la place des soignants que pourtant elles admirent : quelle patience et quel dévouement ! Il faut bien que quelqu'un s'occupe d'eux ! »²

A la lecture de ce texte, le ton est donné. Plutôt mourir que de finir ainsi ! La maladie d'Alzheimer tout le monde connaît. De loin tout du moins, l'associant la plupart du temps uniquement à des troubles de la mémoire, des oublis. La réalité est bien pire et lorsqu'on pénètre dans une unité fermée, c'est un véritable choc, un monde à part.

Il y a ceux qui déambulent, ceux qui dorment à même le sol, habillés ou non, ceux qui cherchent à tout prix à sortir, ceux qui urinent dans un coin, celui qui crie, qui pleure, qui s'est blessé et qui saigne. Il y a les odeurs qui vous saisissent, urine, sang, javel. Il y a le personnel qui s'affaire à soigner d'un côté, à nettoyer de l'autre. Et puis, une fois le long couloir traversé, vous arrivez au salon où il y a ceux qui attendent.

Pourtant au milieu de tout cela, il y a aussi des regards qui vous transpercent, qui en disent long. Plus long que n'importe quel mot ne pourra jamais le faire. Des yeux qui vous interrogent et desquels vous ne pouvez vous soustraire. Ces premiers yeux que j'ai croisés, je ne pourrai jamais les oublier. Ils étaient d'un bleu pur et profond et portaient le prénom de mon grand-père. C'est grâce à eux que j'ai pu basculer du côté de ceux qui s'occupent d'eux, de ceux qui peuvent le faire. Eux qui m'ont montré le chemin.

1.1.1.2 Description théorique

La maladie d'Alzheimer est une affection neurodégénérative qui évolue vers la démence. Elle se caractérise par des lésions histologiques et anatomiques consécutives à des anomalies de certaines protéines cérébrales. Ces lésions siègent d'abord dans le cortex limbique et sont à l'origine d'une atteinte de la mémorisation. Elles touchent ensuite d'autres fonctions cognitives, au fur et à mesure qu'elles envahissent le néo cortex au carrefour temporo-pariéto-occipital, donnant la triade aphasia-apraxie-agnosie.

Ainsi la maladie touche successivement,

- La mémoire épisodique avec des difficultés à apprendre des informations nouvelles ;
- Le langage avec des manques de mots évoluant vers une aphasia d'expression d'abord, de compréhension ensuite ;
- Les gestes (apraxies)

- Les reconnaissances plus ou moins élaborées (agnosie) ;
- Le jugement et le raisonnement

2 HOF, C. *Art-Thérapie et maladie d'Alzheimer*, Lyon, Chronique sociale, 2014, p.37

Les signes et symptômes comportementaux et psychologiques sont,

- Les idées délirantes et les troubles de l'identification de soi ;
- Les hallucinations visuelles, auditives ou tactiles ;
- L'agitation verbale, vocale ou motrice, agressive ou non ;
- L'instabilité psychomotrice : déambulation, tasinésie (incapacité de rester assis ou allongé), syndrome de Godot consistant à suivre l'aidant dans tous ses déplacements ;
- Les compulsions (répétitions verbales, stéréotypies gestuelles). ;
- La désinhibition, avec un trouble du contrôle des émotions et du comportement (impulsivité) ;
- L'apathie qui associe la réduction de l'initiation motrice, de l'initiation cognitive et du ressenti affectif ;
- L'hyperémotivité se marquant à une forte tendance à pleurer dans certaines circonstances et les réactions de catastrophe indépendantes du contexte extérieur ;
- Les manifestations dépressives, en prise ou non sur l'environnement ou la conscience du déclin cognitif ;
- L'anxiété ;
- Les troubles du sommeil et du rythme circadien, comportant une fragmentation des cycles et des périodes d'hyperactivité telles que le syndrome du coucher de soleil ;
- Les troubles de conduites alimentaires : l'hyperphagie s'accompagnerait d'un trouble de la satiété ;
- Les troubles des conduites sexuelles, à type de réduction, d'indécence ou de désinhibition.

L'évolution de la maladie d'Alzheimer repose sur des stades cliniques dont la durée varie d'un patient à l'autre. Le nombre total d'années d'évolution se situant entre 2 et 20 ans. Le Mini Mental State Examination ou MMSE constitue un outil d'évaluation de la maladie permettant de déterminer le stade de la maladie. Il explore pendant tout au plus 10 minutes, l'orientation, l'apprentissage, l'attention et le calcul, le rappel, le langage et les praxies. Il est coté sur 30. En parallèle, le NPI (Neuro Psychiatric Inventory) est un inventaire composé de 12 items cliniques cotés selon leur fréquence : idées délirantes, hallucinations, agitation/ agressivité, dépression / dysphorie, anxiété, exaltation de l'humeur / euphorie, apathie, indifférence, désinhibition, irritabilité / instabilité de l'humeur, comportement aberrant, sommeil, appétit / troubles de l'appétit.

Gonthier (2010) détermine les différents stades comme suit :

La phase prodromale 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.

Le stade de début fait apparaître les premiers symptômes repérés par les proches tels que les changements d'humeur et de caractère, les difficultés de mémoire gênant la vie quotidienne, les difficultés de repérage dans l'espace, et plus rarement l'atteinte du langage. Le MMSE est généralement supérieur à 24/30.

Au Stade modéré, le tableau se complète avec des troubles aphaso-apraxo-agnosiques installant le patient dans la dépendance d'aides extérieures. Le changement de son humeur et de son caractère s'accroît. A ce stade, un environnement familial stable est primordial pour contenir les pertes. Le MMSE est compris entre 24 et 15/30.

Au stade évolué ou sévère, le patient ne peut plus se passer d'une aide extérieure. Son MMSE est inférieur à 15/30. Son expression verbale spontanée et ses réponses sont très appauvries

Lors du stade terminal, la vigilance est altérée par des épisodes de confusion et le MMSE est inférieur à 3/30. 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.

1.1.1.3 Au cœur de la maladie : « *Mes pensées sont des papillons* »

« Cette maladie est quelque chose d'impalpable. Une pensée qu'on oublie, ça ne se raconte pas, ça ne se rattrape pas, comme les papillons ! Il n'y a pas de symptômes physiques comme la toux ou la migraine. Cela ne se voit pas. C'est comme un déraillement mais on en est conscient. On se voit flotter. On est soi et on est une autre. Cela ressemble à un dédoublement de la personnalité. Et cet autre être qui vit du côté d'Aloïs, il faut le rencontrer, l'appivoiser. C'est un enfant adopté. Alors on est pris dans une vaste hésitation. On balance. Tantôt on l'accepte, tantôt on ne l'accepte pas. J'essaie bien de le recevoir, de ne pas trop me mettre en colère, mais c'est un grand bouleversement. Plus qu'une pathologie c'est un ajustement »³

Tout l'intérêt de ce texte est d'avoir été écrit par une femme diagnostiquée Alzheimer. Dans son livre, Eveleen Valadon relate sa vie depuis sa maladie. La honte, une pensée qu'on oublie ça ne se raconte pas. Et quand bien même elle se risque à en parler, on ne la croit pas. Ce n'est pas cela la maladie d'Alzheimer lui rétorque-t-on. Double peine. A la douleur de la maladie, s'ajoute celle de ne pouvoir en parler. C'est de cette manière que le silence s'installe.

C'est une maladie insaisissable, impalpable, sans symptôme physique apparent. Elle sait que quelque chose ne va pas sans pouvoir le formuler pour autant. Elle met en lumière un trouble de l'identité, un dédoublement de la personnalité. Vivre du côté d'Aloïs, prénom de celui qui a donné son nom à cette maladie, c'est aller à la rencontre d'un autre soi. Appeler sa maladie par « son prénom » est une jolie façon de se rapprocher d'elle, de tenter de l'appivoiser. Faire devenir sien cet autre en elle.

Lorsqu'elle n'y parvient pas, elle dit faire comme si elle était normale. C'est sa façon d'ignorer son mal, de le prendre de haut. D'ailleurs elle ajoute qu'au début personne ne voyait.

Catherine Malabou dans son livre « *Les nouveaux blessés* », va plus loin puisque pour elle « l'événement traumatique est le meurtrier de l'identité psychique, je cite : « sous l'effet de cette « plasticité destructrice » capable de former un nouveau « soi » par destruction totale de la personnalité précédente – la maladie d'Alzheimer nous déposséderait de nous-mêmes pour nous faire devenir « autre », étrangers à nous-mêmes, étrangers aux autres.

Il n'est pas rare de voir les familles des patients les interroger maladroitement. Ils ont l'impression en faisant cela de contrôler les souvenirs auxquels la maladie s'attaque. Le désarroi d'un enfant dont le parent ne se souvient d'abord plus du prénom puis plus de lui du tout est insondable. C'est cela devenir étranger à soi-même et aux autres. La seule chose qui demeure c'est le visage et c'est en cela que c'est trompeur. On croit être en présence de la personne que nous connaissons mais c'est faux. C'est une illusion. David Le Breton dit de la maladie Alzheimer qu'elle transforme la personne aimée, même la plus proche de soi, en un personnage déconcertant, tragique.

La maladie d'Alzheimer induit une remontée de l'enfance avec les mêmes comportements ludiques, les mêmes régressions. Toutefois, nous précise Catherine Malabou « qu'ils font dans tous les cas un retour vers une enfance qui n'est pas la leur, vers une enfance qui n'est qu'un concept d'enfance, recoupant un ensemble de gestes et de postures stéréotypés qui sont ceux de l'enfance de tout le monde, c'est-à-dire de personne. Une enfance sans enfant pour la vivre ».

Je terminerai en citant un extrait du livre de David Le Breton, « *Disparaître de soi* », extrait qui entre en résonnance avec la problématique de la rencontre du point de vue de la négation.

« Tentative de s'abstraire d'une situation douloureuse en ne participant plus au jeu social, en éliminant de soi tout ce qui relevait du lien social, de l'attachement aux autres qui emprisonne

³ VALADON, E., *Mes pensées sont des papillons*, Paris, Kero, 2017

justement dans une identité aujourd'hui réprouvée. La personne se détruit par impossibilité de continuer à être soi, elle élimine en elle les repères de sa reconnaissance individuelle et sociale et elle se dérobe à toute identification qui la fixerait dans une identité que désormais elle récuse à son insu. Elle déconstruit les liens élaborés au fil de son existence, ses intérêts, ses valeurs, ses habitudes. Elle clôture son histoire en la désinvestissant. C'est de sa propre personne qu'elle entend se délivrer, à travers un détachement radical. Désormais elle n'est plus là. La maladie d'Alzheimer est une sorte de désapprentissage des données les plus élémentaires du sentiment de soi et de l'interaction avec les autres, ou du mouvement de la vie quotidienne, du langage, de l'intelligence du corps, du temps, de l'espace »

2.1.2 Hôpital Gériatrique Alix : Unité Cognitivo- Comportementale

L'unité sécurisée de soins de suite et de réadaptation visée Cognitivo-Comportementale accueille des patients valides présentant des troubles du comportement dans le cadre de pathologies de la mémoire (maladie d'Alzheimer, démence à corps de Lévy, maladie de Pick). Les patients, douze au maximum, sont admis pour un séjour de trois semaines. Cette durée n'est pas choisie à la légère. Trois semaines, c'est le temps du changement. Le psychologue en charge de l'unité ira même jusqu'à dire que ce qui ne se fait pas en trois semaines ne se fera pas ou plus. L'enjeu est donc de passer un cap, un palier qui va de l'acceptation de la maladie jusqu'aux différentes problématiques liées à l'évolution de celle-ci qui ne sont pas les mêmes au début de la maladie qu'à la fin. Chaque évolution, palier fait apparaître de nouvelles contraintes et dépendances avec lesquelles il faut apprendre à vivre et ce autant du point de vue du patient que de celui de sa famille.

Durant leur séjour, les patients participent à des ateliers art-thérapeutiques qui font partie intégrante de la prise en charge. Ils sont complétés par des séances d'ergonomie, de psychomotricité, de médiation animale. Le psychologue anime également un atelier d'histoire de vie. Ces ateliers ont lieu deux fois par jour, matin et après-midi selon un planning défini. Les douze patients sont divisés en deux groupes, selon leurs aptitudes et/ou leur goût. Le premier groupe est plus axé sur la manipulation (maladie déjà bien avancée) tandis que l'autre fait davantage appel à la créativité (maladie à ses débuts). C'est le médecin en relation avec le psychologue qui choisit le groupe. Les visites des familles ne sont pas autorisées pendant le temps réservé aux ateliers.

L'art-thérapeute est présente à mi-temps au sein de l'établissement, les lundi après-midi, les jeudi et vendredi. Les ateliers sont définis comme suit :

Lundi après-midi : jeux collectifs à visée d'entraide, jeux individuels. (Groupe 1)
Cet atelier a pour but de « savoir » où en est la personne. A travers un jeu de société, nous sommes en mesure de voir les degrés de compréhension. Arrive-t-elle à comprendre les règles, à les respecter ? S'en souvient-elle ou faut-il les lui rappeler à chaque fois ? comprend-elle simplement ce qu'on lui dit ? Connait-elle ses couleurs, compter ?
Les jeux individuels interrogent, quant à eux, davantage, le rapport dans l'espace (Tangram) ou le schéma corporel (Monsieur Patate)

Jeudi matin : Atelier de conte suivi de danse assise. (Groupe 1)
Les patients sont installés en rond. Au milieu, différents objets sont disposés : étoles, foulards colorés, balles en mousse.
L'atelier est constitué autour du conte. L'art-thérapeute, après avoir conté, invite les patients à réveiller leur corps au moyen d'une balle en mousse. Puis ensuite vient le temps de « la danse » grâce aux foulards que l'on fait bouger en inventant, pour ceux qui le peuvent, un mouvement.

Jeudi après-midi : Atelier de musique. (Groupe 2)
Écoute musicale autour d'un thème, chant, découverte d'instruments intuitifs...

Vendredi matin : Atelier art plastique, dessin, peinture, collage... (Groupe 1))

Vendredi après-midi : Atelier d'écriture (Groupe 2)
Invention d'une histoire collective en partant de dessins sur des cartes ou des dés (story cubes)

La multiplicité des médiations proposées a pour but de trouver un moyen d'entrer en relation avec le patient. Il se peut tout à fait qu'il ne soit réceptif qu'à un seul type de médiation mais c'est capital de parvenir à trouver une porte d'entrée. Aussi, il n'est pas rare non plus d'accueillir dans un groupe un patient de l'autre groupe. La moindre envie étant à soutenir !

Parallèlement aux ateliers thérapeutiques, un accompagnement psychologique est assuré grâce à trois entretiens familiaux (patient et famille) programmés à raison d'un par semaine.

Les équipes médicales et paramédicales se retrouvent chaque semaine pour une synthèse afin d'échanger sur chaque patient. La mise en commun des informations permet une prise en charge globale et personnalisée. Ainsi ce qui fonctionne dans tel ou tel atelier pourra être repris pour faciliter les soins, la toilette ou encore l'alimentation du patient.

2.1.3 Étude de cas : Claudie ou la disparition dans le sommeil

Lorsque je rencontre Claudie, cela fait moins d'une heure qu'elle a intégré le service. Elle participe à sa première séance d'art-thérapie du groupe 1 (manipulation). Elle est bien habillée et l'on perçoit d'entrée que c'est une femme coquette. Elle porte des bijoux et du rouge à lèvres. Un peu trop peut-être ! Elle est souriante et ne semble pas affectée ou déstabilisée par son admission au sein de l'unité qu'elle intègre à la demande de ses enfants pour cause de maladie d'Alzheimer. Jusqu'à ce jour, elle vivait seule chez elle, avec des aides. Ses enfants sont préoccupés par le fait qu'elle dort « en permanence ». L'un des objectifs de ce séjour sera donc de trouver un moyen de remobiliser Madame afin de la maintenir à domicile. Je ressens un contexte familial, bienveillant, en accord avec son sourire.

La compulsion de sommeil est une manière d'échapper à la réalité et à la difficulté d'être soi. Dormir s'apparente à une excuse qui nous affranchit d'exister aux yeux des autres mais qui permet aussi de faire illusion, au moins pour un moment. Se dérober de ses responsabilités lorsque l'effort devient démesuré. Et c'est bien de cela dont il s'agit pour la maladie d'Alzheimer. La dépersonnalisation qui s'opère au fil du temps, fait qu'il devient d'abord difficile puis impossible de « simplement » continuer à être soi. Pour Henri Maldiney, c'est une maladie qui se rapproche de la psychose tant la personne finit par se dépouiller de tout ce qui constituait son identité. Pour Freud, le sommeil correspondrait au retour dans le corps maternel. Dormir serait une manière de supporter notre « être - au - monde », en nous réfugiant dans l'état antérieur à notre venue au monde, en créant des conditions analogues à notre existence intra-utérine, à savoir, chaleur, obscurité, absence d'excitations.

« On dirait que même à l'état adulte nous n'appartenons au monde que pour les deux tiers de notre individualité et que pour un tiers nous ne sommes pas encore nés ». (Freud, 1978, 74-75) réf intro à la psychanalyse, 1923

Le sommeil clôture le monde autour de soi pour se faire refuge profond et se soustraire aux impératifs du monde. Ne plus penser, ne plus décider, goûter à l'immobilité du corps. Passer de la verticalité à l'horizontalité. Glisser hors du lieu et du temps, s'affranchir d'être simplement là. Plus que du repos, c'est un temps de répit, une anesthésie hors d'un monde devenant peu à peu étranger. Dormir

autorise, sans avoir de comptes à rendre, une dérobade à l'épreuve de devoir toujours assumer son existence.

Séance 1 : je m'appelle Claudie...

Chaque atelier débute par un tour de table au cours duquel chacun dispose d'un temps, d'un espace de parole afin de donner son humeur du jour. Lors de l'arrivée de nouveaux patients, nous prenons le temps de les interroger sur leurs goûts. A cette occasion Claudie nous dira que « ça va » et de suite nous parlera de son prénom. Un prénom peu commun dont elle semble fière. Elle dira que ce sont ses parents qui l'ont nommée ainsi. Je ressens une forte émotion liée à l'évocation de ce souvenir. J'en arrive même à imaginer de quelle manière son nom était prononcé au sourire qui apparaît sur son visage et à la douceur qui s'y invite. Elle semble ailleurs, le temps d'un instant. Ses parents en choisissant son prénom ont créé une originalité dont elle a conscience et qui lui accorde une valeur, une place particulière. Elle aime cette particularité qui fait réagir les autres participants : personne ne connaît.

Dans sa façon de se présenter, Madame a à cœur de faire « bonne impression ». Loin d'être dans le délaissement d'elle-même, elle semble soucieuse de son apparence et sa dénomination participe de cela.

Puis elle nous montre son bracelet « fantaisie », offert par sa fille et portant les lettres de son prénom. Elle nous le répétera encore une fois en faisant comme si elle le lisait sur son bracelet.

En réalité, deux choses me frappent particulièrement. D'une part, le décalage entre le plaisir ressenti à l'évocation de son prénom et sa signification, qui à en croire l'étymologie (Claudie signifie : boiteux) n'est pas des plus valorisantes et d'autre part, le fait que son physique s'accorde parfaitement à ce prénom et même à son nom de famille.

Cette ambiguïté m'interpelle et je pense alors à Freud qui soulignait la nature inconsciente des traces mnésiques au travers du postulat suivant : « *le conscient et la mémoire s'excluent mutuellement* ». Ainsi l'inconscient organiserait les différentes traces de manière associative faisant en sorte que nous conservions autre chose que le simple contenu de nos perceptions.

« *Malgré la pathologie de l'oubli, le désir inconscient cherche sans cesse à maintenir sur la scène mentale les imagos parentales* »⁴

Il me semble que l'histoire du prénom de Claudie pourrait refléter ce contraste entre souvenir et réalité. En associant ses parents à son prénom qu'elle valorise, c'est son narcissisme qu'elle soigne indépendamment de la véracité du souvenir.

Ensuite elle semble chercher quelque chose et son regard nous interroge. L'art-thérapeute lui explique alors qu'elle va participer à un atelier de jeux.

Les ateliers de jeux se composent à la fois de jeux de plateau qui se jouent à plusieurs et impose une solidarité, on perd ou gagne ensemble avec l'idée du groupe aidant ou chacun peut venir en aide à l'autre et de jeux de manipulation, davantage individualisé mais pas obligatoirement.

Lors de cette séance, nous avons opté pour des jeux de manipulation qui semblaient correspondre davantage au profil du groupe (déficiences trop importantes, arrivée d'une nouvelle patiente...)

Nous disposons les jeux sur la table. Claudie s'approprie de suite le jeu « Monsieur Patate » (pomme de terre sur laquelle il faut positionner les éléments du corps humain – bras, chaussures, yeux, nez, bouche etc... afin de créer un « bonhomme ». L'art-thérapeute s'installe à côté d'elle. Madame prend beaucoup de plaisir dans la manipulation. Elle rit beaucoup à chaque étape de la construction. Elle regarde l'art-thérapeute, elle rit. Je la regarde, elle capte mon regard et rit. Je la vois faire. Elle se fait rire, à la fois comme si elle ne se prenait pas au sérieux et en même temps un peu quand même.

⁴ SUDRES, J. L., *La personne âgée en art-thérapie, de l'expression au lien social*, Paris, l'Harmattan, 2018, p 145

Elle me fait penser à une enfant qui voudrait paraître grande mais qui aime trop rire et jouer pour cela. Si elle ne prenait pas autant de plaisir, son rire rendrait presque mal à l'aise. D'ailleurs il dérange et agace les autres patients qui ressentent bien que ce n'est pas adapté. On sent venir le trop. Nous laissons faire volontairement car nous sommes dans une période d'observation. L'idée est donc de la laisser faire tout en l'accompagnant.

Toucher les objets introduit du mouvement, faisant ainsi sortir de la notion de jugement. Grâce au toucher, la personne peut s'exprimer de manière sécurisée. Les pertes ne constituent plus un obstacle mais ouvrent à des possibilités nouvelles et au sentiment d'exister. Claudie, en créant son bonhomme patate, laisse une trace qui lui permet d'exprimer ses préoccupations.

En parallèle, Claudie semble toujours être dans la précipitation. Ses gestes sont rapides et maladroits. Frénésie, fébrilité. Elle touche à tous les objets. S'en saisit. Les attrape, mais sans but précis. Elle s'agite aussi beaucoup sur sa chaise et a du mal à rester en place.

L'agitation qui assaille Claudie est signe de confusion et d'angoisse. La désorientation temporelle et spatiale dont souffrent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont sources d'angoisses d'où ce besoin de bouger pour ne pas sombrer.

Agitation et besoin de toucher témoigne de l'intranquillité qui envahit Madame. Elle semble seule au monde, ne s'inquiète plus du regard des autres. Il n'y a plus d'interaction. Je ressens de la fatigue en la regardant faire.

Lorsqu'elle a terminé, et après avoir montré sa patate à l'art-thérapeute, elle me cherche du regard et me tend l'objet créé. Sa patate ne représente rien de connu.

A ce moment-là je suis occupée avec une autre patiente mais elle tient absolument à ce que je vois ce qu'elle a fait. Que je regarde, que je pose véritablement mon regard, non de manière furtive comme jusqu'alors. Claudie, en cherchant mon regard, semble vouloir que je sois témoin de ce qu'elle a fait. Regarder pour faire exister mais aussi être regardée pour exister. Un peu à la manière d'un enfant qui vient montrer régulièrement à ses parents son travail, ses dessins, etc... Dans le transfert qui s'opère entre patient et thérapeute, Claudie me fait jouer, à ce moment-là, un rôle maternel (régression).

Cette première activité va durer dix minutes tout au plus. Nous pouvons d'ores et déjà conclure, de par la configuration de sa patate, que son schéma corporel est déstructuré, incohérent.

Schilder définit le schéma corporel comme l'image de notre corps que nous formons dans notre esprit ou encore la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même. Il a montré que ce schéma corporel est en perpétuelle autoconstruction et autodestruction. La construction de l'image de soi et du socle narcissique de l'identité se met en place au moment du stade du miroir. C'est ce dernier qui amène l'enfant à prendre conscience de son corps et à le distinguer des autres. Jacques Lacan, introduit l'importance du regard dans la reconnaissance de soi dans le miroir. L'enfant porté par ses parents, les reconnaît d'abord. Ce sont ensuite les parents qui disent « regarde, c'est toi » à l'enfant. La jubilation qui en découle pour le jeune enfant se transforme en quelque chose d'affligeant chez la personne âgée. Selon la proposition lacanienne, on passerait de la projection de l'ébauche du moi à la projection de la débauche du moi. Le vieillissement fragilise l'enveloppe corporelle rendant les échanges entre intérieur et extérieur difficiles et le monde « effrayant ».

L'importance du regard de l'autre dans la construction de l'image de soi me ramène à l'idée que c'est aussi le regard que l'art-thérapeute pose sur l'objet créé qui soigne et qui re-narcissise. C'est ce que Claudie recherche lorsqu'elle insiste pour que je sois témoin de sa création.

Pour en revenir à l'objet créé, aucune des parties du corps n'est placée correctement et notamment le bras situé sur le haut du crâne en lieu et place du chapeau. En revanche, elle a placé un chapeau, un sac ainsi qu'une bouche avec du rouge à lèvres en signe de coquetterie. Il me semble que cette coquetterie est ce qui relie encore Madame au monde. Je note que ce sont des accessoires pour sortir comme si elle voulait ou pensait quitter l'institution. Elle se projette sur sa patate au moyen des accessoires. Sont-ils des preuves de ce qui reste d'elle ou ont-ils toujours primé sur son corps ?

Corps délité. Tangible ou non pour elle ? (Sensations corporelles ?) Tout semble tourner autour de la coquetterie et de l'accessoire comme s'ils étaient seuls contenant de ce qui reste quand le corps lâche.

G. le Gouès a inventé le concept de psycholyse pour évoquer les pertes progressives de la maîtrise et de l'usage du symbolique. Les accessoires qu'elle utilise, chapeau, sac à main me font penser à l'objet dont on dit que le psychotique l'a toujours dans sa poche. Un objet « transitionnel », une manière d'entrer en relation.

De par sa gestuelle, on comprend qu'elle veut passer à autre chose. Son corps bouge sans arrêt traduisant une certaine angoisse. L'art-thérapeute lui propose plusieurs jeux qui ne retiendront pas son attention. Elle ne tient plus en place, manipule brusquement et frénétiquement des blocks magnétiques sans parvenir à en faire quelque chose. Claudie qui jusqu'à maintenant ne parlait pas, se met à dire des phrases stéréotypées. Elle dit distinctement et d'une voix forte : « bon ben maintenant on va aller se coucher », « on va descendre », ou encore « on va monter ». Les autres patients nous regardent sans trop savoir quoi faire. Ils se rendent compte que ces phrases ne sont pas appropriées. De mon côté, je comprends que son angoisse l'envahit. Elle se lève, fait le tour de la table en touchant à tout. Nous nous levons aussi. Elle reprend des blocks magnétiques entre ses mains et s'apprête à emmener avec elle. Je lui demande de les reposer ce qu'elle parvient à faire, non sans difficulté. Comprenant que Claudie a besoin de prendre, de tenir un objet, je dispose quelques revues qu'elle pourra éventuellement rapporter avec elle. Rapidement, elle s'empare de l'une d'elle qu'elle roule entre ses mains. Le tempo s'accélère de nouveau et nous ne sommes pas trop de deux pour la contenir. Régulièrement, je lui touche l'épaule ce qui semble la reconnecter à son environnement. Toujours cette idée qu'elle est seule au monde. Elle tourne autour de la table, ce qui n'en finit pas de nous étourdir. Elle déstabilise le groupe qui la regarde avec insistance et inquiétude. A présent, elle se dirige vers la porte de sortie semblant vouloir quitter la séance, mais son regard se porte sur le jeu d'une patiente et va instantanément s'installer à la place que j'occupais à côté de la patiente en question. Cette notion de prendre est centrale aujourd'hui. Prendre ma place, prendre les blocks, prendre un magazine et puis bientôt prendre le jeu d'une autre patiente qui réalisait tranquillement un Tangram (construction de formes à partir de 7 pièces de base : 5 triangles, 1 carré et 1 parallélogramme). Claudie intervient dans le jeu de la patiente sans y avoir été autorisée. D'abord une pièce, posée au hasard. Puis à la manière des blocks magnétiques, elle prend les pièces du Tangram à pleine poignée, et détruit le travail de l'autre patiente. Malgré nos demandes successives d'arrêter, elle ne le fait pas. Elle ne le peut pas. Elle sourit exactement comme lorsqu'elle réalisait son monsieur patate sans pouvoir comprendre que son comportement n'est pas adapté. A ce moment-là son rire nous met réellement mal à l'aise et ce d'autant plus que nous avons à gérer la patiente dont le Tangram est détruit. Cette dernière, calme et posée, jusqu'alors entre dans une colère, bien normale, qu'il nous faut contenir et dédramatiser.

Il reste encore un quart d'heure avant que la séance ne se termine mais après un échange de regard entendu avec l'art-thérapeute, nous choisissons de l'interrompre. S'adapter au groupe et à ce qui s'y passe demeure plus qu'une nécessité, qui plus est avec des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Nous terminons par un tour de table en vue à la fois d'apaiser le groupe et de tenir le cadre de la séance, cadre sauvegardé malgré le changement de dispositif horaire. Expliquer le comportement, mettre des mots sur l'angoisse de Claudie, désormais assise près de la sortie, permet de terminer la séance sereinement et préserve le groupe d'une angoisse trop envahissante. L'avancée dans la maladie entraîne altération du jugement et du raisonnement logique conduisant à une incapacité de faire du lien dans sa pensée d'où la nécessité d'un cadre contenant afin de stimuler la relation et l'ambiance affective et de limiter l'anxiété. Claudie emportera une revue.

La question de l'interprétation demeure un souci permanent : devant l'absence de langage cohérent et la pauvreté des éléments, c'est souvent le corps qui parle à la place.

De cette première séance, je retiens que Claudie a un manque du mot. Elle n'utilise que des phrases types dont elle sait que nous comprenons le sens. Monter, descendre, aller se coucher. Le reste du temps elle utilise le rire mais davantage pour se protéger que communiquer. Je fais l'hypothèse que c'est un mécanisme de défense, autrement dit une stratégie qui lui permet de gérer l'angoisse liée à l'incompréhension de ce qu'on lui dit et de son environnement. J'imagine aussi qu'un sourire appelle le sourire de l'autre, que cela lui est agréable. On est du côté de la sensation. Cela rappelle aussi l'enfant qui venant de faire une bêtise, sourit, pour attendrir et éviter la sanction. Et d'une certaine manière cela fonctionne. Car même si cette séance nous a épuisés, nous ressentons bien que toute cette agitation n'est qu'une façon pour Claudie de gérer le trop plein. D'ailleurs après sa première activité, elle demande à aller se coucher. Dormir est son moyen d'arrêter de penser, de mettre fin au trop-plein, à ce que je ressens comme du trop-plein. Par ailleurs, respecter cadre et limites a été compliqué pour Claudie.

De mon point de vue, Claudie nous fait jouer un rôle maternel. Elle donne le ton dès le début de la séance en insistant sur son prénom. Puis, dans sa manière de jouer en ayant besoin du regard de l'autre pour faire mais aussi dans ses rires et sourires pour attendrir et séduire... Encore dans son agitation, excitation où elle se fait remarquer, interrogeant cadre et limites. Jusqu'à sa demande d'aller dormir qui pourrait être la réponse ou solution appropriée d'une mère à son enfant au vu de son état d'agitation et d'énerverment.

Séance 2 : le groupe, une aide précieuse...

Je retrouve Claudie une semaine plus tard pour un nouvel atelier de jeux mais cette fois-ci collectif. Le groupe est au nombre de 6 mais seulement 3 patientes dont Claudie participeront au jeu collectif. Le jeu choisi est celui du verger. C'est un jeu de plateau dans lequel il s'agit de récolter des fruits en bois de la couleur indiquée par un dé jaune, vert, rouge ou bleu, pour ensuite les déposer dans un petit panier. Tomber sur le dessin du panier autorise à choisir la couleur du fruit tandis que tomber sur celui du corbeau contraint à reconstituer un puzzle de 9 pièces où le corbeau apparaît.

Ce qui est particulièrement intéressant dans ce jeu c'est qu'il est coopératif. C'est le groupe entier qui perd ou gagne contre le corbeau créant ainsi une unité au sein du groupe : moins de rivalité et plus d'entraide.

Le jeu crée un lien social. Des amitiés se créent au fil de l'activité qui pourront persister ou non en dehors de la séance. Le groupe permet une prise conscience quant au fait que d'autres peuvent présenter les mêmes difficultés qu'eux, qu'ils ne sont pas seuls. Cela favorise l'échange, l'entraide et faire parfois sortir du déni. C'est une maladie où l'on cherche à faire illusion, à donner le change. Savoir que les autres sont dans la même situation autorise non seulement à ne plus « faire semblant » mais aussi à respecter la différence de l'autre dans la maladie.

Claudie est arrivée avec une petite bouteille dans les mains qu'elle manipule beaucoup, la passant d'une main à l'autre. Comme pour la séance précédente, elle est joviale et agréable en ce début d'atelier.

L'art-thérapeute donne les consignes du jeu qui peut désormais commencer. Claudie a besoin que nous lui rappelions les consignes. D'abord lancer le dé, consigne qu'elle comprend et exécute sans peine. Au moment de prendre un fruit, elle en prend une poignée, ce qui n'est pas sans rappeler le trop-plein de la semaine précédente. Elle rit comme lors de la séance précédente. Cela génère la même excitation. Les autres participantes la recadrent, tantôt de manière bienveillante, expliquant de nouveau la consigne, tantôt exaspérée. Au final, Claudie ne conservera qu'un fruit sans savoir quoi faire. Sa voisine lui dira de le mettre dans le panier. A aucun moment, elle ne semble attristée ou contrariée par les différentes remarques.

L'art-thérapeute intervient en disant que chacun a sa place malgré ses difficultés et que le groupe est justement là pour aider. L'ensemble du jeu se déroule de la sorte. Claudie persistera dans ses éclats de rire qui mettront mal à l'aise le groupe. Il faudra régulièrement rappeler les consignes. Elle

n'arrivera pas à ne prendre qu'un fruit et à le mettre dans son panier. Je me chargerai alors de mettre le fruit dans le panier à sa place. D'autre part, lorsqu'elle sera confrontée au choix du fruit, elle ne parviendra jamais à se décider et confondra quasi systématiquement les couleurs ce qui finira d'insupporter les autres participantes. Pour finir, Claudie répète inlassablement ses phrases stéréotypées et plus particulièrement « on va se coucher ». Son malaise augmente-t-il ? Ressente-elle la désapprobation ? Alors qu'elle ne me semble toujours pas affectée par ce qui se passe.

Il me semble que ce n'est pas une réaction normale de ne pas se sentir affectée d'autant que les autres participantes ne la ménagent pas vraiment. Je fais le lien avec une enfance où elle aurait peut-être déjà tenue cette place-là. Quelle place avait-elle enfant ? Est-ce son identité qui perdure ou la maladie qui la rend imperméable à ce qui se passe ? Désaffectivée ? réaction normale qui s'inverse ? (Forme de désinhibition). Face à ses difficultés, Claudie ne réagit pas non plus. Se rend-elle compte de sa maladie ?

Au cours de cette séance nous constatons la persistance des rires. Si lors de la séance précédente, cela ne posait guère trop de souci du fait du jeu individuel, on voit bien que dans le groupe cela ne passe pas. Ce que nous avons pu laisser faire en individuel, nous sommes obligés de le contenir lors du jeu collectif. Le groupe est en lui-même contenant d'ailleurs. A ce sujet, Claudie accepte plutôt bien le fait d'être recadrée. A aucun moment, cela ne semble l'affecter ni même la mettre en colère, ce qui pourrait être le cas, vu qu'elle est régulièrement empêchée dans ses actions. Elle est toujours aussi impulsive lors du contact avec les objets et n'arrive pas à se calmer seule. Elle n'a pas ou plutôt elle n'a plus en elle-même le pare-excitation qui la protégerait de l'intensité des stimuli extérieurs. Le vieillissement n'est pas qu'une question de rides mais s'attaque aussi à l'enveloppe du corps psychique que Didier Anzieu nomme le moi-peau. La difficulté d'hésitation qu'elle rencontre lorsqu'elle a la possibilité de choisir le fruit vient signifier qu'elle n'a plus de repères (directement en lien avec la mémoire défaillante). Choisir est impossible sans mémoire et cette incapacité témoigne de sa peur de l'échec. Pourtant il n'y a ni bon ni mauvais choix, ce que Claudie ignore. En revanche, elle a bien perçu dans le regard des autres que ses réponses n'étaient globalement pas adaptées d'où l'impossibilité pour elle de se mettre en danger davantage en choisissant. On notera la persistance des phrases stéréotypées ainsi que l'apparition d'une petite bouteille de soda, apportée par sa fille, qu'elle transporte avec elle dans tous ses déplacements. Elle ne s'en sert pas pour boire mais plutôt de ce qui s'apparenterait à un objet transitionnel. Lui permet-il de rester en lien avec sa fille ? ou d'être parmi les autres sans se sentir trop seule ?

La séance se poursuit avec le jeu *Serpentina* où il est question de construire des serpents au moyen de cartes dont certaines représentent la tête, d'autres le corps, ou la queue. Ce jeu a l'avantage de permettre d'adapter les règles du jeu selon les envies.

Aussi a-t-il été très intéressant de constater qu'après avoir tenté de construire un serpent en commun, chacune des participantes s'est appropriée des cartes de couleurs différentes pour construire individuellement le sien. Cette manipulation a beaucoup apaisé Claudie. Pas de rires ou de manipulation impulsive. De plus, peu avant la fin de la séance, les serpents individuels se sont rejoints pour devenir un gigantesque serpent constitué du travail des trois participantes. Ce qui me fait penser à la notion d'appareil psychique groupal dont parle René Kaës.

Ce second jeu met en évidence les prémisses d'un changement de comportement de Claudie. On peut se poser la question de savoir si c'est le jeu « *Serpentina* » en lui-même qui a permis cette modification ou bien si c'est le résultat du précédent jeu qui l'a fortement canalisée et probablement rassurée en étant contenant ou bien encore un combiné des deux.

Durant ce deuxième atelier, Claudie ne s'est pas levée pour quitter la séance qui a donc pu durer une heure complète. Elle terminera sereinement avec la manipulation d'un arbre à sons qui l'apaisera encore davantage. Elle nous sourira d'un regard adressé, créateur de lien, signe d'un échange qui prend forme.

Séance 3 : l'oiseau de pluie

Cette troisième séance est un atelier de danse assise. Les patients forment un cercle au centre duquel sont disposés tissus multicolores et balles en mousse de la taille d'une main. La disposition en cercle rompt avec l'alignement des fauteuils et la linéarité des couloirs. C'est un temps à part, un temps de contraste où la respiration s'élargit et le souffle s'anime.

Pour rappel une séance de danse assise se compose d'une chanson qui débute et clos la séance, aujourd'hui « le lion est mort ce soir ». Ce temps est suivi par le récit d'un conte. Le conte permet de s'extraire du poids du réel. Une simple phrase nous fait basculer du côté de l'imaginaire où tout devient possible comme par magie. D'ailleurs, plus c'est éloigné de la réalité, mieux cela fonctionne ! Les patients Alzheimer qui tentent continuellement de masquer leurs pertes peuvent le temps du conte se relâcher puisque tout devient possible. La peur de l'échec est contournée par le fait qu'il n'y a pas de comparaison possible avec quelque chose de connu.

« Le voyage initiatique accompli, la boucle étant bouclée, le héros revient chez lui porteur d'une solution régénérative qui va instaurer durablement le retour à l'équilibre perdu. Le gain narcissique en ce qui le concerne est assuré puisqu'il apparaît désormais comme le sauveur, ou tout du moins, comme celui qui a su mettre fin au cycle infernal des tourments. Le travail de deuil est accompli et la perte inaugurale dépassée. Sous une forme créatrice et substitutive, le conte représente un processus psychique de réparation de soi et de l'objet dans la mesure où il offre à celui qui le lit ou l'écoute un modèle résolutoire des conflits psychiques dont l'efficacité symbolique est de nature manifeste » ⁵

Le récit du conte laisse ensuite place à des exercices corporels qui viennent réveiller le corps (faire rouler la balle en mousse sur les bras, les jambes...) ainsi qu'à des exercices de respiration. Puis vient le moment à proprement parler de la danse assise. Chaque patient reçoit un foulard. L'art-thérapeute met une musique douce et propose des gestes simples avec le foulard. L'art-thérapeute demande ensuite aux patients qui le peuvent et le souhaitent de proposer à leur tour un mouvement qui sera à son tour repris par tous.

Claudie arrive en séance accompagnée de sa bouteille de soda (toujours pleine). Pendant la phase d'écoute (chant et conte), elle la tiendra dans ses mains. Ensuite elle la coincera entre ses jambes pour rester en contact avec elle, la faisant tomber régulièrement. Nous lui suggérerons en vain de la poser à l'écart, le temps de la séance. Malgré notre insistance elle la conservera près d'elle.

Les phrases stéréotypées sont toujours présentes mais plus discrètes. Claudie présente un manque du mot très important et ces phrases sont sa seule manière de communiquer, d'entrer en relation. A ce stade du processus, il me semble que c'est davantage son envie de communiquer qui les lui fait dire plus que son angoisse. Je ressens son plaisir de s'entendre parler, tel un enfant qui babille, qui découvre sa voix et se met en lien avec les autres. Claudie prend peu à peu sa place au sein du groupe. Le contact avec la balle en mousse lui fait prendre conscience de son corps. Elle parvient à reproduire certains gestes en miroir.

Si elle est toujours joviale et souriante, les rires compulsifs ont disparu. Elle bouge toujours beaucoup mais reste assise.

Claudie ne chante pas en début de séance mais elle est présente et dans l'écoute. De même, qu'elle sera très attentive au conte malgré son besoin de bouger. Elle réagit fortement par des mimiques de

⁵ CHOUVIER, B., *La médiation thérapeutique par les contes*, Paris, Dunod ; 2017, p XIV

visages aux notes sensorielles du conte, couleurs, senteurs, goût. (Sourires, yeux qui semblent retrouver un souvenir).

Concernant la pratique corporelle, elle parvient à reproduire les mouvements par mimétisme, non sans difficulté, et fournit par conséquent des réponses plutôt appropriées. En revanche, la gestion de sa bouteille de soda l'accapare trop pour envisager la création d'un mouvement. Nous ne lui demanderons pas de proposer un mouvement avec le foulard.

Au cours de la synthèse avec les différentes équipes, il ressort que Claudie est toujours dans la précipitation. Elle mange rapidement tout ce qu'on lui donne mais reste néanmoins à table lorsqu'elle a terminé. Cette remarque apparaît aussi en médiation animale. Elle est agitée en soirée et met du temps à s'endormir. Son manque du mot remplacé par ses phrases stéréotypées est constaté par toutes les équipes. Claudie répond favorablement aux différentes sollicitations alors qu'à domicile elle passait ses journées au lit. L'équipe s'oriente vers un accueil de jour en cas de retour à domicile. Elle a besoin d'être sollicitée. Pour l'anecdote, son fils lui avait acheté une chemise de nuit qui était trop longue. Lorsqu'il est revenu le lendemain elle l'avait coupée et fait un ourlet impeccable.

Séance 4 : manucure !

Lors de cette séance Claudie ne tient pas en place. Avant le début de l'atelier, elle vient et repart plusieurs fois avant de finalement s'asseoir (en lien avec les nuits agitées) comme si elle avait besoin de faire un repérage. Elle tient toujours sa bouteille dans les mains. Lors du tour de table initial, elle ne fournit aucune réponse appropriée. Elle n'est pas dans l'échange, ne nous regarde pas et aucune de ses paroles n'est cohérente.

En parallèle, un nouveau patient (M. B) vient d'intégrer l'unité. Il déambule, déplace table et chaises vides en permanence. Lors de l'atelier, il déplace également les chaises sur lesquelles les patients sont assis. L'état émotionnel de ce patient retentit sur tout le monde. Il est fort probable que ce soit la cause de l'agitation de Claudie repérée par l'équipe depuis déjà deux jours.

La séance débute et l'art-thérapeute distribue des récipients plastiques en demandant à chacun quelle couleur il souhaite. C'est M. B qui répond « rouge » à la place de Claudie ce qui la fait aller vers cette couleur. Alors, en moins de temps qu'il n'en faut pour le dire Claudie prend un pinceau brosse, le trempe dans la peinture rouge et se fait les ongles avec. On note qu'elle est toujours dans l'accessoire et dans l'idée d'un appareil démonstratif. Notion de se faire belle pour les autres. C'est sa manière d'être en lien mais aussi son repérage du corps qui vient lui signifier qu'elle en a un.

Nous sommes surprises par sa dextérité et sa précision. De suite après, Claudie quitte l'atelier. Ni l'art-thérapeute ni moi-même n'avons en tête de la maintenir en séance. Il s'est passé quelque chose de fort, quelque chose qui a réagi en elle. Claudie est une femme coquette comme nous le voyons depuis le début. Pour que ses gestes soient aussi précis, il est certain qu'elle était habituée à les faire. La couleur rouge a réveillé cela. Elle quitte la séance rapidement certes mais apaisée. La faire rester n'aurait servi à rien. Elle a fait ce qu'elle avait à faire et tout était dit. Le cadre n'a pas été attaqué, elle a simplement agi en fonction de son ressenti.

Séance 5 : un conte qui compte !

Claudie est d'humeur euphorique. Elle est souriante et rien ne peut entamer sa bonne humeur. Elle est venue sans sa bouteille de soda. J'apprendrai lors de la synthèse de l'après-midi que l'équipe médicale lui a demandé de la laisser dans sa chambre. Ce qu'elle a réussi à faire.

Lors de l'écoute du conte, elle répète systématiquement les derniers mots entendus, sur un ton interrogateur, montrant son intérêt. Elle est assise au bord de sa chaise et son corps est incliné en direction de l'art-thérapeute qui conte. Nous pouvons parler d'écoute active. Son visage est très expressif. On peut lire les émotions qui la traversent. Elle n'est pas agitée comme les fois précédentes.

Au moment de la danse assise, Claudie se met à compter : « 1,2,3, et on arrête ». Elle le fera jusqu'à la fin de la séance. Tout le monde lui demandera tour à tour d'arrêter sans qu'elle ne s'exécute. Elle répondra à nos différents « chut » ou signes de la main sur la bouche par un sourire serein et posé, si bien que cela nous fait sourire également (connivence, complicité). Rien à voir avec les rires nerveux des premières séances. Claudie est bien et c'est sa manière de nous le faire ressentir. Son manque du mot l'empêche de communiquer verbalement. Il me semble alors que ses phrases stéréotypées le lui permettent. C'est sa volonté d'être en lien qu'elle n'a pas la possibilité d'exprimer autrement.

Puis vient le moment où nous lui demandons de proposer un mouvement avec le foulard. Ce qu'elle fait bien volontiers ! Sur notre incitation elle se fait confiance et s'autorise à inventer un mouvement. C'est le portage qui fait son effet, la reconforte et lui permet d'oser. Nous lui donnons une place et elle la prend,

Au cours de la synthèse, il apparaît que Claudie a des idées délirantes tous les jours mais peu éprouvantes. Elle est toujours plus angoissée la nuit. Elle cherche à partir, à quitter l'unité. Son autonomie en matière d'alimentation s'est dégradée. Elle n'utilise plus les bons couverts et en met de partout. Elle mange toujours beaucoup et rapidement. Elle a besoin d'une régulation extérieure (rôle maternel). Son retour à domicile est envisagé avec aides et accueil de jour car Claudie bénéficie également d'un environnement bienveillant.

Séance 6 : La musique pour suspendre le temps...

Concernant cette séance la première chose à noter est que c'est Claudie qui a demandé à y participer. C'est donc à son initiative qu'elle y est présente. Elle n'était pas censée avoir d'atelier à ce moment-là et a donc choisi délibérément de se joindre à nous. Au début de leur séjour les patients « subissent » les ateliers. Ils viennent (quand ils ne sont pas dans le refus) parce qu'on leur a dit que cela faisait partie du soin et non parce qu'ils en ont véritablement envie. Aussi lorsqu'un patient souhaite participer à une séance pour laquelle il n'est initialement pas prévu, il me semble important d'accéder à sa demande, à son désir même si pour ce faire on ne respecte pas tout à fait le protocole. De mon point de vue c'est même la preuve que l'on a touché la personne, que quelque chose s'est passé. Elle devient actrice de son soin en désirant quelque chose.

Le début de séance est perturbé par un patient que le docteur a contraint à venir. Il est violent verbalement et physiquement. Il ne restera pas mais Claudie en a eu peur et il lui faudra un moment pour retrouver son calme.

Un nouveau patient vient d'intégrer le groupe. Nous savons que ce dernier était enfant de chœur et qu'il aime tout particulièrement chanter. Nous nous orientons donc sur un atelier de chant afin de favoriser sa bonne intégration. Il choisit une chanson de Georges Brassens. Je distribue les textes à chacun. Je suis assise en face de Claudie, qui à ma grande surprise essaie de chanter en suivant le texte. Elle n'a jamais chanté auparavant notamment au début des ateliers de danse assise. Je décide de venir m'asseoir auprès d'elle pour l'aider, ce que je fais en montrant du doigt sur la feuille et en chantant avec elle. Cela fonctionne plutôt bien. Elle arrive à lire et à chanter. Elle a une belle voix et prend beaucoup de plaisir à lire. Elle tient fermement la feuille dans ses mains. Elle multiplie les échanges de regard avec moi. Elle est émerveillée comme si elle redécouvrait quelque chose. A la fin de la première chanson elle est très émue et me dira, avec un sourire adressé et les larmes aux yeux, « c'est beau ça ». La voix circule comme un geste. Elle nous dira qu'elle chantait beaucoup étant jeune et qu'elle aimait bien danser aussi. La parole prend corps dans un souvenir actualisé (réminiscence). Les émotions surgissent. Le chant convoque l'immédiateté. On parle d'une seule voix, à l'unisson, dans une communion qui nous dépasse. Il y a la joie aussi de se souvenir de quelque chose et la surprise qui en découle. Claudie réussira particulièrement bien à chanter les chansons dont les rythmes sont bien définis comme dans « la ballade des gens heureux » par exemple mais il est certain qu'elle prendra du plaisir avec chacune d'entre elles.

Durant cette séance, il me semble que Claudie a retrouvé une place d'adulte. Lorsque nous avons chanté, nous étions d'égal à égal. Les sourires échangés liés aux émotions vécues et partagées étaient naturels, cohérents et congruents. Je l'ai vécu comme un moment d'intimité, comme l'expression d'une relation qui se crée, d'un contact réciproque qui s'établit.

Séance 7 : le dragon de glace

Cette dernière séance avec Claudie se déroule dans la lignée des deux précédentes. Elle est calme, posée, souriante et se souvient avoir chanté la veille.

A la suite d'un conte faisant le récit d'une grand-mère qui donnait vie à tout ce qu'elle découpait dans du papier, nous proposons de faire de même en découpant des flocons de neige (découpage que la grand-mère réussissait le mieux dans le conte). Alors que le livre est posé sur la table, Claudie le prendra calmement et le feuillètera longuement, confirmant ainsi son plaisir de la lecture et de manipulation.

Au moment du découpage, elle dit qu'elle ne sait pas, qu'elle ne peut pas. Alors, après avoir plié la feuille de papier, je commence à découper pour montrer comment faire avant de tendre la paire de ciseaux à Claudie qui s'en saisira pour réaliser son flocon de neige. A ce moment-là, mon idée est de commencer pour insuffler du mouvement. Une manière de prendre la main de l'autre pour l'inciter à faire.

Ces propositions aux différents médiums sont un moyen de trouver une porte d'entrée afin d'aider la personne à mieux vivre. L'idée est de pouvoir ensuite transposer dans le quotidien ce qui a bien fonctionné dans un atelier. Dans le cas de Claudie, l'idée pourrait être de débloquer une situation angoissante via le médium du chant. Pour certains patients, aller à la douche est compliqué, le faire en chantant permet de faciliter des actions qui peuvent avoir perdu toute signification.

La notion de plaisir est primordiale en ce sens qu'elle va déclencher l'action et remobiliser la personne et les compétences encore présentes. Au milieu de cette nébuleuse il y aurait enfin un point de repère.

A vrai dire, peu importe véritablement le résultat. Ce qui est important c'est que Claudie a désormais suffisamment confiance en elle pour se lancer et faire. Durant toutes les séances nous l'avons encouragé à exister au travers de ses gestes et de ses actions, lui donnant une place au sein du groupe et l'intégrant à une communauté. Elle semble apaisée puisque dans son évolution elle est passée du « trop » à un comportement plus adapté et acceptable par chacun. Deux temps forts ont servi de leviers thérapeutiques : une prise de conscience de son corps au moyen de la danse assise et ensuite la séance de chant qui a libéré une parole qu'elle n'était plus en capacité d'utiliser.