

Université d'Angers
Faculté de Lettres, Langues et Sciences Humaines
Département de psychologie

**Mme B, entre désorganisation démentielle et mouvements
défensifs protecteurs**

**Mémoire présenté pour le
Master 2 Psychopathologie, psychologie clinique du lien social et
familial**

Par Manon Billaud

Sous la direction de Franck Rexand-Galais

Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LLPL)
UNAM (Universités Nantes Angers Le Mans)

Angers, septembre 2018

Remerciements :

Je tiens à remercier Mr. Rexand-Galais pour ses éclairages dans l'élaboration de ce travail.

Je remercie également mon tuteur de stage, pour son accompagnement tout au long de ce stage.

J'adresse aussi mes remerciements à toutes les personnes, amis et famille, qui ont contribué à l'élaboration de cet écrit et pour leurs nombreuses relectures.

Enfin, je remercie Mme B, sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

Sommaire

<i>Sommaire</i>	3
Introduction	5
1. Contexte de la rencontre.....	6
1.1 Présentation de l'institution	6
1.2 Rencontre avec Mme B.....	7
1.3 Synthèse	10
2. Le matériel clinique.....	11
2.1 Les hallucinations	11
2.2 Les idées délirantes	14
2.3 L'omniprésence de la famille dans le discours	16
2.4 La dynamique relationnelle.....	17
2.5 Élaboration de la problématique	17
2.6 Synthèse	18
3. L'articulation clinico-théorique.....	19
3.1 Le syndrome démentiel.....	19
3.2 Les mouvements défensifs organisateurs.....	21
3.3 Démence et défaillance de l'enveloppe psychique	24
3.4 Synthèse	28
Conclusion.....	29
Bibliographie	30
Résumé.....	31

Introduction

Ce travail de recherche s'appuie sur une rencontre clinique issue d'un stage de master 2. Ce dernier s'est déroulé au sein d'un pôle de gériatrie, regroupant trois services : un accueil de jour Alzheimer, une unité de soins longue durée (USLD) et un établissement et hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). C'est dans ce dernier service que j'ai rencontré Mme B, âgée de 90 ans, étant une institutrice à la retraite.

L'entrée en EHPAD n'était pas un souhait de la résidente puisqu'elle survient à la suite d'une hospitalisation. Le retour à domicile de Mme B était impossible du fait, notamment, de ses troubles mnésiques. Ainsi, la rencontre avec la résidente est venue soulever des questions dans la clinique du sujet âgé, du côté de la désorganisation psychique entraînée par l'involution démentielle.

Dans un premier temps, il sera question du contexte de rencontre. Ainsi, il s'agira de présenter le pôle de gériatrie, l'anamnèse de Mme B ainsi que la demande à l'origine de la rencontre. Par la suite, je présenterai les données cliniques issues des entretiens. Cette deuxième partie permettra d'aboutir à la formulation d'une problématique. Enfin, la dernière partie sera une articulation clinico-théorique permettant d'apporter des éléments de réponse à la problématique.

1. Contexte de la rencontre

1.1 Présentation de l'institution

La rencontre avec le sujet de ce travail de recherche a eu lieu au sein d'un pôle de gériatrie. Ce dernier regroupe trois services : un accueil de jour Alzheimer, un établissement et hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi qu'une unité de soins longue durée (USLD). Ce dernier service est plus médicalisé qu'un EHPAD puisqu'il accueille des personnes âgées nécessitant une surveillance médicale et des soins constants. L'accueil de jour, quant à lui, accueille 10 personnes, quotidiennement, présentant une maladie d'Alzheimer ou une pathologie apparentée. Les personnes participent à différentes activités afin de stimuler leurs capacités cognitives et de maintenir les gestes de la vie quotidienne.

De manière plus spécifique, Mme B réside au sein de l'EHPAD. Ce dernier se définit comme un établissement accueillant des personnes âgées de plus de 60 ans ayant une perte d'autonomie. Celle-ci empêche la personne d'accomplir des gestes de la vie quotidienne, nécessitant alors un accompagnement par une tierce personne. La dépendance peut-être due à une altération des fonctions physiques et/ou mentales. En outre, l'établissement accueille, notamment, des personnes atteintes de pathologies neurodégénératives, qui s'accompagnent de troubles comportementaux. Toutefois, il s'agit d'un établissement ouvert, où les résidents peuvent entrer et sortir à leur guise. Ainsi, certains résidents, atteints de démence par exemple, peuvent se mettre en danger lors de leurs déambulations en sortant de l'établissement. Autrement dit, cette EHPAD ne permet pas d'offrir aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, la sécurité qu'ils auraient au sein d'une unité protégée.

L'EHPAD est considéré comme le lieu de vie pour la personne âgée puisqu'elle y est chez elle. Néanmoins, l'établissement dépend de la fonction publique hospitalière. Sa présence au sein d'un centre hospitalier le prive d'un aspect résidentiel. Par conséquent, l'unité est alors moins considérée comme un lieu de vie pour le résident. De plus, au-delà des 28 résidents qui sont accueillis en hébergement permanent, le service dispose également de deux places en hébergement temporaire.

En outre, chaque service du pôle de gériatrie fonctionne séparément, mais tout en étant lié au niveau organisationnel. Ainsi, une cadre de santé et un médecin coordinateur assurent le bon fonctionnement des trois services. Une équipe pluridisciplinaire est rattachée à chaque unité, permettant un suivi dans la prise en charge du résident. En ce qui concerne l'EHPAD, des aides-soignantes, des agents des services hospitaliers sont présents, jour et nuit, auprès des résidents. Des infirmières interviennent, durant la journée, afin de prodiguer des soins médicaux aux résidents. De plus, une ergothérapeute ainsi qu'un kinésithérapeute interviennent quelques jours par semaine pour aider le résident à préserver sa mobilité et le faire évoluer dans un environnement de vie sécurisée. Une animatrice est aussi présente sur les unités de longs séjours afin de proposer des activités aux résidents, de manière individuelle ou collective. En outre, le psychologue intervient sur les trois services du pôle de gériatrie. Il est présent à mi-temps sur l'EHPAD et l'USLD.

D'autre part, l'hôpital connaît des remaniements majeurs, impactant la vie institutionnelle du pôle de gériatrie. En effet, quelques mois après la fin du stage, l'USLD a déménagé sur un autre site géographique de l'hôpital. La capacité d'accueil de l'EHPAD a alors doublé. En d'autres termes, à l'heure actuelle, le pôle de gériatrie se compose d'un EHPAD et d'un accueil de jour Alzheimer. Ce déménagement était connu par l'ensemble des résidents, familles et du personnel. Ainsi, en amont de la fermeture de l'USLD, l'équipe soignante a connu de nombreuses arrivées, mais aussi des départs, impactant alors fortement la dynamique de groupe créée. Par conséquent, durant le stage, un contexte d'inquiétude et d'incertitude régnait chez les soignants, impactant alors la prise en charge des résidents.

1.2 Rencontre avec Mme B

1.2.1 Présentation de Mme B

Mme B est âgée de 90 ans et se déplace seule à l'aide d'une canne. À la suite de son baccalauréat, elle a été institutrice au sein de ce qu'elle nomme « une classe de perfectionnement ». Elle enseignait à des enfants et adolescents en situation de handicap. Elle était passionnée par son métier, notamment par le contact avec les enfants. En outre, Mme B appréciait peindre des tableaux. Ainsi, dans sa chambre, il est possible de retrouver aux murs deux tableaux peints par la résidente. Chaque œuvre représente un paysage, l'un à la mer et l'autre l'extérieur fleuri d'une maison. Mme B peignant plus spécifiquement les paysages

puisque'elle n'appréciait pas peindre des portraits. Aujourd'hui, au sein de l'établissement, elle ne peint plus.

Mme B ne s'est pas mariée et n'a pas eu d'enfants. Ce statut l'affecte particulièrement, elle explique être peinée de ne pas avoir eu quelqu'un dans sa vie. Elle dit adorer les enfants, mais ne pas en avoir eu puisque'à l'époque, il n'était pas bien vu d'avoir des enfants en dehors du mariage. En outre, Mme B est issue d'une fratrie de trois enfants. Elle a une sœur aînée, qui est décédée, et un frère cadet. La résidente est très proche de ses neveux et nièces. Elle explique s'être beaucoup occupée d'eux lorsqu'ils étaient enfants et elle les considère comme ses propres enfants.

De plus, Mme B est entrée à l'EHPAD en septembre 2017 à la suite d'une hospitalisation. Dans un premier temps, elle a été hospitalisée en chirurgie orthopédique pour un syndrome des loges, puis orientée vers le service de Soins de suites et de réadaptation (SSR) où elle y est restée pendant environ 2 mois. Après cette hospitalisation, le retour à domicile était impossible du fait, d'une part de ses troubles cognitifs, et d'autre part, de la nécessité de soins médicaux pour sa plaie à la jambe. La nièce de Mme B a donc fait des inscriptions en EHPAD. L'entrée en institution n'était donc pas un souhait de la résidente et celle-ci n'est pas retournée à son domicile depuis son arrivée au sein de l'établissement.

Il apparaît opportun de détailler le bilan neuropsychologique réalisé au cours de l'hospitalisation dans le service de SSR. Celui-ci avait pour objectif d'évaluer les fonctions supérieures dans le cadre, notamment, d'un éventuel retour à domicile. Il a eu lieu en juillet 2017. Le MMS (Mini Mental State Examination) est de 16/30 et indique la présence d'une désorientation temporo-spatiale. Mme B présente des troubles mnésiques avec une amnésie rétrograde et une impossibilité à enregistrer de nouvelles informations. Des difficultés concernant la mémoire autobiographique ont aussi été identifiées. Mme B ne rapporte pas de plaintes mnésiques. Le bilan indique que les aires langagières ne sont pas touchées. Ainsi, la résidente présente un léger manque du mot et sa compréhension peut être parfois perturbée. Les aires praxiques, quant à elles, semblent préservées. Le bilan neuropsychologique s'est aussi étayé sur la passation de l'échelle de dépression abrégée de Yesavage. Au cours de cette dernière, Mme B n'a pas exprimé d'éléments dépressifs. De plus, la situation d'évaluation, que représente la passation du bilan, n'a pas semblé mettre en difficulté la résidente. Selon le compte-rendu du bilan, Mme B était souriante, volontaire et semblait à l'aise dans la communication. En outre, le bilan neuropsychologique met en évidence une démence non

étiquetée. Les troubles cognitifs sont d'allures corticales. Ainsi, à la vue des troubles cognitifs de Mme B, le retour à domicile était compliqué, c'est pourquoi elle a intégré l'EHPAD.

Du fait de son arrivée récente au sein de l'établissement, très peu d'informations sur son histoire de vie sont disponibles dans son dossier. Certains éléments rapportés par Mme B soulèvent des questions. Effectivement, il a été retrouvé une carte d'invalidité à 90%, faite en 1995, dans le dossier de Mme B. Selon la nièce de la résidente, Mme B a très peu enseigné, du fait de la pénibilité à la station debout. Mme B, quant à elle, n'a pas apporté d'éléments concernant cette carte d'invalidité et l'impact sur sa vie professionnelle. Elle a expliqué avoir enseigné durant toute sa carrière professionnelle.

1.2.2 Contexte de la rencontre

La première rencontre avec Mme B a eu lieu lors des premiers jours de stage, elle a permis de se présenter. Par la suite, il a souvent été question, durant les transmissions, de prise en charge de la résidente pour qui les premiers mois en institution étaient compliqués. Elle passait beaucoup de temps à faire sa valise afin de rentrer chez elle. Mme B déambulait, et n'étant pas en unité protégée, l'équipe a décidé de mettre en place un bracelet « anti-fugue ». Il s'agit d'un bracelet, aux allures de montre, envoyant un signal sonore, sur les téléphones des soignants et dans les services, afin de signaler lorsqu'un résident passe les portes de sortie de l'unité. Mme B a donc eu un de ces bracelets, quelques temps après son arrivée à l'EHPAD. Ainsi, la demande était d'offrir un espace de parole à Mme B pour pouvoir évoquer, notamment, l'entrée en institution. Elle s'est alors saisie de cet espace. Effectivement, Mme B apprécie discuter et communique facilement, malgré un léger manque du mot. Les entretiens ont commencé quelques semaines après le début de mon stage et se sont terminés à la fin de celui-ci. Une interruption, d'environ deux mois, a eu lieu au milieu du stage du fait des congés et de la mise en isolement de l'unité à cause de la grippe.

Les entretiens avec Mme B ont eu lieu une semaine sur deux, sans avoir d'horaires précis pour pouvoir s'adapter aux contraintes institutionnelles et aux horaires de Mme B. En effet, Mme B a des troubles du sommeil, inversant parfois le jour et la nuit. Ainsi, il lui arrivait de se reposer, dans la matinée ou dans l'après-midi. De plus, les matinées en EHPAD sont chargées puisqu'il s'agit du moment des soins d'hygiène pour les résidents. De même, les après-midi étaient marqués par les réunions d'équipe et les animations au sein du service auxquelles participait régulièrement Mme B. Face à ces différentes contraintes horaires, il

paraissait compliqué de définir une heure précise pour les entretiens. Néanmoins, ces derniers avaient souvent lieu en fin de matinée, avant le repas, ou bien en milieu d'après-midi.

Progressivement, un rituel d'entretien s'est installé. Le début d'entretien commençait lors de notre rencontre dans le couloir. Puis nous rejoignons ensemble la chambre de Mme B afin de poursuivre l'échange. La séparation était compliquée pour Mme B qui recherchait la présence. Ainsi, la fin de l'entretien se déroulait dans le couloir. Autrement dit, les entretiens avec la résidente commençaient et se terminaient en dehors de la chambre. Ce rituel d'entretien s'expliquait par le fait que Mme B déambule beaucoup au sein de l'unité. Ainsi, nous nous croisions, en règle générale, dans les couloirs de l'institution. Cette rencontre permettait d'amorcer les entretiens.

1.3 Synthèse

Cette première partie contextualise la rencontre avec Mme B, une dame de 90 ans, résidant au sein d'un EHPAD. Elle n'est pas mariée et n'a pas eu d'enfant. Toutefois, elle a été en contact avec des enfants tout au long de sa vie puisqu'elle était institutrice, auprès d'enfants et d'adolescents en situation de handicap, et elle s'est beaucoup occupée de ses neveux. Son entrée en institution fait suite à une hospitalisation pour un syndrome des loges où un bilan neuropsychologique a été réalisé. Il a mis en évidence une démence non-étiquetée. Mme B ne pouvait pas retourner seule à son domicile, du fait de la nécessité des soins cutanés et des troubles mnésiques.

Les entretiens avec Mme B consistaient à lui proposer un espace de parole afin d'aborder, notamment son entrée en institution, vécu difficilement par la résidente, qui espérait rentrer chez elle. Les entretiens ont eu lieu tous les 15 jours, sans horaires précis. La particularité de ces entretiens réside dans le fait qu'ils commençaient et se terminaient en dehors de la chambre de Mme B.

2. Le matériel clinique

À présent, nous allons présenter les données cliniques issues de la rencontre avec Mme B. Ainsi, les éléments cliniques vont être présentés successivement, sans suivre l'ordre chronologique des entretiens. Il s'agit ainsi de rendre le matériel clinique compréhensible pour pouvoir dégager la problématique psychique de Mme B.

2.1 Les hallucinations

L'une des données cliniques principales est la présence d'hallucinations chez la résidente. En d'autres termes, il s'agit d'une perception sans objet puisque la résidente entend et voit des éléments qui n'existent pas en réalité. Néanmoins, les informations sur les hallucinations de Mme B sont restreintes. En effet, dans son dossier d'inscription à l'EHPAD, rempli par le médecin coordinateur du service SSR, il est indiqué qu'elle ne présente pas d'hallucinations, ni d'idées délirantes. Cette dernière information laisserait penser que les hallucinations de Mme B ont commencé à son arrivée au sein de l'établissement. Toutefois, les informations présentes dans le dossier de la résidente ne permettent pas de confirmer cette hypothèse. Effectivement, au sein de l'EHPAD, les informations circulent essentiellement par voie orale. L'écrit est prédominant lorsqu'il concerne les soins d'hygiène. Ce contexte explique le peu d'informations disponible sur les hallucinations de Mme B. Ainsi, nous ne connaissons pas l'origine, la fréquence et le contexte dans lesquels surviennent les hallucinations de Mme B.

Une réunion d'équipe a eu lieu afin d'aborder la prise en charge de Mme B, en présence d'infirmières du Centre Médico-Psychologique (CMP) rattaché au centre hospitalier. Lors de cette réunion, la question des hallucinations a été abordée pour la première fois en équipe. Les soignants présents ont pu rapporter plusieurs épisodes hallucinatoires, qui ne figurent pas dans le dossier de la résidente. Néanmoins, l'équipe en est venue à la conclusion qu'il ne s'agissait pas d'hallucinations, mais de l'imagination débordante de Mme B, qui l'a conduit à échanger avec ses photographies par exemple. Par ailleurs, l'équipe s'est interrogée sur la présence de troubles ioniques, pouvant expliquer les hallucinations chez la résidente. Un bilan sanguin a été réalisé et les résultats sont revenus dans les normes, ne donnant pas d'explication somatique aux hallucinations de Mme B. Le compte-rendu de cette réunion fait apparaître pour la première fois le terme hallucination dans le dossier de la résidente. La semaine suivante, une soignante a indiqué dans ce dossier que la résidente présentait moins

d'hallucinations ce jour. Cela laisse supposer que les hallucinations de la résidente occupent une place importante durant la journée, mais aussi qu'elles sont récurrentes.

À présent, nous allons détailler trois hallucinations de Mme B. Ainsi, la première a été rapportée par la résidente durant un entretien. Il apparaît opportun de relater le contexte dans lequel Mme B est venue à relater son épisode hallucinatoire. Il s'agissait du quatrième entretien avec la résidente, mais du premier où elle a évoqué un sentiment de solitude et son vieillissement. Au départ, Mme B présentait un discours détaché et utilisait le « on » puis, progressivement, elle est venue à parler d'elle et de son inquiétude d'être seule puisqu'elle n'a pas d'enfant et est célibataire. Elle poursuivait en évoquant ses neveux, qui ont une place importante pour elle, mais qui accordaient moins d'importance qu'elle à la sphère familiale, et donc à elle et aux conseils qu'elle pouvait leur apporter. En évoquant ce contexte de solitude, Mme B a inversé la dynamique installée en évoquant une demande faite par ses neveux la veille au soir. La résidente a expliqué que ces derniers lui ont fait une farce, comme ils en ont l'habitude. Dans sa chambre, le soir, elle a entendu quelqu'un jeter des cailloux à sa fenêtre. Elle s'est alors approchée et a vu deux de ses neveux. Ces derniers étaient venus lui demander de l'aide puisqu'ils cherchaient un hébergement pour la nuit. Elle a alors passé la chaise par la fenêtre pour qu'ils puissent se réfugier dans la chambre, en leur demandant de ne pas faire de bruit afin qu'elle n'ait pas de problèmes avec la direction de l'établissement. Ils ont passé la nuit avec elle, dans sa chambre, puis sont repartis le matin, sans se faire surprendre par un membre du personnel. Mme B relate cette farce de ses neveux, comme elle la nomme, avec une certaine fierté d'avoir été sollicité pour leur venir en aide. Après avoir rapporté cet épisode, Mme B a inversé son état psychique, en passant de l'inquiétude d'être seule à la joie due à la présence de ses neveux.

En outre, la deuxième hallucination de Mme B a été rapportée par une soignante lors de la réunion d'équipe. Le contexte précis de cet épisode n'est pas précisé, puisqu'elle a été évoquée brièvement durant la réunion. La soignante a expliqué être allée dans la chambre de la résidente afin de la solliciter pour venir prendre le repas en salle à manger. Lorsqu'elle est entrée dans la chambre, Mme B était assise sur une chaise, qu'elle avait placée à côté de son lit. Sur ce dernier, elle avait étalé soigneusement son manteau, celui-ci formant alors comme le corps d'une personne. Mme B discutait et passait la main sur son manteau. Elle a expliqué à la soignante qu'elle rassurait un enfant malade. Elle l'avait fait entrer dans sa chambre afin

qu'il puisse se reposer. Nous ne disposons pas d'informations sur la suite de cet épisode et l'impact du discours de la soignante sur l'hallucination de Mme B.

Le dernier épisode hallucinatoire, sur lequel nous nous appuyons dans ce travail de recherche, a été rapporté par une infirmière de l'EHPAD. Ainsi, elle explique qu'au cours d'une journée, Mme B est venue l'interpeller puisqu'elle était inquiète. Son visage exprimait son désarroi. Elle lui a expliqué qu'un enfant était dehors, et qu'il avait besoin d'aide. Il était insupportable pour Mme B de laisser cet enfant dans sa détresse, puisqu'il avait selon elle, faim et froid. Mme B venait demander l'aide de l'infirmière pour qu'ensemble, elles viennent en aide à cet enfant. La résidente a alors demandé à l'infirmière de la suivre afin qu'elle lui montre cet enfant. Ainsi, une fois dans la chambre, Mme B s'est dirigée vers sa fenêtre. Elle a alors désigné l'extérieur, c'est-à-dire le jardin de l'établissement. Il paraît opportun de préciser que la chambre de la résidente se trouve au rez-de-chaussée. Ainsi, son doigt, désignait selon elle, l'enfant à l'extérieur qui lui demandait de l'aide. L'infirmière percevait du point désigné par la main de la résidente, le reflet de cette dernière dans la fenêtre. En d'autres termes, l'enfant montré correspondait au visage de Mme B à travers la fenêtre. Face à son reflet, elle percevait l'opposé, c'est-à-dire non pas une femme, mais un homme et non pas une personne âgée mais un enfant. Nous ne disposons pas d'informations précises quant à la suite des événements.

Des éléments communs ressortent de chaque épisode hallucinatoire. Ainsi, nous pouvons noter que dans chaque cas, les hallucinations de Mme B impliquent un enfant. Celui-ci est en détresse et vient solliciter la résidente pour qu'elle lui vienne en aide. En d'autres termes, les hallucinations viennent apporter un sentiment d'utilité à Mme B, puisqu'elle répond favorablement à cette demande. En outre, les hallucinations peuvent la mettre à mal puisqu'elle peut être dans un état d'anxiété face à la détresse de l'enfant, comme ce fut le cas dans le dernier épisode relaté. De plus, l'ensemble des épisodes ont eu lieu dans la chambre de Mme B. Toutefois, le manque d'informations dans le dossier de Mme B ne permet pas de statuer s'il s'agit de l'unique lieu où Mme B a des hallucinations. Cependant, nous pouvons déterminer que la chambre apparaît comme un lieu déterminant dans les hallucinations. En outre, le plus souvent, les épisodes hallucinatoires de Mme B impliquent un objet, qu'ils s'agissent d'une fenêtre ou de son manteau. Face à ce constat, l'équipe en avait déduit que ce n'était pas des hallucinations, mais l'imagination débordante de Mme B. Toutefois, dans ce travail de recherche, nous n'allons pas conserver cette dernière idée. Ainsi, Mme B présente

bien des hallucinations, puisqu'il s'agit d'une perception sans objet. Elle voit des éléments non-présents dans la réalité. Néanmoins, les hallucinations n'impliquent pas des scènes terrifiantes et semblent être positives pour la résidente.

2.2 Les idées délirantes

2.2.1 L'ouverture d'une classe de perfectionnement

Quelques mois après son arrivée au sein de l'EHPAD, Mme B a développé une fausse croyance pour légitimer sa présence au sein de l'établissement. Ainsi, elle explique être ici, puisqu'elle a été sollicitée par la directrice pour s'occuper d'une classe de perfectionnement qui doit ouvrir à la rentrée prochaine. Mme B poursuit en expliquant qu'elle hésite à prendre en charge cette classe puisque cela implique une lourde charge de travail, alors qu'elle est proche de prendre sa retraite. Néanmoins, elle nuance son hésitation en précisant que la rencontre avec les enfants est enrichissante et source de bonheur. Ainsi, la conviction de l'ouverture d'une classe de perfectionnement dans laquelle elle enseignerait occupe considérablement Mme B. Elle a fait référence à cette fausse conviction dans la majorité des entretiens. De plus, elle sollicite quotidiennement la cadre de santé du service, qu'elle nomme la directrice, pour avoir des informations sur cette classe.

Cependant, à son arrivée au sein de l'établissement, Mme B occupait le plus clair de son temps à faire sa valise puisqu'elle souhaitait rentrer chez elle. Une réunion a eu lieu en présence de la cadre de santé, le psychologue, Mme B et certains de ses neveux pour lui expliquer que sa présence au sein du service était définitive. Peu de temps après cette réunion, Mme B a développé son idée délirante concernant l'ouverture d'une classe de perfectionnement. Elle explique notamment qu'au cours de cette réunion, la directrice, c'est-à-dire la cadre de santé, lui aurait fait la demande de s'occuper de cette classe. Parallèlement au développement de cette fausse conviction, Mme B s'est progressivement familiarisée avec l'établissement. Ainsi, elle s'est appropriée sa chambre, mais la reconnaît également dans le couloir. Elle est devenue aussi plus familière dans le langage avec les soignants, en utilisant le tutoiement avec certains.

En définitive, l'idée délirante de Mme B concernant l'ouverture de cette classe vient en quelques sortes légitimer la présence de Mme B au sein de l'établissement. Elle vient nier l'avancée en âge en la convoquant dans son rôle social, qui était celui d'enseigner.

Néanmoins, la question de l'âge est centrale dans cette idée délirante puisque c'est celle-ci qui vient remettre en cause le fait d'accepter d'enseigner dans cette classe.

2.2.2 Délire de persécution

Au cours des entretiens, Mme B a présenté un délire de persécution, c'est-à-dire une conviction délirante dans laquelle elle explique être persécutée. Ainsi, durant un entretien, la résidente a rapporté des idées de persécutions. Cette fois-ci, l'entretien n'a pas commencé dans le couloir par une rencontre, mais dans la chambre de la résidente. Cette dernière apparaissait préoccupée, son visage était fermé et elle présentait une agitation motrice. Mme B n'était pas en mesure d'échanger sur ces idées. Sur sollicitations, elle a pu exprimer qu'elle était préoccupée par ce qui se passait ici. Cette situation était insupportable, selon ses dires, et directement dirigée contre elle. Elle expliquait être la victime dans l'histoire et qu'il fallait prévenir quelqu'un, comme un policier. Mme B apportait des brides de son délire sans que celui-ci soit construit et exprimé. Elle n'était pas en capacité de mettre plus de mots et d'expliquer son délire. Il s'agissait en quelque sorte d'une intuition délirante, c'est-à-dire un sentiment qui apparaît sans référence à la réalité permettant d'étayer son délire. De plus, il était impossible d'échanger avec Mme B, pour la ramener à la réalité. Ces idées délirantes de persécution arrivent occasionnellement et sont source d'une grande inquiétude chez la résidente.

2.2.3 La reviviscence du passé

Mme B présente des idées apparaissant comme délirantes et qui viennent faire revivre des événements du passé. Ainsi, la résidente est convaincue que ses parents sont en vie et qu'elle doit s'occuper d'eux, puisqu'ils sont âgés. Cette idée délirante apparaît, encore une fois, comme un déni de la réalité et de son avancée en âge. Mme B reste convaincue de ce fait malgré les tentatives pour la resituer dans la réalité en l'interrogeant sur son âge et donc l'âge que pourrait avoir ses parents. Mme B est en capacité de dire qu'elle a 90 ans et, elle continue à nier la mort de ses parents en précisant qu'ils sont donc très âgés. La présence de ses parents est essentielle pour la résidente. Elle a besoin de s'occuper d'eux mais aussi qu'ils soient présents pour elle, notamment pour leur apporter des conseils. Mme B dispose d'une photographie de ses parents dans sa chambre. Elle dit avoir besoin de cette image à laquelle elle se réfère quotidiennement. La résidente explique devoir regarder cette photographie pour pouvoir s'endormir le soir. Elle dit échanger avec ses parents à travers ce portrait d'eux.

2.3 L'omniprésence de la famille dans le discours

Au cours de chaque entretien, la thématique familiale est revenue. Ainsi, la sphère familiale semble primordiale pour Mme B. Elle explique que la famille est essentielle pour elle, et précise qu'elle ne serait rien sans eux. Ainsi, elle évoque alors ses parents, comme mentionnés précédemment, mais aussi son frère et sa sœur ainsi que ses neveux. Pour parler d'eux, elle prend appui sur un tableau présent dans sa chambre. Celui-ci a été peint par ses soins, et au premier plan, se trouve des escaliers menant à une plage. Au second plan, des rochers sont présents, encadrant un coin d'eau avec une barque et ils s'ouvrent sur un passage menant à l'océan plus agité. Ce tableau est important pour la résidente, puisqu'il représente la vue de la maison de vacances où elle allait étant enfant avec sa famille. Elle est revenue, longuement, et à plusieurs reprises, sur ces moments de bonheur vécus en famille près de l'eau.

Néanmoins, lorsque Mme B évoquait ces instants, son discours était contradictoire. Dans un premier, elle présentait l'éducation de ses parents comme étant basée sur la confiance. Elle expliquait qu'ils les laissaient (son frère, sa sœur et elle), aller se baigner seul, y compris dans les endroits dangereux où la mer était agitée. Selon elle, il s'agissait d'une preuve de confiance. Par la suite, son discours changeait et elle évoquait la présence de ses parents durant la baignade pour les surveiller, mais aussi pour garder un œil sur les autres enfants que les parents avaient laissés seuls, sans avoir conscience du danger que représentait l'océan. Enfin, elle terminait l'évocation de ces moments de vacances en précisant que ses parents n'étaient pas présents, puisqu'ils travaillaient. Elle précisait qu'il était dangereux de laisser des enfants sans surveillance dans l'eau. Elle en arrivait à porter un regard négatif sur l'éducation de ses parents. Toutefois, d'emblée, elle vient réfuter cette pensée en expliquant l'importance de ses parents et la bonne éducation apportée par ces derniers. Lorsque son discours devenait négatif sur ses parents, elle changeait rapidement de discussion et restait superficielle dans ses paroles. Elle semblait idéaliser ses parents, et il était alors insupportable pour elle de les remettre en question.

Mme B a de nombreuses photographies dans sa chambre, représentant ses parents et certains de ses neveux. Elles sont présentes sur le même mur au sein de sa chambre, faisant ainsi penser à un arbre généalogique. Celui-ci débute par la photo de ses parents, puis par le tableau représentant les instants avec son frère et sa sœur, pour se terminer avec les photos de ses neveux. Mme B changeait régulièrement la place des photographies dans sa chambre en

gardant, toutefois, le cliché de ses parents au plus près d'elle. Son discours durant les entretiens suivait cet arbre généalogique, en commençant par ses parents pour se terminer avec l'évocation de ses neveux.

2.4 La dynamique relationnelle

La rencontre avec Mme B a permis de créer une alliance thérapeutique, au fur et à mesure de l'avancée des rencontres. Ainsi, un investissement, différent pour chaque interlocuteur, a vu le jour. Dans les premiers temps, Mme B m'a identifié comme étant une élève venant lui demander conseil pour ouvrir une classe de perfectionnement. Par la suite, elle a reconnu mon statut de stagiaire psychologue et a fait le lien avec le psychologue du service, qu'elle évoquait ainsi à chaque rencontre. Mme B m'a ensuite investie comme un membre de sa famille. Ainsi, elle venait récupérer des éléments de mon identité (prénom, formation, lieu d'études) afin de les attribuer à une de ses petites-nièces. La résidente proposait aussi au cours des entretiens de prendre un apéritif ou encore de se faire la bise. Ces conduites ont nécessité un rappel du cadre de la rencontre, permettant ainsi de conserver la distance professionnelle.

D'un point de vue contre transférentielle, cette convocation dans un registre familial fut déstabilisant. Effectivement, il paraît opportun de préciser qu'initialement, ce stage au sein d'un pôle de gérontologie était un moyen d'affronter mes peurs et appréhensions concernant le vieillissement et les pathologies liées. Ainsi, la familiarité dans laquelle me convoquait Mme B a conduit à un mouvement défensif de prise de distance, compliquant ainsi l'élaboration de ce travail de recherche. Le détachement et l'avancé dans le travail personnel concernant cette population, a permis de prendre conscience du contre transfert et des mouvements projectifs ayant eu lieu au cours de cette rencontre.

2.5 Élaboration de la problématique

À partir du matériel clinique recueilli, nous allons tenter d'élaborer une problématique afin de mettre en évidence les enjeux psychiques issus de la rencontre avec Mme B. Les hallucinations et les idées délirantes semblent prédominantes chez la résidente, la coupant ainsi de la réalité extérieure. Ces données cliniques ont en commun d'impliquer la présence d'enfants, que cela concerne à la fois les hallucinations, mais aussi l'ouverture d'une classe de perfectionnement. Les enfants tiennent une place importante dans la vie de Mme B. Effectivement, étant enseignante à la retraite, elle a été entourée d'enfants quotidiennement. Toutefois, il apparaît opportun de préciser que Mme B n'a pas eu d'enfants. Les

hallucinations et les idées délirantes de la résidente semblent lui apporter un sentiment d'utilité puisqu'elle vient en aider aux autres à travers ces phénomènes. En définitive, ces croyances erronées et ces fausses perceptions viennent dire quelque chose de la problématique psychique de Mme B. Ces éléments nous amènent à formuler la problématique suivante :

En quoi les idées délirantes et les hallucinations chez Mme B viennent témoigner d'un mouvement défensif face à la désorganisation psychique dans un contexte démentiel ?

2.6 Synthèse

Cette partie a mis en évidence le matériel clinique issu de la rencontre avec Mme B, qui rappelons le, présente une démence non-étiquetée. Dans un premier temps, les symptômes ayant attiré l'attention chez la résidente sont ses hallucinations. Elles ont été rapportées par la résidente et par des soignants. Elles ont pour points communs de se dérouler dans la chambre de la résidente, et d'impliquer la présence d'enfants. Dans chaque épisode hallucinatoire, un enfant se trouve en situation de vulnérabilité. Mme B leur vient alors en aide et ainsi se trouve en position de sauveuse. Toutefois, les informations sur les hallucinations de la résidente sont restreintes, puisque peu d'éléments figurent dans le dossier de la résidente. Nous supposons que l'apparition des hallucinations est en lien avec le processus démentiel, puisque nous ne disposons pas d'information sur les premières apparitions de ces phénomènes.

De plus, Mme B présente des idées délirantes. Au cours des entretiens, elle a rapporté un délire de persécution. Elle est convaincue d'être victime de persécution, sans pour autant pouvoir expliquer ses idées délirantes. De plus, la résidente a développé la fausse croyance d'être sollicitée par la cadre de santé, qu'elle nomme la directrice, pour enseigner au sein d'une classe de perfectionnement qui va ouvrir au sein de l'établissement. Cette conviction erronée permet à Mme B de légitimer sa présence dans l'EHPAD, en niant son avancée en âge. En outre, la famille fut un élément central du discours de la résidente. Au cours de chaque entretien, elle a évoqué ses parents, sans toutefois pouvoir avoir un discours négatif à leur rencontre.

Ces éléments cliniques ont permis de formuler la problématique suivante :

En quoi les idées délirantes et les hallucinations chez Mme B viennent témoigner d'un mouvement défensif face à la désorganisation psychique dans un contexte démentiel ?

3. L'articulation clinico-théorique

Ce travail de recherche relate la rencontre avec Mme B, qui présente des hallucinations et des idées délirantes dans un contexte démentiel. Il semble opportun de s'arrêter, dans un premier temps, sur la démence et les conséquences de celle-ci sur la vie psychique, pour par la suite, s'intéresser aux mouvements défensifs mis en place par le sujet. Enfin, nous terminerons cette partie en explorant les effets de la démence sur l'enveloppe psychique du sujet.

3.1 Le syndrome démentiel

La démence est définie dans le DSM-V (2015) comme un trouble neurocognitif majeur. L'atteinte cérébrale entraîne des déficits cognitifs sévères et irréversibles. La mémoire est affectée, empêchant la personne de se souvenir de nouvelles informations, mais aussi en la faisant oublier des informations antérieures. Le langage est, lui aussi, touché, rendant le discours de la personne parfois incompréhensible. De plus, cette pathologie affecte d'autres fonctions cognitives telles que le raisonnement, mais aussi l'orientation. En outre, cette maladie neurodégénérative s'accompagne de troubles du comportement et de l'humeur, modifiant le caractère et la personnalité du sujet. En d'autres termes, les persévérations, la déambulation et l'agressivité sont fréquentes chez les personnes présentant une démence. Ces troubles viennent entraver de manière significative son autonomie. De plus, d'un point de vue étymologique, le terme démence vient du latin « dé-mentis », qui signifie la perte de l'esprit. Ainsi, cette pathologie affecte aussi la vie psychique du sujet, c'est ce que nous allons nous efforcer de décrire à présent.

3.1.1 La rupture des liens

G. Le Goues (1992) décrit la maladie Alzheimer comme une pathologie du lien, c'est-à-dire qu'elle affecte à la fois les contenus, les contenant, mais aussi les liens entre les deux. Il paraît judicieux de s'arrêter sur le processus d'élaboration de la pensée afin de mieux appréhender la désorganisation démentielle. Ainsi, les souvenirs se forment à partir des représentations de choses et celles de mots. Ces dernières résultent d'un travail psychique de transformation de la pulsion. En d'autres termes, le pôle perceptivo-sensori-moteur donnera lieu à l'affect, puis aux représentations de choses jusqu'aux représentations de mots permettant ainsi l'émergence de la pensée réflexive. Péruchon (2011) retrace ce cheminement dans le schéma suivant :

Schéma (M. Péruchon, 2011)

Soma → Excitation → Pulsion → Emotion → Affect → Représentations de choses → Représentations de mots → pensée réflexive.

Ainsi, dans le syndrome démentiel, les traces mnésiques s'effacent en suivant le chemin inverse de l'élaboration de la pensée. Les représentations de mots sont les premières atteintes, puisqu'elles correspondent au niveau le plus évolué. Par la suite, les représentations de choses et l'affect vont, eux aussi, céder, laissant la place à ce que Péruchon (2011) nomme le perceptif externe. De plus, le schéma de Péruchon repose sur un principe d'emboîtement, c'est-à-dire que chaque contenu sert de contenant à l'élément précédent. Ainsi, la destruction des liens entre les contenus et les contenants, caractéristique de la démence, empêche l'inscription de traces mnésiques. En outre, la rupture des chaînes associatives conduit à un discours incohérent chez la personne, caractérisé notamment par des glissements de sens, des dyslogies et des automatismes. En d'autres termes, la démence entraîne une fracture de la pensée puisque les liens et les limites se défont progressivement. Le discours du sujet est alors une alternance entre séquences incohérentes et vide psychique. De plus, la démence se caractérise par l'échec du principe de réalité. Effectivement, ce dernier repose sur le jugement, les traces mnésiques, mais aussi sur les limites entre contenus et contenants. Toutes ces dimensions sont remises en causes dans le syndrome démentiel.

3.1.2 Retour du perceptif

L'involution démentielle se caractérise par un retour au pôle sensori-moteur. Ainsi, l'affect est présent longtemps, avant de fléchir pour laisser sa place à l'émotion, plus proche du corps et de l'agir. Ce retour au perceptif s'explique par l'atteinte des liens et des limites. Ainsi, le perceptif s'installe à la place du vide laissé par les représentations, néanmoins celui-ci peut prendre appui sur le monde interne, ou bien sur la réalité externe. Ce constat conduit Péruchon (1994) à différencier deux types de démences. La première, la démence riche, se caractérise par une transformation de la pulsion en perception tournée vers l'intérieur tel que les souvenirs du passé ou les fantasmes. Autrement dit, le sujet utilise l'imaginaire restant pour combler le vide psychique. Il met donc en place des procédés auto-calmand, afin de réduire l'excitation. Péruchon, toujours en 1994, a évoqué les démences pauvres, opposées aux démences riches. Dans celles-ci, la personne s'appuie sur la réalité extérieure, pratique pour remplir le vide représentationnel. L'individu comble le vide en prenant appui sur le monde extérieur.

3.1.3 Démence et régression

P-M Charazac (1991) met en évidence que la vie psychique du sujet dément est régie par la régression. Cette dernière se définit comme un processus par lequel un individu a recours à un comportement caractéristique d'un stade de développement antérieur, pour faire face à une situation anxiogène. Le sujet abandonne un comportement actuel, pour revenir à un comportement plus ancien. L'auteur va plus loin en précisant qu'il existe deux types de régression dans le processus démentiel, la première étant dite fonctionnelle. Elle se caractérise par la prédominance du principe de plaisir sur le principe de réalité. En effet, comme évoqué précédemment, ce dernier échoue du fait de l'écroulement des limites et des liens. La seconde est la régression structurelle. Ainsi, l'appareil psychique du dément se caractérise par un affaiblissement du surmoi et des censures, laissant le clivage et l'ambivalence prédominer.

En outre, Péruchon (1996) poursuit, en soulignant que la démence se caractérise par une régression profonde du Moi et de l'appareil psychique. Ces différentes régressions affectent donc l'ensemble du fonctionnement du sujet. De prime abord, une régression narcissique conduit le sujet à désinvestir le monde extérieur, afin de se fixer sur les événements du passé. Une régression objectale a aussi lieu, puisque l'individu délaisse les investissements matures pour s'arrêter sur les attachements primaires. De plus, la régression temporelle se caractérise par la relation d'objet qui devient anaclitique. Enfin, une régression topique se met en place, du fait de l'échec de la secondarisation.

3.2 Les mouvements défensifs organisateurs

Nous venons de détailler la désorganisation psychique provoquée par la démence. Face à cette déliaison psychique, et pour lutter contre le vide qui s'installe, le sujet met en place des défenses. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les idées délirantes et les hallucinations chez Mme B sont des défenses pour palier la désorganisation psychique.

3.2.1 Les hallucinations mnésiques

La rencontre avec Mme B met en évidence la présence d'hallucinations. Dans le cas de la résidente, il ne s'agit pas de rêve puisqu'elle est éveillée. Toutefois, ses hallucinations sont singulières puisqu'elles concernent toutes des enfants en difficultés, et c'est la résidente qui leur vient en aide. Les hallucinations ne semblent pas être de pures hallucinations psychosensorielles puisqu'elles n'ont pas de connotations négatives, ce qui laisse à penser qu'il ne s'agit pas d'hallucinations psychiques. Péruchon nous apporte un éclairage sur la

lecture clinique de ces troubles. Elle développe, en 1994, la notion d'hallucinations mnésiques pour faire référence à des souvenirs du passés qui sont perçus comme actuels. L'individu, ne percevant pas les limites entre l'intérieur et l'extérieur, construit mentalement une production qui a une connotation plaisante. Les hallucinations de Mme B laissent à penser qu'il s'agit d'hallucinations mnésiques au sens de Péruchon, puisqu'elles évoquent des souvenirs avec ses neveux et des situations, qu'elle a dues rencontrer en tant qu'institutrice. Son rôle auprès des enfants, qu'ils soient de sa famille ou bien ses élèves, est important pour Mme B. Il s'agit de souvenirs qu'elle a hautement investis, ce qui peut expliquer leur retour. Ces hallucinations sont protectrices pour le sujet dément, puisqu'elles amoindrissent la situation traumatique traversée. Elle réapprovisionne le sujet en libido en permettant au Moi de retrouver un équilibre. Chez Mme B, cela a été constaté lorsqu'elle évoquait en entretien la farce, comme elle la nomme, faite par ses neveux. L'évocation du vieillissement et de la solitude fut trop anxiogène pour la résidente. L'hallucination mnésique a permis d'atténuer la souffrance et ainsi, de renforcer le Moi mis à mal. Bien qu'elle soit inquiète durant les hallucinations, cette inquiétude concerne l'autre, en l'occurrence un enfant. Lui venir en aide semble apaiser la résidente. Venir en aide à quelqu'un, qui plus est, un enfant, apporte à Mme B un sentiment d'utilité et un renforcement narcissique.

De plus, Péruchon précisait que les hallucinations mnésiques ont lieu dans le cadre des démences riches. En effet, Mme B se tourne vers des souvenirs, et donc vers son monde interne, pour venir combler le vide psychique. Ainsi, plusieurs conditions sont nécessaires afin que ces hallucinations adviennent. Ainsi, la régression et l'échec à l'épreuve de réalité facilitent la mise en place de ces phénomènes. Ces derniers sont présents, comme évoqué précédemment, dans le syndrome démentiel. Le désinvestissement de la réalité, la rupture des liens et des limites ont une incidence dans la production d'hallucinations mnésiques.

L'auteure va plus loin, en se questionnant sur la valeur protectrice de ces productions. Ainsi, elle suppose que les hallucinations mnésiques permettent de maintenir un niveau d'investissement, et donc un dynamisme cérébral, le plus longtemps possible. Péruchon s'interroge alors si elles permettent de protéger ou de freiner les effets destructeurs de la démence. Elle s'accorde à dire que les hallucinations mnésiques constituent une protection puisqu'elles maintiennent un investissement chez le sujet. L'auteure prend appui sur la thèse de l'école psychosomatique de Marty (1992). Ce dernier précise que les hallucinations mnésiques viennent témoigner d'une frange imaginaire encore présente permettant de freiner

l'involution démentielle. Les hallucinations seraient une manière pour le sujet de sortir du chaos et ainsi, retrouver du sens. Ces productions viennent donc comme un mouvement défensif protecteur du sujet pour compenser le manque de l'objet.

3.2.2 Les idées délirantes comme source d'investissement

Les idées délirantes de Mme B évoquent des éléments de son passé, qu'il s'agisse de la reviviscence de ses parents ou bien de l'ouverture d'une classe de perfectionnement. Ces éléments du passé reviennent alors dans le présent, pour apporter à la résidente un investissement positif, nécessaire pour lutter contre les effets délétères de la pulsion de mort. Balier, en 1976 et 1979, s'est intéressé à la question du vieillissement sous l'angle du narcissisme. Effectivement, avec l'avancée en âge, le sujet perd ses rôles sociaux et subit aussi des changements au niveau corporel, pouvant affecter son estime de soi. L'auteur explique que le vieillissement entraîne une modification structurelle chez le sujet. Celui-ci passe alors d'une structure Œdipienne à une structure narcissique. Le risque chez le sujet âgé est que faute de source de narcissisme suffisante, celui-ci face alliance avec la pulsion de mort. En produisant des idées délirantes, dans lesquelles elle vient en aide aux autres, ses parents ou des enfants, Mme B se redonne ainsi, une fonction et un rôle social. Elle est alors investie de manière positive, puisque les autres ont besoin d'elle. Ces idées délirantes sont donc un mouvement protecteur pour la résidente, lui permettant de lutter contre le narcissisme de retrait.

En outre, l'idée délirante de Mme B concernant l'ouverture d'une classe de perfectionnement est ambivalente. Effectivement, dans sa production délirante, elle est prise dans un mouvement d'hésitation. En effet, le vieillissement, et donc la question de la finitude, fait surface à travers l'évocation du passage en retraite. Ce constat semble insupportable pour le Moi de la résidente et source d'angoisse. Ainsi, face à ce constat, Mme B se fixe sur un pan de son passé, celui d'enseignante dans une classe de perfectionnement. Cela lui permet de désinvestir le présent, pour se focaliser sur les événements narcissiques, investi de manière positive.

3.2.3 L'agrippement au passé

La famille de Mme B, en particulier son père, est omniprésente dans son discours, et viennent témoigner d'une régression dans la relation d'objet. Ainsi, la démence se caractérise, selon Péruchon (1994), par un retour à une relation à l'objet régressive. L'individu a besoin

d'avoir une relation avec l'objet d'amour pour colmater la désintégration mentale et narcissique. Le sujet revient alors vers un attachement primaire. Bianchi (1989) s'intéresse au vieillissement sous l'angle de l'attachement et décrit 3 temps dans celui-ci. Le premier est celui de l'attachement primaire et a lieu dans l'enfance. Le deuxième correspond à l'attachement remanié par la crise œdipienne, qui conduira à l'attachement adulte. Le troisième temps consiste à la confrontation de cet attachement au vieillissement et à la finitude. Ainsi, dans la démence, le sujet revient au premier attachement décrit par Bianchi, c'est-à-dire celui de l'enfance. Mme B revient donc à une relation d'objet régressive, en ayant un attachement fusionnel avec son père.

Talpin (2013) précise que la rencontre avec la finitude entraîne une souffrance narcissique insoutenable pour la personne ayant une démence, celle-ci inhibe alors une ou plusieurs fonctions du Moi pour se défendre. L'auteur poursuit en indiquant que le sujet s'agrippe alors au passé, permettant ainsi de laisser de côté le présent, mais aussi le futur. Mme B s'accroche alors aux figures identificatoires que représentent ses parents. Ces dernières lui permettent de ne pas avoir des identifications dans le présent. Pour Mme B, ses figures du passé, sont hautement investies et sont figées dans l'idéalisation. Effectivement, lors de l'évocation de ses vacances avec ses parents, la résidente a un discours changeant, passant de l'idéalisation de ses parents à leurs remises en cause. Ce dernier constat semblait impossible pour la résidente, qui venait dénier ce discours rapidement et qui le rendait généralisant, offrant ainsi une protection aux figures identificatoires.

3.3 Démence et défaillance de l'enveloppe psychique

Force a été de constater que le processus de démentalisation a conduit Mme B à mettre en place des mouvements défensifs protecteur et organisateur pour sa vie psychique. A présent, nous allons nous arrêter sur l'impact de la démence sur l'enveloppe psychique. Dans un premier temps, nous allons définir cette notion puis nous nous intéresserons à sa défaillance dans contexte démentiel.

3.3.1 L'enveloppe psychique

Houzel (1987) propose de définir l'enveloppe psychique comme la délimitation entre le monde interne et le monde externe, tout en assurant la communication entre les deux. Il s'agit d'une structure dynamique créée sous l'effet des pulsions, tout en prenant en compte les contraintes de la réalité extérieure. L'enveloppe psychique se construit à partir de

l'intériorisation de la fonction contenant. En d'autres termes, l'enveloppe psychique assure la fonction de contenance c'est-à-dire qu'elle contient, mais aussi qu'elle transforme. De plus, l'enveloppe psychique est fondamentale pour l'individu puisqu'elle délimite l'intérieur de l'extérieur. Elle apporte ainsi un sentiment d'unité et de stabilité au sujet. L'auteur souligne que l'enveloppe psychique est constituée de trois feuillets, incluant ainsi les aspects innés du sujet, son environnement et son histoire. Le premier correspond au feuillet instable lié à la tension de l'énergie pulsionnelle. Le deuxième feuillet est la membrane, qui s'élabore lors de l'inscription sur la pellicule durant les rencontres avec l'objet. Enfin, le dernier feuillet correspond à l'habitat. Il est constitué par les traces de l'environnement passé et actuel du sujet.

L'enveloppe psychique se rapproche de la notion du Moi-peau d'Anzieu (1985). Il assure à l'appareil psychique une capacité à penser et une constance. Le bébé acquiert la perception de sa peau comme une surface et une limite entre le monde intérieur et extérieur, à travers ses différentes expériences. Chaque fonction psychique se développe par appui sur une surface corporelle. En d'autres termes, la peau apporte les représentations nécessaires à la constitution du Moi. Ainsi, le Moi-peau assure plusieurs fonctions. Dans un article princeps sur le Moi-peau (1974), Anzieu associe trois fonctions au Moi-peau. La première est celle de l'enveloppe contenant du soi. L'auteur compare alors le Moi-peau à un sac qui retient le bon à l'intérieur. Une autre fonction est celle de la barrière de protection du psychisme. Le Moi-peau a un rôle de pare-excitation assurant la protection de la personne contre les agressions du monde extérieur. Enfin, la troisième fonction permet au sujet de filtrer les échanges et l'inscription des traces, assurant ainsi l'échange avec les autres.

Anzieu a revu en 1985 son concept du Moi-peau pour lui attribuer d'avantages de fonctions. Dans un premier temps, le Moi-peau porte le sujet, répondant ainsi à une fonction de maintenance. Il assure la fonction de contenance puisqu'il contient le psychisme. De plus, il assure une fonction de pare-excitation en protégeant le sujet des agressions extérieures. La peau définit le sujet, ce qui correspond à la fonction d'individuation du Moi-peau. En outre, il assure les fonctions de soutien de l'excitation sexuelle et recharge de l'énergie libidinale, mais aussi d'inter sensorialité en unifiant les différentes sources d'excitation sensorielles. Tout au long de la vie, la peau conserve les traces, elle assure ainsi la fonction d'inscription des traces sensorielles. Enfin, la dernière fonction du Moi-peau est celle d'autodestruction puisqu'il s'attaque à lui-même en visant l'anéantissement. En outre, contrairement à l'enveloppe

psychique, le Moi-Peau se compose de deux feuillets. Le premier est dit externe, il est issu des expériences vécues. Le second est qualifié d'interne et est tourné vers la réalité intérieure.

3.3.2 Défaillance de l'enveloppe psychique

De manière générale, le vieillissement a une influence sur l'enveloppe psychique puisqu'il affecte le corps du sujet. Dans le cas de la démence, le déliement de l'appareil psychique entraînerait une altération de l'enveloppe psychique. Ce constat conduit à un risque d'effraction du monde externe sur le monde interne du dément. Ainsi, le délire de persécution de Mme B peut être en lien avec la défaillance de l'enveloppe psychique. Celle-ci peut entraîner un vécu de chaos et des angoisses touchant la relation à l'autre. Les limites entre le monde intérieur et extérieur étant tombées, la résidente ressent alors un vécu d'intrusion sur lequel elle n'arrive pas à élaborer un délire systématisé. Cette intrusion est en lien avec une défaillance de la fonction de pare-excitation de l'enveloppe. En allant plus loin, Péruchon (2001) précise que l'ensemble des fonctions du Moi-peau s'effondrent. Effectivement, la désorganisation démentielle se caractérisant par la rupture des liens et des limites, le Moi-peau ne peut plus assurer la fonction de contenance. En d'autres termes, le sujet perd la cohérence des morceaux qui le constituent. En outre, la fonction de maintenance ne peut plus être assurée du fait du processus démentiel. En effet, Mme B s'accroche à ses parents, à travers un attachement primaire, l'empêchant ainsi d'être soutenu. De même, la fonction d'individuation de soi n'est pas maintenue puisqu'elle repose sur la stabilité des limites et des liens. Ces derniers n'étant pas maintenus dans le syndrome démentiel, le sujet peut alors présenter des troubles de l'identité.

De plus, en reprenant la distinction de démence riche et de démence pauvre de Péruchon (1994). L'enveloppe psychique assure un rôle prépondérant dans les démences riches. Rappelons que dans ces dernières, le sujet a recours à l'imagination ou des souvenirs passés, à travers les hallucinations mnésiques, pour combler le vide psychique. Ainsi, l'enveloppe psychique devient une surface d'inscription pour les hallucinations mnésiques. Mme B, s'appuie ainsi sur la surface d'inscription, encore disponible, pour ainsi substituer à la défaillance du pare-excitation, et donc du vécu de persécution. Autrement dit, les hallucinations mnésiques sont donc un mouvement défensif venant se substituer au défaut de pare-excitation, permettant d'éviter à la résidente, un vécu de persécution. Ainsi, il est intéressant de noter que, dans les hallucinations de Mme B, la fenêtre de sa chambre a une place centrale. Elle sert de porte d'entrée pour les enfants, les laissant ainsi entrer dans sa

chambre, son univers. La fenêtre permet un passage de l'extérieur à l'intérieur de l'établissement. En allant plus loin, dans les hallucinations de Mme B, elle est l'élément séparant, le monde extérieur du monde intérieur, ce qui nous amène à la comparer à la notion d'enveloppe. De plus, c'est par cette fenêtre que Mme B laisse entrer les enfants pour leur venir en aide, sans ce passage, elle a un sentiment d'impuissance. Ainsi, là où le Moi-peau échoue dans sa fonction de contenance, du fait de la rupture des liens et des limites dans la démence, Mme B a recours dans ses productions hallucinatoires à un objet du monde extérieur, la fenêtre, pour assurer la fonction de séparation entre l'intérieur et l'extérieur et ainsi, contenir les excitations. Effectivement, lorsque Mme évoque son hallucination concernant la farce faite par ses neveux, elle explique les avoir fait rentrer dans sa chambre et semble apaisée et satisfaite d'avoir pu les aider. Néanmoins, dans son troisième épisode hallucinatoire, lorsqu'elle sollicite l'infirmière pour l'aider face à la détresse de ce garçonnet à l'extérieur, Mme B semble plus inquiète et préoccupée par le devenir de l'enfant, elle ne l'a pas fait entrer par la fenêtre et vient demander l'aide d'un tiers pour le faire. Dans le cas présent, la fenêtre sert alors de séparation avec l'extérieur, et est source d'inquiétude. Ainsi, nous pouvons nous questionner sur la fenêtre comme surface de séparation entre l'intérieur et l'extérieur, qui assure donc la fonction de contenance et de pare-excitations, alors même que ces fonctions ne sont plus assumées par l'atteinte du Moi-peau dans un contexte démentiel. En allant plus loin, la fenêtre est aussi un miroir, renvoyant à Mme B, une image d'elle vieillissante qui semble insupportable. L'angoisse provient alors du monde interne de la résidente, confronté à la question de la finitude. Face à ce constat, Mme B projette son angoisse sur l'autre, c'est-à-dire un enfant à l'extérieur qui demande de l'aide et elle vient solliciter un tiers afin d'apporter de l'aide à l'enfant.

3.4 Synthèse

Cette partie vient articuler le matériel clinique recueilli avec les éléments théoriques faisant sens pour essayer d'apporter une réponse à la problématique. De prime abord, il paraît important de retracer la désorganisation psychique due au syndrome démentiel. Ainsi, dans la démence, la pulsion de mort s'attaque aux contenus, aux contenants et aux liens entre les deux. Cette rupture des liens conduit à une perte des repères, à une confusion entre le monde interne et le monde externe, mais aussi à un retour au pôle sensori-moteur, celui-ci étant proche du corps, il ne nécessite aucune association. En outre, la démence se caractérise par une régression majeure de l'appareil psychique et du moi.

Force a été de constater à travers la rencontre avec Mme B que face à cette destruction psychique, le sujet met en place des mouvements défensifs, afin de se protéger. Ainsi, les hallucinations de la résidente sont à entendre au sens des hallucinations mnésiques décrites par Péruchon (1994). Ces dernières correspondent à des souvenirs du passés qui sont vécus comme étant actuels. Elles ont une valeur protectrice pour Mme B puisqu'elles l'apaisent et lui permet d'enrayer, ne serait-ce que légèrement, la destruction démentielle. De plus, la reviviscence de ses parents ainsi que son idée délirante d'ouverture d'une classe de perfectionnement est en lien avec une régression narcissique, qui conduit Mme B à se fixer sur les objets fortement investis antérieurement pour lui assurer un investissement positif afin de lutter contre la pulsion de mort.

Conclusion

Ce travail de recherche a voulu rendre compte de la rencontre avec Mme B, une dame de 90 ans, présentant une démence non-étiquetée et vivant en EHPAD depuis quelques mois. Les idées délirantes et les hallucinations ont été les éléments cliniques prédominants dans la rencontre avec la résidente. Effectivement, Mme B est convaincue d'avoir été sollicitée au sein de l'établissement pour prendre en charge une classe dite de perfectionnement, auprès d'enfants en situation de handicap. De plus, la résidente présente un délire de persécution et est persuadée que ses parents sont encore en vie. En outre, les hallucinations de Mme B concernent toutes des enfants auxquels elle vient en aide.

Ainsi, après avoir retracé la désorganisation psychique sous l'effet de la démence, nous en sommes venus à nous interroger sur la valeur défensive de ces productions. Ces symptômes sont donc perçus comme une solution créée par le sujet pour lutter contre le vide psychique qui s'installe. Autrement dit, il s'agit d'éléments issus de ses souvenirs du passé, de son monde interne, qui viennent combler le vide représentationnel, et ainsi protéger la résidente en maintenant certaines assises identitaires et narcissiques. Enfin, nous avons poursuivi notre réflexion en nous intéressant à l'impact de la démence sur l'enveloppe psychique du sujet. Ainsi, dans le contexte démentiel, les fonctions du Moi-peau ne peuvent se maintenir, notamment la fonction de contenance du sujet du fait de l'effondrement des liens et des limites. Ainsi, cette défaillance de l'enveloppe psychique entraîne des vécus d'intrusion chez Mme B, du fait de la confusion entre le monde interne et le monde externe.

En outre, dans ce travail, nous avons commencé à aborder l'atteinte du corps dans le vieillissement, à travers la question de l'effondrement du Moi-peau. Ainsi, il apparaît intéressant de poursuivre la réflexion en interrogeant sur le potentiel traumatique de l'affection du corps à travers l'opération récente et les soins cutanés de Mme B, tout en mettant en perspective avec l'image du corps au cours du vieillissement.

Bibliographie

- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris, France : Dunod.
- Binet, A. (2001). *Sensation, perception et hallucination (tome I – vol. 2)*. Paris, France : J & S éditeur.
- Caleca, C. (2010). Le narcissisme à l'épreuve de la démence. *Psychologie clinique*, 1(29), 111-118
- Ferrey, G., Le Gouès, G. (2008). *Psychopathologie du sujet âgé (6^e édition)*. Paris, France : Elsevier-Masson.
- Ferreira, E. (2011). Démence et fonction de contenance dans les unités protégées. *Cliniques*, 1(1), 110-124. doi : 10.3917/clini.001.0110
- Freud, S. (2012). *Pulsions et destins des pulsions*. Paris, France : éditions Payot & Rivages.
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris, France : Éditions in press.
- Jozef Perelberg, R. (2017). Hallucination négatives, rêves et hallucinations : la structure encadrante et sa représentations dans le cadre analytique. *Revue française de psychosomatique*, 2(52), 49-72.
- Péruchon, M. (1994). *Le déclin de la vie psychique*. Paris, France : Dunod.
- Péruchon, M. (1996). Le déclin de la vie psychique à travers le Rorschach. *Psychologie clinique et projective*, 2(2), 279-291.
- Péruchon, M. (2001). Démence et vie opératoire. *Cahiers de psychologie clinique*, 1(16), 123-129. doi : 10.3917/cpc.016.0123.
- Péruchon, M. (2001). Du moi-peau : applications à la gériatrie et à la ritualité. *Psychologie clinique et projective*, 1(7), 45-54. doi : 10.3917/pcp.007.0045.
- Péruchon, M. (2009). Figures de l'hypercomplexité en gériatrie, ou du destin des forces de déconstruction et de construction. *Cliniques méditerranéennes*, 1(79) ; 91-101. doi : 10.3917/cm.079.0091.
- Péruchon, M. (2011). *La maladie d'Alzheimer : en psychosomatique et neuropsychanalyse nouvelles perspectives*. Paris, France : Hermann.
- Talpin, J-M. (2013). *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*. Paris, France : Armand Colin.

Résumé

Ce travail de recherche relate la rencontre avec Mme B, une dame de 90 ans vivant en EHPAD et présentant une démence non-étiquetée. Les entretiens avec la résidente ont mis en évidence des idées délirantes et des hallucinations. Ces dernières peuvent être rapprochées des hallucinations mnésiques (Péruchon, 1994). Ainsi, ces symptômes apparaissent comme un mouvement défensif dans lequel Mme B se tourne vers son monde interne et ses souvenirs du passé pour combler le vide représentationnel laissé par l'involution démentiel. Ces troubles ont donc une valeur protectrice pour la résidente puisqu'ils lui apportent un investissement permettant de maintenir ses assises identitaires et narcissiques. Enfin, ces troubles impactent aussi l'enveloppe psychique de Mme B.

Mots clés : démence – idées délirantes – hallucinations – mouvements défensifs– enveloppe psychique.

Abstracts

This research work relates the meeting with Mrs. B, a 90-year-old woman, who has an undetermined dementia, living in a retirement home. My Interviews with the resident revealed unbelievable thoughts and hallucinations. There can be compared to memory hallucinations (Péruchon, 1994). Thus, these symptoms appear as a defensive movement, in which Ms. B turns to her inner world and her memories to fill the representational emptiness left by her demential craziness. Therefore, these disorders have a protective value for the resident because they provide her an investment to maintain her identity and her narcissistic basis. Finally, these disorders also impact Mrs B's psychic envelope.

Key words: dementia - unbelievable thoughts - hallucinations - defensive movements - psychic envelope.