



HAL
open science

La réalité virtuelle comme médiation thérapeutique auprès des personnes âgées en institution

Olivier Charlet

► **To cite this version:**

Olivier Charlet. La réalité virtuelle comme médiation thérapeutique auprès des personnes âgées en institution. Psychologie. Université de Lorraine, 2023. Français. NNT : 2023LORR0091 . tel-04311588

HAL Id: tel-04311588

<https://theses.hal.science/tel-04311588>

Submitted on 28 Nov 2023

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

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



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



SLTC



École Doctorale Sociétés, Langages, Temps, Connaissances (ED78)

Thèse

Présentée en vue de l'obtention du titre de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Mention : Psychologie

par Olivier CHARLET

Sous la direction de Thomas RABEYRON

LA RÉALITÉ VIRTUELLE COMME MÉDIATION THÉRAPEUTIQUE AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES EN INSTITUTION

Soutenue publiquement le 20 juin 2023

Membres du jury

Présidente du jury :	Mme Xanthie VLACHOPOULOU	Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie, Université Paris Cité
Directeur de thèse :	M. Thomas RABEYRON	Professeur de psychologie clinique et psychopathologie, Université de Lorraine
Rapporteurs :	Mme Magalie BONNET-LLOMPART	Professeure de psychologie clinique et psychopathologie, Université de Franche-Comté
	M. Jean-Marc TALPIN	Professeur émérite de psychologie clinique et psychopathologie, Université Lyon II

Résumé

La réalité virtuelle est de plus en plus utilisée dans le soin psychique. Ce travail interroge la pertinence et l'intérêt d'utiliser cette technologie comme médiation thérapeutique auprès de personnes âgées qui vivent en institution. Dans cette perspective, nous avons élaboré un dispositif à médiation en enregistrant des vidéos à 360° de différents lieux. Les participants les ont observées à travers un casque de réalité virtuelle lors de séances individuelles réalisées en EHPAD. L'analyse de dix cas cliniques selon une lecture psychanalytique a permis d'élaborer une théorie du dispositif de réalité virtuelle. Le casque de réalité virtuelle apparaît comme un « attracteur » du transfert susceptible de faciliter l'expression de la demande des patients et leur engagement dans la thérapie. L'absence de contact visuel pendant l'observation de l'environnement virtuel favoriserait l'associativité et les processus de régrédience chez le patient et le thérapeute. Ils pourraient se livrer à une activité de rêverie partagée qui imprègne la relation transférentielle. Le retrait du casque s'apparenterait ensuite au réveil d'un rêve. Le contenu onirique qui provient de cette expérience deviendrait alors un matériel d'élaboration après-coup. L'observation des participants se trouverait « déformée » par la recombinaison du souvenir de l'environnement virtuel avec des éléments préconscients en attente d'un support favorable à leur manifestation. Nous proposons également une analyse des processus psychiques associés à la réalité virtuelle. Deux positions sont principalement observées. La première se manifeste par un affect trop intense associé à l'absence d'accès à la transitionnalité. La charge hallucinatoire du dispositif se déploierait alors directement sur l'environnement virtuel sous la forme d'une hallucination. Dans ce cas, les éléments traumatiques infiltreraient la perception extérieure à travers des réminiscences écnésiques et des processus de l'ordre de l'hallucinoïse. Dans la seconde position, où l'expérience de la réalité virtuelle n'est pas trop effrante, la possibilité d'un étayage transitionnel suffisant ouvrirait l'accès à l'aire transitionnelle. La charge hallucinatoire y serait accueillie et mise au travail par la formation d'une boucle contenant-contenu qui favoriserait la production figurative de l'expérience et la relance du processus de symbolisation. Ces différents éléments soulignent l'intérêt clinique d'utiliser la réalité virtuelle comme médiation thérapeutique auprès des personnes âgées qui vivent en institution.

Abstract

Virtual reality is increasingly used in psychological care. This work questions the relevance and interest of using this technology as a therapeutic mediation with elderly people living in institutions. In this perspective, we developed a mediation device by recording 360° videos of different places. The participants observed them through a virtual reality headset during individual sessions in retirement home. The analysis of ten clinical cases according to a psychoanalytical reading allowed us to develop a theory of the virtual reality set-up. The virtual reality headset appears to be an "attractor" of the transference likely to facilitate the expression of the patients' demand and their engagement in the therapy. The absence of visual contact during the observation of the virtual environment would facilitate associativity and regression processes in the patient and the therapist. They could engage in a shared reverie activity that infuses the transference relationship. The removal of the helmet would then be similar to the awakening of a dream. The dream content that comes from this experience would then become material for post-dream elaboration. The observation of the participants would be "distorted" by the recombination of the memory of the virtual environment with preconscious elements waiting for a support favorable to their manifestation. We also propose an analysis of the psychic processes associated with virtual reality. Two positions are mainly observed. The first is manifested by an overly intense affect associated with the absence of access to transitionality. The hallucinatory charge of the device would then be deployed directly on the virtual environment in the form of a hallucination. In this case, the traumatic elements would infiltrate the external perception through ecmnesic reminiscences and processes of the order of hallucinosis. In the second position, where the experience of virtual reality is not too frightening, the possibility of sufficient transitional support would open up access to the transitional area. The hallucinatory charge would be welcomed there and put to work by the formation of a container-content loop which would favour the figurative production of the experience and the restarting of the symbolization process. These different elements underline the clinical interest of using virtual reality as a therapeutic mediation with elderly people living in retirement home.

Remerciements

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont soutenu tout au long de ce parcours. Chaque univers professionnel dans lequel je me suis investi pendant la rédaction de cette thèse a contribué à enrichir mes réflexions et inspirer ce travail.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont accepté de me laisser enregistrer une vidéo sur leur lieu de travail ou à leur domicile. L'EHPAD de la Clergerie (voiture ancienne), Thierry Cavoleau (vaches, tracteur), Jérôme Raveleau (supermarché), Marie-Bernadette et Stéphane Tardy (garage automobile), Bruno Longepe (casse automobile), Olivier Morice (salle de classe) mais aussi Alcime Jaunet (terrain de pétanque, potager et atelier), Odile Cordié (salon et cuisine d'une personne âgée) et Aimé Bureau (échelle et étang).

Je remercie Léonard Martineau qui m'a autorisé à intervenir auprès des résidents de l'établissement qu'il dirige. Merci à Bertrand, Perrine, Jade, Paul, Léonie, Véra, Charline, Cédric, Hélène et Christophe qui ont accepté de participer et que leur histoire soit racontée et interprétée dans ces travaux de recherche. Je remercie également Yvonne Potereau qui a accepté de se prêter au jeu des photos d'illustration de la réalité virtuelle.

Merci à Xanthie Vlachopoulou, Magalie Bonnet-Llombart et Jean-Marc Talpin qui m'ont fait l'honneur d'accepter d'intégrer mon jury de thèse.

Merci à Thomas Rabeyron qui m'a donné les moyens de réaliser un tel travail. Son exigence m'a fait progresser au-delà de ce que j'aurais pu imaginer.

Je remercie Samuel Caussié et Hélène Lansley, mes compagnons historiques de thèse qui connaissent parfaitement la saveur de l'épreuve. Nos échanges imprègnent mes écrits et mes réflexions. Je n'aurais probablement pas réussi à mener ce travail à son terme sans leur soutien et leur présence.

Je remercie surtout Mélina Bureau pour son soutien sans faille pendant les sept années de préparation de cette thèse. Elle sait exactement ce que représente cette thèse et a toujours accepté les aménagements liés à ce travail pour me permettre d'avancer.

« Il y a un jeune homme à [l'EHPAD] qui fait un doctorat et qui avait besoin de quelqu'un. Il m'a demandé et j'ai été pris tout de suite. Alors il m'a fait voir un casque sur les yeux. La première fois, j'ai vu des éoliennes. Ça, je n'oublierai jamais cette première fois. Et ensuite un paysage... [...] Je pense que ça m'a donné quelque chose que je me sentais plus forte, plus envie de faire des choses » Perrine, 88 ans.

« Ah la mer ! La mer ! La mer ! La jetée, la bouée... les vagues... les rochers... le goémon et... les oiseaux marins... la plage et les galets... Rien qu'à voir, on sent l'air iodé ! Les maisons sur la dune... les oyats qui poussent... il y a un bateau et un beau ciel bleu [...] Cela rappelle de bons souvenirs [...] de jeunesse quand j'allais à la plage... On allait pêcher à Pornic là... sur les rochers... c'était bien... c'était... la jeunesse insouciante. Quand on était au bord de la mer, on ne pensait plus aux petits travaux. C'était l'espace, le grand espace. C'était jour de fête pour nous étant gamins. Et puis alors ce qu'il y avait de bien c'est qu'on dégustait ces berniques là... toutes fraîches pêchées... c'était bon ! Ah... enfin... c'est pas la peine de saliver, c'est fini c'est fini... » Paul, 94 ans.

« Est-ce que c'est notre voiture qui a été accidentée ? » Cédric, 83 ans.

« Ah là vraiment c'est formidable, vous avez vu comme elles mangent ? Comme si c'était là ! [...] J'aurais aimé rester là, dans l'étable. Ça fait une drôle d'impression... quand on revient là on ne trouve plus si beau [...] pourtant on ne peut pas vivre dans une étable... on n'est pas des bêtes ! » Hélène, 90 ans.

« Je suis quelque part, mais pas normalement... c'est quelque chose que je vis... euh... je n'arrive pas à trouver les mots... Je suis quelque part, que je n'ai pas l'habitude ça, c'est sûr. Et cette sensation me gêne... me perturbe... j'aime pas ça, je me sens pas bien » Charline, 90 ans.

« Guéris-moi ! Guéris-moi ! J'ai confiance en toi... qu'est-ce que tu veux j'ai confiance... oh oui je te fais confiance... c'est vrai, j'aime bien... je te crois, je comprends... oh oui... c'est vrai... oh là là mon Dieu... je voudrais bien être comme tout le monde... enfin bon... faut pas s'écouter... c'est pas tout d'un coup, c'est pas tout à la fois hein ? Non il faut pas s'écouter non plus... je tâche de pas m'écouter trop... je tâche d'essayer de vivre... j'aime bien la vie... oh oui, j'aime ça... je vais durer encore longtemps... j'aimerais ! » Jade, 90 ans.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE I : CADRE ET CONNAISSANCES.....	7
Chapitre I : Cadre de la recherche.....	9
1.1 Construction de l'objet de la thèse.....	9
1.2 Problématiques et hypothèses	11
1.3 Contexte de la recherche et dispositif clinique	13
1.4 Définitions de l'objet de recherche.....	18
1.4.1 La technologie	18
1.4.2 Le numérique.....	20
1.4.3 Le virtuel	22
Chapitre II : De l'objet à l'utilisation du support technologique en psychologie clinique..	25
2.1 De l'objet au soin psychique.....	25
2.1.1 L'objet et son utilisation.....	25
2.1.2 Le rapport à l'objet	27
2.1.3 Les origines du soin psychique.....	29
2.2 L'objet technologique et ses effets sur le fonctionnement psychique	31
2.2.1 L'adaptation biopsychosociale aux objets technologiques.....	32
2.2.2 Les craintes du monde virtuel et de ses objets	35
2.2.3 Les objets technologiques dans le soin psychique	37
2.3 L'objet technologique en psychothérapie : le cas de la réalité virtuelle	43
2.3.1 Définir la réalité virtuelle	43
2.3.2 Les principaux modèles psychothérapeutiques d'utilisation thérapeutique de la réalité virtuelle	51
2.3.3 L'efficacité des principaux modèles thérapeutiques	57
Chapitre III : Les personnes âgées dépendantes en institution.....	61
3.1 Le vieillissement normal.....	62
3.1.1 Les changements liés au vieillissement.....	63
3.1.2 Le vécu subjectif de ces changements.....	69
3.1.3 Entre vieillissement normal et pathologique	72
3.2 Le vieillissement pathologique	77
3.2.1 Les principales pathologies liées à l'âge	77
3.2.2 Les maladies neuro-évolutives	78
3.2.3 Le vieillissement des pathologies et les psychopathologies d'apparition tardive	82
3.3 De la dépendance au vécu en institution	85
3.3.1 Dépendre de l'autre	85
3.3.2 De l'entrée au quotidien en EHPAD	88
3.3.3 L'intime et le choix en institution	92
Chapitre IV : La technologie comme objet de médiation auprès du sujet âgé.....	97
4.1 Le rapport des personnes âgées aux nouvelles technologies	97
4.1.1 La dimension identitaire du rapport aux objets	97
4.1.2 Le rapport de médiation relationnelle.....	101
4.1.3 Les technologies utilisées en EHPAD.....	104
4.2 L'utilisation de la réalité virtuelle auprès des personnes âgées	107
4.2.1 Évaluation et prise en charge des troubles cognitifs et moteurs.....	107
4.2.2 L'efficacité de ces applications thérapeutiques.....	109
4.2.3 Les thérapies de distraction attentionnelle	110
4.3 La réalité virtuelle comme médiation thérapeutique	113
4.3.1 Les médiations thérapeutiques	113
4.3.2 Les médiations en gériatrie.....	120
4.3.3 La réalité virtuelle comme médiation thérapeutique	124
PARTIE II : DISPOSITIF ET CLINIQUE	133
Chapitre V : Création d'un dispositif.....	135
5.1 Du matériel à l'élaboration du dispositif	135
5.1.1 Création des environnements	135
5.1.2 Présentation des environnements	139
5.1.3 Dispositif clinique	141

5.2 Les participants	150
5.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion	150
5.2.2 Consentir en EHPAD	151
5.2.3 Participants et aspects quantitatifs des séances	155
5.3 Méthodologie de la recherche	159
5.3.1 L'association libre	159
5.3.2 Le transfert	161
5.3.3 L'après-coup	162
Chapitre VI : Présentation des cas cliniques	165
6.1 Bertrand	165
6.2 Perrine	176
6.3 Jade	187
6.4 Paul	198
6.5 Léonie	211
6.6 Vera	221
6.7 Charline	233
6.8 Cédric	244
6.9 Hélène	256
6.10 Christophe	269
PARTIE III : ANALYSE THÉORICO-CLINIQUE	283
Chapitre VII : Théorie du dispositif de réalité virtuelle	285
7.1 Avant : cadre et découverte	285
7.1.1 La découverte de la réalité virtuelle	286
7.1.2 L'engagement dans les séances	290
7.1.3 Le choix de l'environnement virtuel	297
7.2 Pendant : éléments perceptifs et sensoriels	302
7.2.1 La première transition : mise en place du casque	303
7.2.2 L'observation de la réalité virtuelle	308
7.2.3 Les particularités de la posture clinique	315
7.3 Après : de l'espace virtuel à la réalité concrète	317
7.3.1 La seconde transition : retrait du casque	318
7.3.2 Le souvenir de l'observation	323
7.3.3 La fin de la recherche	330
Chapitre VIII : Analyse des processus psychiques associés à la réalité virtuelle	335
8.1 Réalité virtuelle et subjectivité	335
8.1.1 L'immersion et son appropriation subjective	336
8.1.2 L'intensité de l'expérience de réalité virtuelle	344
8.1.3 L'adhésion sensorielle à la réalité virtuelle	348
8.2 Réalité virtuelle et espace transitionnel	354
8.2.1 Écho à l'illusion primordiale et discontinuité	357
8.2.2 Processus secondaires et accès à la transitionnalité	361
8.2.3 L'émergence du tiers analytique	366
8.3 Réalité virtuelle et processus hallucinatoires	370
8.3.1 Satisfaction hallucinatoire du désir et continuité perceptive	373
8.3.2 Réminiscences ecclésiales et hallucinose	376
8.3.3 Boucle contenante et production figurative	379
CONCLUSION	387
BIBLIOGRAPHIE	395
ANNEXES	429
Annexe 1 : Environnements de réalité virtuelle visionnés et séances correspondantes	431
Annexe 2 : Environnements de réalité virtuelle présentés aux participants	433
Annexe 3 : Poster et publications	451
3.1 Poster – La réalité virtuelle comme médiation thérapeutique auprès des personnes âgées en institution	451
3.2 Article – De la réalité virtuelle comme médiation thérapeutique auprès des personnes âgées en institution	452
3.3 Article – Feasibility of combining transcranial direct current stimulation and active fully embodied virtual reality for height intolerance : a double-blind randomized controlled study	453
3.4 Article – Réalité virtuelle et réalité psychique : Black Mirror et la vie éternelle à San Junipero	454

INTRODUCTION

Bertrand est convaincu que personne ne pourra rien faire pour l'aider. Jade est sans cesse préoccupée par ses maux de ventre et ses douleurs. Charline se sent perdue et enfermée dans une chambre dont elle essaie de s'évader en occupant son esprit. Quant à Véra, elle raconte inlassablement son histoire à qui veut l'entendre, sans remarquer la gêne de ses interlocuteurs qui n'osent l'interrompre. En EHPAD, l'histoire de chaque personne se poursuit et se mêle à la vie institutionnelle : Cédric essaie de combattre la tristesse des autres résidents en les poussant à sortir et à participer aux activités. Perrine aussi tente de les aider, jusqu'à se mettre elle-même en difficulté. Léonie quant à elle, est persuadée de se trouver dans une clinique sans être malade, alors elle tente désespérément d'en sortir. Paul reste dans sa chambre. Il se sent comme une larve qui n'a plus rien à faire sur cette terre et attend la mort chaque jour en espérant ne pas souffrir. Il n'a jamais rencontré Hélène, dont le souhait le plus grand serait d'oublier cet AVC qui l'a clouée au fauteuil et fait perdre ses amies, ni Christophe, qui est réveillé chaque nuit par des souvenirs de guerre.

Ces bribes de vies des résidents rencontrés à l'occasion de ce travail de thèse illustrent la diversité des situations cliniques et des problématiques qui s'expriment dans ce contexte gériatrique. Il est fréquent que les personnes âgées tentent d'éviter de se souvenir de moments difficiles de leur vie. Rares sont ceux qui formulent une demande thérapeutique. Bien souvent, ils semblent dépenser une grande énergie à lutter contre certaines pensées depuis leur entrée en institution. Malgré les symptômes qui poussent à intégrer ces expériences en mal de symbolisation, le contexte dans lequel ils s'expriment semble détourner, voire contenir les différents appels à l'élaboration qui témoignent pourtant d'une souffrance psychique. Cette situation observée chez les patients rencontrés pour ce travail de thèse reste similaire aujourd'hui lorsque je me présente auprès de résidents dans l'EHPAD où j'exerce désormais.

Sept ans après le début de cette thèse, je suis interpellé par une soignante qui m'apprend qu'une patiente que je rencontre régulièrement est tombée et s'est fracturé le bassin. En raison des changements qu'elle a observé chez cette patiente depuis le début de sa psychothérapie, la soignante attribue cette chute directement à nos entretiens et ajoute : « *je ne vais pas cautionner ton travail si elle continue à se dégrader comme ça !* ». Je n'imaginai pas qu'une situation aussi « frontale » puisse arriver un jour. Elle montre à quel point la situation est grave et nécessite d'être décrite pour pouvoir être pensée. Cela ne serait probablement pas arrivé si cette soignante ne tentait pas elle-même de résister à reconnaître certaines expériences de vie

traumatiques. Mais ce qui importe dans cette situation clinique, c'est la façon dont le contexte institutionnel valorise l'idée de mettre à distance toutes les pensées qu'il estime « négatives ». Ces stratégies d'évitement conduisent pourtant à alimenter une grande souffrance. Dans ce contexte, quel espace reste-t-il aux résidents pour faire « quelque chose » de ces pensées ? Que font-ils de ces souvenirs lorsqu'ils s'imposent à eux malgré leurs tentatives de les oublier ? Tout se passe comme si quelque chose poussait à aller mal en EHPAD. Mais alors que se passe-t-il dans ces établissements et pourquoi cette souffrance ? Et surtout, est-il possible d'engager une action thérapeutique dans ce contexte ?

Ce travail de thèse s'inscrit dans ce milieu institutionnel où les diagnostics de dépression et d'anxiété sont devenus si fréquents qu'ils passent presque inaperçus, comme s'il était normal de souffrir en vieillissant. Sans les associer à une psychothérapie, les prescriptions médicamenteuses destinées à traiter la souffrance psychique apparaissent parfois comme des tentatives de mettre à distance ce qui pose problème dans les institutions gériatriques. Cela alimente les résistances au changement et contribue au déplacement de cette souffrance sur des attitudes (ou troubles du comportement) ou des modalités d'être au monde (ou pathologies) qui déterminent des façons différentes de le percevoir et de gérer ces informations (ou troubles cognitifs).

Face à cette souffrance psychique, les solutions technologiques destinées à soulager les résidents se multiplient. Ce moment particulier dans l'histoire du soin psychique est marqué par la volonté des soignants d'obtenir des solutions immédiates et accessibles qui les amènent à chercher des réponses dans l'abondance des offres matérielles. Ce travail de thèse vise à considérer les personnes âgées qui vivent en EHPAD en leur donnant avant tout la parole. Il soutient l'idée d'impliquer les personnes âgées dans leur suivi psychothérapeutique sans leur imposer une thérapie « séduisante » pour les soignants. En effet, l'investissement « thérapeutico-commercial » de ces technologies contribue à un amalgame entre un « objet de soin » qui n'a de valeur que dans un cadre relationnel et un « objet soignant » susceptible de s'en affranchir. Dans ce contexte gériatrique en crise où un certain nombre de soignants sont épuisés et démunis face à la souffrance psychique, il est fondamental d'engager une réflexion sur les solutions auxquelles ils recourent pour traiter les personnes âgées qu'ils accompagnent. La réalité virtuelle est particulièrement représentative de ces propositions thérapeutiques.

Cette recherche vise alors à discuter la pertinence d'utiliser cette technologie auprès des personnes âgées : la réalité virtuelle est-elle adaptée à leurs demandes et aux souffrances qu'elles peuvent exprimer ? Comment réagissent-elles à cette proposition thérapeutique ? Quel

effet l'expérience de la réalité virtuelle produit-elle chez une personne âgée ? L'objectif de ce travail est également de l'inscrire dans une perspective psychanalytique : est-il possible d'intégrer la réalité virtuelle dans une telle approche ? Est-ce envisageable d'utiliser cette technologie en adoptant une posture qui respecte les principes fondamentaux de la psychanalyse ? Que produit l'investissement d'un tel dispositif sur la dynamique transférentielle ? Dans cette perspective thérapeutique, l'originalité de cette thèse est d'utiliser la réalité virtuelle comme médiation thérapeutique. Mais la réalité virtuelle peut-elle être utilisée ainsi ? Répond-elle aux critères du médium malléable ? Ces questionnements convergent vers des réflexions plus globales à propos de ce dispositif : la réalité virtuelle est-elle utile auprès des personnes âgées et produit-elle un effet thérapeutique ?

Afin d'apporter des éléments de réponse à ces questionnements, la première partie de ce travail de thèse consistera à présenter le cadre et les connaissances théoriques dans lesquelles il s'inscrit. Cette partie débutera par la présentation du cadre de la recherche. Le premier chapitre décrira l'objet de cette thèse depuis sa construction la plus précoce, marquée par le contexte d'élaboration du dispositif jusqu'à la problématique de recherche et ses hypothèses. En interrogeant l'utilisation du casque de réalité virtuelle dans une perspective psychothérapeutique, la question de l'objet apparaît centrale dans ce travail de thèse. Aussi convient-il d'introduire le deuxième chapitre par cette notion d'objet afin de présenter les bases théoriques de cette recherche. Il sera question de la richesse que l'objet et son étude représentent pour la psychologie. Les nouvelles technologies soulèvent ainsi de nombreux questionnements à propos de leurs effets sur le psychisme et l'éthique liée à leurs usages. Dans cette perspective, nous présenterons les différentes façons dont le casque de réalité virtuelle peut être utilisé dans un contexte de soin psychique.

Le troisième chapitre présentera les personnes âgées et leurs problématiques spécifiques selon une perspective qui s'étend du vieillissement normal au vieillissement pathologique. Nous proposerons une définition pour rendre compte des changements induits par le vieillissement avant de présenter les principales pathologies du grand âge. Le contexte institutionnel est central de la vie des personnes âgées en EHPAD. Les deux points suivants s'attarderont ainsi sur la notion de dépendance, presque toujours à l'origine du recours à l'institution, et sur quelques éléments contextuels liés au quotidien dans ce cadre de vie. Le quatrième chapitre articulera les deux précédents en décrivant les différents usages des technologies auprès des personnes âgées. Il s'agira d'appréhender la complexité de leurs rapports à ces technologies mais aussi les représentations associées à ces objets particuliers.

Cette présentation théorique de l'utilisation de la réalité virtuelle dans le soin psychique s'inscrit également dans une perspective gériatrique. Elle sera complétée par une synthèse des théories des médiations thérapeutiques, notamment celles fondées sur des objets technologiques, mais aussi auprès des personnes âgées. Cette partie conduira à une première proposition théorique concernant l'intérêt d'utiliser la réalité virtuelle en tant que dispositif à médiation auprès de ce public.

La seconde partie de ce travail sera organisée en deux chapitres qui reprendront respectivement les éléments relatifs à l'élaboration du dispositif et ses résultats sous la forme de cas cliniques. Le cinquième chapitre décrira la création du dispositif thérapeutique, de la conception des environnements virtuels à leur présentation dans le visiocasque. Cette méthodologie précisera les spécificités du dispositif puis présentera la procédure et les participants. Ce chapitre discutera finalement le choix d'une approche qualitative à travers ses effets et les points spécifiques de réflexion à propos du contexte de cette recherche. Les dix cas cliniques retenus pour cette recherche constitueront le sixième chapitre de la thèse. Leur rédaction sera organisée selon trois axes : la présentation détaillée du patient, de sa situation et des entretiens menés ; la description des observations issues du temps suivant les séances ; et enfin, l'interprétation des éléments les plus significatifs.

La troisième et dernière partie de ce travail articulera les deux précédentes à travers l'analyse des processus psychiques liés à l'utilisation de la réalité virtuelle auprès des personnes âgées en institution. Le septième chapitre présentera l'analyse du dispositif. La découverte du visiocasque par les personnes âgées sera interprétée sous l'angle du transfert sur l'objet, leur expérience de la réalité virtuelle ouvrira une réflexion sur les processus de régression et l'effet de ce dispositif sera comparé au rêve tel qu'il pourrait être abordé dans un contexte psychanalytique plus classique. Enfin, le huitième et dernier chapitre approfondira l'analyse des processus psychiques associés à ce dispositif. L'expérience d'immersion sera développée et mise en lien avec la dimension subjective de la réalité virtuelle. La dimension transitionnelle de cette expérience amènera à la considérer comme une médiation susceptible de favoriser la création d'un tiers analytique. Enfin, la réalité virtuelle sera appréhendée selon les processus hallucinatoires.

La perspective psychanalytique de cette recherche contribue ainsi à apporter un regard nouveau sur l'utilisation thérapeutique de la réalité virtuelle. L'investissement d'une telle technologie selon cette conception du soin psychique étend d'autant plus son potentiel : la réalité virtuelle n'est pas considérée comme une copie objective du monde extérieur mais

comme une « réalité » ainsi imprégnée de subjectivité. Cette thèse propose une application concrète inédite qui associe psychanalyse et réalité virtuelle. La considération du cadre dans lequel se déroulent les entretiens et, plus particulièrement, des éléments liés à la relation entre le patient et le thérapeute seront donc fondamentaux dans ce travail.

PARTIE I : CADRE ET CONNAISSANCES

Chapitre I : Cadre de la recherche

1.1 Construction de l'objet de la thèse

Ma première rencontre avec les personnes âgées qui vivent en établissement gériatrique remonte à mon cursus universitaire en psychologie. Je ne connaissais ni ce public, ni cet environnement et nos premiers échanges ont immédiatement été riches et stimulants. À l'occasion de mon stage de fin d'études, j'ai décidé d'utiliser un ordinateur comme objet de médiation thérapeutique. Ce projet m'a ouvert les portes des *Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes* (EHPAD) où j'ai commencé à rencontrer des résidents. Ce stage passionnant a finalisé mon parcours d'étudiant et m'a permis d'obtenir le titre de psychologue en 2015. Stimulé par la richesse des situations cliniques et institutionnelles, j'ai continué à me questionner sur cette pratique, ce public et ce contexte dès mes premières années d'exercice de la psychologie clinique. La rédaction de ce travail de thèse trouve son origine dans ces interrogations théorico-cliniques. L'intérêt pour la place et l'utilisation des objets technologiques au quotidien m'a également motivé à entreprendre ce travail. De l'attrait à l'inquiétude, de la fascination au rejet, les diverses positions quant à ces objets ont largement alimenté ma réflexion et contribué à faire grandir ce questionnement sur leur utilisation dans un cadre thérapeutique. En 2016, l'arrivée sur le marché grand public et l'accessibilité de la réalité virtuelle ont été l'occasion d'entreprendre une recherche qui allait porter sur un objet encore relativement méconnu et rarement expérimenté. J'avais conscience que le choix de cet objet garantirait un certain attrait pour ce travail de thèse, mais qui en même temps, risquerait de devenir rapidement obsolète en raison de la vitesse des innovations technologiques.

C'est au moyen d'un dispositif très sommaire que s'est déroulée ma première expérience de la réalité virtuelle. Le smartphone placé à l'intérieur d'un casque en carton m'a alors semblé impressionnant de puissance et d'immersion. Cette expérience m'a motivé à essayer d'autres dispositifs plus élaborés comme le Gear VR de Samsung ou le visiocasque HTC Vive et d'entreprendre une revue de littérature sur ce sujet. Celle-ci a rapidement soulevé la difficulté de comparer les effets de cette technologie en raison de la pluralité des dispositifs de réalité virtuelle. En effet, ces appareils semblent particulièrement éclectiques dans leur conception et l'expérience qu'ils sont susceptibles de faire vivre à l'utilisateur. Cette confusion a rendu indispensable une reprise de la définition de la réalité virtuelle. La construction de l'objet de recherche débute ainsi par un exposé de ses caractéristiques et spécificités.

Dans le domaine du soin psychique, la notion de réalité virtuelle recouvre différents dispositifs qui vont du jeu vidéo « classique » (Virole, 2010, 2007) aux systèmes plus complexes, comme les visiocasques ou les salles de projection multidimensionnelles, fondés sur l'interactivité entre les mouvements du sujet et son environnement (Lallart et al., 2014). Cette confusion terminologique rend difficile la comparaison des études sur le sujet. Il existe toutefois de nombreuses publications à propos d'une utilisation thérapeutique de visiocasques ou de dispositifs immersifs de réalité virtuelle (Valmaggia et al., 2016). Elles portent majoritairement sur un usage de ces dispositifs comme une alternative à la méthode d'exposition. Cette approche cognitive et comportementale souligne l'intérêt d'utiliser cet objet technologique dans le soin psychique mais elle paraît restrictive. La réalité virtuelle semble ouvrir des possibilités plus grandes que celle d'une copie de la réalité concrète utilisable en tant qu'entraînement sécurisant et accessible (Malbos et al., 2013). L'utilisation d'images et de photographies dans un cadre psychothérapique est très largement documentée (Tisseron, 2010) et les travaux sur le photolangage illustrent leur potentiel clinique dans une perspective psychodynamique (Vacheret, 2010). C'est dans cette perspective que j'ai engagé une réflexion méthodologique à propos de la réalité virtuelle. L'utilisation d'un objet manipulable dans lequel apparaît une image stéréoscopique m'a amené à envisager la création d'un dispositif thérapeutique à médiation autour du visiocasque. Cette perspective constitue le socle des questionnements liés à la construction de la méthodologie et de l'ensemble de ce travail de thèse.

La connaissance préalable des personnes âgées m'a rapidement orienté vers ce public auprès duquel les nouvelles technologies sont particulièrement investies, comme en témoigne l'essor des gérontechnologies¹ (Bouma & Graafmans, 1992) depuis le début des années 1990. De nombreuses propositions thérapeutiques suscitent d'ailleurs l'interrogation quant aux bénéfices et aux risques qu'elles induisent sur l'intégrité psychique et sociale de ces utilisateurs (Bobillier Chaumon & Oprea Ciobanu, 2009). Mes propos s'inscrivent dans cette dynamique et questionnent le véritable consentement des personnes âgées à utiliser de tels objets, ainsi que l'intérêt qu'elles leur trouvent en dehors de la rencontre. L'utilisation d'un objet en tant que médiation thérapeutique pourrait offrir la liberté de critiquer l'objet lui-même². Ces personnes âgées qui habitent en institution vivent d'ailleurs une situation particulière qu'il est important

¹ Il s'agit d'un domaine de recherche interdisciplinaire dont l'objectif principal est de préserver la qualité de vie et de compenser temporairement les difficultés liées à l'âge (Bouma et al., 2007).

² Cette perspective d'utilisation permet de positionner l'objet au centre de la relation thérapeutique. Elle n'impose pas une utilisation rigide du casque : le participant peut le manipuler, accepter ou refuser de le porter etc. sans que cela ne menace le dispositif thérapeutique.

d'expliciter dans ce travail. À leur rencontre régulière, j'imaginai déjà que la réalité virtuelle permettrait plus qu'une « sortie » virtuelle³. Son utilisation comme médiation thérapeutique m'a semblé d'autant plus pertinente que cette approche est valorisée auprès d'un public âgé (Donaz, 2011). Il reste alors à interroger sa pertinence lorsqu'elle concerne un objet technologique comme le casque de réalité virtuelle auprès de ces sujets âgés qui vivent en institution.

Enfin, l'utilisation de la réalité virtuelle comme imitation du monde réel semble témoigner de la perspective commerciale d'une amélioration continue inscrite dans un objectif de consommation. Cela ouvre plusieurs questionnements quant à l'usage de tels objets dans le cadre du soin psychique. Tout d'abord, il s'agit de déterminer s'il existe un seuil en deçà duquel l'objet technologique est insuffisant pour permettre une utilisation thérapeutique. La question se pose également dans le sens inverse : une fois le seuil considéré comme suffisant atteint, les évolutions de l'objet technologique continuent-elles à améliorer son caractère thérapeutique – c'est-à-dire à le rendre plus efficace ? Ensuite, cela interroge la position du chercheur lui-même quant à l'utilisation d'un objet technologique. Ce dernier est sollicité par les entreprises qui promeuvent la consommation de masse des objets technologiques, tout autant que n'importe quel autre utilisateur. Le chercheur subit également l'invitation permanente au changement et aux améliorations suscitées par le marketing. L'objet qu'il utilise dans le cadre de sa recherche trouve-t-il alors un écho dans son propre modèle de consommation ? Comment fait-il pour ne pas s'y perdre ? Ces questions façonnent l'objet de cette recherche en soulignant l'importance d'interroger les effets de l'utilisation de la réalité virtuelle – en tant qu'objet technologique – dans la relation thérapeutique, que ce soit pour le thérapeute ou pour le patient.

1.2 Problématiques et hypothèses

Les premiers questionnements de cette recherche concernent les effets des objets technologiques sur le fonctionnement psychique. La mise en exergue de tels effets à propos de la réalité virtuelle constitue le cœur de ce travail de thèse. L'utilisation d'un objet en tant que médiation thérapeutique vise l'objectif de produire un effet sur le fonctionnement psychique.

³ Cette idée de « sortie » virtuelle fait l'objet d'un dispositif thérapeutique proposé en EHPAD appelé « thérapie du train » (*train therapy*). Il s'agit d'une pièce décorée comme un wagon, dont la fenêtre est remplacée par un écran censé donner à la personne à l'impression de voyager (Biamonti et al., 2014). Ce dispositif témoigne clairement de la volonté d'imiter la réalité dans une perspective thérapeutique. Ses intérêts et ses limites seront développés en dans le chapitre IV.

Une lecture psychodynamique amène alors à interroger la nature et la spécificité de cet effet afin d'en proposer une description. La problématique de cette recherche organise ces questions.

PROBLÉMATIQUE

Peut-on utiliser la réalité virtuelle dans un cadre thérapeutique ? Si tel est le cas, est-il possible de s'en servir comme médiation thérapeutique auprès des personnes âgées dépendantes en institution ? Dès lors, quels sont ses effets sur le fonctionnement psychique des patients ? Quel est son rôle dans la relation thérapeutique et dans le transfert ? Enfin, quelles sont les spécificités des processus psychiques associés à l'utilisation de la réalité virtuelle ?

La revue de littérature permettra de fournir les premiers éléments de réponse à cette problématique. La mise en place du dispositif et les observations issues des cas cliniques compléteront ces propositions théoriques à partir de six hypothèses principales.

PREMIÈRE HYPOTHÈSE : DE L'OBJET ATTRACTEUR

Le casque de réalité virtuelle représenterait un objet attracteur du transfert qui facilite l'engagement thérapeutique des patients et les aider à contourner certaines résistances.

DEUXIÈME HYPOTHÈSE : DE LA RÉGRÉDENCE

Le casque de réalité virtuelle induit une rupture sensorielle qui favoriserait les processus de régrédence et le travail de figurabilité.

TROISIÈME HYPOTHÈSE : DE L'ONIROÏDE

Le casque de réalité virtuelle produirait une expérience oniroïde dont l'élaboration après-coup se fera lors des échanges entre le patient et le clinicien.

QUATRIÈME HYPOTHÈSE : DE L'APPROPRIATION SUBJECTIVE

La réalité virtuelle induit une sensation d'immersion qui favoriserait la relance des processus primaires de symbolisation et façonnerait l'appropriation subjective des problématiques psychiques qui animent les patients.

CINQUIÈME HYPOTHÈSE : DE L'ESPACE TRANSITIONNEL

La réalité virtuelle représenterait une aire transitionnelle et sollicite ainsi la capacité d'illusion. Le patient partagerait avec le clinicien une expérience de jeu et de rêve dont les propriétés évoquent les caractéristiques du tiers analytique.

SIXIÈME HYPOTHÈSE : DE L'HALLUCINATOIRE

La réalité virtuelle engendrerait une régression à la satisfaction hallucinatoire du désir. La forte charge hallucinatoire ainsi induite, régulée par la boucle contenant-contenu, favoriserait la création d'une production figurative à partir de l'environnement virtuel.

1.3 Contexte de la recherche et dispositif clinique

Ce travail de recherche est ancré dans le contexte singulier de l'EHPAD où les entretiens ont été réalisés. Il est primordial de rappeler les effets de ce contexte sur l'ensemble de la recherche, de la construction du dispositif au déroulement des séances de médiation thérapeutique. Ce travail interroge justement la pertinence du choix d'un objet destiné à être utilisé comme une médiation thérapeutique auprès des personnes qui vivent en établissement gériatrique. Le contexte de l'EHPAD traverse la vie psychique des résidents mais aussi celle des soignants. La façon dont se déroulent les entretiens cliniques, leur investissement par l'équipe et la position du psychologue méritent d'être décrits afin d'engager une réflexion sur l'utilisation de la réalité virtuelle dans cette institution.

Les entretiens cliniques se sont déroulés sur le lieu de vie des résidents de l'EHPAD. Cet espace tantôt considéré comme une chambre, tantôt comme un logement, abrite quelques objets précieux dûment sélectionnés pour représenter les souvenirs d'une vie. Pourtant, le caractère fonctionnel est prépondérant dans l'organisation des meubles, du lit et des objets de

manière à respecter un haut niveau de sécurité (Charras & Cérèse, 2017). Ce lieu intime peut aussi se révéler poreux quand la porte d'entrée perd son rôle de filtre et se laisse traverser par des soignants qui n'en attendent pas l'autorisation explicite (Fourques, 2020). Avant chaque entretien, les résidents ont toujours accepté que je place une pancarte sur la porte « *Consultation en cours, merci de ne pas déranger* ». L'absence d'efficacité de la pancarte dans cette institution a largement contribué à la réflexion à propos des limites contenantes de l'espace de l'entretien et de la capacité du psychologue à maintenir un cadre sécurisant dans ce contexte.

Ce petit espace a montré combien les interventions médicales et paramédicales peuvent être prioritaires sur le soin psychique. La temporalité et la fréquence des entretiens est particulièrement difficile à gérer dans ce contexte. Il s'agit d'un frein majeur pour l'engagement de certains patients dans l'accompagnement psychologique. La porosité de ce cadre pourrait amener certains résidents à désinvestir la relation thérapeutique pour s'adapter à cet environnement et éviter une situation insécurisante psychiquement. L'investissement du patient est pourtant une condition nécessaire à l'exercice psychothérapeutique. Dans un cabinet libéral, le patient choisit de venir pour entreprendre cette démarche, il maîtrise son engagement dans l'accompagnement psychologique. L'analyse de son investissement et de ses résistances est souvent significative car le patient conserve sa liberté d'action sur le cadre en gérant la présence ou l'absence, la limite de l'horaire de début et de fin ou encore le rapport entretenu avec le paiement de la séance.

Ces règles ne peuvent s'appliquer en EHPAD. Généralement, la rencontre clinique fait suite à l'action engagée par le psychologue de s'entretenir avec le patient, et non l'inverse comme en pratique libérale. Cette action repose sur la considération par ce dernier du discours des résidents, de la demande de leur famille ou, la plupart du temps, d'une demande implicite ou explicite de l'équipe soignante. Il est rare que la demande émerge explicitement des personnes accueillies, même quand elles sont très en difficulté. Le plus souvent, elles acceptent la proposition de rencontrer ce professionnel sans véritablement comprendre son rôle. La démarche qui conduit à la rencontre clinique nécessite ainsi la vigilance du thérapeute quant à l'investissement et l'engagement de la personne. La volonté du résident est parfois difficile à évaluer quand il aspire à une liberté de pensée et d'action par exemple, et que cette volonté tend à être « réhabilitée » pour s'adapter à celles valorisées par l'équipe, comme le besoin de sécurité. L'analyse du cadre et du contexte est ainsi primordiale pour entreprendre un accompagnement thérapeutique : il est rare que le résident refuse un échange, mais il est fréquent qu'il ne s'y investisse pas. Les résidents en situation de grande dépendance nécessitent

de fréquentes interventions des soignants. La temporalité devient alors organisée selon ces passages qui leur empêche de gérer eux-mêmes leur emploi du temps. Les moments de disponibilité sont encore réduits quand la personne participe aux activités de l'établissement. Respecter leur temporalité dans ce contexte est particulièrement difficile car il leur reste parfois peu de temps réellement libre pendant lequel ils peuvent légitimement avoir envie de rester seuls et de se reposer, plutôt que de recevoir le psychologue.

Ce contexte imprègne nécessairement les entretiens cliniques réalisés pour ce travail de thèse. Il a contribué à la réflexion initiale de cette recherche : la réalité virtuelle présenterait un environnement clos et quasi « hermétique » dans un cadre spatial poreux et potentiellement effractant. Un temps conséquent a été nécessaire pour réaliser ces rencontres qui ont été remises en cause plusieurs fois. La difficulté d'organiser un suivi thérapeutique régulier – les entretiens ont été planifiés selon une fréquence d'une semaine – a d'ailleurs alimenté l'inquiétude que l'équipe soignante n'intervienne lors des séances. La création et la mise en place du dispositif thérapeutique ont ainsi été influencées par le contexte des entretiens. Ses effets peuvent être interprétés comme des symptômes institutionnels qui révèlent une dynamique de fonctionnement global de l'établissement. Dans ce cadre plus large, la position institutionnelle du psychologue clinicien mérite également d'être décrite afin de fournir des éléments contextuels supplémentaires qui seront utiles pour comprendre la construction et la réalisation de ce travail de thèse.

En effet, le contexte institutionnel exerce un effet important sur le positionnement du psychologue en EHPAD. Il infiltre les missions qui lui sont confiées et conditionne ses actions. À ce titre, son référentiel théorique constitue autant d'arguments préalables à son embauche. Un positionnement neuropsychologique orienté vers le cognitif et l'évaluation est parfois valorisé en EHPAD. Il traduit la préférence d'une approche psychotechnique plus concrète, rassurante et compatible avec la gestion administrative. En effet, le psychologue clinicien ne propose pas toujours de solution concrète et applicable aux difficultés évoquées, et surtout, ne garantit pas explicitement le bien-être malgré un temps de travail conséquent. Cela peut contribuer à une certaine tension institutionnelle qui se manifeste par des réponses symptomatiques visibles dans le contexte de cette recherche. Certains points semblent significatifs comme mon embauche à mi-temps après une période de latence qui ne m'a pas permis de rencontrer la psychologue précédente. Cela m'a rapidement placé dans la position délicate de redécouvrir des situations et des informations déjà explicitées. La prise de connaissance tardive de l'histoire de l'institution a décalé d'autant ma compréhension de son

fonctionnement. La gestion des transmissions s'est d'ailleurs révélée significative en ce que je n'ai pas toujours eu accès aux informations utiles pour intervenir auprès de l'équipe.

Mon espace de travail a également été significatif de l'investissement de la fonction du psychologue au sein de l'institution. Le bureau qui m'a été alloué a considérablement alimenté ma pensée sur la notion d'espace et de lieu : situé à proximité de l'entrée, ce bureau communiquait par une porte avec la salle de soins/de transmissions où se réunissaient les soignants. Aucune des deux portes ne se fermait à clé. Seule la porte d'entrée se verrouillait à l'aide d'un code connu de l'équipe. Ce bureau abritait le tableau électrique de l'établissement ainsi que la baie de brassage informatique (téléphone, Internet...) bruyamment ventilée pour refroidir ce matériel disposé dans le placard. Cet espace fort peu attrayant était pourtant le théâtre de mouvements importants au sein de l'EHPAD. L'ordinateur était fréquemment emprunté par les soignants qui utilisaient parfois ce petit espace pour entreposer des chaises et des cartons. Avant mon arrivée le matin, il était fréquent que la porte d'entrée soit bloquée par les chaises sur lesquelles des résidents avaient pris place. Ces mouvements se poursuivaient également en ma présence, par les entrées fréquentes des soignants dans le bureau, qui ont pu refermer la porte sans un mot aussitôt après m'avoir vu ou valider ce débordement explicitement⁴. Ma capacité de penser a été mise à mal par ce sentiment d'intrusion. Ma réflexion s'est ainsi trouvée « parasitée » par les préoccupations logistiques valorisées dans l'organisation institutionnelle. Cette particularité semble s'articuler avec la notion d'intimité, difficile à élaborer en EHPAD. Le bureau du psychologue peut représenter un espace attractif de pulsion scopique et souligne la problématique de l'impossibilité de respecter la limite d'une porte fermée – de l'inaccessibilité. Il semble intolérable qu'une porte résiste aux « nécessités » institutionnelles. Cette porosité spatiale ouvre également une réflexion sur la construction pour les résidents d'un espace propice à la rencontre thérapeutique quand le psychologue lui-même n'en dispose pas. Elle peut ainsi traduire un retournement de cette problématique institutionnelle et s'interpréter sous l'angle du passage à l'acte.

Un dernier point prolonge cette impression d'impuissance et d'incapacité à répondre aux attentes de l'équipe. Il s'agit du sentiment d'avoir été exclu de certains temps de prise de décisions concernant le fonctionnement institutionnel, l'accompagnement d'un résident ou encore les relations avec certaines familles en difficulté. Ces nombreux points de réflexion relevaient pourtant de ma fonction et de la nécessité de proposer un éclairage théorico-clinique

⁴ Citons à titre d'exemple, la situation d'une soignante qui entre dans mon bureau sans frapper et dit en souriant : « excuse-moi Olivier, je rentre comme ça... comme si tu n'étais pas là ».

afin de participer aux décisions retenues. Je n'ai donc pas été en mesure d'aider l'équipe à réfléchir sur certaines situations qui auraient pourtant mérité un étayage psychologique. J'ai souvent appris les décisions importantes au cours des transmissions, au même moment que les aides-soignants et les agents de soins. Ce temps d'échange majoritairement restreint aux exigences pratico-médicales laissait peu d'espace à l'élaboration et les acteurs potentiellement impliqués étaient rarement présents. J'ai davantage été sollicité pour chercher une solution et proposer des procédures à suivre. L'équipe semblait ainsi entretenir l'idée qu'il est possible d'obtenir des réponses simples à des problèmes complexes, ce qui a conduit essentiellement à deux positions : formuler une réponse, au risque qu'elle soit inadaptée, faute d'éléments de connaissances ; et ne pas formuler de réponse, en indiquant la nécessité de reprendre la situation correctement et sans précipitation. Ces deux situations m'ont paru insatisfaisantes et traduisent la difficulté d'avoir pu trouver un positionnement adéquat.

Ce contexte a influencé la création et la mise en place de l'objet d'étude de la recherche. La réalisation des entretiens dans ce cadre d'exercice quotidien ouvre l'accès à des connaissances qui n'auraient pas été accessibles si ces interventions avaient été ponctuelles. En dépit de la présentation du dispositif thérapeutique à l'équipe institutionnelle, l'utilisation de la réalité virtuelle dans ce contexte est restée confidentielle. Quelques soignantes ont répondu à la proposition de découvrir le matériel, mais leur intérêt pour cette recherche s'est finalement révélé anecdotique. L'intervention d'un intervenant extérieur a d'ailleurs été proposée par l'animatrice afin de « *faire découvrir aux résidents et aux soignants les bénéfices de la réalité virtuelle* ». Cette animation s'est révélée être un échec auprès des résidents dont aucun n'a participé, mais semble avoir mobilisé une forme de fascination pour la réalité virtuelle auprès de certains membres de l'équipe. Cela a illustré l'investissement de l'équipe pour cette proposition émanant de l'extérieur, contrairement à celle provenant de l'intérieur de l'institution. De plus, cet atelier de découverte semble s'être inscrit dans une conformité des attentes de l'équipe du rôle de l'animatrice. Cette situation a alimenté ma réflexion à propos des risques et dérives liés à l'utilisation des technologies. Elle complète les premiers questionnements de cette recherche à propos des objets matériels et de leur investissement en thérapie. Pour entreprendre ce travail, il est nécessaire de comprendre l'investissement porté aux objets technologiques dans un contexte de soin. Cela amène à interroger les rapports entretenus avec les objets matériels, qu'ils soient technologiques ou non, et les effets spécifiques qu'ils sont susceptibles d'exercer.

1.4 Définitions de l'objet de recherche

Il existe de nombreux travaux de recherche sur les *nouvelles technologies* ou le *numérique* et pourtant, il reste difficile de comprendre à quel objet ils font véritablement référence. Le développement de la notion de *virtuel* alimente cette confusion qui, dans le langage courant, pourrait favoriser l'utilisation de ces trois termes comme des synonymes. La notion d'objet technologique nécessite donc d'être précisée, ainsi que celles de numérique et de virtuel. Bien qu'il soit fréquemment utilisé, le terme de « technologie » est rarement défini. L'accessibilité et la banalisation des objets électroniques pourraient avoir estompé la nécessité de recourir à une définition spécifique. Les recherches qui portent sur un objet matériel et technologique en font facilement l'économie (ex. qu'est-ce qu'un smartphone ? Qu'est-ce qu'un robot ? Qu'est-ce qu'un casque de réalité virtuelle ?). L'accent peut être mis plus ou moins brièvement sur son historique (ex. des premiers robots aux robots actuels ; l'évolution des casques de réalité virtuelle...) mais rarement sur sa description précise. Cela pourrait renvoyer à une forme de fascination qui montre comment le chercheur est parfois pris dans un mouvement qui l'englobe avec son objet. Définir la technologie est une nécessité pour prendre ce recul sur l'objet et souligner la limite entre l'humain et le matériel.

1.4.1 La technologie

L'étymologie du mot « technologie » renvoie au Grec « *techne* » qui signifie « art, technique ou office » et « *logos* », défini comme un « ensemble de savoir ». Selon le *Trésor de la Langue Française Informatisé* (TLFi), le terme de « technologie » fait référence à l'étude des techniques dans ses méthodes, ses procédés ou encore ses instruments et ses outils dans un domaine particulier. Cette première acception renvoie à *la* technologie, aussi considérée comme la science des techniques (Mauss, 2004). L'autre acception principale de la technologie correspond à un ensemble de techniques relatives à un domaine particulier. Non plus considérée uniquement comme une terminologie, la technologie traite de la conception à la fabrication jusqu'à l'utilisation d'un produit. Elle est alors considérée comme *une* technologie. Il en existe de nombreuses applications comme, par exemple, la fabrication d'un objet innovant. Dans ce cadre, il s'agit de commencer par identifier un problème et définir les différentes conditions à respecter pour le résoudre (budget, matériel, temps, etc.). Le principe du fonctionnement de l'objet sera ensuite étudié avant sa conception et sa fabrication. L'ensemble de ces éléments peuvent ainsi être considérés comme une technologie dont le processus se déroule entre l'idée initiale et l'application concrète de son produit.

Dans la langue française, la technique concerne la (ou les) méthode(s) utilisée(s) pour la réalisation d'une application concrète. Elle renvoie à une dimension pratique de production dont le matériel, mais aussi l'immatériel peuvent être l'objet. Ainsi, la confusion entre les termes de *technologie* et de *technique* est fréquente (Sigaut, 2009). Elle est notamment liée à l'utilisation du terme de technologie comme une transposition du terme anglo-saxon *technology* qui ne tient pas compte de sa définition française (Haudricourt, 1988). Pourtant, cette terminologie marque une différence notable avec son acception européenne. Elle renvoie ainsi à « *l'application pratique des connaissances, associée particulièrement au domaine du génie* » (Gilbert, 2008, p. 2). Une orientation qui renvoie au champ du matériel et de ce qu'il représente en tant qu'application de connaissances scientifiques pour parvenir à sa production (Gilbert, 2008). Cette acception anglo-saxonne diffère de l'orientation européenne qui considère la technologie comme une science des techniques. Elle ne tient pas compte des actes techniques indépendants de la présence de matériel comme la marche ou la nage, à l'inverse des considérations proposées par Marcel Mauss dans « *les techniques du corps* » (Mauss, 1936).

Pour résumer, l'acception européenne du terme de technologie comporte une dominante théorique. Elle concerne l'étude des techniques qui représentent la partie « concrète » du processus global (par exemple, une démarche innovante). En revanche l'acception anglo-saxonne renvoie à une utilisation des connaissances scientifiques pour produire un matériel (en général, un objet innovant). En se référant davantage aux techniques proprement dites plutôt qu'à leur étude (Gilbert, 2008), cette conception permet de mieux comprendre l'utilisation de termes comme celui de « *nouvelles technologies* » en tant que produits directs des avancées scientifiques modernes. Marque du glissement de la conception anglo-saxonne dans les pays européens, cette terminologie particulièrement utilisée à l'heure actuelle fait émerger différents points de questionnements. En tant qu'objet technologique, les *nouvelles technologies*, dont le sens renvoie à celui de *technique*, désigneraient ainsi de « nouvelles techniques ». Pourtant, ce qui était nouveau hier ne l'est plus aujourd'hui. Cet écueil marque une certaine confusion dans l'utilisation de ce terme qui s'en trouve particulièrement marqué temporellement. Il en va de même pour les *hautes technologies*, ou les technologies *de pointe*.

La question de la technique et de la technologie s'inscrit de manière transversale dans une grande variabilité de domaines de recherches et la science des techniques se révèle à partir de nombreux angles de lectures, comme la sociologie ou la psychologie qui se sont largement inscrites dans les réflexions technologiques. Marcel Mauss indique à ce propos que « *Même la science devient de plus en plus technique et la technique agit de plus en plus sur elle* » (Mauss,

2004, p. 438). La présente recherche ne peut contourner ces réflexions et se trouve ainsi traversée par cette réflexion technologique sous un angle de lecture psychologique.

1.4.2 Le numérique

La notion de numérique renvoie d'abord au champ des mathématiques et de l'informatique en ce qu'elle concerne les nombres ou les chiffres ainsi que les opérations qui sont faites sur ces derniers. Elle recouvre de nombreuses acceptions et objets matériels liées à l'utilisation du nombre comme le cadran d'affichage (l'afficheur *numérique* est utilisé comme synonyme de l'afficheur *digital*) ou le calculateur qui utilise ces nombres pour réaliser ses opérations et parvenir à un résultat (par exemple, la calculatrice). Cette notion de numérique concerne également la question du nombre lui-même (l'infériorité ou la supériorité numérique) et relative au point de vue du nombre (une situation numérique, faire un état numérique des quantités...). Cette première définition provient du *Trésor de la Langue Française informatisé* (TLFi) dont l'absence d'actualisation depuis le milieu des années 1990 marque toutefois un écart notable avec l'une des utilisations courantes de ce terme.

Elle nécessite donc d'être complétée de cette notion de numérique très fréquemment utilisée à l'heure actuelle comme un synonyme d'informatique, bien qu'elle ne pourrait s'y réduire. Cette acception plus récente prend sa source dans la machine à calculer et ses nombreuses évolutions techniques. Ces machines n'ont cessé de réaliser des opérations numériques organisées sur le principe du système binaire. C'est ce principe sur lequel repose le fonctionnement de la super machine à calculer qu'est devenu l'ordinateur. Il existe d'ailleurs une autre perspective de la notion de numérique qui est le résultat d'un processus de conversion d'une information analogique (un son, une image ou une autre information) échantillonnée pour devenir numérique. Cette conversion est appelée *discrétisation* et transforme un contenu externe (réel) en une série de chiffres (interne). Elle produit un échantillonnage qui peut se comprendre comme un découpage de morceaux plus ou moins nombreux de l'information. En acoustique, un signal analogique reproduit parfaitement la continuité de l'information (enregistrement du son) et la conversion numérique résulte d'un découpage de cette continuité. Plus le niveau d'échantillonnage est important, plus il y a de morceaux et le signal numérique est proche du signal analogique initial. Un taux d'échantillonnage faible marque des ruptures plus grandes de reproduction du signal converti : il manque davantage d'informations. L'information numérique est ainsi représentée par une série de chiffres, le 0 et le 1, qui correspondent à une opération électrique : le signal électrique passe (1) ou ne passe pas (0) dans

le circuit (Vitali-Rosati, 2014). Par un processus appelé *médiation*, une interprétation de cette information numérique est possible et permet de la rendre compréhensible à n'importe quel utilisateur. L'ordinateur n'est donc plus la seule machine à utiliser ce système d'opération numérique pour calculer. Il est complété et enrichi de ces objets qui convertissent une information (ou un signal) analogique en signal numérique. Ces appareils sont dotés de processeurs capables de faire des calculs issus de ces informations externes et ne permettent souvent plus de distinguer leur capacité de calcul (au travers d'un langage numérique) de leur capacité de conversion (analogique/numérique). Ils concernent par exemple les appareils photographiques, les caméra vidéo, les baladeurs audio... et plus récemment les smartphones qui combinent les technologies de tous ces appareils. L'augmentation constante de ce type d'objets (par exemple, des montres connectées, des écouteurs sans fil ou encore des ampoules intelligentes...) participe à cette utilisation du terme numérique pour désigner un objet, car d'innombrables objets modernes fonctionnent sur ce processus numérique qui concerne le calcul, la conversion ou encore l'affichage.

L'emploi de ce terme s'est généralisé et désigne aujourd'hui des environnements numériques, ou encore une « culture numérique » qui dépasse clairement l'objet et sa technologie pour s'habiller d'une couverture sociale plus globale. Vitali-Rosati (2014) attribue cette généralisation au développement d'Internet depuis les années 1990. Il précise que désormais :

« Nous sommes obligés de prendre en compte le fait que l'on ne communique pas seulement sur le web : on organise sa journée, on achète des produits, on gère ses comptes en banque, on met en place des manifestations contre le gouvernement, on s'informe, on joue, on éprouve des émotions » (Vitali-Rosati, 2014, p. 69).

L'ensemble de ces éléments dessine les contours de cette « culture numérique » dont les enjeux dépassent largement les objets matériels. Cette culture recouvre une dimension sociale plus large qui induit des changements des pratiques et de leur sens (Serres, 2007; Vitali-Rosati, 2014). L'exemple de l'utilisation d'Internet permet d'illustrer l'évolution du rapport à la culture et à la transmission. L'accessibilité de l'information est désormais si grande qu'il est devenu possible de vérifier les propos d'un orateur pendant son discours, grâce au smartphone ou à l'ordinateur. Cette accessibilité interroge la qualité de l'information, voire sa véracité (avec le développement massif des *fake-news*). Cette culture numérique fait émerger de nouvelles problématiques sociétales qui peuvent avoir des conséquences sur le comportement et s'enracinent jusqu'aux convictions et aux idéaux. C'est notamment le cas des notes et des avis

rédigés sur les applications qui exercent un effet sur le choix d'un service ou d'un produit (Beauvisage et al., 2013). Par conséquent, le bain numérique caractéristique du monde moderne ne saurait désormais être réduit aux objets qui le constituent, ni même à la notion de nombre quelle que soit son utilisation.

1.4.3 Le virtuel

Le terme virtuel est une traduction du latin « *virtus* » qui signifie « *force, énergie, mérite, vertu* ». Bien qu'elle semble éloignée des considérations terminologiques actuelles, l'évolution de cette notion éclaire cependant la confusion actuelle autour de la définition du virtuel. En effet, la notion de « réalité virtuelle » porte à croire en une séparation entre le réel et le virtuel. Il y aurait ainsi une réalité « physique » et une réalité « virtuelle » bien distincte, inscrivant ces considérations dans un « dualisme numérique » (Jurgenson, 2012). L'évolution des origines du terme et de son utilisation dans des domaines distincts témoigne de ce point de vue qui ouvre sur une définition plus précise du virtuel.

Utilisé dès le moyen-âge, le terme de *virtualis*⁵ renvoie au concept de puissance, qui est opposé à l'acte dans la philosophie d'Aristote. La puissance était alors considérée comme l'état potentiel d'un acte – c'est-à-dire un acte qui peut se produire, mais qui n'est pas encore réalisé. À l'inverse, l'acte renvoie à une action existante, effectivement réalisée. Dans cette conception philosophique, la *virtualis* désigne ainsi quelque chose qui existe, mais qui ne s'est pas manifesté. Prenons l'exemple d'une peinture : lorsque l'artiste la réalise, elle n'est encore qu'à l'état virtuel car elle sera terminée un jour, mais ne l'est pas pour le moment et pourrait potentiellement ne jamais l'être. Un fois la peinture achevée, elle existe en tant qu'acte. Ce qui permet d'insister, comme le fait Stéphane Vial (2014), sur l'existence réelle de la peinture dans toutes ses étapes de conception. Il n'est jamais possible d'affirmer son inexistence dans la réalité car cela reviendrait à dire que la peinture inachevée n'existe pas.

En rupture avec le virtuel philosophique, le domaine de l'optique l'a défini comme une réalité artificielle n'ayant une existence qu'à travers un appareil spécifique. C'est au moyen d'images synthétisées par la technique que le virtuel a glissé dans sa propre réalité. Cette considération s'est poursuivie avec l'essor de l'informatique qui a introduit le virtuel comme une simulation numérique résultant d'une programmation informatique. Dans cette conception informatique, le virtuel a progressivement évolué jusqu'à « *désigner tout ce qui se passe dans un ordinateur ou sur Internet* » (Vial, 2014, p. 44) comme, par exemple, les « rencontres

⁵ Traduction du latin médiéval.

virtuelles » par avatars interposés. Ces considérations modernes du virtuel induisent l'idée que l'ordinateur est essentiellement capable de simulation. Il serait ainsi complètement déconnecté du réel et considéré comme un espace virtuel. Cela a donné lieu à un dualisme numérique qui témoigne d'une vision clivée entre la réalité et la simulation informatique. Pourtant, il s'agit bien d'une seule et même réalité représentée différemment. En proposant le terme de « monisme numérique », Vial propose un exemple à ce sujet :

« Mes amis ne sont pas moins réels quand je discute avec eux sur Facebook que quand je le fais lors d'un dîner à la maison, puisque ce sont les mêmes personnes. Le plus souvent, d'ailleurs, des conversations commencées en ligne se poursuivent hors-ligne, et réciproquement [...] » (Vial, 2014, p. 49).

Cette « hybridation physique-numérique » proposée par Vial est particulièrement prégnante dans l'évolution actuelle des nouvelles technologies, et notamment des smartphones dont la possibilité de partage de contenus étend l'univers social des utilisateurs au risque de rendre publique les aspects les plus intimes de leur existence.

Chapitre II : De l'objet à l'utilisation du support technologique en psychologie clinique

« Les gens sont toujours plus haut, plus d'argent, plus malin, toujours... il y aura toujours du progrès... seront-ils heureux un jour ? »

Hélène, 90 ans

L'utilisation du casque de réalité virtuelle comme médiation thérapeutique auprès des personnes âgées s'articule autour de trois thématiques principales qui seront respectivement présentées dans les chapitres à venir. Elles concernent l'usage des technologies, et plus précisément de la réalité virtuelle, dans une perspective de soin psychique (Chapitre II), le sujet âgé et la vie en institution (Chapitre III), et l'articulation de ces deux thématiques enrichies d'une présentation des thérapies spécifiques proposées aux personnes âgées et des médiations thérapeutiques (Chapitre IV). Le présent chapitre engage la présentation théorique de l'objet dans le soin psychique. Il sera question de l'objet et ses usages qui s'inscrivent dans le développement psychique dès les premières années de la vie. Nous préciserons la particularité des liens entretenus avec certains objets, mais aussi la façon dont ils sont investis dans les premières formes de thérapies. Les spécificités des objets technologiques et leurs effets sur le fonctionnement psychique seront ensuite développés. Pour cela, nous présenterons les conséquences de leur utilisation et les craintes qu'ils suscitent, mais aussi leur usage dans un cadre psychothérapeutique. Ces éléments contextuels serviront la présentation de la réalité virtuelle que nous définirons avant d'en présenter les utilisations thérapeutiques.

2.1 De l'objet au soin psychique

2.1.1 L'objet et son utilisation

Les propriétés de l'objet relèvent toujours de l'activité humaine et rendent impossible de le considérer indépendamment de sa relation au sujet (Blandin, 2002). Défini sur la base de l'interaction subjective et non sur sa matérialité, c'est bien sur cet aspect relationnel de l'objet que portent les divergences possibles entre les auteurs (Ibid.). C'est également ce qui le distingue de la chose, qui sitôt qu'elle est considérée en elle-même devient un objet. Prenons

l'exemple, proposé par François Dagognet (1989), de la pierre qui appartient à la catégorie de chose et devient un objet lorsqu'elle est remarquée, transformée ou encore utilisée comme presse papier. L'objet ne peut être totalement extrait de son interaction humaine. Comme le précise Bernard Blandin (2002) : « *Le terme « d'objet » pose [...] l'existence d'une relation à une entité extérieure à l'individu, quelle qu'en soit sa nature* » (p. 26). Serge Tisseron (1999a) précise justement qu'il ne peut exister que par l'opération de distinction du sujet entre ce qui appartient à son soi et ce qui ne fait pas partie de lui. Pour que l'objet puisse exister, l'homme doit s'en différencier et considérer son *altérité absolue*.

Les caractéristiques de l'objet matériel orientent l'investissement du sujet. Par exemple, la pierre pourra répondre à des usages pour lesquels le bois restera inefficace, même transformé. L'objet matériel peut avoir été modifié ou rester dans sa forme naturelle. Il peut être totalement artificiel ou hybride, composé de parties naturelles et de parties artificielles. Tous ces éléments rappellent l'importance de définir ses propriétés lorsqu'il est étudié. Le faisceau d'interactions possibles entre l'objet et le sujet permis par un morceau de tissu sera tout à fait différent de celui d'une pelle à tarte. Il sera donc nécessaire de développer les caractéristiques inhérentes à ce morceau de tissu pour mieux comprendre comment il s'inscrit dans le vécu subjectif. Ces caractéristiques renvoient notamment à la notion d'affordance qui correspond à la « capacité » de l'objet à suggérer par lui-même son utilisation. La première théorie des affordances a initialement été proposée par le psychologue James J. Gibson, en 1977, dans son ouvrage « *The Theory of Affordances* ». Selon lui, l'affordance « *est une propriété d'un objet ou un trait de l'environnement immédiat qui indique quelle relation l'usager doit instaurer avec l'objet, comment il doit s'en servir, ce qu'il doit faire avec* » (Paveau, 2012, p. 1). Par exemple, une chaise présente l'affordance de s'asseoir, un stylo d'écrire ou des ciseaux de découper, indépendamment du fait de réaliser une telle action. De plus, un objet peut présenter plusieurs affordances parce que l'utilisation qu'il suggère est subjective, liées à l'environnement et au contexte dans lequel il s'inscrit. Pour le chat, la chaise pourra présenter l'affordance de faire ses griffes et pour le serpent, celle de s'y enrouler.

Gibson considère que les affordances sont réelles car elles existent dans l'environnement indépendamment de la capacité des agents à les percevoir. Il précisera par la suite cette capacité de perception des affordances qui sera largement reprise par Don Norman dans son ouvrage de 1988 « *The Design of Everyday Thing* ». Norman met l'accent sur l'aspect subjectif des affordances et le caractère perceptif auxquelles elles renvoient. L'affordance perçue concerne ainsi l'utilisation détournée d'un objet, par exemple l'utilisation de la chaise

comme échelle pour attraper un objet en hauteur, ou pour se défendre d'une agression. Il existerait donc des affordances réelles qui concernent les actions possibles à partir de l'objet (qu'elles soient perçues ou non) et des affordances perçues qui renvoient aux utilisations considérées comme possibles par l'agent.

Ce sujet s'inscrit particulièrement dans la recherche actuelle, notamment dans l'étude des interactions avec les nouvelles technologies comme les smartphones (Kim & Sundar, 2016). En effet, il est difficile de saisir l'affordance d'un smartphone au premier regard et l'interaction avec cet objet doit permettre à l'utilisateur de naviguer dans les menus de manière à répondre à son besoin. Les applications installées sur le smartphone participent à son affordance très grande, d'ailleurs enrichie par la liberté qu'offre ce support (l'écran tactile qu'il est possible de remplir à volonté, le design des touches et leur apparition/disparition, la taille des zones de texte, des images, etc.) (Lei et al., 2019), comme en témoigne d'ailleurs la différence de perception selon l'âge des utilisateurs (Wong et al., 2020). La concentration de fonctionnalités dans un nombre réduit d'objets (smartphone, ordinateur, robot de cuisine, etc.) complexifie son affordance tout en fournissant un terrain intéressant d'appropriation subjective (quelles applications l'utilisateur va installer dans son smartphone ? Comment va-t-il utiliser ces objets ?). Le smartphone semble aujourd'hui devenir un objet-espace particulièrement significatif : il s'agit d'un support vide (écran tactile qu'il est possible d'occuper et d'animer), truffé de capteurs et qui embarque une puissance de calcul importante. Il offre d'innombrables possibilités et illustre l'importance de l'affordance qui conduira au développement d'applications variées destinées à plus ou moins de succès.

2.1.2 Le rapport à l'objet

Dans les premiers mois qui suivent la naissance, la relation entre la mère et son enfant s'organise dans un registre de satisfaction totale qui est à la base de la construction de l'appareil psychique. C'est le temps du *holding* et du *handling* décrit par Donald Winnicott (1964). Le regard, mais aussi la parole de la mère contiennent, enveloppent le nouveau-né et donnent l'illusion de se modeler à sa volonté en étant provoqués par lui. Le sein arrive juste au bon moment, dans une adaptation quasi-parfaite qui façonne l'expérience d'omnipotence du bébé. Il reste alors préservé de l'existence d'un monde extérieur qui lui serait hostile. Progressivement, la mère diminue cette adaptation, tout en respectant la capacité de l'enfant à le supporter. Cette désillusion l'amène à reconnaître son existence propre, en tant qu'être séparé du monde environnant. Winnicott (1971) décrit ainsi le « processus d'illusion-

désillusionnement » qui permet de supporter l'existence de la réalité et la tension issue du rapport entre ce monde extérieur et la réalité psychique interne. Il considère que cette tension est soulagée par l'existence d'une « aire intermédiaire d'expérience » qui est le seul espace à ne pas appartenir à l'une ou à l'autre de ces réalités. Winnicott (1971) décrit les processus transitionnels qui caractérisent cet espace à travers la « première possession non-moi » de l'enfant qui peut être un mot ou un geste (il s'agit du phénomène transitionnel) mais aussi un objet (il s'agit de l'objet transitionnel). L'ours en peluche, le lange ou encore l'écharpe sont des exemples d'objets qui ne font pas partie de son corps, mais qu'il ne reconnaît pas non plus comme extérieurs à lui. Ils se situent dans cette aire intermédiaire d'expérience et participent à l'illusion de cette continuité entre le dedans et le dehors. Winnicott (1971) explique que l'objet peut ainsi représenter la transition entre la fusion maternelle et la séparation de l'enfant pour devenir un être différencié. Sa conception de l'objet transitionnel montre combien l'objet matériel signifie bien plus qu'une simple peluche ou qu'un banal morceau de couverture.

À cette période, l'enfant est souvent entouré d'objets, généralement dans une perspective d'éveil au monde qui l'entoure, mais aussi pour qu'il « ne manque de rien » (Dutertre-Le Poncin, 2010). Les objets qu'il découvre auprès de lui s'inscrivent dans un potentiel de jeu et d'apprentissage qui se poursuivra tout au long de sa vie où il continuera à découvrir et à apprendre à utiliser de nouveaux objets. Serge Tisseron (1999b) parle du *cadre de découverte*, qui évolue ensuite vers un *cadre d'utilisation conventionnelle*. Il correspond à l'utilisation pour laquelle l'objet a été destiné depuis sa conception. Le cadre de découverte peut évoluer vers un *cadre d'invention* qui détourne son usage. Au sein de ces cadres coexistent différentes fonctions qui articulent l'objet à la construction et à l'appropriation subjective de l'expérience du monde. Tisseron décrit plus précisément cinq fonctions de l'objet : la fonction *utilitaire*, qui répond à son usage conventionnel ; la fonction *narcissique* composée de la sécurité psychique de base (narcissisme primaire) et de l'estime de soi (narcissisme secondaire) ; la fonction de *support de fantasmes et de rêveries* ; la fonction de *support aux « placards psychiques »* en ce qu'ils font écho aux « morceaux » non symbolisés des expériences psychiques ; et la fonction de *support d'un travail psychique d'assimilation* de certaines expériences subjectives (Tisseron, 1999b). Par exemple, un chapeau peut protéger la tête du soleil (fonction utilitaire) tout en répondant à une fonction d'appartenance sociale. Il peut avoir une valeur significative pour son porteur, s'il a été un cadeau ou le souvenir précieux d'une personne. Il peut également raviver le souvenir d'expériences de vie en rappelant un accident. Le choix de porter ce chapeau plutôt qu'un autre s'inscrit dans le rapport à cet

événement et son niveau d'élaboration psychique. Ces différentes fonctions de l'objet montrent à quel point il ne peut être réduit à son état de chose ou même à son usage courant.

Dans le champ de la sociologie, Jean-Claude Kaufmann (1997) parle de « familiarisation » pour décrire la façon dont l'objet acquiert un sens et devient un repère pour la personne, mais aussi dans son groupe social. Cette familiarisation renvoie à l'importance que prend l'objet pour une personne qui se l'approprie subjectivement, et témoigne d'une utilisation toute personnelle parfois détournée de son rôle classique. Selon Kaufmann, cette projection identitaire sur l'objet joue le rôle de garde-fou du Soi. En se faisant le réceptacle d'une part du Soi, l'objet est mis au service d'une structuration de l'identité en permettant une projection du monde interne sur l'extérieur. S'entourer d'objets permettrait ainsi d'acquérir la stabilité nécessaire à l'élaboration et au maintien du socle identitaire du sujet. Certains objets sont ainsi des représentants significatifs d'une personne, ce qui se traduit notamment par la difficulté de « vider » la maison suite à un décès. Les proches décident la plupart du temps de conserver quelques objets soigneusement choisis du défunt (Huerre, 2016). Les objets portent ainsi une mémoire individuelle de la subjectivité et de l'identité, une mémoire collective de transmission mais aussi une mémoire technique et fonctionnelle (Kaufmann, 1997). La dimension du corps est aussi largement concernée par ce processus de familiarisation, à travers le rapport entretenu avec l'objet (Tisseron, 2001). Ce dernier peut être considéré comme une partie de soi, comme une extension prothétique du corps qui dépasse la limite physique de la peau et ne répond pas aux mêmes contraintes d'espace et de temps. L'objet peut être laissé loin du corps et ne « vieillit » pas au même rythme que son propriétaire. Kaufmann (1997) parle d'incorporation pour désigner ce processus par lequel le corps vise à « *engloutir l'objet dans la routine avec un minimum de détour cognitif* ». La lecture des modes d'emploi illustre ce processus : ceux-ci peuvent être considérés comme une entrave à la manipulation et donc, à l'incorporation physique de l'objet. L'utilisateur peut être amené à lire cette notice rapidement et sans intérêt majeur dans un but de compréhension minimale afin de répondre à ce besoin d'incorporation objectal (Kaufmann, 1997).

2.1.3 Les origines du soin psychique

Le domaine du soin somatique et psychique est particulièrement lié à l'utilisation de l'objet qui s'enracine dans les protocoles thérapeutiques les plus anciens (Ellenberger, 1994). Dans les premières formes de thérapie, l'objet occupe une place centrale du protocole de guérison, même si la relation reste au cœur des méthodes traditionnelles. Celles-ci reposent

parfois sur la réalisation d'un acte rituel autour d'un objet transformé avant d'être donné au patient (de Sales, 2001; Heidenreich, 2001). Il peut être considéré comme magique suite à l'action du chaman ou du guérisseur, mais aussi par sa présence dans l'espace thérapeutique (Ellenberger, 1994). Les innombrables objets utilisés dans les thérapies traditionnelles s'inscrivent ainsi dans un contexte historique. La transformation de ces objets principalement issus de la nature leur confère une valeur symbolique (la préparation d'une mixture à base de plantes, la disposition spécifique de pierres, etc.). Selon ces conceptions thérapeutiques traditionnelles, la maladie est matérialisée par l'objet. Cet étayage visuel fait exister matériellement le problème dont souffre le malade. Henri F. Ellenberger (1994) reprend cette idée de présentation d'un objet concret au malade dans la psychiatrie en considérant la « névrose de transfert » comme une matérialisation de la maladie. La névrose serait remplacée par la « névrose de transfert » présentée au malade en lui en expliquant la nature et l'origine. Par conséquent, elle pourrait être guérie.

Progressivement, la guérison du corps se différencie du soin psychique qui investit davantage la relation que l'utilisation d'un matériel externe pour produire un changement. Les innovations technologiques de l'objet de soin s'inscrivent largement dans le champ de la médecine technique – dont la chirurgie est le symbole (Boch, 2006) – plutôt que dans celui de la psychologie. Le domaine médical investit dans des technologies avancées pour répondre à deux axes principaux : celui de la compréhension ou du diagnostic (ex. le scanner, l'IRM...) et celui de la guérison (l'ordonnance, le médicament...). Cette approche correspond à un raisonnement de cause à effet : *j'ai mal, je consulte un médecin qui découvre et donc, qui est capable de savoir* (par des objets de compréhension diagnostique comme le stéthoscope, l'otoscope ou encore le tensiomètre) *et qui prescrit un médicament* (pilule, cachet ou sirop...) *qui soigne*. Le médicament devient alors un objet technologique indépendant de la relation entre le médecin et son patient, notamment en raison de son efficacité thérapeutique sur le plan strictement somatique. Si l'objet médicament est moins considéré comme magique aujourd'hui, il symbolise encore cette supposée relation de cause à effet qui induit la guérison. Il ne faut toutefois pas ignorer la relation thérapeutique asymétrique dans laquelle il s'inscrit – un positionnement en faveur du médecin qui use de son autorité dans la prise en charge de son patient (Castel, 2005). Les théories attribuées à effets ont changé mais il réside un *effet magique* inhérent à la méconnaissance de la mécanique biochimique des molécules ingérées, mais aussi à la complexité du contexte de la prescription et de la prise du traitement. Cette méconnaissance reste toujours présente à l'heure actuelle, accentuée par l'utilisation croissante d'un matériel

technologique dont la plupart des usagers ignorent le principe de fonctionnement. Là encore, l'attribution de certaines qualités propres à l'objet évoque une considération *magique* des possibilités qu'il offre. Ce qui s'explique de la même manière, par la grande complexité liée au fonctionnement de ces nouveaux objets de soin technologiques pour ceux qui ne maîtrisent pas l'informatique dans ses aspects matériels et logiciels.

Au fil du temps, la médecine risque de perdre de vue l'importance de la dynamique relationnelle à cause de cette utilisation pragmatique des objets. À l'inverse, le champ du soin psychique valorise la relation comme socle principal et confère à l'objet une valeur symbolique intéressante mais secondaire à l'exercice de la thérapie. Il est clair qu'au-delà de ces deux positionnements progressivement distincts, l'un vers l'utilisation d'un objet de guérison et l'autre vers la relation pure, l'objet n'a cessé d'être utilisé dans une perspective de soin. Anne Brun (2005) rappelle à ce propos l'utilisation de l'art musical ou théâtral par les médecins classiques au XVII^e et au XVIII^e siècle. En l'absence d'explication psychologique à cette époque, la guérison observée ne fait pas encore l'objet d'une explication thérapeutique. Elle s'inscrit dans une conception médicale du soin qui intègre à la fois le corps et l'âme. La diversité des objets utilisés dans les pratiques de thérapie montre qu'il n'existe pas d'objet thérapeutique, mais qu'ils sont maniés comme des symboles dès leurs premières utilisations dans le domaine du soin. La plupart du temps, ils représentent à l'extérieur quelque chose d'interne qui rend visible et palpable ce qui ne l'est pas afin d'exercer sur lui une action perceptible. Toujours très utilisés dans le domaine médical, les objets ont aujourd'hui pris davantage d'importance dans les psychothérapies conjointement aux innovations technologiques. Pourtant, si elle est devenue classique dans la plupart des psychothérapies modernes, la perspective d'externalité de l'objet qui rend l'action concrète possible reste finalement proche de celle des guérisseurs, bien que l'objet ne soit plus au centre d'un rituel cérémonial savamment orchestré et qu'il repose désormais presque exclusivement sur la relation entre le thérapeute et son patient.

2.2 L'objet technologique et ses effets sur le fonctionnement psychique

L'homme et la technique sont intrinsèquement liés dans une dynamique de « coévolution ». S'ils ne peuvent exister indépendamment l'un de l'autre, ils évoluent ensemble dans une transformation mutuelle. En inventant et en développant de nouvelles pratiques et de nouveaux outils, l'homme a pu évoluer sur les plans psychiques et comportementaux. Cela lui a permis d'organiser différemment son quotidien, mais aussi ses connaissances et sa culture

(Leroi-Gourhan, 1964, 1965). Par exemple, l'utilisation du miroir traduit l'effet d'une technologie sur la façon de (se) penser et de se comporter. De fait, la technologie ne peut être considérée comme neutre, en ce sens qu'elle change l'homme et le monde qui l'entoure. L'objet technologique est d'abord rencontré, puis investi ou rejeté par le sujet en tant qu'objet en lui-même, pour ce qu'il représente ou ses usages potentiels.

Michel Serres (2007) décrit la façon dont ces nouveaux objets technologiques sont devenus des supports externes de mémoire. Il explique que le corps a progressivement perdu sa mémoire depuis l'invention de l'écriture, de l'imprimerie et jusqu'à l'arrivée des objets technologiques. Il rappelle qu'avant l'imprimerie, les savants et les historiens étaient obligés de connaître leur domaine par cœur tant ces connaissances étaient difficiles à obtenir. Les avancées technologiques ont ainsi modifié une partie de la notion d'adresse : le stockage, l'émission, la réception et le traitement de l'information ont évolué. Les distances se sont considérablement réduites avec une très grande accessibilité des informations. Michel Serres (2007) estime que les individus n'ont plus de mémoire et qu'ils ne l'utilisent d'ailleurs plus. Il rappelle comment cette perte s'articule avec les avancées modernes depuis la Renaissance où l'imprimerie a permis de se libérer de cette nécessité de mémoriser et, par l'externalisation dans l'outil de cette capacité, a favorisé l'inventivité. En évoquant les transformations de la civilisation suite aux supports écrits, puis imprimés, Michel Serres (2007) décrit la profondeur des changements culturels induits par les nouvelles technologies dans la manière de connaître, de savoir mais aussi de traiter les informations.

2.2.1 L'adaptation biopsychosociale aux objets technologiques

Les objets matériels environnants ne peuvent être considérés en dehors de la relation et s'articulent profondément à la construction de la psyché. Les évolutions techniques qu'ils traduisent et les possibilités qu'ils offrent façonnent la culture sociale tout comme les modèles de thérapies à travers les époques. Les innovations techniques ont participé au développement de technologies numériques qui occupent désormais une place centrale dans le quotidien, dans les activités humaines et la conception du monde contemporain. Pourtant, beaucoup de ces objets sont devenus « invisibles » tant ils sont maintenant habituels (Tisseron, 1999a). Les recherches en neurosciences apportent des éléments de compréhension à propos de cette influence de l'objet sur le comportement ou la cognition d'une personne. Le chercheur japonais Atsushi Iriki présente une théorie de l'évolution de l'espèce humaine qui souligne l'importance

fondamentale de l'utilisation d'outils dans le développement cérébral de nos ancêtres jusqu'à l'homme moderne. Ses recherches l'ont amené à considérer l'outil comme la pierre angulaire de l'évolution humaine (Iriki, 2019). Après avoir observé une grande expansion du cerveau dans l'évolution de l'espèce humaine, il remarque qu'à partir de *l'Homo Habilis*, cette évolution s'est accélérée de façon importante. Il cherche alors à comprendre les raisons susceptibles d'expliquer cette transition et constate qu'elle correspond au moment où les humains ont commencé à utiliser des outils. Selon Iriki, la construction et l'utilisation de ces outils a permis de construire une culture. Afin de la transmettre aux générations suivantes, les humains ont dû apprendre à communiquer les méthodes et les technologies nécessaires à l'usage et à la conception de ces outils. Il leur a été utile de développer leurs capacités langagières qui ont continué d'évoluer jusqu'à *l'Homo Sapiens*. De cette manière, Iriki suggère que l'utilisation d'outils et la communication pour en transmettre les méthodes de conceptions a provoqué l'accélération de l'évolution cérébrale.

Il s'intéresse aux macaques qui n'utilisent pas d'outils dans leur milieu naturel et suppose que leur cerveau n'aurait pas évolué comme celui des humains pour cette raison. Il cherche alors à reproduire cette évolution en leur donnant des outils et remarque une modification de certaines fonctions associées à des développements cérébraux (Maravita & Iriki, 2004). Après avoir défini l'outil comme un objet extérieur tenu par la main et en interaction avec l'environnement, Iriki ajoute qu'il vise à étendre les capacités sensorielles. Il apprend au primate à utiliser un râteau pour attraper un morceau de nourriture et remarque que le champ d'action de la main du primate se trouve étendu d'une longueur correspondant à celle du râteau, l'outil lui permet ainsi d'étendre ses capacités motrices (Iriki et al., 1996). Dans une expérimentation ultérieure, il place une caméra sur le râteau et apprend au primate à diriger le support-râteau en regardant seulement l'écran qui transmet l'image de la caméra afin d'attraper un morceau de nourriture. La réussite de cette tâche par le primate traduit une extension de ses capacités sensorielles : il semble utiliser la caméra comme un œil externalisé de son corps (Maravita & Iriki, 2004). En retournant la caméra vers son propre corps, ce dispositif permet aussi de s'observer à la troisième personne. D'après Iriki, cette perception nécessiterait chez le primate un entraînement « spirituel » afin qu'il puisse acquérir le sens de la conscience de soi (« meta-self »). Cela serait possible et permettrait de construire une *continuité de soi* dans le temps. Il s'agit d'une perception de soi du passé au présent jusqu'à l'avenir. L'acquisition de cette notion permet de différer l'utilisation d'une information dans le temps. La connaissance de son existence dans le futur permet de la mémoriser afin de s'en servir au moment opportun :

l'individu peut ainsi utiliser des supports d'externalisation, comme un morceau de craie afin de stocker sur une pierre l'information utile à l'avenir. Au-delà de l'externalisation motrice puis sensorielle, la pensée peut aussi être placée à l'extérieur du corps. Iriki estime que chez l'humain, cette capacité s'est développée avec la découverte du dessin et de l'écriture. Ceux-ci continuent à utiliser des supports externes de pensée avec des objets comme l'ordinateur ou le smartphone.

Iriki considère trois grandes phases de transition dans l'histoire de l'évolution des espèces. Selon lui, les animaux ont créé des proto-langages lors de la première phase, afin de communiquer et de transmettre des éléments culturels d'une génération à l'autre. Cette phase se caractérise par une réalité sensorielle qui s'articule avec des réponses motrices objectivement observables (Cassirer, 1962 cité par Iriki, 2019). La seconde phase est celle de la construction des bases de l'humanité par l'apparition du langage humain et l'utilisation de la syntaxe. C'est la construction d'un système symbolique qui aurait permis à l'être humain de manipuler le langage. Ce système – difficile à mesurer et à coder avec l'activité neuronale – a permis l'émergence de valeurs symboliques comme la beauté ou l'amour. Iriki considère que l'humain arrive à la troisième phase de transition. Celle-ci générerait une modification cérébrale et une accélération des capacités de fabrication d'outils, de communication et de cognition. Elle pourrait être introduite par l'Intelligence Artificielle que le chercheur définit comme une sorte de cerveau externalisé qui étend les capacités cérébrales aux ordinateurs et aux nouvelles technologies. Il suggère que la connexion physique entre l'environnement virtuel et le système biologique humain pourrait faire émerger de nouveaux systèmes de valeur. Il rappelle combien l'humain est un organisme gouverné par des principes biologiques. Selon lui, cette réalité biologique de l'humanité pourrait être amenée à évoluer à partir de ces objets qui semblent parfois véritablement anecdotiques, mais dont il devient progressivement difficile de se passer. Cela amène à repenser la notion de dépendance à l'objet en cessant, par exemple, de la considérer comme un marqueur immuable d'une utilisation pathologique.

L'exemple du GPS proposé par Marcello Vitali-Rosati (2014) offre une description concrète de cette idée en illustrant la façon dont la connaissance même d'un objet ou de ses fonctions peut modifier le comportement d'une personne :

« Le fait d'avoir un GPS modifie notre rapport à l'espace. Nous percevons l'espace différemment – par exemple, il nous semble beaucoup plus rassurant, car nous savons toujours où nous sommes et ne pouvons pas nous perdre. C'est l'outil

qui façonne et agence notre rapport à l'espace et nos pratiques, ainsi que notre vision de l'espace, notre façon de le concevoir.

Or, faisons une expérience mentale (ou réelle) : éteignons le GPS lors d'un voyage. Même sans GPS, nous continuons à percevoir l'espace de la même manière. Il y a dix ans, nous aurions prêté une attention différente à la route, car la possibilité de nous égarer était toujours présente, comme une peur, une angoisse. Mais dès qu'il y a un GPS, même s'il est éteint, ce rapport change. L'espace a changé, même quand l'outil n'est plus là. Et nos valeurs ont changé, nos priorités, toutes nos structures mentales. La transformation nous a investis de façon totale (p. 71-72).

2.2.2 Les craintes du monde virtuel et de ses objets

Dès le début du XIX^e siècle, le philosophe Jeremy Bentham souligne la confusion consistant à considérer des objets réels et des objets fictifs sur le même plan (Bentham, 1997). L'article du psychologue Michel Plusquellec (2000) illustre cette conception du virtuel marquée par la crainte de confondre le réel et le virtuel : « *la violence voit son impact lié à son réalisme. Plus elle apparaît réelle, plus elle influence l'enfant* » (Ibid. p.209). Pour lui, le risque de confusion avec le réel est minime lorsque le matériel est peu immersif (l'écran de télévision ou d'ordinateur). Il ajoute que ce risque est nul si l'enfant a conscience du caractère virtuel de l'environnement qu'il explore. Le danger viendrait surtout de l'amélioration des univers virtuels qui ne permettraient plus de les distinguer du réel (Plusquellec, 2000). Les jeux vidéo sont particulièrement concernés par ces craintes et alimentent des réflexions sur la virtualité et les risques potentiels auxquels elle exposerait le joueur. Les conduites addictives sont largement dénoncées bien qu'il soit désormais admis que les jeux virtuels sont les objets de l'addiction et non la cause (Disarbois, 2009). Dans certains cas, les caractéristiques de ces objets seraient d'ailleurs susceptibles de faire écho à des problématiques de dépendance héritées de la conservation du lien avec les objets d'attachement infantiles (McDougall, 1982 cité par Disarbois, 2009).

Le risque relève donc moins des propriétés de l'objet virtuel que de la disposition psychique du sujet (Vlachopoulou & Missionnier, 2019), comme l'illustrent les cas de cyberdépendance. Cette appellation regroupe les comportements de dépendance à l'ordinateur connecté à Internet et aux objets numériques apparentés comme le smartphone ou la tablette. Les risques liés à l'utilisation de ces objets concernent des conduites addictives comme par exemple, les achats compulsifs, la cybersexualité, le jeu vidéo en réseau, le jeu d'argent en ligne etc. Ces utilisateurs sont en quelque sorte les victimes des objets à travers leur propre

comportement autodestructeur. Il est important de les distinguer des victimes affectées par les comportements pathologiques et les utilisations inadéquates ou malveillantes de ces objets, spécifiquement dans les situations d'agression. Celles-ci souffrent du comportement hétérodestructeur de l'autre via l'utilisation de l'objet. Les actes de cyberharcèlement comme la cyberviolence⁶ (Blaya, 2011) ou la cybervictimisation⁷ (Tokunaga, 2010) sont notamment favorisés par l'utilisation massive des technologies de communication (ordinateurs, smartphones...) et leurs supports virtuels (sites Web, réseaux sociaux...). Les particularités de ces supports produisent des effets différents des mêmes comportements *in real life*. Leur diffusion très rapide, l'anonymat, le nombre de témoins, ou encore un manque de contrôle de l'information sont autant de spécificités susceptibles de produire des conséquences psychiques très graves pour les victimes (Even, 2018).

Ces préoccupations liées à la technologie et à ses usages posent la question de l'attribution de la responsabilité à l'objet ou à l'individu. Dans le premier cas, l'objet pourrait être construit de manière à favoriser les processus d'influence (ex. publicité et neuromarketing) et de dépendance (ex. une machine de casino). Dans le second, il peut être dévié de ses fonctions initiales et nécessite alors d'interroger l'intentionnalité. Le jugement porté sur ces objets relève largement du social et de leur utilisation quotidienne. Pourtant, quelle que soit la situation, il reste très difficile de déterminer s'il faut se baser sur les caractéristiques intrinsèques de l'objet ou sur l'intention de l'utilisateur. Cela relève notamment d'un fonctionnement social qui tend à légitimer et à normaliser l'utilisation d'un objet selon son usage par le plus grand nombre. À ce propos, de nouvelles pratiques liées aux objets technologiques pourraient redéfinir certains critères de normalité comme par exemple, le temps passé à observer un écran qui ne peut qu'augmenter avec leur présence massive dans de nombreux environnements quotidiens. La normalité pourrait bien être inversée en cas d'absence totale de l'utilisation d'écran dans ce contexte.

L'exemple du jeu vidéo illustre cette complexité dans l'attribution de la responsabilité à l'objet ou à l'individu. Dans ce cas particulier, l'origine de la construction du jeu pourrait être questionnée, notamment dans la logique d'une certaine forme d'influence de ce jeu sur l'utilisateur. Il s'agit d'attirer toute son attention, de lui procurer des sensations déterminées, de l'amener à consommer les produits dérivés s'il y en a, etc. L'origine du développement et de la mise sur le marché du jeu pourrait être ouvertement préjudiciable dans la mesure où elle tend à

⁶ La cyberviolence concerne les agressions et les victimisations en ligne sans répétition.

⁷ La cybervictimisation renvoie à la victimisation sur Internet par les pairs.

faire passer un maximum de temps à jouer en dépit des risques que cela représente pour la santé et le bien-être notamment chez l'enfant et l'adolescent (Bach et al., 2013). Nous pourrions alors considérer l'intentionnalité du fabricant à travers le cadre légal et éthique dans lequel il s'inscrit pour développer son produit. Celle-ci continue d'exercer une certaine influence (au moins potentiellement) sur l'utilisateur car l'objet est lui-même imprégné de cette intentionnalité. Le développement de l'objet en modifie la forme et la fonction pour correspondre à l'objectif du fabricant. La plupart des objets ne changent pas de forme selon l'objectif et demeurent ainsi moulés selon l'intentionnalité initiale⁸.

Quelle que soit l'utilisation à laquelle il est destiné, le jeu vidéo continue de répondre à une intentionnalité du fabricant. Il devient cependant le support de l'intentionnalité de son utilisateur qui pourra potentiellement le dévier de son usage premier. Cela rend possible l'utilisation ce jeu vidéo dans un dispositif de soin. L'usage de l'objet s'adapte au cadre dans lequel il s'inscrit désormais et pourrait également lui faire changer de forme afin qu'il réponde à ces nouveaux objectifs (par la désactivation de certaines fonctionnalités par exemple). C'est par cette intentionnalité qu'il devient possible d'utiliser un jeu vidéo dans un dispositif de soin psychique, tout comme d'autres objets technologiques. Ces considérations illustrent la grande complexité de trouver un équilibre entre les caractéristiques intrinsèques de l'objet et celles des intentionnalités qui le façonnent. Celles-ci nécessitent alors une réflexion éthique fondée sur la spécificité de chaque objet et de chaque intentionnalité dans laquelle il s'inscrit.

2.2.3 Les objets technologiques dans le soin psychique

L'objet est utilisé au service de la relation de soin depuis les premières méthodes de psychothérapie et exerce un effet sur le psychisme jusqu'au substrat biologique du cerveau (Ellenberger, 1994; Iriki, 2019). En lien direct avec les avancées techniques et technologiques, les propriétés des objets ont évolué jusqu'à voir émerger une grande quantité d'outils numériques *high-tech* et d'objets connectés. L'intérêt pour ces nouvelles technologies dans le domaine de la santé mentale est tel qu'il est devenu nécessaire de repenser ce champ d'application où sa place est désormais établie (Briffault, 2018). Son usage quotidien imprègne d'ailleurs la relation thérapeutique dès le premier contact avec le thérapeute et s'inscrit dans l'expression de la demande initiale de soin psychique. L'utilisation de l'objet mérite ainsi d'être questionnée, parfois jusqu'au cœur de la relation thérapeutique, car elle peut se ramifier par

⁸ Ce n'est plus le cas des objets connectés notamment qui peuvent recevoir des mises à jour destinées à répondre à de nouveaux objectifs.

d'autres vecteurs que la rencontre physique comme les e-mails, par exemple, qui peuvent présenter un intérêt et une richesse clinique (Lingiardi, 2009). La relation étroite du sujet avec l'objet semble ainsi facilitatrice d'une utilisation thérapeutique de celui-ci, ce qu'illustrent de nombreux modèles thérapeutiques basés sur l'utilisation de l'objet dans le protocole de guérison.

Dans certains cas, les technologies numériques infiltrent le soin psychique avant même que la relation thérapeutique se construise. Aujourd'hui, la plupart des patients utilisent leur ordinateur pour chercher un thérapeute ou un praticien qu'ils vont juger sur les critères dont ils disposent, comme un site Internet ou la e-réputation. Les avis laissés sur certaines plateformes sont d'ailleurs susceptibles d'orienter le choix des futurs patients (Rinck, 2020). Ces avis interrogent la subjectivité de ces récits ou témoignages, de leur partage public et de la disponibilité d'un espace d'expression à l'extérieur, au péril de la confidentialité de l'espace thérapeutique. Le rapport transférentiel avec le thérapeute s'en trouve dévoilé et partagé publiquement. Cette transmission est susceptible de bouleverser durablement certaines relations de soin psychique. Ces bouleversements concernent aussi les cas où le psychologue serait tenté de demander au patient d'émettre un avis positif sur son compte par exemple. Cette infiltration technologique semble également représentative de l'intrusion de ces objets dans les interstices de la sphère psychothérapeutique. Aussi la mise en relation du patient avec le psychologue peut-elle être médiatisée par des sites Internet comme « Doctolib » ou « Google My Business »⁹. L'utilisation d'un moyen dont l'objectif est de faciliter la mise en contact et la prise de rendez-vous doit alors être questionnée dans le cadre d'une demande psychothérapique. Elle renvoie notamment à la question de l'engagement et de la responsabilité qui pourraient se diluer dans l'utilisation d'une interface de mise en contact, lorsque les patients ne se présentent pas à leur rendez-vous sans l'avoir annulé au préalable (Rinck, 2020).

Certains objets technologiques sont aussi utilisés dans le cadre de la relation thérapeutique. Ils font partie de ce cadre et leurs fonctions peuvent être reprises dans l'espace thérapeutique, médiatisé ou non par l'objet. Celui-ci peut susciter une interprétation clinique riche de sens : la sonnerie du smartphone pendant la séance, l'application que le patient veut montrer au thérapeute ou encore le récit de l'utilisation d'un objet en dehors de la thérapie. L'objet technologique peut également servir de support à la relation thérapeutique, avec par exemple, l'utilisation de l'e-mail comme moyen pour faciliter l'expression d'un propos difficile

⁹ En Allemagne, tous les médecins sont répertoriés dans le portail d'évaluation privé « Jameda » qui permet aux internautes de leur attribuer une note destinée à faciliter le choix de leur praticien (Rinck, 2020).

à verbaliser pendant la séance (Lingiardi, 2009). L'ordinateur se pose alors comme un filtre dans la relation thérapeutique. Il participe à la co-construction d'un espace de rencontre psychique adapté au patient accepté ou non par le thérapeute. Dans une certaine mesure, ces objets s'inscrivent dans une relation qui repose sur une interaction en face-à-face entre le patient et le thérapeute. Il existe un espace de rencontre physique, qui constitue le cadre spatial des entretiens, dans lequel l'objet est susceptible de s'insérer et d'alimenter une dynamique d'élaboration clinique.

Les objets technologiques peuvent aussi être utilisés dans le cadre d'une relation à distance entre le thérapeute et le patient. Ils renvoient au domaine de la « télésanté¹⁰ » qui concerne « *l'utilisation de technologies d'information et de télécommunication destinée à permettre l'accès à l'évaluation de la santé, au diagnostic, à l'intervention, à la consultation, à l'intervision et à l'information en matière de santé à distance* » (Nickelson, 1998, p. 4). La télésanté regroupe plusieurs disciplines comme la télémédecine, la télépsychiatrie ou la télépsychologie. Celles-ci ont en commun « *la distance géographique entre les personnes qui fournissent le service à l'utilisateur, et l'utilisation de technologies de télécommunication pour faciliter l'interaction* » (Traduction libre de Alcañiz et al., 2009, p. 288). L'utilisation d'objets connectés comme les smartphones ou les ordinateurs deviennent les supports de ces nouveaux modèles de thérapie à distance. Ces formes de e-thérapies ne constitueraient pas un traitement alternatif mais une ressource susceptible d'enrichir la psychothérapie traditionnelle (Castelnuovo et al., 2003). Elles posent cependant la question de la confidentialité des données qui pourraient être utilisées à mauvais escient et sans le consentement de la personne concernée (Ibid.).

Ces objets et services de santé connectés fonctionnent grâce aux infrastructures de réseaux (ADSL, fibre optique, 5G, etc..) dont l'amélioration a permis le développement de systèmes de communication qui nécessitent une bande passante importante (Alcañiz et al., 2009). Ils ont également ouvert à d'autres formes de thérapies qui ne sont plus au service d'une rencontre entre un patient et un thérapeute, mais directement adressées aux personnes qui le souhaitent. Il s'agit notamment des thérapies « d'auto-assistance »¹¹ (self-help therapy), aujourd'hui favorisées par l'accessibilité d'une connexion à Internet, sur l'ordinateur ou le

¹⁰ Traduction libre du terme anglophone « telehealth » proposé par Nickelson (1998).

¹¹ Ces thérapies peuvent aussi s'inscrire dans un contexte psychothérapeutique et reposer sur l'utilisation d'un matériel d'information destiné à aider le patient (Botella et al., 2000). Elles soulignent d'ailleurs l'importance d'inscrire ce matériel dans un processus thérapeutique progressif, sans quoi la difficulté psychologique pourrait être majorée (Ibid.).

smartphone, où se multiplient les applications dédiées au diagnostic mais parfois aussi au traitement des troubles obsessionnels, des troubles de stress post-traumatique, de l'anxiété et des troubles de l'humeur malgré l'absence d'une réelle guidance thérapeutique (Van Ameringen et al., 2017). Enfin, il existe de nombreuses thérapies d'auto-assistance groupales en ligne sur des sites Internet dédiés à l'échange et à la transmission d'informations à propos de difficultés psychologiques. La mise à disposition de forums de discussion, de plateformes d'échanges instantanés ou encore de *mail-list* sont ainsi destinées au « *partage des expériences, des forces et des espoirs entre les membres afin de résoudre leur problème commun* » (Castelnuovo et al., 2003, p. 377).

L'utilisation du robot dans le soin psychique offre un exemple concret de la proximité relationnelle et de sa médiation par l'objet. Les applications thérapeutiques de la robotique concernent particulièrement les troubles du spectre autistique (TSA) et les pathologies du vieillissement, en ciblant plutôt la maladie d'Alzheimer. Celle-ci entretiendrait d'ailleurs des liens avec l'autisme, notamment dans le rapport au lien et à la limite (Bergeret-Amselek, 2018). Les thérapies proposées pour ces pathologies entretiennent ainsi une certaine proximité théorico-clinique et enrichissent la prise en charge psychologique d'un côté comme de l'autre. Les troubles de la communication et de la compréhension sont communs aux patients atteints de ces pathologies. Ils relèvent d'une perception du monde spécifique à laquelle il est important de porter attention. La médiation robotique semble d'ailleurs pertinente car les réactions et les réponses simplistes des robots, tout comme leur prévisibilité, pourraient les rendre plus acceptables et attractifs (Tisseron & Tordo, 2018). Ces approches thérapeutiques interrogent la proximité physique avec le thérapeute car elles permettent de s'en éloigner à travers certaines applications programmées ou accessibles à distance. Elles soulignent enfin la nécessité d'une réflexion éthique du soin psychique pour éviter de considérer ces malades uniquement à partir de leurs troubles neurocognitifs et comportementaux.

Dans cette perspective de délocalisation, rappelons que l'intelligence artificielle du robot ne se trouve pas exclusivement dans son enveloppe matérielle. Stockée essentiellement sur des serveurs à distance, celle-ci anime de nombreux objets du quotidien comme l'ordinateur ou le smartphone (mais aussi l'aspirateur ou la tondeuse...) jusqu'au domaine de la robotique qui exploite son potentiel immatériel. Ce développement des commandes et des fonctions à distance augmente le risque – non plus d'enrichir – mais de remplacer la relation de soin par des algorithmes destinés à imiter l'être humain. À l'image du programme Tess, les études de faisabilité sur les « chatbot thérapeutes » se développent dans le paysage d'une recherche sous

conflit d'intérêts. Si les résultats tendent à montrer une efficacité significative de ces méthodes sur les troubles anxio-dépressifs (Fitzpatrick et al., 2017; Fulmer et al., 2018), les chercheurs admettent que l'absence de comparaison avec une thérapie menée par un psychothérapeute est une limite à ces travaux (Fulmer et al., 2018). Ils ajoutent qu'il s'agit toutefois d'un « outil thérapeutique » qui ne vise pas à le remplacer. Pourtant, en considérant comme une limite l'imperfection de leur programme, ils semblent viser l'objectif d'un dialogue parfaitement adapté qui donnerait l'impression de discuter avec une personne réelle. Cette réduction de l'écart entre le réel et le virtuel pourrait tendre à privilégier ces propositions thérapeutiques en raison de leur confort et de leur accessibilité.

Ces programmes succèdent notamment au célèbre chatbot « Eliza » élaboré dans les années 1960 pour simuler un psychothérapeute Rogerien (Weizenbaum, 1966). Avec la collaboration du *Cambridge Center for Behavioral Studies du Massachusetts*, l'inventeur américain Hugh Loebner crée en 1990 un concours pour récompenser les meilleurs agents conversationnels sur la base du test de Turing¹². Toujours en vigueur à l'heure actuelle, le prix Loebner illustre l'intérêt grandissant pour ces programmes. Tous les lauréats ne sont pas des « chatbot thérapeutes » mais ceux-ci sont particulièrement représentés. Nous pouvons citer à ce titre le « PC Therapist » de Joseph Weintraub, récompensé en 1991, 1992, 1993 et 1995. Le programme « Alice » (*Artificial Linguistic Internet Computer Entity*) de Richard Wallace, considéré comme une évolution d'Eliza a également gagné le prix en 2000, 2001 et 2004. Bien que ces robots conversationnels soient encore incapables de simuler correctement un être humain, leur développement interroge la place de la relation dans le soin psychique. Située à l'extrême du continuum, cette approche d'auto-assistance (self-help therapy), ne repose plus sur un contenu produit par l'être humain et stocké afin d'être utilisé, mais sur un contenu créé par une intelligence artificielle, construit par une machine au service de la santé psychique de l'humain¹³. Il existe alors un risque de dépendance à l'objet alimenté par la perspective d'un assistant personnel parfait, infallible, contrairement à l'autre dont la relation est inévitablement plus contraignante (Tisseron, 2011a).

¹² Élaboré dans les années 1950 par Alan Turing, ce test concerne la distinction de l'homme et de la machine dans une situation ambiguë. Il s'agit de déterminer si l'agent conversationnel est un être humain ou un robot.

¹³ Il existe des algorithmes de reconnaissance de certains troubles psychiques comme la dépression (Pampouchidou et al., 2017). L'utilisation d'appareils connectés comme les Google Home, Amazon Echo ou encore le HomePod pourrait permettre d'identifier certaines situations à risque et donner des conseils « thérapeutiques ». Le renseignement d'information personnelles sur les réseaux sociaux inspire déjà certains chercheurs à les exploiter au service de la santé, pour surveiller l'observance médicamenteuse par exemple (Bigéard, 2019).

Ces comportements de dépendance à l'objet renvoient notamment à la catégorisation controversée des addictions comportementales comme la dépendance aux jeux vidéo (Romo et al., 2012). Ce média dispose à la fois du potentiel pour susciter un comportement de dépendance chez certains utilisateurs et pour être utilisé dans une perspective de soin psychique (Gaon & Stora, 2008). Selon une approche cognitive et comportementale, le jeu vidéo peut d'ailleurs être utilisé pour potentialiser la prise en charge thérapeutique (Taquet & Hautekeete, 2013). L'objectif est alors de soulager le joueur excessif de ses comportements considérés comme inappropriés en utilisant l'objet-même de dépendance. Le jeu vidéo recouvre ainsi de nombreuses utilisations possibles, qu'elles soient récréatives, excessives ou thérapeutiques. Cela rappelle combien la relation à l'objet relève de ses modalités d'usage. La perspective thérapeutique issue de l'utilisation du même objet en traduit la complexité et la richesse, mais renvoie en premier lieu au positionnement de son utilisateur.

Considéré comme les premiers à proposer un atelier thérapeutique autour du jeu vidéo en 1996, François Lespinasse et José Perez ont ouvert la voie à son utilisation dans un cadre psychothérapique en France (Tisseron & Tordo, 2017). De nombreuses modalités thérapeutiques sont ainsi décrites à partir de l'utilisation du jeu vidéo. Investis par les thérapeutes d'obédience analytique comme dispositifs de médiation, les jeux vidéo représentent alors un support d'élaboration psychique (Leroux, 2009; Tisseron & Tordo, 2017). De nombreuses publications mentionnent la pertinence d'utiliser le jeu vidéo dans l'accompagnement psychothérapique. Auprès d'une population d'enfants et d'adolescents, ils représentent un support intéressant dans le cas de troubles du spectre autistique (Stora, 2016), de dépression (Li et al., 2014), de troubles psychotiques chez l'enfant (Duris, 2017) et chez l'adulte (Peter & Estingoy, 2014) ou encore des pathologies limites de l'enfant (Stora & Dinechin, 2005). Ils peuvent également être utiles comme moyen de distraction pour réduire l'anxiété de l'enfant liée par exemple à une intervention médicale lourde (De Queiroz Siqueira & Tosetti, 2015).

L'utilisation du jeu vidéo comme dispositif de médiation thérapeutique a ouvert la voie à des réflexions stimulantes à propos des nouvelles technologies dans les pratiques du soin psychique. La notion de *virtuel* est particulièrement représentative de ces apports et largement décrite dans ce domaine d'intérêt (Gorrindo & Groves, 2012; Stora, 2010; Virole, 2005). Dans ce contexte, le virtuel est considéré comme « *un espace de réalisation d'une intention, consciente ou inconsciente, du patient* » (Virole, 2007, p. 37). En projetant ses intentions dans

ce monde artificiel au travers d'un avatar, le joueur investit un espace imaginaire avec lequel il interagit. Donard et Simar (2012) précisent que dans une perspective psychodynamique :

« le support virtuel [est considéré comme] un espace de projection, de réalisation de désir et, surtout, comme un lieu de symbolisation et de mise en scène de contenus inconscients adressés au thérapeute, dans le cadre du transfert (p.79).

Ces questions sur la virtualité sont catalysées par l'évolution technologique du *gaming* et l'utilisation croissante des écrans au quotidien. Le développement de la réalité virtuelle a également enrichi les réflexions sur le rapport à l'objet en raison de la place centrale accordée par cette technologie à l'interaction et l'immersion. Aujourd'hui, il est possible d'utiliser un visiocasque pour visiter un appartement à distance, se trouver embarqué dans une voiture de course ou plongé au plus profond des océans. L'impression de se trouver dans un lieu sans y être réellement représente la principale caractéristique de cet objet. La réalité virtuelle étend ainsi son intérêt au cadre psychothérapique dans lequel elle représente aujourd'hui une technologie largement étudiée et mise en application.

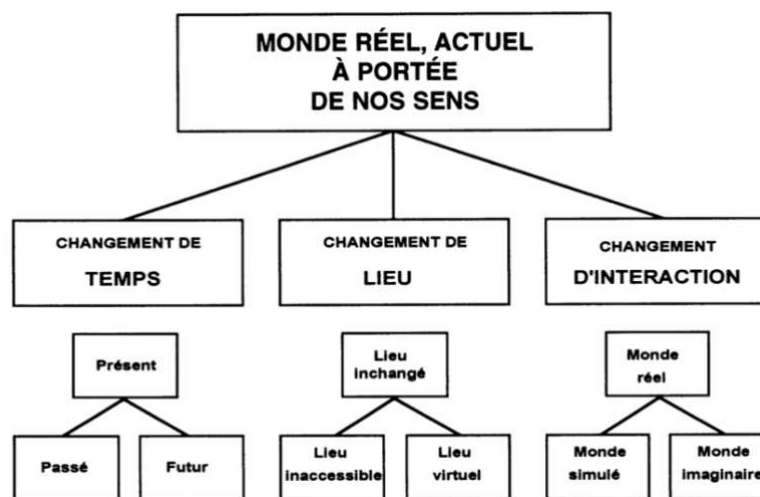
2.3 L'objet technologique en psychothérapie : le cas de la réalité virtuelle

2.3.1 Définir la réalité virtuelle

Dans leur ouvrage *« le traité de la réalité virtuelle »*, Philippe Fuchs et Guillaume Moreau (2003) proposent une vision globale du domaine et des applications liées à la réalité virtuelle. Fréquemment cité, cet ouvrage en plusieurs volumes fait désormais référence dans l'étude de la réalité virtuelle. La plupart des auteurs sont issus de la recherche en informatique, ce qui explique la prévalence d'une perspective cognitiviste depuis les fondements les plus profonds de la réalité virtuelle et sur laquelle nous reviendrons par la suite. Pour définir la réalité virtuelle, ils commencent par décrire sa finalité qui, selon eux *« est de permettre à une personne (ou à plusieurs) une activité sensori-motrice dans un monde artificiel, qui est soit imaginaire, soit symbolique, soit une simulation de certains aspects du monde réel »* (p.6). Ils proposent ensuite une définition fonctionnelle. Selon eux : *« La réalité virtuelle va [...] permettre de s'extraire de la réalité physique pour changer virtuellement de temps, de lieu et(ou) de type d'interaction : interaction avec un environnement simulant la réalité ou interaction avec un monde imaginaire ou symbolique »* (p.8). Dans la mesure où le changement d'interaction est inhérent à la définition de la réalité virtuelle, soit au sein d'un monde simulé, soit dans un monde

imaginaire, il existerait 18 combinaisons d'applications possibles de réalité virtuelle (2×3^2) dont le schéma suivant reprend les propriétés.

Figure 1 : Les fonctions intrinsèques de la réalité virtuelle selon Fuchs & Moreau, 2003 (p.26)



D'abord, les interactions avec un monde imaginaire ou symbolique concernent un espace qui n'existe pas dans la réalité concrète. Les interactions dans cet espace sont totalement libres car elles ne reposent pas sur des modalités habituelles d'interaction avec les objets. L'utilisateur peut se déplacer dans un espace métaphorique de données ou de création artistique. Par exemple, il peut dessiner directement en trois dimensions dans l'espace puis manipuler ce dessin. Ensuite, le monde simulé correspond à une représentation plus proche de la réalité concrète, à la différence fondamentale que cet espace virtuel permet de simuler des interactions irréalisables dans le monde réel¹⁴. L'utilisateur pourrait ainsi « se rendre » dans un endroit inaccessible parce qu'il n'existe plus ou pas encore, tout comme il pourrait réaliser des exercices d'entraînement physiques dans une salle de sport virtuelle¹⁵.

Complétée de la notion d'immersion, l'interaction forme « *la clé de voute de la réalité virtuelle* » (p.8). Fuchs et Moreau établissent une définition technique organisée selon ces deux fonctionnalités essentielles. Ils considèrent ainsi la réalité virtuelle comme « *un domaine scientifique et technique exploitant l'informatique et des interfaces comportementales en vue de simuler dans un monde virtuel le comportement d'entités 3D, qui sont en interaction en*

¹⁴ Cette différence est constitutive de la définition de la réalité virtuelle par Fuchs et Moreau qui précisent qu'elle est une simulation du monde et non sa copie conforme. Ils soulignent d'ailleurs le risque à survaloriser le réalisme, qui pourrait laisser croire « *qu'au mieux le virtuel est identique au réel* » (p.7).

¹⁵ La réalité virtuelle vise à rendre accessible l'inaccessible ou à rendre possible l'impossible en construisant une simulation manipulable de la réalité, déformée pour répondre au désir de maîtrise et de contrôle.

temps réel entre elles et avec un ou des utilisateurs en immersion pseudo-naturelle par l'intermédiaire de canaux sensori-moteurs » (p.8). Cette définition précise la notion d'interaction¹⁶ et traduit la nécessité d'utiliser un environnement artificiel créé par un ordinateur. Elle amène notamment à exclure certains dispositifs comme le Sensorama que les auteurs considèrent pourtant comme un précurseur de la réalité virtuelle.

Image 1 : Le Sensorama



Cet appareil, créé en 1962, ressemble à une borne d'arcade dans laquelle l'utilisateur place sa tête pour voir et entendre une scène filmée au préalable. Plusieurs environnements sont disponibles, comme un trajet à moto ou un vol en hélicoptère. L'image en trois dimensions et le son stéréoscopique sont complétés de vibrations, de ventilation d'air et même d'odeurs. Le but est de faire vivre à l'utilisateur une expérience d'immersion dans une simulation de déplacement. Ce prototype ne sera jamais commercialisé mais fait de son concepteur Morton Heilig l'un des pionniers de la réalité virtuelle. En raison de l'absence d'interaction entre l'utilisateur et le monde simulé, ce dispositif est considéré comme *passif*. Il faudra attendre les premières interfaces « comportementales » entre l'homme et la machine (comme la souris vers 1965) pour voir arriver les dispositifs *actifs*. Le premier « visiocasque » ou HMD (Head-Mounted Display) est présenté en 1970 par l'universitaire Daniel Vickers. Il s'inspire du casque créé en 1966 par Ivan Sutherland avec deux tubes cathodiques couplés à un générateur d'image

¹⁶ La perspective de Fuchs et Moreau laisse croire à une modalité unique d'interaction qui nous semble trop éloigné de la réalité. Nous estimons que ces modalités peuvent être multiples car il est possible de converser avec une personne qui porte un casque de réalité virtuelle. Il serait ainsi plus approprié de parler d'interaction *privilegiée* pour décrire la façon dont agit l'utilisateur sur le monde virtuel.

auquel il ajoute des capteurs de position. Il réalise ainsi le premier dispositif d'immersion visuelle dans lequel l'utilisateur peut observer une scène virtuelle en orientant la tête dans la direction souhaitée. La première utilisation du terme de réalité virtuelle sera proposée en 1986 par Jaron Lanier pour décrire ces dispositifs¹⁷.

Cet historique complète les définitions proposées dans *le traité de la réalité virtuelle*. En effet, Fuchs et Moreau considèrent la possibilité d'action dans la réalité virtuelle comme son intérêt majeur. Ils excluent ainsi les dispositifs basés sur une présentation figée du monde. Pourtant, plusieurs études incluent la dimension passive de l'expérience en précisant la variable de la visualisation. L'utilisation d'un dispositif HMD permettrait ainsi deux modalités de visualisation, l'une active et l'autre passive, toutes deux considérées comme relevant de la réalité virtuelle (Gaunet et al., 2001). Hine & Tasaki (2019) décrivent la condition active comme la possibilité d'orienter la tête et de changer d'angle de vue dans la présentation, contrairement à la condition passive où l'action de bouger la tête ne modifie pas la perspective. Quant à Péruch & Wilson (2004), ils indiquent que « *les simulations tridimensionnelles dynamiques peuvent être expérimentées de manière passive (c'est-à-dire que l'utilisateur ne peut pas choisir le chemin ou guider le cours de l'exploration à travers une simulation) ou interactive (c'est-à-dire que l'utilisateur est autorisé à explorer librement)* » (Trad. libre de Péruch & Wilson, 2004, p. 219). Malgré la différence de définition, leurs conditions expérimentales sont proches de celles de Hine & Tasaki (2019) : dans la condition active, les participants peuvent se déplacer librement et dans la condition passive, ils ne le peuvent pas du tout (et suivent l'enregistrement de ceux qui se sont déplacés dans la condition active). Ainsi, la façon dont ils définissent l'actif/passif ne correspond ni à la complexité de cette notion en pratique, ni à leur utilisation expérimentale. Concernant l'étude de Péruch & Wilson (2004), nous estimons que la personne peut regarder autour d'elle même si elle ne peut pas choisir le chemin. Elle est passive dans son choix, alors que dans leur définition, elle l'est également sur le plan sensoriel, ce qui fait une différence importante en termes d'expérience.

Notre désaccord relatif aux conditions de visionnage actives et passives semble justifier l'ajout de modalités intermédiaires pour préciser cette notion complexe d'interaction avec l'environnement dans la définition de la réalité virtuelle. Nous proposons quatre conditions qui vont d'une observation passive à une interaction très avancée dans le monde virtuel. Tout d'abord, la condition passive pour laquelle il n'y a pas de détection de mouvement par le

¹⁷ Celui-ci empreinte d'ailleurs ce terme au dramaturge, poète et acteur français Antonin Artaud qui l'utilise dans son ouvrage « *Le théâtre et son double* » publié en 1938.

matériel, ce qui réduit l'observation à un point de vue strictement fixe ou prédéterminé indépendamment du choix de l'utilisateur. Ensuite, la condition passive dynamique où la position (qui concerne la hauteur et localisation dans l'espace) de l'utilisateur reste fixe, mais la détection d'orientation et de rotation du casque offrent la possibilité de regarder autour de lui à 360 degrés. L'interaction concerne uniquement la position de la tête dans cette modalité, qui peut ainsi renvoyer à la détection du mouvement d'une seule partie du corps. Puis la condition active, identique à la précédente et complétée d'une détection dans l'espace qui permet le déplacement sur une zone ainsi que la prise en compte de la hauteur. La position du corps dans l'espace est ainsi prise en compte par le dispositif. Enfin, la condition interactive ajoute la possibilité d'agir physiquement sur l'environnement. L'utilisateur peut se déplacer et intervenir sur les objets virtuels, ce qui nécessite d'autres dispositifs matériels comme des gants équipés de capteurs. Notons que ces conditions ne concernent pas uniquement la visualisation car l'interaction ne se limite pas à la perception visuelle.

Il est également nécessaire de compléter la notion d'immersion qui paraît fondamentale dans la définition du dispositif de réalité virtuelle. La proposition par Slater, Lotto, Arnold et Sánchez-Vives (2009) de distinguer différents niveaux d'immersion répond à cette nécessité. Selon ces auteurs, un premier niveau « non immersif » concerne les interactions classiques avec l'environnement comme l'utilisation d'un ordinateur avec une souris et un clavier. Un second niveau, considéré comme « semi immersif » renvoie à un environnement plus réaliste et une interaction plus travaillée avec celui-ci, tels que les grands écrans incurvés, ou les capteurs présents sur des gants de contrôle. Enfin, un troisième niveau « immersif » permet des stimulations multi-sensorielles et des possibilités d'interaction avec des outils connectés, à l'image des casques de réalité virtuelle. Pourtant, malgré tout l'intérêt de cette perspective, celle-ci risque de mélanger la notion d'immersion avec celle d'interaction alors qu'il serait plus approprié de les isoler artificiellement pour les définir.

Fuchs & Moreau rappellent la définition de l'immersion dans le langage courant. Il s'agit selon eux de « *l'exposition de l'utilisateur à un EV au moyen de dispositifs occultant en partie la perception (surtout visuelle) de l'environnement alentours, pour afficher en lieu et place une image du monde virtuel* ». Ils ajoutent « *une définition plus formelle qui correspondrait au degré et à la qualité avec lesquels l'interface du système contrôle les entrées sensorielles pour chaque modalité de perception et d'action* » (p.87). Leurs définitions traduisent à la fois la possibilité d'isoler la notion d'immersion de celle d'interaction (définition du langage courant). Sur la base du degré de recouvrement perceptif et de la qualité de cette

interface, l'immersion peut être appréhendée sur un continuum allant d'une absence totale d'immersion à une très grande qualité immersive du dispositif. Nous avons repris les critères de Slater, Lotto, Arnold et Sánchez-Vives (2009) afin de proposer un découpage en trois parties de ce continuum qui renvoie respectivement à un caractère non immersif, semi immersif et immersif. L'articulation des deux notions fondamentales que sont l'interaction et l'immersion semble au cœur de la définition de la réalité virtuelle. Cette articulation est représentée dans le tableau suivant qui reprend chaque condition et l'illustre d'un exemple de dispositif. Il dépeint ainsi une perspective large des dispositifs qui répondent à ces deux notions selon une proximité différente.

Tableau 1 : Définition de la réalité virtuelle, entre interaction et immersion

Propriété des dispositifs		Condition d'interaction			
		Passive (Aucun choix)	Passive dynamique (Mouvements)	Active (Mouvements et déplacement)	Interactive (Déplacement et manipulation d'objets)
Immersion dans le monde virtuel/simulé	Non immersif	Téléviseur	Console Nintendo Wii ¹⁸ sur téléviseur : jeu sans déplacement (bowling par ex.)	Console de jeux-vidéo sur téléviseur (déplacement avec manette)	Manipulation à distance avec des gants reliés à un bras robotique et visualisation sur écran
	Semi immersif	Écran de cinéma	Console Nintendo Wii : jeu sans déplacement projeté sur très grand écran.	Dispositif CAVE ¹⁹ (détection de mouvements tête + déplacement avec souris et clavier)	Kinect : détection de mouvement du corps sur TV projetée sur très grand écran
	Immersif (HMD)	Visiocasque sans détection de mouvement	Samsung Galaxy Gear VR + smartphone	HTC Vive ou Oculus Rift	Visiocasque + gant de détection

Une précision importante concerne ce tableau et les exemples choisis. Les dispositifs cités peuvent être utilisés de différentes façons et correspondre à d'autres catégories que celles dans lesquelles ils ont été inclus. Par exemple, il est possible d'utiliser un casque HTC Vive pour présenter un environnement totalement fixe, lequel correspondrait à une interaction

¹⁸ Ce dispositif entre dans cette catégorie avec des jeux sans déplacement où le mouvement est toutefois pris en compte. Le choix est limité mais existant. C'est le cas des jeux où il faut lancer une balle comme l'exemple du bowling : la manette détecte le mouvement de lancer et reproduit ce geste dans l'espace virtuel du jeu.

¹⁹ Le CAVE peut être considéré comme immersif au regard de la définition : les perceptions visuelles sont remplies par l'écran. Il se distingue des HMD car il isole moins de la réalité, ce qui sera d'ailleurs une propriété intéressante pour adapter aux utilisateurs (TSA notamment). Des caractéristiques amènent ainsi les utilisateurs qui le comparent à le préférer à certains visiocasques (Tcha-Tokey et al., 2017).

passive. L'utilisation de la totalité des capteurs et des possibilités offertes par les dispositifs cités est donc plus représentative de notre propos. Il est par ailleurs nécessaire de préciser le caractère illustratif de ce tableau. Les dispositifs au moins semi-immersif et qui respectent au minimum des conditions d'interaction passive dynamique seront considérés dans notre travail de thèse comme relevant de la réalité virtuelle. Ils correspondent à la couleur bleue dans le tableau. À l'inverse, les dispositifs pour lesquels ces critères sont maximaux, représentés en jaune dans le tableau, ne relèvent pas de la réalité virtuelle. Enfin, les dispositifs marqués de la couleur verte sont plus ambigus et nécessiteront une précision s'ils doivent être cités. À l'heure actuelle, la majorité des dispositifs de réalité virtuelle sont des visiocasques. Ils présentent généralement peu de limites en termes d'immersion mais sont plus hétérogènes sur le plan de l'interaction.

L'immersion doit être distinguée des notions de réalisme ou de présence qu'il s'agit également d'explicitier pour compléter cette définition de la réalité virtuelle. Les éléments de définition repris jusqu'à présent ont concerné des critères techniques et fonctionnels sans considération des critères subjectifs. Afin de tenir compte de ces critères, il convient d'introduire la notion de réalisme. En effet, sa définition présente une grande variabilité individuelle et le réalisme est particulièrement lié à l'impression subjective de présence (Fuchs & Moreau, 2003). *Le traité de la réalité virtuelle* rappelle que le réalisme correspond la plupart du temps à une description des rapports entre le simulacre du virtuel et certains aspects du monde réel. Fuchs et Moreau précisent que « *l'usage courant traduit donc souvent un jugement personnel, c'est à dire une évaluation subjective du degré de la ressemblance ou de la crédibilité d'une situation/d'un objet pour un observateur donné* » (p.90). Ils proposent plusieurs acceptions du réalisme qui peuvent également être considérées indépendamment. Premièrement, l'intégration de lois de la physique, de l'évolution ou du comportement humain dans l'environnement virtuel. Deuxièmement, la crédibilité de l'expérience perceptive dans le cas où elle serait vécue dans la réalité (notion de *fidélité perceptive*). Troisièmement, la similarité des comportements produits par l'environnement virtuel avec une situation réelle (notion de *fidélité psychologique*) (Fuchs & Moreau, 2003, p. 89-92).

Fuchs et Moreau considèrent la notion de présence comme une acception possible du réalisme, tel que cité par Carr (1995) et Stoffregen (2003) pour décrire l'illusion d'une réalité qui n'existe pas. La présence met l'accent sur la connaissance par l'utilisateur du caractère simulé de l'environnement virtuel qu'il observe. Lombard et Ditton (1997) décrivent plusieurs

acceptions de la présence²⁰ et notamment celle qui concerne le sentiment ressenti par l'utilisateur de se trouver effectivement dans l'endroit présenté – autrement dit, l'impression que son corps se situe dans cet espace. Ils décrivent l'idée d'un *transport* selon trois modalités. La première concerne l'impression d'être transporté dans un lieu (« *vous êtes là* »), la deuxième correspond au transport d'objets ou d'un autre lieu vers l'utilisateur (« *c'est ici* ») et la troisième renvoie au transport de plusieurs personnes dans un même lieu (« *nous sommes ensemble* »).

D'après ces propriétés spécifiques de la réalité virtuelle, le potentiel d'applications de cette technologie semble immense. À l'heure actuelle, les visiocasques ont été largement améliorés et les performances matérielles et logicielles garantissent une expérience virtuelle très immersive. Cette technologie se démocratise et il n'est plus rare désormais d'assister à la visite virtuelle d'un lieu dans un musée ou de profiter d'un jeu vidéo sur un dispositif HMD. Le potentiel thérapeutique de la réalité virtuelle fait à présent l'objet de nombreuses publications et s'est bien ancré dans les représentations sociales. Il est fréquent de voir des reportages à ce sujet à la télévision et nombreuses sont les personnes qui associent la réalité virtuelle à certains protocoles thérapeutiques. Bien que cette connaissance du grand public pour ces dispositifs soit récente, les recherches basées sur l'utilisation thérapeutique d'un tel matériel sont plus anciennes. Il s'agit maintenant de reprendre ces principaux modèles pour lesquels l'engouement est bien réel.

2.3.2 Les principaux modèles psychothérapeutiques d'utilisation thérapeutique de la réalité virtuelle

Développées pour la première fois en 1992 par les chercheurs du *Virtual Reality Technology Laboratory* de l'Université Clark, Atlanta, les thérapies par exposition à la réalité virtuelle (TERV) reposent sur les principes des approches cognitives et comportementales (Alcañiz et al., 2009; Klinger & Viaud-Delmon, 2003). Dans les TCC classiques, la phase d'exposition (*in vivo*) constitue l'une des principales étapes de la thérapie. Auprès des personnes souffrant de troubles anxieux par exemple, il s'agit d'une exposition progressive, répétée et hiérarchisée aux objets ou aux lieux qui provoquent de l'anxiété afin d'obtenir un effet d'habituation. Cet effet vise à diminuer la peur et le comportement d'évitement associé jusqu'à l'extinction du phénomène (Malbos et al., 2013). La réalité virtuelle est alors utilisée

²⁰ Il ne semble pas nécessaire de reprendre les différentes acceptions qui catégorisent autrement les notions d'immersion, de réalisme et de présence. La définition proposée par Fuchs et Moreau paraît suffisante pour poser un cadre clair des notions fondamentales de la réalité virtuelle.

comme substitution de cette phase d'exposition (Klein & Borelle, 2019). L'intérêt des thérapies d'exposition à la réalité virtuelle est particulièrement marqué auprès de patients souffrant de troubles anxieux phobiques (Botella et al., 2017; Morina et al., 2015). Elles concernent notamment les troubles d'anxiété sociale (Bouchard et al., 2017), l'agoraphobie (Pitti et al., 2015), la phobie d'insectes comme des blattes ou les araignées (Botella et al., 2016), l'acrophobie (Emmelkamp et al., 2002) ou encore la peur de prendre l'avion (Triscari et al., 2015). Ces approches cognitivo-comportementales reposent principalement sur l'idée que le monde virtuel s'apparente au monde réel et qu'il n'est pas qualitativement différent dans les processus qu'il fait vivre au patient²¹. Ainsi, les effets thérapeutiques observés dans l'espace virtuel pourraient être transférés au monde réel. Dans cette perspective, les TERV sont également utilisées auprès de personnes atteintes de troubles de stress post-traumatique (Loucks et al., 2019), qui souffrent d'addictions (Trahan et al., 2019) ou encore de troubles alimentaires (Riva, 2003, 2005).

Les auteurs sont nombreux à souligner l'avantage des TERV sur les méthodes d'exposition traditionnelles. En termes de faisabilité, le thérapeute peut mettre en place plus facilement un tel dispositif car il est moins coûteux en temps et en finances (Riva, 2009) mais également plus accessible avec une disponibilité croissante des programmes et des dispositifs (Malbos et al., 2013). Il permet de proposer un accompagnement aux personnes qui refusent l'exposition réelle aux situations anxiogènes ou abandonnent leur thérapie à cette étape. Cette difficulté concerne environ 25% des phobiques que la modalité d'exposition classique ne permet pas de prendre en charge (Garcia-Palacios et al., 2007). Ces patients, souvent effrayés à l'idée de vivre une situation redoutée, sont davantage motivés pour utiliser la réalité virtuelle (Garcia-Palacios et al., 2007). Les risques liés aux situations d'expositions réelles, comme une chute ou une mise en danger du patient, n'existent plus dans la réalité virtuelle. Les patients peuvent évoluer dans un environnement protégé (Banos et al., 2002) qui leur confère un sentiment de sécurité (Malbos et al., 2013). Cette sécurité leur permet d'expérimenter et explorer librement, ils peuvent ressentir et vivre certaines expériences car ils savent que cela n'arrivera pas dans la réalité (Riva, 2009). Cet espace sur lequel ils expérimentent est considéré comme une étape intermédiaire entre le bureau du thérapeute et le monde réel (Botella et al., 2000). Les patients sont davantage susceptibles d'y ressentir un sentiment de confiance (Riva & Wiederhold, 2002).

²¹ Cela s'oppose ainsi à l'idée que le virtuel soit une expérience fondamentalement différente de celle du monde extérieur, même si l'environnement présente des similarités avec la réalité.

Les thérapies d'exposition virtuelle garantissent également une flexibilité et un contrôle supérieurs à l'exposition en condition réelle. Elles permettent d'isoler efficacement les différentes composantes de la peur dans le cas de l'anxiété phobique (Riva, 2009), mais aussi de faire varier la nature et l'intensité des stimuli de l'environnement selon les troubles du patient (Botella et al., 2000). L'utilisation de capteurs permet de réaliser des mesures physiologiques dans ces conditions afin d'évaluer le niveau de présence (Malbos et al., 2012) ou d'obtenir des données spécifiques telles que l'activité cardiovasculaire, l'électromyographie faciale, la conductivité électrodermale ou encore la fréquence respiratoire (Crescentini et al., 2016; Wiederhold et al., 2002). Enfin, la réalité virtuelle permet aux patients d'être exposés à des situations déjà vécues, ce qui ouvre cette modalité thérapeutique au traitement des troubles de stress post-traumatiques, mais aussi au traitement de l'anxiété induite par une agression ou un accident de la route (Malbos et al., 2013).

L'utilisation de l'acronyme TERV et la notion d'exposition présentent une ambiguïté qui nécessite une précision terminologique. Nous considérons la notion d'exposition comme relative au champ d'application des TCC dans la mesure où elle renvoie à un principe thérapeutique décrit et utilisé dans ces approches. Seules les thérapies cognitives et comportementales utilisent la méthode d'exposition. L'ambiguïté tient au fait que la présentation d'un environnement virtuel au moyen d'un visiocasque peut aussi être qualifiée d'exposition : l'utilisateur est effectivement *exposé* à une stimulation virtuelle. Dans ce cas, une confusion terminologique avec la méthode thérapeutique pourrait laisser croire à une perspective cognitive et comportementale. Il semble ainsi plus approprié de parler d'*observation* ou de *visionnage* de l'environnement. Ces termes sont par ailleurs plus orientés du point de vue du patient (« il observe ») que de celui du thérapeute (« il est exposé à ») et traduisent une perspective thérapeutique davantage centrée sur la subjectivité.

Les approches comportementales et cognitives s'inscrivent également dans une démarche de réhabilitation psychosociale dans laquelle le dispositif de réalité virtuelle peut être utilisé. Cet usage fait l'objet de propositions thérapeutiques pour les symptômes cognitifs et sociaux des personnes atteintes de schizophrénie (Fernández-Sotos et al., 2020). Plusieurs programmes d'entraînement sont destinés à améliorer le fonctionnement psychosocial comme les compétences et les cognitions sociales comme le *Social skills training with virtual reality role-plays* (SST-VR) (Park et al., 2011), le *Social skills training* (Soskitrain) (Rus-Calafell et al., 2012; Rus-Calafell et al., 2014), le *Cognitive remediation of social cognition in schizophrenia* (RC2S) (Peyroux & Franck, 2016) ou encore le *Multimodal adaptive social*

intervention in virtual reality (MASI-VR) (Adery et al., 2018). Toutefois, seul le SST-VR est un dispositif immersif (visiocasque), les autres ne le précisent pas ou utilisent du matériel non immersif²². L'entraînement SST-VR est une variante du programme classique de SST (Social Skills training). Il s'agit de formations aux techniques de présentation et de conversation (se présenter, trouver des sujets de discussion, clore la conversation etc.), d'affirmation de soi (faire une demande, en rejeter une autre et faire un compromis) et d'expression émotionnelle (exprimer une émotion positive et négative). Des jeux de rôles avec le thérapeute sont proposés pour mettre en pratique ces compétences. La variante VR du programme repose ainsi sur l'utilisation d'un dispositif virtuel de jeu de rôle. Dans cette perspective, la réalité virtuelle serait un facteur de motivation pour participer à cet entraînement psychosocial (Park et al., 2011).

Cette démarche d'adaptation psychosociale est également au cœur des propositions thérapeutiques destinées aux personnes atteintes de troubles du spectre autistique (TSA). Ces dernières permettraient de travailler les compétences émotionnelles et/ou sociales, les capacités de communication, l'attention ou encore l'augmentation des activités physiques (Mesa-Gresa et al., 2018). Auprès de ces personnes, le choix du dispositif divise les chercheurs entre ceux qui estiment que les dispositifs de projection de type CAVE²³ seraient plus appropriés afin d'éviter les problèmes de sécurité des visiocasques (HMD) (Ip et al., 2016) et ceux qui rapportent les bénéfices de ces derniers pour l'immersion totale qu'ils permettent (Newbutt et al., 2020; Valori et al., 2021). Ces divergences posent cependant la question – qui s'étend à la majorité des revues de littérature sur le sujet – de la possibilité de comparer des études qui n'utilisent pas le même dispositif de réalité virtuelle.

La seule étude qui décrit une approche psychodynamique de l'usage thérapeutique de la réalité virtuelle est celle d'Optale et ses collaborateurs qui l'utilisent dans le traitement des troubles de l'érection (Optale et al., 1997). L'environnement virtuel qu'ils proposent dans leur recherche présente quatre chemins différents dans une forêt qui représentent respectivement la petite enfance, l'enfance, l'adolescence et la période du début de l'intérêt pour le sexe opposé. Différentes situations sont présentées et le patient doit surmonter des obstacles pour continuer. Ses réponses, ses commentaires et son comportement non-verbal sont notés et une discussion

²² Le Soskitrain nécessite un ordinateur dont l'image stéréoscopique est visionnée avec des lunettes 3D (Rus-Calafell et al., 2014). Bien que Fernández-Sotos et al. (2020) le considèrent comme tel, nous estimons que ce dispositif n'est pas immersif dans la mesure où son champ de recouvrement visuel est très faible (écran de 15,6 pouces).

²³ Il s'agit d'un système de projection sur plusieurs écrans stéréoscopiques disposés selon une configuration cubique (Cruz-Neira et al., 1992).

à postériori est proposée avec le psychothérapeute pour évoquer son expérience. D'après leurs résultats, les auteurs proposent que les séances de réalité virtuelle en plus de la psychothérapie « élargissent et accélèrent la réponse du patient » et expliquent :

« la réalité virtuelle interactive semble agir, selon un processus psychodynamique, dans les recoins les plus profonds de l'esprit du patient, supprimant ainsi les obstacles qui conduisent aux troubles sexuels »²⁴.

Ils ajoutent également :

« les chemins que le patient suit dans l'expérience virtuelle accélèrent un processus psychodynamique qui échappe aux défenses cognitives et stimule directement l'inconscient, donc aussi tout ce qui concerne son expérience dans la sphère sexuelle. Les obstacles qui conduisent au dysfonctionnement sexuel sont ainsi mis en lumière. En prenant conscience que les causes de sa dysfonction sexuelle peuvent être modifiées, le patient acquiert un moyen supplémentaire de participer au processus de guérison, sous la direction du thérapeute »²⁵ (Optale et al., 1997).

Bien que les auteurs définissent leur approche comme psychodynamique, celle-ci semble davantage relever d'une guidance thérapeutique reposant sur une théorisation psychodynamique, notamment au travers des concepts d'identification sexuelle, mais surtout cognitive par son objectif de faire émerger la problématique à la conscience afin de modifier les pensées dysfonctionnelles (Optale et al., 1997). Cela interroge d'ailleurs la naïveté de ces explications théoriques ainsi que cette association des troubles sexuels avec les théories psychanalytiques qui semblent relever d'une méconnaissance de cette approche. Mentionnés dans plusieurs revues de littérature sur le sujet (Kim & Kim, 2020; Riva, 2020, 2005; Vincelli, 1999), les articles d'Optale et ses collaborateurs disposent cependant d'une excellente visibilité sur la scène internationale des recherches sur la réalité virtuelle.

La réduction de l'objet à son utilisation induit un biais susceptible d'expliquer la surreprésentation des thérapies d'exposition par la réalité virtuelle. En effet, résumer le casque de réalité virtuelle à cette seule perspective d'application thérapeutique participe à lui attribuer une représentation inconciliable avec les conceptions psychanalytiques du soin psychique. Les thérapeutes cognitivo-comportementaux rapportent d'ailleurs des évaluations plus positives sur les avantages potentiels de la réalité virtuelle que les thérapeutes psychodynamiques (Segal et al., 2010). Il n'est ainsi guère étonnant que certains cliniciens d'orientation psychanalytique

²⁴ Traduction libre de l'auteur, p.201

²⁵ Traduction libre de l'auteur, p.202

stigmatisent ce dispositif *à priori* jusqu'à ce qu'il soit considéré dans des modalités d'usages plus libres que celle strictement définies par les TERV. La réalité virtuelle peut alors être perçue comme un moyen d'enrichir et de renouveler sa pratique²⁶ (Klein & Borelle, 2019).

Dans leur analyse psychodynamique d'une thérapie d'exposition pour traiter l'anxiété, Wiederhold et ses collaborateurs (2010) remarquent notamment que l'absence de contact visuel avec le thérapeute semble réduire l'inhibition des patients pour aborder certains sujets. Cette particularité relationnelle pourrait accélérer l'émergence de questions pertinentes au traitement du patient en comparaison à une psychothérapie traditionnelle en face-à-face. Ils postulent que le transfert du patient se fait moins avec le thérapeute qu'avec l'environnement virtuel. L'anxiété du patient serait contenue par cet environnement virtuel. Celui-ci servirait alors d'objet de transformation qui faciliterait l'apprentissage de nouvelles compétences et de techniques d'adaptation (Wiederhold et al., 2010). Pour d'autres auteurs d'orientation psychodynamique, la réalité virtuelle favoriserait la rencontre du sujet avec les aspects virtuels du soi et ses capacités potentielles jusqu'alors non vécues, inconscientes ou désavouées. Cette rencontre permettrait leur transformation en un élément conscient et soutiendrait leur réalisation (Mann, 2019). L'utilisation de la réalité virtuelle dans le champ psychanalytique présente ainsi des intérêts certains, bien que ses applications concrètes ne soient pas encore documentées. Dans la pratique clinique, l'utilisation de la réalité virtuelle reste d'ailleurs anecdotique (Segal et al., 2010; Schwartzman et al., 2012) et suscite même une certaine réticence de la part des professionnels du soin psychique (Marchal et al., 2018).

C'est d'ailleurs essentiellement sur la perception des cliniciens que portent les quelques articles disponibles à propos de la réalité virtuelle en thérapie associée au modèle psychodynamique. La difficulté à laquelle nous avons été confrontés pour rassembler de telles données pourrait expliquer l'absence de la psychanalyse dans le paysage actuel de l'utilisation de la réalité virtuelle en psychologie clinique. D'abord, les recherches synthétiques des approches thérapeutiques de la réalité virtuelle (revue de littérature et méta-analyses) sont élaborées à partir de mots-clés qui spécifient les troubles (anxieux, phobiques, dépressifs etc.) plutôt que la méthode ou les concepts (Kim & Kim, 2020; Dellazizzo et al., 2020). Pourtant, l'utilisation thérapeutique d'un objet pourrait ne pas être systématiquement associée à un trouble, mais à d'autres critères comme une population, un mode de vie, ou d'autres

²⁶ Les thérapeutes interrogés dans cette étude considèrent la réalité virtuelle sous l'angle d'une thérapie d'exposition et estiment enrichir leur pratique en la combinant avec cette perspective d'utilisation cognitive et comportementale (Klein & Borelle, 2019).

problématiques individuelles. La catégorisation des troubles psychiques facilite la mise en commun des données et la réplique de la méthode pour en valider la pertinence²⁷. Le choix de ne pas cibler la recherche sur le traitement d'un trouble diagnostiqué l'isole des revues de littérature généralistes, ce qui peut être le cas de plusieurs recherches psychodynamiques. Ensuite, les applications innovantes de la réalité virtuelle renvoient souvent à des dispositifs expérimentaux dont le caractère exploratoire pourrait encore échapper au lien trouble-méthode. La recherche de ces articles est fastidieuse : ils sont noyés dans l'abondante littérature cognitive et comportementale ou neuroscientifique, mais échappent surtout aux mots-clés classiques de recherche qui associent « réalité virtuelle » avec « psychodynamique » ; « psychanalyse » ou encore « psychanalytique » en français comme en anglais.

2.3.3 L'efficacité des principaux modèles thérapeutiques

Depuis les premières recherches sur l'utilisation thérapeutique de la réalité virtuelle, les études se sont multipliées et apportent aujourd'hui un nombre considérable de données afin d'appréhender l'efficacité de ces applications dans le domaine du soin. Pourtant, l'évaluation de ces données témoigne d'une qualité inégale de leur méthodologie, certaines études manquent de rigueur méthodologique et sont légitimement critiquées pour leurs limites. Celles-ci concernent notamment la taille réduite de l'échantillon, le nombre réduit d'essais contrôlés et randomisés, l'absence de suivi et de groupes contrôle, ou encore l'absence de comparaison entre les thérapies en réalité virtuelle et thérapies de références (Kim & Kim, 2020; Dellazizzo et al., 2020).

Finalement, l'efficacité de la réalité virtuelle n'a actuellement été démontrée que sur le traitement des troubles anxieux (Kim & Kim, 2020). Il reste difficile de comprendre les effets spécifiques de ces thérapies, qu'ils soient positifs ou négatifs, en raison d'un manque de détail des protocoles. La méta-révision des méta-analyses de Dellazizzo et ses collaborateurs (2020) apporte des précisions sur l'intérêt de ces thérapies et leur efficacité sur les phobies spécifiques comme l'aviophobie et l'arachnophobie, bien que supérieurs aux thérapies classiques d'exposition uniquement pour la seconde. La première en revanche, se maintiendrait davantage dans le temps. Le traitement des troubles paniques serait également efficace, même si les résultats sont plus nuancés. Il n'y a pas de différence significative entre les thérapies classiques et les TERV pour le traitement de l'anxiété sociale, mais l'effet bénéfique semble se maintenir

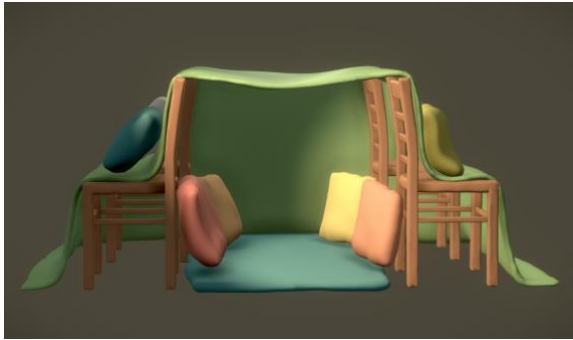
²⁷ Cette conception découle d'un modèle médical du soin, fondé sur l'idée de proposer un traitement spécifique pour chaque pathologie mentale, qui concerne les approches cognitives et comportementales de façon plus globale (Rabeyron, 2020).

plus longtemps avec la réalité virtuelle. Un effet similaire est observé sur les troubles de stress post-traumatiques. Concernant les troubles dépressifs, Dellazizzo et ses collaborateurs montrent que les interventions basées sur la réalité virtuelle peuvent réduire les symptômes de dépression sans que ces effets ne diffèrent des thérapies classiques, y compris sur leur efficacité à long terme. Ils soulignent enfin le nombre insuffisant de données pour établir un niveau de preuve de l'efficacité des thérapies virtuelles dans les troubles psychotiques et du spectre autistique.

Bien qu'elle soit largement valorisée, la réalité virtuelle ne présente donc pas de résultats véritablement probants dans le traitement des troubles psychiques et il est nécessaire de recueillir des éléments supplémentaires pour en déterminer l'intérêt thérapeutique spécifique. En effet, si les psychothérapies cognitives et comportementales classiques apportent le même niveau d'efficacité ou que la différence renvoie à la durabilité des effets thérapeutiques, d'autres applications de la réalité virtuelle méritent d'être proposées. Il semble enrichissant de sortir de la considération de cette technologie comme une réalité d'entraînement et d'apprentissage dont les bénéfices seraient transférables sur la réalité concrète (Forner-Ordioni, 2020). Lorsque la réalité virtuelle est considérée comme une copie du monde extérieur, il est aisé de comprendre l'importance de la conception matérielle du dispositif. Un visiocasque d'excellente qualité devrait *en théorie* permettre une expérience plus proche de la réalité. Cet aspect matériel semble secondaire dans une conception psychodynamique. Dans ce cadre, le dispositif nécessite d'être suffisamment performant pour garantir une sensation d'interaction et d'immersion sans être contraint de reproduire fidèlement un environnement de la réalité.

Il ne s'agit plus de considérer la réalité virtuelle comme une copie, mais comme une expérience de réalité à part entière. Il n'est donc plus pertinent de critiquer la qualité du matériel si celui-ci ne peut être comparé à une autre expérience. Cette conception change fondamentalement son intérêt et étend son potentiel d'applications thérapeutiques : la réalité virtuelle peut être utilisée pour créer et dessiner dans l'espace (ex. les applications « Tilt Brush », « Quill » ou encore « Médium »). Il est ainsi possible de créer des personnages, des environnements ou des objets, de les animer et de les explorer avec le visiocasque (voir l'image 2). L'utilisation en séance de telles applications ouvrent d'autres perspectives thérapeutiques intéressantes comme la possibilité pour le thérapeute de co-construire un monde virtuel avec son patient. Enfin, les plateformes de partage permettent de télécharger des réalisations. Il est possible de sélectionner certaines d'entre-elles et de les utiliser en séance de psychothérapie comme des supports d'expression.

Image 2 : Réalisations en trois dimensions à partir d'une application de réalité virtuelle



Réalisation de Katerina Novakova²⁸



Réalisation de Jellepostma²⁹

²⁸ <https://sketchfab.com/3d-models/day-13-pillow-fort-91d47786f43f45b786ca682b22c34a4e>

²⁹ <https://sketchfab.com/3d-models/caffe-bernini-30aec62d7c7f4c58acac204d2eeb49bd>

Chapitre III : Les personnes âgées dépendantes en institution

« On me l'a bien expliqué. Maintenant, je sais qu'il ne faut pas donner le bras à quelqu'un qui a de la peine à marcher... il ne faut pas le faire... malgré que j'en aurais envie mais bon... »

Perrine, 88 ans

Nombreuses sont les raisons qui amènent une personne à venir habiter au sein d'une institution gériatrique. Cependant, les résidents de ces lieux de vie sont toujours regroupés sur la base d'un critère commun : celui de l'âge. Il s'agit de l'âge civil – ou administratif – traduit par le nombre d'années écoulées depuis la naissance. Il est généralement d'au moins soixante ans pour entrer en EHPAD mais des résidents plus jeunes peuvent être accueillis sur dérogation. Bien qu'elle paraisse simple, cette notion d'âge est pourtant particulièrement complexe car elle recouvre la question du vieillissement et, de façon plus discrète mais inévitablement présente, celle de la mort. Sans chercher à polariser le processus du vieillissement, nous proposons de distinguer son versant *normal* et son versant *pathologique*. Précisons toutefois que l'avancée en âge se rapporte à un continuum et aucune limite claire ne pourrait être définie entre ces deux façons de vieillir. Le vieillissement pathologique s'ajoute au processus *normal* du vieillissement mais ne s'y oppose pas. Ce chapitre sera introduit par une tentative de définition du vieillissement normal en décrivant les changements du corps et de sa physiologie, de la sphère neurocognitive et dans les relations sociales. Le vécu de ces changements sera également abordé dans une perspective psychodynamique et cognitive. Ensuite, nous décrivons les processus qui relèvent plutôt du vieillissement pathologique. Les principales problématiques liées à la dépendance seront présentées avant de compléter ce propos par les spécificités de ces sujets âgés qui habitent l'institution. Nous insisterons sur quelques points inhérents au vécu en EHPAD qui seront ensuite illustrés par les cas cliniques de cette recherche.

Considérons l'équilibre du plateau d'une balance et plus précisément, des ajustements nécessaires à mettre en place pour le conserver. Dans l'avancée en âge, les changements qui se produisent bouleversent un équilibre jusqu'alors maintenu. Les premiers signes du vieillissement nécessitent un ajustement afin de conserver l'équilibre. L'avancée en âge se

poursuit et les changements deviennent plus importants. Les ajustements à mettre en place sont majeurs et coûteux en ressources, mais ils parviennent à maintenir l'équilibre. Ce processus peut se maintenir jusqu'à la fin de la vie. Pourtant, dans certaines situations, les changements liés à l'avancée en âge sont considérables et les ajustements compensatoires ne permettent plus le maintien de l'état d'équilibre. Les ressources de la personne ne suffisent plus pour garantir cet équilibre. Dès lors, il y a une rupture de l'homéostasie qui renvoie à un processus de vieillissement pathologique.

3.1 Le vieillissement normal

Le vieillissement est un processus qui concerne chaque individu dès le début de sa vie. La façon de le décrire, tout comme celle d'y faire face est aussi multiple que le nombre de personnes interrogées sur le sujet. Le terme de sénescence est utilisé pour décrire cette avancée en âge considérée comme normale. Le Littré définit le vieillissement comme « *l'état d'acheminement à la vieillesse*³⁰ » et la vieillesse comme « *le dernier âge de la vie, ou période de la vie humaine, dont on fixe le commencement à la soixantième année, mais qui peut être plus ou moins retardée ou avancée, suivant la constitution individuelle, le genre de vie et une foule d'autres circonstances*³¹ ». Cette définition – comme de nombreuses autres – illustre une forme de catégorisation par l'âge civil dont l'intérêt démographique est certain mais traduit une perspective fragmentaire du cycle de la vie (Jeandel, 2005). Parmi les différentes catégories d'âges, la plus fréquemment évoquée est celle du « troisième âge » qui désigne les personnes âgées, mais aussi celle du « quatrième âge », voire du « cinquième âge ». Cette vision laisse supposer que ces périodes pourraient être distinctes alors qu'elles concernent une interdépendance dans les étapes de vie pour lesquelles il semble plus pertinent de parler de continuum (Jeandel, 2005). De plus, cette perspective fragmentaire augmente le risque de stigmatisation du sujet âgé – l'âgisme – en participant au cloisonnement générationnel (Ibid.). La proposition de Jeandel pour définir le vieillissement semble plus appropriée :

« Le vieillissement peut se définir comme l'action du temps sur les êtres vivants et comme l'ensemble des processus moléculaires, cellulaires, histologiques, physiologiques et psychologiques qui accompagnent l'avance en âge » (2005, p. 26).

Au regard de cette définition, le vieillissement ne peut être envisagé qu'en tant qu'état, c'est-à-dire constaté à un moment donné. Il concerne de nombreux processus qui, sous l'effet

³⁰ <https://www.littre.org/definition/vieillissement>

³¹ <https://www.littre.org/definition/vieillesse>

du temps entraînent des changements observables dont les conséquences sont parfois majeures. Malgré l'augmentation qualitative ou quantitative des changements, l'état d'équilibre reste stable car la proportion d'ajustement la compense. Il s'agit ainsi d'un élément central dans la définition du vieillissement qui suppose de préciser la nature de ces changements et de ces ajustements afin de proposer un balisage généralisé de cette notion.

3.1.1 Les changements liés au vieillissement

La perspective physiologique de l'âge traduit une dimension du vieillissement au travers des organes et de leurs fonctions. Elle vise alors à rendre compte de leur évolution sous l'effet du temps. La plupart des organes déclinent lors du vieillissement et entraînent des modifications hétérogènes selon les individus (Buxeraud & Laroche, 2018). De nombreux facteurs sont susceptibles d'expliquer ces variations interindividuelles, comme le mode de vie, les conditions d'exercice professionnel, l'hérédité, les maladies, etc. Afin de rappeler les principales modifications fréquemment observées dans l'avancée en âge, citons d'abord les changements structuraux qui concernent les niveaux de fonctionnement cellulaires, tissulaires, organiques ou systémiques. Ces changements sont susceptibles d'avoir un effet sur le fonctionnement global de l'organisme, mais aussi sur l'apparence corporelle. Parmi les modifications tissulaires, il y a la perte d'élasticité de la peau qui explique notamment l'apparition de rides, mais aussi la diminution de la masse maigre avec le développement compensatoire de tissus adipeux. Les muscles deviennent moins puissants et endurants, certaines articulations se rigidifient et d'autres s'assouplissent, les os et les vertèbres subissent une déminéralisation appelée ostéoporose, qui les rend plus poreux et fragiles. Pour cette même raison, la colonne vertébrale se raccourcit. Cela induit une réduction de la taille et des changements de posture physique avec une modification du centre de gravité qui implique de se pencher davantage vers l'avant. Des modifications cutanées induisent notamment une peau plus mince, moins tonique et possiblement marquée de tâches. Enfin, d'autres changements physiques sont observés au niveau des phanères et donnent à constater des modifications du système pileux, des cheveux et des ongles.

Buxeraud et Laroche (2018) décrivent également les changements fonctionnels liés à l'avancée en âge tout en rappelant l'hétérogénéité de ces modifications de l'organisme. Le tube digestif change de forme au niveau de l'intestin grêle dont la surface d'échange diminue et la vascularisation devient moins importante. L'appareil cardiovasculaire se modifie et le débit cardiaque se réduit, tout comme sa capacité vasculaire, ce qui engendre des répercussions

fonctionnelles sur de nombreux organes. Le métabolisme du foie est légèrement diminué par l'avancée en âge mais son activité – bien que réduite – n'en est que faiblement affectée. Le vieillissement altère nettement la fonction rénale et le rein ne parvient plus à s'adapter aux situations inhabituelles concernant l'eau, les électrolytes ou le pH. Les médicaments normalement éliminés par les urines le sont moins rapidement et le risque toxique pour cause de surdosage s'accroît. Le système immunitaire est globalement affaibli et des changements liés au système nerveux se manifestent par une filtration moins efficace de la barrière hémato-encéphalique. Cela réduit la protection apportée au cerveau et exerce un effet sur les actions pharmacologiques des médicaments. Enfin, le vieillissement concerne une modification des fonctions perceptives comme l'altération de la vue, une presbycousie qui correspond à une perte de l'ouïe sur les hautes fréquences (sons aigus), une réduction du goût qui procure une impression de fadeur, ainsi qu'une altération de l'odorat. Ces modifications physiologiques sont associées à une augmentation des risques de développer différentes pathologies corrélées avec l'avancée en âge. Pour autant, sans que le vieillissement soit considéré comme pathologique en soi, certains troubles médicaux sont couramment observés chez les personnes âgées, comme l'arthrose, ainsi que des changements physiologiques comme la ménopause et l'andropause.

Certains changements neurocognitifs inhérents au vieillissement sont également observés chez les sujets âgés. Ils concernent l'altération de certaines fonctions cognitives comme la mémoire épisodique, les fonctions exécutives, la vitesse de traitement, ou encore le raisonnement. Toutefois, d'autres fonctions seraient préservées des effets du vieillissement, à l'instar des habiletés verbales ou encore des mémoires sémantique et procédurale (Angel & Isingrini, 2015). Ces distinctions fonctionnelles des domaines cognitifs affectés par le vieillissement ont donné lieu à plusieurs propositions d'explication du vieillissement dont le modèle de la limitation des ressources par Craik & Byrd (1982) qui demeure aujourd'hui une référence explicative et un cadre conceptuel majeur (Angel & Isingrini, 2015). Selon ce modèle, une réserve fixe de ressources cognitives serait nécessaire aux fonctions cognitives de haut niveau, mais celle-ci déclinerait avec l'avancée en âge. Aussi, trois grandes hypothèses sont mises en exergue pour expliquer le vieillissement cognitif en tenant compte de ses effets différentiels.

Tout d'abord, la nécessité d'une plus grande quantité de ressources cognitives pour pouvoir réaliser les tâches complexes. Ces tâches seraient donc davantage touchées par le vieillissement. Il s'agit de *l'effet de complexité*. Ensuite, la plus grande difficulté à initier spontanément les actions nécessaires à la réalisation d'une tâche. Il s'agit de *l'effet déficitaire*

de l'auto-initiation des processus. Enfin, l'aide apportée par le contexte environnemental permettrait de moduler les besoins en ressources et de suppléer aux difficultés d'auto-initiation. Il s'agit de *l'effet du support environnemental.* Dans cette perspective de diminution des ressources cognitives disponibles, certains facteurs plus spécifiques ont pu être identifiés afin de préciser leur influence sur le fonctionnement cognitif. Les ressources attentionnelles seraient déficitaires alors que certaines tâches les sollicitent vivement (Angel & Isingrini, 2015). De plus, les capacités d'inhibition seraient moins performantes, ce qui s'exprime par une baisse de la capacité à maintenir l'attention sur les informations plus pertinentes pour la tâche à réaliser. Encombrée par de nombreuses informations inutiles, la capacité de mémoire de travail s'en trouverait diminuée (Hasher & Zacks, 1988). Par conséquent, les tâches qui sollicitent ces ressources seraient plus nettement marquées par un effet du vieillissement. Le vieillissement cognitif semble enfin affecté par la réduction de la vitesse de traitement des informations (Salthouse, 1996) mais aussi par le déclin de certaines fonctions exécutives. Celles-ci renvoient notamment aux capacités de flexibilité mentale (« shifting »), de mise à jour (« updating ») et d'inhibition (« inhibition ») (Miyake et al., 2000). Elles concerneraient également la capacité à gérer la nouveauté (Angel & Isingrini, 2015).

Au-delà de ce modèle du vieillissement caractérisé par le déclin, d'autres propositions ont pu montrer que l'avancée en âge était également marquée par des gains cognitifs (Baltes, 1987). Ils compenseraient les déficits cognitifs liés à l'âge en permettant notamment la spécialisation dans d'autres domaines (Angel & Isingrini, 2015). Cette adaptation cognitive au vieillissement traduit une résilience cognitive selon deux formations. Sa forme induite concerne les expériences d'entraînement ou d'aide environnementale – qui visent soit à réduire les ressources nécessaires, soit à utiliser des stratégies différentes (Bäckman & Dixon, 1992) – et sa forme spontanée renvoie aux ressources internes de réorganisation dont la notion de « réserve cognitive » est un exemple. Cette « réserve » concerne les ressources accumulées grâce aux expériences de vie et s'exprimerait par une capacité cérébrale de compensation des déficits cognitifs liés au vieillissement (Stern, 2009). Elle pourrait relever de la réorganisation neuronale dans le cerveau de la personne âgée et mettre en exergue la notion de plasticité cognitive – elle-même consécutive au mécanisme de plasticité cérébrale. Cette plasticité renverrait à l'observation selon laquelle l'individu âgé utilise, de façon consciente ou non, des stratégies différentes de l'individu plus jeune face à certaines tâches cognitives (Greenwood & Parasuraman, 2010).

Certaines fonctions cognitives « déficitaires » peuvent ainsi être considérées comme des adaptations au vieillissement. C'est notamment le cas des capacités d'inhibition dont la diminution avec l'avancée en âge peut s'avérer bénéfique dans certaines situations. En effet, s'ils parviennent moins à ignorer les informations non essentielles (ou distractives) dans une première tâche, celles-ci peuvent être utilisées pour faciliter leur capacité à résoudre des problèmes d'une tâche ultérieure lorsque la solution repose sur ces mêmes distracteurs (Kim et al., 2007). Dès lors, la modification des capacités inhibitrices peut être considérée comme une adaptation stratégique basée sur l'apprentissage que certaines informations sont inutiles dans un contexte mais utiles dans un autre (Angel & Isingrini, 2015). À l'inverse des plus jeunes, les stratégies de mémorisation des individus âgés reposeraient davantage sur l'utilisation de stratégies verbales que sur celle d'images mentales. La génération de ces dernières étant gourmande en ressources cognitives, ces nouvelles stratégies participeraient à compenser leur déficit (Plaie & Isingrini, 2003). De plus, ils privilégieraient un processus de familiarité, qui ne permet pas le rappel du contexte d'apprentissage, mais un accès mnésique plus direct, contrairement aux plus jeunes qui utiliseraient davantage un processus de remémoration dont les éléments contextuels restent accessibles (La Voie & Light, 1994). Pour autant, ces stratégies internes de mémorisation sont amenées à perdre graduellement en efficacité. Ces pertes seraient notamment compensées par l'utilisation croissante de stratégies externes telles que l'aide environnementale à mesure de l'importance des déficits (Angel & Isingrini, 2015). Enfin, le fonctionnement cognitif des personnes plus âgées mobiliserait davantage de ressources exécutives dans le cadre de processus contrôlés. Une explication possible renvoie à l'augmentation de l'utilisation de ces fonctions de manière à en compenser le déficit (Angel & Isingrini, 2015).

Sur le plan cérébral, le vieillissement est associé à une diminution du volume du cerveau qui s'accélère avec l'âge (Raz et al., 1997, 2005). Ces modifications structurelles concernent plus spécifiquement des altérations qui se caractérisent par l'atrophie du cortex pré-frontal et des lobes temporaux, ainsi que celle, à moindre mesure, des régions pariétales et occipitales (Raz & Rodrigue, 2006). D'autres régions présentent une atrophie, notamment au niveau sous-cortical où le volume de l'amygdale, le néo-striatum et le cervelet sont diminués (Raz, 2004). Enfin, l'hippocampe semble présenter une atrophie à partir de l'âge de cinquante ans environ (Allen et al., 2005). Ces atrophies pourraient entretenir des liens avec les troubles cognitifs, ce qui s'observe notamment dans le cas de l'altération du lobe frontal qui semble corrélée avec les troubles exécutifs (Gunning-Dixon & Raz, 2003). Pour autant, l'association entre la diminution

du volume d'une région cérébrale et la présence de troubles cognitifs reste incertaine. À titre d'exemple, la corrélation du volume de l'hippocampe avec les performances mnésiques des enfants et des jeunes adultes est significative alors qu'elle ne l'est pas pour les personnes âgées (Van Petten, 2004). Par ailleurs, des lésions diffuses sont observées au niveau de la substance blanche au cours du vieillissement et ces altérations seraient liées à une faible performance de vitesse de traitement, de mémoire et des fonctions exécutives (Raz, 2000). De plus, le constat d'un déficit de dopamine dans différentes régions cérébrales traduirait le déclin de diverses fonctions cognitives (Bäckman et al., 2000).

Ces altérations de la structure du cerveau amènent à se poser la question des répercussions fonctionnelles. Celles-ci seraient observées à travers la sous-activation de certaines structures, ce qui tendrait à une diminution des performances cognitives. Les réseaux cérébraux impliqués dans certaines fonctions cognitives comme la mémoire de travail, le contrôle exécutif ou encore la mémoire épisodique seraient moins activés sous l'effet de l'âge (Angel & Isingrini, 2015). Ce modèle explicatif du vieillissement cognitif fondé sur la présence de sous-activations s'avère pourtant incomplet. En effet, il s'agirait davantage d'une modification des zones d'activation cérébrales avec les effets de sous-activation, mais également des activations supplémentaires chez les adultes âgés que chez les jeunes, rendues possibles par la capacité de plasticité cérébrale (Park & Reuter-Lorenz, 2009). Elles permettraient ainsi de compenser les altérations cérébrales en utilisant les réseaux alternatifs afin de conserver un bon niveau de performance cognitive (Angel & Isingrini, 2015).

Selon Stern (2002, 2009), la réserve cognitive constituerait le meilleur prédicteur de cette capacité de réorganisation cérébrale. En accord avec le modèle STAC (Scaffolding Theory of Aging and Cognition) de Park & Reuter-Lorenz (2009), il met l'accent sur les différences interindividuelles liées à ces mécanismes de plasticité compensatoire. Les facteurs individuels comme l'éducation, les loisirs ou encore la profession méritent d'être pris en compte dans une approche intégrative du vieillissement dans la mesure où ils contribuent à enrichir la réserve cognitive, elle-même associée au mécanisme de réorganisation neurofonctionnelle. Ce modèle considère que dans certaines situations très coûteuses sur le plan cognitif, les individus peuvent se reposer sur un *échafaudage* constitué de réseaux secondaires protecteurs, construits et utilisés tout au long de la vie. Il serait donc possible de favoriser la construction de ces réseaux alternatifs en stimulant les mécanismes de neuroplasticité. L'entraînement cognitif et physique pourrait alors permettre des bénéfices sur les performances cognitives et viser à optimiser le fonctionnement cognitif pendant l'avancée en âge (La Rue, 2010).

Le vieillissement peut également être défini à travers une perspective relationnelle et dans les changements sociaux induits par l'avancée en âge. À ce titre, la dimension transgénérationnelle représente un indicateur intéressant en ce qui concerne position de dépendance dans la relation entre les parents et leurs enfants. En effet, la position asymétrique des parents sur le plan relationnel est constructive pour leur enfant qui a besoin de cette protection pour s'ouvrir au monde. Cette relation complémentaire peut être amenée à s'inverser lorsque le parent devient dépendant de son enfant. Il s'agit d'un indicateur relationnel intéressant pour définir le vieillissement (Bäckman et al., 2000). Ce changement se produit lentement la plupart du temps, mais il peut être précipité par des événements de vie de tout ordre, qu'ils soient liés ou non à l'avancée en âge. Juan Luis Linares (2003) précise que ce processus ne suit jamais un développement linéaire ou simpliste. Il ajoute que les relations entre les parents et leurs enfants relèvent aussi de facteurs économiques et socioculturels, susceptibles d'avoir un effet sur le positionnement du « vieux » dans la famille.

Les changements relationnels et familiaux s'illustrent également dans les grandes étapes de vie. Les enfants grandissent et les relations familiales se modifient dans les différentes périodes de développement, de l'enfance à l'adolescence et jusqu'à l'âge adulte. Une étape importante dans le cycle de vie de la famille est franchie lorsque ces enfants quittent le cocon familial³². Les parents vivent alors seuls, ce qui est aujourd'hui une caractéristique des couples de personnes âgées dans les familles modernes (Linares, 2003). Cette étape pourrait être représenter un marqueur supplémentaire intéressant pour délimiter le vieillissement, tout comme l'entrée dans la grand-parentalité qui traduit l'évolution du cycle de vie familial. Notons encore l'arrêt des activités professionnelles qui induit des changements durables dans la structure de la famille. Enfin, les ruptures maritales comme le divorce ou la perte du conjoint sont plus fréquentes avec l'avancée en âge.

Pour désigner cette période liée aux difficultés qui surviennent entre 40 et 65 ans, Gognalons-Nicolet et Bardet Blochet (1991) parlent de « maturescence ». Ces changements constituent des indices qui permettent de poser les jalons caractéristiques de la vieillesse. Ils ne respectent pas de chronologie précise mais traduisent des modifications profondes dans l'organisation familiale mais aussi de l'ensemble de la sphère sociale et en nécessitent la réorganisation. Chaque famille se confronte un jour à ces changements et doit faire face au vécu qu'ils induisent. Les rôles sociaux sont amenés à évoluer, qu'ils soient perçus par les intéressés

³² Le syndrome du nid vide (Neugarten, 1970) correspond au manque éprouvé par les parents face à cette place vide laissée par l'enfant en quittant la maison.

ou attribués par les autres, comme par exemple, quand une personne se lève et propose sa place dans un bus bondé, ou encore quand le parent retraité est appelé à garder les petits-enfants, ce qui illustre également un changement dans son rôle familial.

3.1.2 Le vécu subjectif de ces changements

Tous ces marqueurs du vieillissement font l'objet d'une appréciation subjective particulièrement hétérogène dans leur vécu et dans les stratégies adoptées pour y faire face. Pour autant, certains axes subjectifs marquent plus spécifiquement une période de la vie. C'est le cas de l'ensemble des éléments décrit jusqu'ici qui articulent des éléments biologiques, psychologiques et sociaux. Ainsi, les marqueurs physiologiques, neurocognitifs, relationnels et familiaux participent au vieillissement en exerçant des influences plus ou moins importantes sur les sujets âgés. Notons à ce propos qu'ils surviennent ou ne surviennent pas, qu'il se manifestent de façon tout à fait différente d'un individu à l'autre et qu'ils peuvent entretenir des rapports plus ou moins complexes entre eux.

Revenons d'abord sur les vécus de pertes, souvent considérées comme marqueurs significatifs du vieillissement (Ribes, 2006). Ces vécus concernent les pertes liées aux activités professionnelles, au corporel, au relationnel, à l'affectif, aux pertes cognitives, etc. Cette vision du vieillissement basée sur la perte marque la façon de vivre le vieillissement des personnes âgées dans une société qui souligne cette perspective. La vision d'une vieillesse déficitaire est aussi véhiculée par certains médias qui n'évoquent les « vieux » qu'au travers des difficultés qu'ils rencontrent (par ex. la maltraitance dans les EHPAD, la maladie d'Alzheimer etc.), que les autres rencontrent avec eux et par des perspectives cognitives basées sur les dysfonctionnements neurocognitifs qu'il s'agirait d'évaluer précisément (Talpin, 2017). Cette image négative est susceptible d'avoir un effet sur les représentations du vieillissement autant chez les jeunes que chez les âgés eux-mêmes. Le risque étant de s'attribuer les caractéristiques inhérentes aux stéréotypes qui entourent l'âgisme et de s'y conformer (Marchand, 2008). D'autant que ces derniers sont déjà concernés par leurs propres angoisses, qu'elles soient liées au vieillissement ou non (Talpin, 2017).

Nous pouvons citer à ce propos la plainte mnésique chez les sujets vieillissants. Si les changements évoqués précédemment sur le plan neurocognitif peuvent être invoqués, ils s'ajoutent potentiellement à des vécus anxio-dépressifs qui majorent les difficultés à mobiliser les ressources cognitives. Pourtant, malgré ce sentiment de perte qui porte autant sur le plan psychique que sur la sphère cognitive, les mesures effectives des performances cognitives sont

rarement corrélées avec ces plaintes (Derouesné, 2003). Cela semble appuyer l'hypothèse qu'elles sont aussi le signe d'une crainte liée aux pathologies associées au vieillissement et pour lesquelles certaines personnes plus âgées sont particulièrement sensibles. À juste titre, dans la mesure où la fréquence d'apparition de ces pathologies augmente avec l'âge et qu'il n'est pas rare d'y avoir été personnellement confronté au cours de sa vie.

Jean-Marc Talpin (2017) revient sur les différents changements qui surviennent dans le processus du vieillissement et aborde la notion de crise en la considérant comme un état de rupture qui nécessite une réorganisation afin de trouver un nouvel équilibre. Il cite à ce titre la crise du milieu de vie qui correspond à la survenue des premiers éléments que nous avons décrits préalablement. Cette période initialement décrite par Eliott Jacques dans les années 1960 correspond au moment où le sujet se rend compte que la mort n'est pas seulement extérieure à lui, mais qu'elle est déjà « à l'intérieur » de lui. Il prend ainsi connaissance de l'existence de sa propre mortalité (Talpin, 2017). Cette expérience est le fruit du constat de son corps physique vieillissant ainsi que celui de ses proches, mais aussi de ces situations qui ne trompent plus comme le départ des enfants de la maison ou le rapprochement de la retraite professionnelle. Cette impression d'arriver au milieu de sa vie est également liée aux croyances, induites notamment par l'identification aux parents et aïeux à propos de son espérance de vie, qu'il soit né dans une famille traditionnellement centenaire ou à l'inverse, marquée par des décès prématurés. Ces constats et cette inévitable confrontation à la mort entraîne une réorganisation de l'idéal du moi : ces questionnements émergent pour déterminer la position atteinte par le sujet et celle qu'il souhaitait atteindre, s'il a l'impression d'avoir réussi et si les idéaux qu'il entretenait par le passé sont toujours d'actualité.

Ainsi confronté à son vieillissement, le sujet peut être animé par plusieurs réactions décrites par Jean-Marc Talpin (2017). Il peut considérer ne pas avoir changé mais que le monde autour de lui n'est plus le même, les autres se comportent différemment. Cette réaction de déni peut relever de défenses maniaques qui se caractérisent notamment par un surinvestissement de la performance. De façon opposée, le sujet peut présenter une réaction dépressive et avoir l'impression que la vie n'a plus de valeur. Une réaction qui s'accompagne habituellement d'un désinvestissement généralisé. Toutefois, une réaction d'équilibre peut être observée par la mise au travail du « bilan de vie ». Il s'agit d'analyser les idéaux du moi afin de dresser un bilan pour savoir s'ils ont été atteints et s'ils restent toujours réalisables. De ce fait, des réorganisations peuvent avoir lieu et sous-tendre des changements de vie plus ou moins importants que ce soit personnellement ou professionnellement.

Jean-Marc Talpin parle plus largement du « travail de vieillir » pour désigner ces processus de transformation psychique à l'œuvre dans ces réorganisations qui visent à un retour à l'équilibre. Ce travail concerne également la question de l'identité, fondamentale dans le vieillissement. La construction identitaire évolue tout au long de la vie et continue de se modeler dans le travail du vieillissement : le sujet « *construit son « être-vieux » en fonction des vieux qu'il y avait dans son environnement, le processus identificatoire se poursuit tout au long de la vie, en fonction des questions auxquelles le sujet est confronté, en fonction de ses besoins psychiques* » (Talpin, 2017, p. 72). Aussi le sujet se construit-il en tant que personne vieillissante en prenant psychiquement appui sur ces modèles identificatoires. Un processus qui permet de réinvestir un nouvel idéal du moi et peut se trouver menacé par l'épreuve de la réalité lorsque la figure d'investissement évolue en contradiction avec les idéaux qui avaient motivé cette identification.

L'impression de « se sentir vieux » pourrait notamment s'inscrire dans ce processus de réorganisation identitaire. À ce propos, Paul Fraise (1967) propose que les individus seraient capables de percevoir la durée de chaque segment de temps donné pour une activité. Le temps perçu renverrait ainsi à la succession du nombre d'événements liés à la personne, avec une impression que le temps passe vite lorsque ce nombre est élevé. À l'inverse, il remarque que le souvenir de périodes composées de nombreux événements laisseraient une impression plus lente que lors de période plus « vide » (Fraise, 1967). La perception subjective du temps renvoie également à « l'âge subjectif » qui correspond à l'âge auquel la personne s'identifie en fonction des rôles sociaux qu'il lui attribue (Guiot, 2001). Il a été décrit à partir des travaux de Tuckman & Lorge (1953), et de Blau (1956) qui ont observé que les personnes âgées de plus soixante ans continuaient à se considérer comme « jeunes » ou « moyennement âgées » et ce, même lorsqu'elles avaient plus de 80 ans. L'âge subjectif aurait ainsi tendance à être inférieur à l'âge objectif, une tendance qui se renforcerait avec le vieillissement. Ainsi, de nombreuses personnes âgées se considèrent plus jeunes qu'elles ne le sont réellement (Guiot, 2001). D'autres chercheurs considèrent l'âge subjectif comme un indicateur qui concernerait autant le temps passé que le temps à venir (Rosenfelt et al., 1964). Cet âge pourrait témoigner du positionnement de la personne dans sa perception du temps qu'il lui reste à vivre. Elle serait ainsi articulée entre un désir d'immortalité et l'approche inexorable de la mort. En ce sens, l'âge subjectif permettrait de structurer l'avenir par une recherche d'équilibre entre ces deux pôles (Guiot, 2001), une perspective qui va dans le sens des propositions de Talpin (2017). Cette perception de l'âge demeure ainsi en lien avec l'âge chronologique, notamment au moment des

fêtes d'anniversaires de naissance qui seraient investies pour tenter d'imposer l'âge subjectif par rapport à l'âge objectif de l'état civil (Heslon, 2008).

D'ailleurs, un certain nombre de personnes âgées ne témoignent pas particulièrement de difficultés liées au vieillissement, mais plutôt à la maladie (Grenier, 2011). Une position qui traverse la clinique en EHPAD indépendamment des maladies en question, qu'elles affectent la personne sur le plan fonctionnel ou non. Cela pourrait être interprété comme un retour du vieillissement objectif sur le psychisme qui se cristallise sur un événement précis (« c'est cette maladie ») qui serait considéré comme responsable des maux et des problématiques liées au vieillissement (Ross, 2003 citée par Talpin, 2017). D'autant plus que l'environnement « soignant » est largement susceptible d'entretenir l'illusion que *cette maladie* pourrait être guérie et que dépend de cela la qualité de son traitement.

3.1.3 Entre vieillissement normal et pathologique

Au-delà de la singularité du processus de vieillissement et de ses nombreuses variabilités interindividuelles, les similarités observées dans les trajectoires de vie de certains sujets ont permis de les regrouper et de les catégoriser afin de mieux les comprendre. C'est notamment le cas de l'évolution défavorable de l'état de santé physique et psychique des personnes atteintes de pathologies liées à leur âge. Les complications liées au vieillissement pathologique expliquent l'intérêt des chercheurs et des praticiens pour le temps qui précède l'entrée dans cette modalité du vieillir. Si certaines personnes voient leur état de santé évoluer vers une situation pathologique, il s'agit de comprendre s'il existait des prédispositions, des indices ou des éléments prédictifs pour éviter que ces changements ne se produisent chez leurs pairs. Ce temps-carrefour représente un potentiel d'investissement particulièrement important, en même temps qu'il valorise une perspective fragmentaire du vieillissement (Jeandel, 2005). La personne concernée et son entourage se posent des questions liées au vieillissement et à la crainte de sa perspective pathologique. Il s'agit également d'un moment clé pour la recherche qui tente de réduire le risque pathologique en proposant différents moyens de prévention. Des thérapies médicamenteuses aux recommandations de modes de vie, c'est dans cet espace que se développent des propositions valorisées socialement et économiquement dans la mesure où elles représentent un enjeu majeur de santé publique.

Le concept de fragilité (en anglais *frailty*) enrichit la nuance sur le continuum du vieillissement normal et pathologique en se positionnant entre ces deux positions. Il désigne l'état d'une personne dont le risque de développer une maladie en lien avec l'âge est élevé car

elle ne parvient plus à répondre de manière adaptée aux situations de stress en raison d'une réduction de ses ressources physiologiques (Tabue-Teguo et al., 2017). L'état de fragilité n'est pas systématique dans le vieillissement et repose principalement sur cette notion de risque. Le définir est d'autant plus complexe que le vieillissement normal induit inévitablement des changements. Certains critères spécifiques sont ainsi retenus afin d'opérationnaliser la fragilité en tant que *syndrome*. Ils visent à établir des valeurs prédictives de l'état de santé qui pourrait évoluer vers une situation de vieillissement pathologique. Dans cette optique, le modèle de Fried et al. (2001) est le plus influent et propose un « phénotype de fragilité » qui repose sur la présence de trois des cinq critères suivants (Tabue-Teguo et al., 2017) : la perte involontaire d'au moins 5 kg (10lb) dans l'année passée, la sensation d'épuisement, la faiblesse musculaire, la faible pratique d'activités physiques et la lenteur de la vitesse de marche. Ce modèle permettrait de prédire notamment le risque de chute, de réduction de la mobilité, d'hospitalisation ou de décès (Fried et al., 2001). Il présente toutefois plusieurs limites comme celle de ne considérer que des critères physiques, l'absence de prise en compte des personnes dépendantes car elles ne répondent pas spécifiquement aux critères de ce modèle et la non validité de ce modèle pour les pathologies dont les symptômes correspondent aux critères du phénotype (ex. maladie de Parkinson) (Tabue-Teguo et al., 2017).

Dans une optique similaire, l'échelle de fragilité développée par Rockwood et al. (2005) vise à prédire la mortalité et le risque de se trouver dans une situation qui nécessite d'entrer en institution gériatrique. Ces auteurs proposent un « indice de fragilité » qui correspond au taux de présence de déficits dans une liste multiple de variables liées à l'âge. D'autres modèles sont proposés pour opérationnaliser ce concept de fragilité mais il n'existe pas de consensus à l'heure actuelle pour le définir tant les approches sont hétérogènes (Rodríguez-Mañas et al., 2013). Cependant, quelques signes en dessinent les contours et semblent propices pour prédire les événements défavorables de santé. Ils concernent certains marqueurs biologiques comme les altérations métaboliques ou immunitaires, la sarcopénie, mais également des facteurs de performance physique et cognitive ou encore des déterminants psycho-sociaux et environnementaux (Tabue-Teguo et al., 2017). Enfin, c'est au stade de l'état de fragilité qu'il serait possible de proposer des interventions d'activités physiques, de programmes nutritionnels et cognitifs pour permettre de retrouver une condition de santé inscrite dans une trajectoire de vieillissement « réussi » (Sink et al., 2015 cités par Tabue-Teguo et al., 2017).

La notion de vulnérabilité du sujet âgé représente également un aspect complexe du vieillissement dans sa dimension normative de catégorisation entre le normal et le pathologique.

Cette terminologie est majoritairement utilisée comme synonyme de fragilité mais lui est préférée par certains auteurs dans le champ de la gérontologie, notamment en ce qu'elle marque les liens entre la personne et son environnement (Leroux, 2016). Jean Bouisson (2003; 2007) s'intéresse notamment à la vulnérabilité perçue par la personne dans sa subjectivité et complète ainsi la perspective classique de prédisposition aux différents risques objectifs. Dans l'émergence de ce sentiment de vulnérabilité et sur ses conséquences psychiques, il observe un lien entre le vécu de certaines expériences extrêmes et celui du vieillissement. Les changements de nature interne ou externe créent une tension qui renvoie à l'impossibilité de mettre en place les moyens habituels et à utiliser l'expérience acquise pour faire face à la nouvelle situation. Cette tension pourrait expliquer la manifestation de troubles anxieux qui résulteraient du vécu de ces pertes accompagnées de la crainte d'en vivre d'autres, mais aussi de la fragilisation de la sécurité interne. Les manifestations anxieuses seraient d'autant plus importantes que les ressources propres au sujet sont moins efficaces. Le sujet peut y faire face en limitant ses activités et en adaptant son quotidien de manière à réduire les conséquences de cette perte de flexibilité mais toutes les personnes âgées n'y parviennent pas. Elles ne peuvent réadapter leur positionnement afin de s'ajuster à leurs capacités actuelles. Dans cette dynamique anxieuse, les sujets multiplient les tentatives d'ajustement en manifestant des efforts de plus en plus inadaptés. Ces tentatives aboutissent à un état de confusion décrit comme une « crise de défaillance psychique » (Postel et al., 1961 cités par Bouisson, 2007). Cet état de crise est réversible et le sujet peut mettre en place des stratégies pour éviter qu'il ne se reproduise.

Bouisson évoque différents mécanismes de défense mis en place pour assurer une sécurité identitaire et ne pas risquer l'effondrement psychique. Il décrit un état de « *régression à des besoins infantiles* », ainsi que la « *polarisation de la pensée sur un petit nombre de contenus ou d'activité* », mais aussi « *l'installation d'un ordre fixe et rigide dans tout ce qui fait partie de l'univers proche et familier* » et enfin « *le besoin de garantir la permanence et la stabilité de l'identité, en veillant notamment à l'intégrité d'un territoire intime à la périphérie de soi et en se cramponnant à certains objets* » (Bouisson, 2007, p. 112). Pour autant, malgré la mise en place de ces stratégies défensives, l'angoisse reste latente et les situations difficiles telles que de nouvelles pertes ou ruptures risquent de mener à une nouvelle « crise de défaillance psychique ». Cette latence du sentiment de vulnérabilité qui accompagne la mise en place de ces défenses caractéristiques constituent le « syndrome de vulnérabilité » (Bouisson, 2007). Cette notion de vulnérabilité semble située entre le normal et le pathologique, Bouisson lui-même indiquant qu'il considère le *syndrome* de vulnérabilité comme un processus pathologique

(Bouisson & de Boucaud, 2003). Pour autant, le *sentiment* de vulnérabilité ressenti face aux changements de la sénescence semble contenu par la mise en place de défenses adaptatives capables d'entraîner des réorganisations identitaires et de bouleverser l'économie psychique du sujet. Elles peuvent aussi permettre de rétablir un nouvel état d'équilibre qui se poursuit jusqu'à la mort.

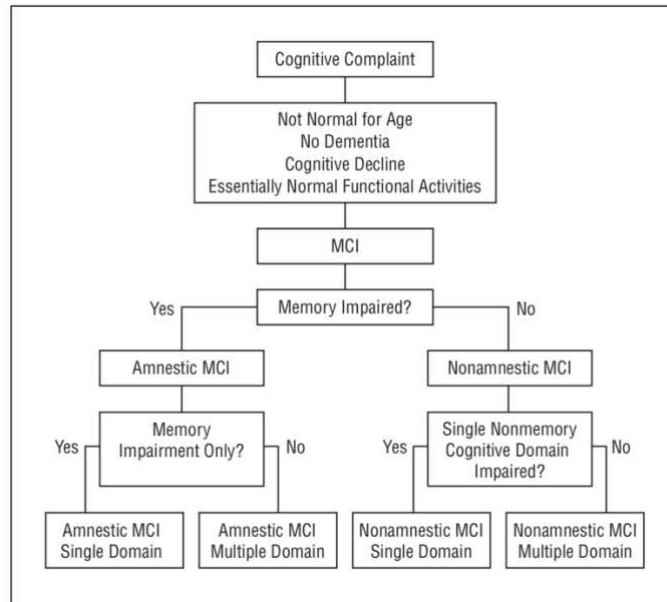
Le risque qu'un processus de vieillissement normal bascule sur un versant pathologique inspire enfin la notion de « déficit cognitif léger » ou de « mild cognitive impairment³³ » à Ronald C. Petersen et son équipe dans les années 1990 (Petersen, 1995; Petersen et al., 1997, 1999). De nombreuses recherches portent alors déjà sur la période qui précède l'apparition de la maladie d'Alzheimer et cette équipe propose d'établir des critères de catégorisation afin de mettre en évidence la notion de continuum cognitif (Lacomblez & Habert, 2007). Le MCI renvoyant à l'étiologie pathologique de cette démence dans sa phase pré-clinique, ils le considèrent comme un passage inévitable du vieillissement normal à la maladie d'Alzheimer et retiennent cinq critères pour définir ces troubles : le patient fait état d'une plainte mnésique et présente un trouble objectif de la mémoire lié à l'âge, son fonctionnement cognitif global est normal et ses activités quotidiennes sont préservées, enfin, il ne répond pas aux critères de démence (Petersen et al., 1999).

Pourtant, ce concept de MCI présente des limites inhérentes à ses critères mais aussi en raison notamment de ses nombreux facteurs d'hétérogénéité (Fénelon & Salhi, 2018; Lacomblez & Habert, 2007). En effet, les critères diagnostics manquent de précision dans leur définition et la grande variabilité dans le pronostic d'évolution de la MCI vers l'apparition effective de la maladie d'Alzheimer illustre l'importance de les définir clairement afin d'en estimer la prévalence et l'évolution (Ritchie et al., 2001). De plus, la nécessité de préciser les tests neuropsychologiques à utiliser pour poser ce diagnostic est particulièrement importante, sur la façon d'évaluer la plainte mnésique par exemple. Mais plus encore, la définition même du concept de MCI est largement critiquée en raison de son absence de clarté mais aussi du recouvrement nosographique d'autres pathologies qui partagent des critères communs (Lacomblez & Habert, 2007). De fait, sa valeur prédictive s'en trouve limitée et les personnes atteintes de MCI peuvent évoluer vers d'autres démences que la maladie d'Alzheimer, elles peuvent aussi présenter une stabilité de leurs fonctions cognitives, ou encore, montrer une réversibilité avec une amélioration de leurs performances (Lacomblez & Habert, 2007; Ritchie et al., 2001). Ces limites ont mené à une précision du concept par Petersen et son équipe afin

³³ L'acronyme MCI est majoritairement utilisé pour désigner le déficit cognitif léger.

de définir plus clairement le déficit cognitif léger. Ils aboutissent à une catégorisation plus fine qui partage le MCI en quatre modalités distinguées en fonction des troubles de la mémoire dans une forme amnésique et une forme non-amnésique (Petersen & Morris, 2005).

Figure 2 : Schéma des sous-types de MCI pour le diagnostic (Petersen & Morris, 2005)



Ils établissent ainsi différents sous-types de MCI qui permettent de répondre à certaines des critiques précédemment évoquées, notamment sur le plan de la prédiction évolutive de l'état cognitif du patient diagnostiqué. Selon ces auteurs, la forme amnésique d'atteinte unique serait davantage associée à une évolution vers une maladie d'Alzheimer. Sa forme mnésique d'atteinte multiple – qui concerne au moins une autre fonction cognitive – pourrait évoluer vers une maladie d'Alzheimer ou une démence vasculaire. Le MCI dans sa forme unique non amnésique – qui concerne un trouble cognitif autre que la mémoire – pourrait évoluer vers une démence fronto-temporale (DFT). Enfin, dans sa forme non amnésique d'atteinte multiple, il pourrait évoluer vers une démence à corps de Lewy (Petersen & Morris, 2005).

Cependant, ces critères demeurent trop limités pour établir un modèle de prédiction spécifique et fiable. Il reste difficile de considérer s'ils correspondent à une étape de transition, à un stade pré-démence ou encore à un facteur de risque car les sujets diagnostiqués n'évoluent pas toujours vers une pathologie démentielle (Belleville et al., 2008; Lacomblez & Habert, 2007). Toutefois, l'intérêt d'identifier des critères diagnostiques destinés à détecter d'une pathologie démentielle avant l'apparition de symptômes invalidants pourrait améliorer considérablement la qualité de vie de ces patients. Quelle que soit l'évolution théorique de leur état cognitif, ces derniers pourraient bénéficier d'une prise en charge adaptée afin de réduire la

vitesse d'apparition des symptômes ou de réduire les risques pathologiques en adoptant un mode de vie plus favorable.

Cette catégorisation vise fondamentalement à mettre en lumière ce qui serait latent, quitte à le rendre manifeste. En effet, la question des répercussions psychiques d'un tel diagnostic n'est pas à écarter si le fait de chercher – et donc parfois de trouver – un état de déficit cognitif léger en devenait à être valorisé par le chercheur, puis par le médecin en tant que diagnostic prédictif pré-déméntiel. En voulant le mieux pour son patient, et donc le prévenir de toute affection pathologique, ne risquerait-il pas de sur-diagnostiquer le MCI en raison des contours flous de sa définition initiale ? Et dans quel intérêt si sa valeur prédictive manque de fiabilité ? La question reste ouverte, mais il est nécessaire de souligner le potentiel d'effraction psychique d'une telle annonce dans un contexte possible de vulnérabilité de la personne âgée.

3.2 Le vieillissement pathologique

Le vieillissement pathologique est une notion synonyme à celle de sénilité. Cette terminologie plutôt floue renvoie au lien entre la maladie et la diminution des facultés physique et psychique de la personne âgée. Elle ne représente pas la suite logique et inévitable du vieillissement normal mais fait suite aux décompensations de pathologies spécifiques liées à l'avancée en âge. La notion de sénilité semble d'autant plus complexe que les changements apparus au cours du vieillissement normal – ou la sénescence – prédisposent justement au développement de pathologies. Le vieillissement pathologique serait ainsi l'expression pathologique de maladies liées à l'âge, avec toute la nuance nécessaire pour déterminer les causes de l'âge dans certaines affections. Le vieillissement pathologique ne donc fait plus directement référence aux changements mais il en traduit certaines conséquences. L'état d'équilibre qui s'opère dans le processus du vieillissement peut être amené à se rompre et tendre vers la perte des capacités d'adaptation sur différents aspects.

3.2.1 Les principales pathologies liées à l'âge

Le vieillissement du sujet entraîne de nombreux changements, notamment sur le plan physiologique où le corps présente un risque plus élevé de développer certaines pathologies. Les personnes âgées présentent rarement une seule et unique affection médicale. La situation la plus habituelle est la présence de plusieurs pathologies chroniques, ce qui pourrait être considéré comme l'expression des facteurs de risques. Dans ce contexte, certaines pathologies semblent particulièrement liées à l'avancée en âge. Elles s'expriment notamment par des chutes

dont les modalités peuvent traduire différentes affections sous-jacentes. Peter H. Millard (1996) propose notamment de considérer le lien entre l'endroit de la chute dans la maison et le diagnostic médical. Cet auteur suggère d'autres modalités d'expression pathologiques ou symptomatiques liées à l'avancée en âge comme les démences, la confusion, l'incontinence, les escarres, les contractures et le « bed-blocking »³⁴.

Malgré la grande hétérogénéité des pathologies liées à l'âge, certaines affections sont fréquemment observées. Elles concernent notamment les troubles de la vision avec la cataracte et la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), les pathologies osseuses comme l'arthrose et l'ostéoporose ou encore les troubles du système digestif. Ces maladies liées à l'âge n'entraînent pas nécessairement une situation d'incapacité et leurs conséquences sont aussi nombreuses que les pathologies elles-mêmes. En revanche, d'autres pathologies liées à l'âge évoluent inévitablement vers une situation de dépendance physique et psychique, ce qui est le cas des maladies neuro-évolutives.

3.2.2 Les maladies neuro-évolutives

La notion de maladie neuro-évolutive fait référence à une classification récente des pathologies encore largement décrites comme neurodégénératives. La plus fréquente est la maladie d'Alzheimer, si bien qu'en EHPAD et dans les recommandations officielles actuelles, la notion de « maladie d'Alzheimer et apparentée » recouvre ces atteintes pathologiques. Le propos ici n'est pas de présenter précisément ces pathologies neuro-évolutives mais d'en proposer une brève description dans la mesure où elles sont représentatives des atteintes pathologiques d'une partie des personnes âgées qui vivent en institution gériatrique.

Ces pathologies renvoient également à la terminologie de « démence dégénérative » qui désigne des déficits cognitifs multiples s'aggravant dans le temps. Elles concernent des maladies considérées d'origine cérébrale qui demeurent incurables à l'heure actuelle. Ces affections neurodégénératives peuvent être distinguées en fonction de la localisation anatomique des lésions. Elles sont alors différenciées en trois catégories distinctes. Tout d'abord, les *pathologies corticales* qui concernent la partie la plus externe du cerveau (le cortex cérébral) et regroupent notamment la dégénérescence fronto-temporale, les aphasies progressives primaires et la maladie d'Alzheimer. Ensuite, les *pathologies sous-corticales* qui correspondent aux structures centrales situées plus profondément que le cortex cérébral et

³⁴ Le terme de bed-blocking fait référence à la durée, souvent longue, de l'hospitalisation des malades très âgés (Doucet, 2002).

renvoient à la maladie de Parkinson, la paralysie supra-nucléaire progressive et à la maladie de Huntington³⁵. Enfin, les *pathologies cortico-sous-corticales* qui traduisent les lésions des deux localisations anatomiques et concernent la maladie à corps de Lewy et la dégénérescence cortico-basale.

Ces pathologies sont caractérisées par les troubles qu'elles provoquent ainsi que par les répercussions fonctionnelles observées par la personne et ses proches. En ce qu'il n'est pas rare de rencontrer des résidents qui en souffrent dans la pratique en EHPAD, il semble pertinent d'en mentionner les principaux symptômes et leurs répercussions cliniques afin de familiariser le lecteur à ces pathologies. À ce titre, la maladie d'Alzheimer est forme la plus fréquente d'atteinte neurodégénérative observée chez les personnes âgées. Cette pathologie est principalement caractérisée par la présence et la progression insidieuse de troubles qui affectent largement le fonctionnement quotidien avec une amnésie typique prédominante. Elle serait composée de trois stades successifs : la phase pré-clinique, le MCI et la démence (Croisile et al., 2012). L'appréciation diagnostique de ces étapes repose sur l'observation des signes cliniques et la présence de biomarqueurs. Ces derniers renvoient à la formation de plaques amyloïdes (ou plaques séniles), à une dégénérescence neurofibrillaire (pathologie tau), à un dysfonctionnement synaptique et une perte neuronale (Molin & Rockwood, 2016).

Le stade pré-clinique est diagnostiqué sur la base de l'observation de ces biomarqueurs uniquement car il est asymptomatique. Cette phase est susceptible d'être présente jusqu'à dix ans avant l'apparition des premiers symptômes (Sperling et al., 2011). Au cours des stades symptomatiques de MCI et de démence, ces biomarqueurs sont utilisés pour déterminer la probabilité (forte, intermédiaire ou faible) d'attribution des troubles à la maladie d'Alzheimer (Molin & Rockwood, 2016). Toutefois, à l'heure actuelle seul l'examen post-mortem permet de réaliser de manière fiable un diagnostic de maladie d'Alzheimer. Dans sa forme clinique typique, la démence due à la maladie d'Alzheimer est caractérisée principalement par une amnésie de type hippocampique (Croisile et al., 2012). Ses critères cliniques principaux renvoient à la présence de *troubles cognitifs et comportementaux* définis par McKhann et ses collaborateurs en 2011. Ils interfèrent avec les activités quotidiennes et témoignent d'un déclin du niveau de fonctionnement antérieur de la personne et sont caractérisés par une altération de l'acquisition ou du rappel d'information nouvelles qui amènent la personne à se répéter, à perdre des objets ou à oublier des événements importants. Ils concernent également les *troubles*

³⁵ Cette pathologie d'origine génétique s'exprime généralement autour de l'âge de 35 ans. Aussi les personnes atteintes sont-elles considérablement plus jeunes que celles accueillies en EHPAD.

du raisonnement et du jugement qui peuvent conduire à la prise de décisions inadaptées et dangereuses ou à prendre des risques inconsidérément. *L'altération des capacités visuo-spatiales* amènent à des troubles de la reconnaissance des personnes ou des objets et rendent les interactions compliquées. Des *troubles du langage* qui se traduisent par une difficulté à trouver ses mots ou à les utiliser correctement peuvent être observés, ainsi que des difficultés de compréhension. Enfin, *la personnalité et le comportement se modifient* et la personne peut faire preuve de fluctuations de l'humeur. L'agitation ou l'apathie, les idées délirantes, obsessionnelles ou compulsives et les comportements sociaux inadaptés peuvent enfin être observés. La progressivité insidieuse de ces symptômes caractérise cette maladie d'Alzheimer dont le diagnostic repose sur la présence d'au moins deux de ces signes (McKhann et al., 2011). Toutefois, cette pathologie revêt plusieurs formes : une forme typique et une forme atypique pour laquelle les troubles mnésiques ne sont pas au premier plan dans les premiers temps de la maladie. Ces différentes formes traduisent la complexité de définir et de présenter cette pathologie du vieillissement et marquent l'importance de poursuivre les recherches afin d'en préciser la nature ainsi que la perspective d'évolution et d'intervention clinique.

Une autre pathologie neurodégénérative fréquente est la maladie à corps de Lewy qui porte le nom des cellules du cerveau dont la structuration devient anormale. Elle est la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer et se manifeste principalement par une fluctuation de l'état cognitif, la présence d'hallucinations généralement visuelles et un syndrome parkinsonien. Le risque de chute est majeur et les personnes ont tendance à beaucoup tomber en arrière. Des idées délirantes peuvent être observées et une grande sensibilité aux neuroleptiques complique la prise en charge de ces personnes. Ces troubles neuropsychiatriques sont d'ailleurs particulièrement difficiles à vivre pour les aidants naturels ou professionnels qui sont en contact quotidien avec des personnes atteintes de ces pathologies.

D'autant plus concernées par ces difficultés, les personnes atteintes de démence fronto-temporale (DFT) souffrent d'une pathologie corticale qui se manifeste par l'apparition insidieuse de troubles comportementaux et émotionnels associés à un changement progressif de la personnalité. Une forme désinhibée sur le plan verbal et comportemental est fréquente au début de la maladie et évolue inévitablement vers une forme apathique. Généralement, ces deux positions s'alternent au cours de la maladie. De plus, la personne atteinte de DFT peut négliger son hygiène corporelle et le ménage de son habitation en accumulant des ordures, développer une appétence pour les sucreries et une hyperphagie susceptible de lui faire prendre du poids, se trouver attirée par le jeu et dépenser inconsidérément de l'argent. Une rigidité de la pensée

peut s'exprimer par des idées fixes et des comportements de vérification. Enfin, les réactions comportementales inappropriées et l'apparente absence d'émotion dans une sorte d'indifférence affective sont les signes particulièrement marqués de cette maladie.

D'autres pathologies neuro-évolutives renvoient principalement aux troubles moteurs, ce qui est notamment le cas des maladies concernées par la présence d'un syndrome parkinsonien. Ce syndrome se caractérise par des troubles de la motricité volontaire et automatique nécessairement associée à des tremblements de repos, à une rigidité ou à une instabilité posturale. La maladie de Parkinson en est la cause la plus fréquente (environ 70% des cas) et la plus connue. Ce syndrome en constitue le tableau clinique principal en plus de la présence de troubles cognitifs (ralentissement cognitif, troubles exécutifs et visuo-spatiaux) et neuropsychiatriques (dépression, anxiété et hallucinations). Dans environ 40% des cas, cette maladie peut évoluer vers une augmentation progressive des troubles cognitifs et alors constituer le tableau clinique de la démence parkinsonienne. De plus, d'autres pathologies plus rares peuvent également être concernées par la présence d'un syndrome parkinsonien, comme la paralysie supra-nucléaire progressive qui est aussi caractérisée par des troubles de l'équilibre (chutes vers l'arrière) et une paralysie caractéristique des muscles de l'œil. Dans cette pathologie, des troubles du langage verbal (discours ralenti) ainsi que des troubles de la déglutition peuvent être également présents. Enfin, des troubles comportementaux proche de la DFT sont fréquents. Enfin, il est fréquent d'observer un syndrome parkinsonien dans les cas de démence cortico-basale. Il s'agit d'une maladie rare qui s'exprime principalement par des troubles praxiques asymétriques : les gestes les plus simples deviennent très désorganisés et la main de la personne peut bouger de façon involontaire.

Enfin, certaines maladies neurodégénératives sont marquées par les troubles du langage et de la communication dans les premiers temps de la pathologie. Il s'agit notamment des aphasies progressives primaires³⁶ (APP) qu'il convient de distinguer des aphasies d'origine vasculaire ou traumatique. Elles catégorisent trois pathologies distinctes que sont l'APP sémantique (fluente), l'APP non fluente et l'aphasie logopénique (Gorno-Tempini et al., 2011) qui évoluent toutes trois progressivement vers un mutisme. L'APP sémantique est principalement caractérisée par l'apparition insidieuse de troubles de la mémoire sémantique qui se manifestent par des difficultés de compréhension de plus en plus importantes. Si le discours reste fluent, il n'est que très peu informatif et la personne peut avoir tendance à

³⁶ L'article de Gorno-Tempini et al. (2011) apporte plus de précisions sur les critères diagnostics de ces pathologies.

remplacer des mots par d'autres (paraphasie). La reconnaissance visuelle des objets et des formes, ainsi que des visages peut devenir difficile et des troubles comportementaux (similaires aux DFT) peuvent être observés. Une autre pathologie catégorisée dans le cadre des aphasies progressives primaires concerne une variante non fluente (Gorno-Tempini et al., 2011). Dans cette maladie, les patients conservent de bonnes capacités de compréhension mais leur discours devient laborieux, hésitant et ralenti mais surtout, de plus en plus difficile à comprendre pour l'autre : ils ne parviennent plus à trouver le mot adéquat et les tentatives de remplacement sont souvent inadaptées (usage d'un autre mot, omission des mots grammaticaux, erreurs phonémiques, etc.). Ils peuvent également présenter des troubles du comportement de type DFT. Par ailleurs, la conscience de ces troubles du langage accentue le risque de symptômes anxio-dépressifs chez les personnes atteintes. Enfin, la variante logopénique renvoie à un langage hésitant avec un manque du mot fréquent et une difficulté marquée pour comprendre oralement et répéter des phrases contrairement aux mots simples qui ne posent pas de problème.

Dans un contexte de vieillissement global de la population qui s'articule inévitablement avec l'augmentation de la prévalence des pathologies liées au vieillissement, les maladies neurodégénératives constituent un enjeu majeur de santé publique. De nombreuses recherches sont à l'œuvre et tentent notamment de proposer des pistes d'intervention médicamenteuses ou non. Parmi les personnes accueillies en institution gériatrique, les pathologies neuro-évolutives semblent parfois surreprésentées au détriment d'autres profils pathologiques dont la symptomatologie peut se rapprocher mais dont l'évolution dans le temps est tout à fait différente. Enfin, malgré les composantes biologiques indiscutables de ces pathologies, il n'est pas encore possible d'établir un lien de causalité entre le biologique et le psychique (Talpin, 2020). Le sujet âgé pourrait être amené à faire le choix inconscient de la démence (Maisondieu 1989), ce qui lui permettrait de « *mettre à distance la perspective de sa propre mort et le présent en tant qu'il est source de souffrances indépassables pour ce sujet-là du fait de la perte d'objets d'amour* » (Talpin, 2020, p. 229).

3.2.3 Le vieillissement des pathologies et les psychopathologies d'apparition tardive

Les personnes atteintes de pathologies psychologiques ou somatiques n'échappent pas au vieillissement et à son cortège de changements. Jean-Marc Talpin (2017) rappelle que ce public spécifique reste peu étudié et les notions principales disponibles concernent leur épidémiologie. Elles se concentrent en trois points : tout d'abord, la « règle des trois tiers » qui

supposerait l'amélioration de l'état d'un tiers des patients, la stabilisation pour un autre tiers et la dégradation entraînant l'institutionnalisation pour le dernier tiers. Ensuite, l'appauvrissement de l'expression symptomatique des pathologies avec l'avancée en âge et enfin, l'évolution possible vers une pathologie démentielle des organisations décompensées plus précocement, excepté la paranoïa (Talpin, 2017).

Les personnes qui souffrent de psychopathologies lourdes ou de différentes formes de handicap mental qui les amènent à vivre toute leur vie dans une institution posent autrement la question de l'entrée en EHPAD car ils changent de lieu d'accueil pour rejoindre une structure gériatrique. Cela souligne notamment l'investissement de ce lieu de vie antérieur et le vécu subjectif que les changements peuvent mettre sur le devant de la scène. De plus, ces patients sont souvent accompagnés tout au long de leur vie par différents professionnels de santé, soignants, éducateurs et thérapeutes. L'autonomie dont ils disposent dans ces cadres pose précocement la question de leur liberté individuelle dans son articulation complexe avec une problématique de dépendance. Une situation à laquelle se confrontent nettement plus tardivement les personnes dont la perte d'autonomie les a conduits à ce besoin de l'autre bien spécifique.

À l'inverse, certains troubles psychopathologiques décompensent tardivement et sont susceptibles, selon leur intensité et leur gravité clinique, de marquer un tournant significatif dans la vie quotidienne de la personne et signant parfois la raison de leur entrée en institution gériatrique. Selon Talpin (2017), ils renvoient à deux modèles distincts dont le premier tient compte des spécificités de l'âge de la personne ainsi que du vécu subjectif en lien avec le vieillissement et ses conséquences en termes de changement. Il s'agit d'une approche historique qui ne s'oppose pas mais complète une approche structurale proposée dans le champ psychanalytique. Cette autre conception renvoie à la structure psychique considérée indépendamment des spécificités et des crises du vieillissement. Pour autant, ces deux approches présentent un intérêt et méritent d'être prises en compte afin d'appréhender ces pathologies d'apparition tardives. Enfin, Talpin (2017) précise la centralité de la question identitaire en prise avec les changements liés à l'avancée en âge et sur la place du narcissisme dans ces troubles.

Ces psychopathologies articulent la question du corps et du vieillir dans les décompensations somatiques qui sont fréquentes chez les sujets âgés. Elles s'enracinent dans la réalité physique du vieillissement qui fait vivre l'expérience d'un corps plus fragile et sensible. À ce titre, l'expérience de la chute est fréquente et signe parfois le déclenchement

d'une série de complications médicales associées à l'inévitable confrontation psychique de ses conséquences (Roos, 2008). Le vieillissement s'accompagne du vécu de pertes corporelles et objectales qui ne sont plus soutenues par les mécanismes de compensation du moi. Ces vécus tendent alors à se décompenser en raison d'un défaut de présence de support d'étayage. Ils ne peuvent plus être soutenus par des investissements d'objectaux et corporel car ceux-ci sont devenus inopérants avec le temps. S'ils reposent sur une réalité organique, il en existe d'autres dont le discours souffrant et la répétition de la plainte ne correspondent pas à une affection biologique établie, c'est le cas de l'hypocondrie. Dans cette organisation, le moi qui ne parvient plus à réinvestir de nouveaux objets retourne la libido contre le corps ou l'une de ses parties, dans une forme de déposition commémorative de la perte sur un organe. Cette réorganisation peut constituer une « solution hypocondriaque » et psychosomatique aux deuils et aux pertes vécus dans le vieillissement et tendre à protéger le sujet des pathologies dépressives qui signent l'échec de cette élaboration (Talpin, 2017).

Ces manifestations psychopathologiques dépressives concernent les symptômes de tristesse mais aussi un ralentissement psychomoteur et des troubles somatiques. La dévalorisation et les idées de culpabilité sur un fond de vie affective érodée s'inscrivent également comme des éléments marquants de la dépression. Elle est parfois difficile à diagnostiquer chez les sujets âgés en raison d'une manifestation à bas bruit de ces symptômes et d'une tendance au repli parfois considérée comme normale par l'entourage (Talpin, 2017). S'il existe un continuum dans la gravité des symptômes de la dépression, certains sujets âgés peuvent tardivement en présenter des manifestations sévères telles que le syndrome de glissement ou la mélancolie qui peut conduire au suicide. Enfin, d'autres psychopathologies concernent les « troubles d'allure psychotique d'apparition tardive » qui recouvrent les idées délirantes fréquemment sur une modalité de persécution, les hallucinations, mais aussi les épisodes confusionnels qui peuvent être considérés comme des tentatives d'ajustement aux changements et aux crises du vieillissement (Talpin, 2017). Ces psychopathologies d'apparition tardive renvoient ainsi aux réorganisations psychiques mises au travail par les différentes effractions narcissiques et objectales qui ont confronté le sujet âgé à ces difficultés liées aux pertes d'objets d'investissement antérieurs, aux deuils de l'autre et de soi. La problématique de la dépendance constitue d'ailleurs l'une de ces effractions qui est particulièrement marquée au sein des institutions gériatriques.

3.3 De la dépendance au vécu en institution

Le vieillissement normal ou pathologique entraîne plus ou moins tardivement une situation de dépendance. Par exemple, les changements corporels évoluent vers une perte musculaire et il n'est pas rare que les personnes âgées réduisent leurs activités physiques pour compenser cette fatigue nouvelle. Puis elles commencent à demander de l'aide pour tondre leur jardin ou préparer du bois pour l'hiver. Dans d'autres activités de la vie quotidienne, elles ont le plus souvent besoin des autres pour les aider physiquement mais aussi parfois à prendre une décision importante. Les changements susceptibles d'entraîner une situation de dépendance peuvent être contrebalancés par des ajustements qui permettent de gérer les nécessités quotidiennes et de répondre à d'autres besoins : demander leur aide permet de voir plus souvent les enfants et les petits-enfants par exemple.

Lorsque ces ajustements ne peuvent être mis en place, le besoin d'aide augmente. En effet, le gradient de dépendance est particulièrement important et plusieurs échelles d'évaluation sont utilisées à l'heure actuelle pour définir un niveau de dépendance légère, modérée ou lourde. Si ces modèles tendent à catégoriser les personnes âgées en fonction de leur niveau de dépendance, ils permettent aussi d'attirer l'attention sur l'hétérogénéité de ces difficultés et de mettre l'accent sur les besoins spécifiques auxquels la personne ne parvient plus à répondre seule. La terminologie de dépendance – malgré une aura particulièrement négative – ne renvoie pas nécessairement à une situation désagréable qu'il s'agirait d'éviter. Il n'est d'aucune personne qui n'ait eu recours à l'aide de l'autre au cours de son existence en raison de son incapacité à répondre seule à son besoin. La dépendance ne relève pas d'un handicap ou d'un âge avancé, mais traverse toutes les situations et les âges de la vie.

3.3.1 Dépendre de l'autre

À la naissance, le nourrisson est totalement dépendant de sa mère ou de la personne qui lui prodigue l'attention et les soins dont il a besoin. Il ne peut subvenir seul à ses besoins et ne survivrait pas sans l'autre. Aussi le début de la vie est-il marqué par cette dépendance très forte et accompagnée des nombreux enjeux liés au développement de l'enfant. Il deviendra adolescent puis adulte dans un mouvement progressif d'autonomie et d'indépendance. Ces deux terminologies méritent d'être précisées dans un contexte de vieillissement. Tout d'abord, l'indépendance renvoie à l'absence de dépendance³⁷ et concernerait ainsi une personne *qui ne*

³⁷ Voir la définition du Littré (<https://www.littre.org/definition/ind%C3%A9pendance>)

dépend pas de quelque chose ou d'une autre personne, ce qui semble relativement illusoire. L'indépendance correspond donc au fait de jouir d'une autonomie totale vis-à-vis de quelqu'un ou de quelque chose³⁸. Selon le *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales* (CNRTL), et plus précisément du *Trésor de la Langue Française Informatisé* (TLFi), lorsqu'elle concerne une personne, l'autonomie correspond à la « *faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement* » et relève ainsi d'une « *liberté, indépendance morale ou intellectuelle* »³⁹.

Au regard de cette définition, la notion d'autonomie recouvre la question de la mobilité physique par celle de la liberté et de la volonté. Si elle en tient compte, elle ne se limite toutefois pas aux moyens dont dispose la personne pour répondre à cette faculté d'autonomie et pourrait ainsi relever d'une interdépendance potentiellement salutaire. Selon cette idée, il serait possible d'être à la fois dépendant et autonome (par exemple, être dépendant d'un fauteuil roulant pour se déplacer où bon nous semble). La catégorisation de « *personne âgée dépendante* » semble ainsi trop générale dans le sens où elle ne traduirait que le besoin – majoré par l'âge – de l'autre ou d'un objet pour répondre aux exigences du quotidien. Mais quelle est cette limite normative entre le besoin de l'autre qui n'est pas indispensable et le besoin de l'autre qui l'est devenu ? Celle-ci relève de problématiques subjectives comme la différence entre le vécu de dépendance et la dépendance effective. Si une personne ne se sent *pas capable*, elle pourrait être considérée comme dépendante à propos de l'objet de cette incapacité. À l'inverse, considérer que la personne *est capable* peut entrer en opposition avec le processus d'appropriation d'une dépendance liée au vieillissement.

La notion d'autonomie est souvent centrale dans la cause d'entrée en institution gériatrique. Elle peut être considérée selon deux formes qui entretiennent des liens indissociables : l'autonomie fonctionnelle et l'autonomie psychique (Kagan, 2005). Selon Kagan (2005), l'autonomie fonctionnelle renvoie à la faculté de réaliser seul les actions quotidiennes nécessaires à la sécurité et à l'accomplissement des besoins. Elle concerne trois axes principaux : la capacité de déplacement et de communication, les activités corporelles et domestiques, et enfin les activités intellectuelles et psychomotrices. Cette forme d'autonomie est particulièrement valorisée dans les institutions gériatriques notamment au travers de la notion de *maintien de l'autonomie* à laquelle elle renvoie souvent principalement, voire

³⁸ Voir la définition du *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales* (<http://www.cnrtl.fr/definition/ind%C3%A9pendance>)

³⁹ <http://www.cnrtl.fr/definition/autonomie>

uniquement. Elle complète cette autre forme d'autonomie qui concerne la capacité et la responsabilité inhérente à la prise de décision : l'autonomie psychique (Kagan, 2005). Cette capacité est l'expression d'une forme plus globale d'autonomie de la pensée et de la volonté. Elle renvoie notamment à la capacité de consentement de la personne et de son aptitude à décider à propos de sa santé et de sa sécurité. Elle est ainsi considérée dans le champ du droit comme une forme d'autonomie « décisionnelle » (Lacour, 2009).

Il existe une grande variabilité interindividuelle concernant les formes et les motifs de perte d'autonomie. Cependant, trois déterminants principaux semblent se démarquer en tant qu'éléments explicatifs. Ils concernent les facteurs organiques (vieillesse normale et pathologies), sociaux (changements dans les rapports avec les autres) et psychologiques (vécus liés au vieillissement) et peuvent être catégorisés selon une dimension structurelle (inévitable), facultative ou déclenchante (Kagan, 2005). La dynamique relationnelle dans laquelle s'inscrit la perte d'autonomie soulève notamment des enjeux narcissiques en lien avec le positionnement de l'aidant « indispensable ». Le plus souvent, cette position est imposée par la nécessité d'intervenir auprès du conjoint ou d'un membre de la famille. Elle s'oppose au choix d'une pratique professionnelle d'aide qui place inévitablement la personne aidante dans une position structurellement dissymétrique qu'il est souvent utile de questionner (Talpin & Ploton, 2002).

Les aidants « naturels » comme la famille et le conjoint sont ainsi confrontés à cette position. Elle peut répondre à une problématique inconsciente de prise de pouvoir sur l'autre mais aussi déstructurer le modèle relationnel établi dans le couple ou dans la famille. Dans le cas des aidants « professionnels », la situation de dépendance est établie avant l'entrée en relation. Certains soignants valorisent involontairement la dépendance de la personne aidée car elle les place dans une situation narcissique privilégiée, voire indispensable à leur propre représentation identitaire (« *ma raison d'être, c'est d'aider l'autre ; l'autre a besoin de mon aide* »). Une situation qui se retrouve chez certains aidants naturels qui excluent l'aide extérieure malgré un vécu d'épuisement, car elle est perçue comme menaçante de la relation d'attachement privilégiée et interdépendante établie avec la personne aidée (Bonnet, 2012). Cela renvoie notamment aux situations dans lesquelles la personne est considérée comme n'étant *plus capable de* sans que son autonomie fonctionnelle et psychique ne soit interrogée, (Conto, 2005). La personne dépendante risque de devenir *un objet de soin* et d'être ainsi discréditée de sa position de sujet (Darnaud, 2007).

Exemple clinique : Madame H.

L'équipe soignante intervient souvent auprès de Madame H. pour l'aider à réaliser sa toilette intime. C'est pourtant un moment difficile, redouté par les soignants à cause de l'agitation dont peut faire preuve cette résidente. Dès lors, les aspects fonctionnels et cognitifs doivent être interrogés : Madame H. est-elle capable de faire elle-même ces actes ? Dispose-t-elle des moyens nécessaires pour répondre à cette suite d'action ? De plus, il s'agit d'appréhender les aspects psychiques qui renvoient à son positionnement en tant que sujet dans cette situation : Comment Madame H. vit-elle cette aide très intime ? Estime-t-elle ne pas en avoir besoin ? Peut-être pourrait-elle réaliser ces actions seule ? Peut-être voudrait-elle au moins essayer ? Dans cette situation, c'est bien la mise en commun de ces deux formes d'autonomie qui permettra d'avancer vers une position acceptable pour Madame H. Pour autant, le questionnement du positionnement des soignants qui interviennent auprès d'elle semble tout aussi indispensable afin de laisser la place à Madame H. de se positionner en tant que sujet dans toute cette organisation pensante et décidante.

L'effet narcissisant des interventions dans ces situations de dépendance pourrait expliquer pourquoi le maintien de l'autonomie est valorisé même quand il est illusoire. Le vieillissement normal entraîne une perte d'autonomie lorsque la personne atteint un âge très avancé et le vieillissement pathologique entraîne une perte d'autonomie essentiellement liée à la maladie. Ainsi, maintenir l'autonomie reviendrait à contrer les effets biologiques de l'âge et de la maladie en l'empêchant de progresser et d'évoluer dans le temps. Cette notion mériterait d'être remplacée par la notion de *soutien à l'autonomie* ou d'actions visant à *limiter la perte d'autonomie*. L'idée générale étant de garantir la meilleure autonomie possible pour la personne compte-tenu de sa situation médicale, psychologique et sociale. Il n'en demeure pas moins que la perte de l'autonomie est la première cause d'entrée en institution. La personne concernée reste parfois à domicile malgré des troubles marqués, mais lorsque sa sécurité devient compromise, elle-même ou d'autres personnes, famille ou proches, décident qu'il est temps d'entrer en EHPAD.

3.3.2 De l'entrée au quotidien en EHPAD

Au cours du vieillissement de la personne, il n'est pas rare qu'elle se rende plus fréquemment dans les centres médicaux ou qu'elle soit hospitalisée pour diverses raisons. Pour autant, ces endroits ne sont que des lieux de passage, des étapes transitoires au retour à domicile souvent espéré et demandé dans l'attente que la vie reprenne son cours habituel et rassurant.

Actuellement, la tendance générale s'inscrit dans cette optique et vise au maintien à domicile le plus longtemps possible, quitte à aménager le quotidien pour pallier certaines difficultés (aide à domicile, portage de repas, etc.) (Bonnet, 2008). En raison de la grande variabilité de profil des personnes vieillissantes, certaines resteront chez elles sans avoir besoin d'aide quand d'autres en retireront un bénéfice certain. Chez quelques autres, la singularité du vieillissement soulèvera la question de l'entrée en EHPAD. Cette perspective reste souvent taboue et même parfois éludée malgré l'arrivée de cette personne âgée dans ce nouvel environnement (Donnio, 2005).

L'entrée dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes s'inscrit comme une transition biographique qui souligne la conséquence des changements liés au vieillissement et de la perte d'autonomie (Caradec, 1998). Ce changement de lieu de vie et le contexte dans lequel il se produit se répercute largement sur ce nouveau quotidien, parfois durablement. Certains résidents choisissent d'entrer dans l'institution, d'autres accompagnent leur conjoint malade et d'autres encore arrivent à la suite d'une période d'hospitalisation liée à une chute ou à l'expression aiguë d'un symptôme pathologique. Elles côtoient ces personnes atteintes de pathologies neurodégénératives ou de maladies psychiatriques plus anciennes. La multiplicité des profils de personnes qui habitent cet environnement social est d'ailleurs souvent abondamment commentée par les nouveaux résidents.

Il est fréquent de rencontrer des personnes dont l'entrée en EHPAD est vécue comme un traumatisme que les années suivantes ne suffisent pas à estomper. S'il faut respecter un temps d'adaptation plus ou moins long, l'entrée en EHPAD n'en est pas moins effrayante pour ces personnes confrontées à la perte de leur maison, de leurs objets et de leur mode de vie antérieur. Jean-Marc Talpin (2017) rappelle les effets du changement de lieu de vie et son potentiel désorganisateur en ce qu'il représente la perte d'un objet d'investissement très marqué et s'ajoute presque toujours à d'autres pertes corporelles. De plus, ce changement de lieu de vie n'a pas toujours été préparé et élaboré psychiquement, notamment lorsque l'entourage proche est à l'origine de cette décision (Donnio, 2005). Pour autant, quelle que soit son contexte, l'entrée en EHPAD représente ce point de bascule entre les anciens rituels et les nouveaux qu'il sera indispensable de mettre en place. Elle correspond à une étape de vie qui sollicite les capacités d'adaptation et d'élaboration psychique alors que justement, c'est souvent le défaut de ces capacités qui a contribué à cette entrée. L'EHPAD n'est pas un lieu de vie comme un autre, il s'agit d'une organisation institutionnelle qui repose sur ses valeurs et ses normes. Le

concept d'institution totale du sociologue Erving Goffman (1968) construit à partir des hôpitaux psychiatriques semble – dans une certaine mesure – s'appliquer à l'EHPAD qui est aussi :

« un lieu de résidence et de travail, où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (p. 41)

Traduit en français par « totalitaire », cette description de l'institution par Goffman pointe la contrainte qu'elle exerce sur les « reclus » en érigeant des barrières avec l'extérieur et en marquant la rupture entre la vie actuelle et le passé (Rostaing, 2015). Celui qui habite désormais l'EHPAD devient d'ailleurs catégorisé sur un critère d'appartenance sociale et de vécu dans ce lieu : il devient un résident. À ce propos, les personnes semblent moins catégorisées sur la base de leur âge (« les personnes âgées » ; « les vieux ») que sur ce critère de lieu d'habitation qui l'englobe et permet de parler des *vieux* sans avoir besoin de mentionner leur âge. Ces vieux sans âges qui confrontent les soignants en institution où le rapport à la proximité de la mort est omniprésent. Il risque alors de s'exercer sur les résidents une réaction défensive exprimée par la loi du plus fort qui marque l'échec de l'institution à élaborer ce que la rencontre avec ces personnes malades et dépendantes lui fait vivre (Talpin & Ploton, 2002).

Dans ce nouvel espace qui est à la fois un lieu de vie et de travail, le résident se trouve confronté à une économie institutionnelle spécifique. Le positionnement et la formation de l'équipe – cette culture institutionnelle particulièrement différente d'un EHPAD à un autre – est censée garantir son intégrité, sa dignité et sa sécurité. Aussi le positionnement institutionnel renvoie-t-il généralement au continuum dont les extrêmes sont d'un côté, la totale sécurité, et de l'autre, la liberté absolue. Un positionnement sécuritaire s'avère liberticide, même s'il est plutôt valorisé dans ces institutions. Il devient presque impossible pour le résident de prendre des risques dans un environnement où il est entré justement parce qu'il pouvait se mettre en danger à son domicile⁴⁰. En revanche, il pourra être accompagné (surveillé) en toute sécurité dans son adaptation indispensable à ce nouvel espace de vie, ce qui signifie qu'il doit s'y adapter, même s'il faut se montrer ferme, voire sévir... car ce serait « *pour son bien* »⁴¹. Cela

⁴⁰ La confusion est fréquente entre la prise de risque volontaire (en connaissance de cause) et l'absence de conscience d'un risque qui renvoie à un comportement que la personne n'adopterait pas si elle en connaissait les enjeux et les conséquences. Le respect de l'autonomie de la personne tend pourtant à lui permettre de faire un choix éclairé à propos de cette prise de risque.

⁴¹ Ce qui n'est pas sans évoquer certains principes éducatifs appliqués aux jeunes enfants dans l'espoir de les rendre sages et disciplinés, ce qui justifierait une forme de maltraitance qui marque profondément le psychisme (Miller, 1984). Cela traduit également le risque de répondre au désir de l'éducateur/de l'institution/du soignant plutôt que celui du sujet accompagné.

entretient la volonté sous-jacente de lissage des disparités au sein de l'EHPAD, ce qui fait écho aux travaux de Goffman (1968) sur l'institution totale. Cette volonté explique pourquoi chacun « *ne peut pas faire ce qu'il veut* » dans cet espace de vie commun. Celui-ci permet à certains soignants de projeter sur les résidents des problématiques d'impuissance (retournement en une organisation toute puissante) ou de perte (retournement en besoin actif de re-trouver quelque chose, comme par exemple, la mémoire). Bien-sûr, cela n'exclut pas les besoins spécifiques des personnes âgées mais ceux-ci sont parfois recouverts du vernis institutionnel d'activités et de propositions personnalisées dont il n'est pas toujours clair de savoir à qui ils profitent en réalité.

À ce propos, l'EHPAD est valorisé dans sa dimension sociale qui repose sur le bénéfice d'un lien social et d'une accessibilité qui pouvaient faire défaut à la personne avant son entrée (par ex. une maison isolée, une mobilité réduite conduisant à un repli chez-soi, etc.). Cependant, le temps nécessaire à cette réorganisation est souvent ignoré et il n'est pas rare d'observer une effraction vécue lors de la rencontre avec une autre personne âgée dépendante ou très malade, à qui il est potentiellement menaçant de s'identifier. En tant qu'instant-clés et vecteurs de la dynamique de rencontre sociale, les repas représentent souvent un temps riche de sens dans la vie en EHPAD. Déjeuner et dîner chaque jour dans un espace commun et bruyant, auprès de voisins de table souvent imposés, parfois mutiques ou agités, où la discussion relève parfois du défi pour les résidents en demande de calme et de repos. Leur positionnement quant à l'alimentation, qu'il relève du refus de manger ou de l'hyperphagie, est rarement entendu comme un symptôme ou comme le seul moyen encore possible de faire valoir son choix, sa volonté en se positionnant par le refus (Guérin, 2018). Il s'agit le plus souvent de trouver un moyen de faire manger, nécessité fonctionnelle et assistée médicalement s'il le faut.

Un autre temps de l'EHPAD souvent significatif en tant que marqueur d'adaptation est celui de l'aide à la toilette ou à la douche. Les comportements d'opposition sont fréquents et susceptibles de mettre l'équipe en difficulté (nécessité de prendre plus de temps que prévu, faire face à l'agressivité physique ou aux insultes, impression de mal faire son travail, etc.). Ils relèvent d'une confrontation parfois difficile avec le vécu de dépendance et d'incapacité du résident contraint d'accepter cette aide, souvent évaluée et décidée à son insu. Mais ce temps relève surtout de l'intime du corps, de la logique du soin que le sujet choisit d'entretenir (par ex. un résident explique qu'il ne se rase pas quand il va mal). La pénétration dans cet espace peut être particulièrement violente et nécessite beaucoup d'échanges et de discussions préalables avec la personne concernée pour se laisser guider par elle dans la réponse à son

besoin, à supposer qu'il y en ait un. D'autant plus que la question de l'intimité dépasse largement l'espace du corps physique et que ses autres acceptions sont souvent mises à mal dans l'espace institutionnel que représente ce logement prétendument chez-soi.

3.3.3 L'intime et le choix en institution

En tant que lieu de vie, le quotidien institutionnel de l'EHPAD pose la question de l'intimité des résidents. La nécessité absolue de disposer d'un « espace cabane » (Pluymaekers, 2006) est pourtant mise à mal par la contrainte sécuritaire qu'exerce l'institution gériatrique sur ses résidents (Darnaud, 2007). À titre d'exemple, si chacun est théoriquement d'accord pour que ces derniers puissent fermer leur chambre à clé, la pratique met l'accent sur l'impossibilité d'intervenir en cas de problème grave. Finalement, un pass permet d'ouvrir toutes les portes alors que les résidents ont l'impression d'avoir *effectivement* fermé la porte de leur logement avec leur propre clé⁴². Aussi est-t-il indispensable de tenir compte des conséquences de ces allers et venues inopinées dans le lieu de vie des résidents, aussi légitimes soient-ils. Nombre d'entre-eux sont conscients de la porosité de cet espace de vie et la question de l'intimité semble d'ailleurs rejoindre la notion de secret qui se révèle souvent riche de sens dans ce milieu institutionnel où les transmissions en disent souvent plus que nécessaire (Darnaud, 2007).

Dans une dynamique d'accompagnement et de valorisation des soins, la connaissance de la situation des résidents est indispensable pour élaborer une organisation personnalisée du quotidien. Cependant, la limite de ces connaissances reste floue et entraîne son lot d'ambiguïtés à propos de la frontière entre l'intime et le public. L'équipe de soins se transmet à l'oral et à l'écrit des informations très personnelles sur les résidents. Ces transmissions relatent leurs comportements, leurs besoins et décrivent les soins apportés, mais aussi certaines demandes et informations estimées utiles, même s'il faut lever le voile sur l'intimité des résidents. La reprise sans filtre de certaines informations médicales ou non à propos du corps, comme les zones génitales, transforment l'intimité en données froides qui se succèdent en permanence. Cette transformation paraît potentiellement défensive pour les soignants en ce qu'elle semble représenter une tentative d'annihiler l'intime, de manière à ce que la question du respect des limites ne se pose jamais. Cette tentative est rendue veine lors de la rencontre physique de l'autre pendant l'aide à la toilette et interroge ce qu'il reste d'intime dans certaines institutions gériatriques.

⁴² Cette impression n'est pas toujours discutée et connue des résidents. Dans ce cas, cela relèverait de la tromperie, une situation qui met en péril toute tentative d'alliance et de relation de confiance.

Cet impossible de l'intime s'articule avec la réduction des choix imposée au résident par le contexte institutionnel dans lequel il vit. Avant même son entrée en institution gériatrique, la place du choix est déjà centrale dans le déroulement de la vie de la personne âgée. Martine Dorange en résume la problématique :

« Est-ce que vivre en maison de retraite peut résulter d'un choix et d'une décision personnels ? N'est-ce pas plutôt la conjonction de plusieurs paramètres : circonstances, événements, état de santé, absence de solutions alternatives qui conduisent la personne à envisager puis à décider d'entrer en institution ? Peut-on parler dans ce cas de choix véritable ? C'est semble-t-il davantage une orientation « par défaut » quand on a épuisé toutes les réponses possibles. Décider de sa vie jusqu'au bout permet de se regarder et d'être regardé comme sujet à part entière comme n'importe quel individu d'un autre âge et d'affirmer, puisqu'il le faut encore au pays de la déclaration des droits de l'homme, que même vieux : on reste maître de sa vie et de son destin ! » (Dorange, 2005, p. 125).

En effet, la présence des personnes âgées en EHPAD répond dans la majorité des cas à une situation de dépendance plus ou moins importante. L'autonomie fonctionnelle et psychique des résidents représente ainsi un axe central qui justifie leur entrée en institution, au moins une partie de leurs difficultés et les objectifs fixés par l'équipe soignante. Il s'agit souvent d'une sorte de « baromètre » auquel les résidents, leur famille et l'équipe institutionnelle accordent une grande importance. L'enjeu est majeur car les capacités fonctionnelles et cognitives concernent directement la liberté individuelle des personnes âgées qui vivent dans l'institution. Au départ, la notion de « placement » – lorsqu'elle est encore utilisée⁴³ – traduit déjà la dépossession du choix de la personne concernée qui est exclue de cette décision (Dorange, 2005). Les choix sont également réduits par leurs possibilités physiques : une personne qui se déplace en fauteuil roulant perd la possibilité de choisir entre l'escalier et l'ascenseur. Dans l'institution, cette dernière pourrait se voir proposer uniquement des activités estimées compatibles avec ses capacités de mobilisation physique, même si elle ne le souhaite pas.

Le registre de l'autonomie psychique soulève des problématiques similaires. Par exemple, une personne dont le dossier médical mentionne des troubles cognitifs pourrait se voir refuser de sortir seule en raison d'un risque supposé qu'elle ne retrouve pas son chemin. La sécurité est souvent valorisée en EHPAD au détriment d'une partie des libertés individuelles.

⁴³ Ce terme souvent évoqué par la famille qui a l'impression « de placer », ou par le résident qui a l'impression « d'avoir été placé », donne toute sa valeur à cette notion dans le rapport au choix. Aujourd'hui, le terme de « placement » semble plus souvent associé à un ressenti que pour décrire effectivement l'entrée en institution.

Ces privations font trop rarement l'objet d'une réflexion d'équipe pour être justifiées. Le choix de ces personnes âgées se réduit ainsi aux limites sécuritaires fixées par l'établissement et normalement adaptées à chaque résident. Les personnes âgées qui vivent en institution sont déjà confrontées à une réduction de leur latitude de choix à cause de leur situation de dépendance et leur présence dans l'EHPAD vient l'amoinrir davantage. En effet, le fonctionnement d'une telle institution nécessite une organisation globale qui ne peut pas se baser sur un rythme individuel. Celle-ci concerne l'heure des repas, de l'aide à la toilette ou à la douche, des différents passages, etc. L'ensemble des choix de la direction de l'établissement impose ainsi un cadre aux habitants de l'institution dans lequel sont limités leurs choix individuels.

Exemple clinique : Madame C.

Nous poursuivons un accompagnement psychothérapique régulier avec Madame C. qui investit pleinement ces entretiens. Je remarque un jour qu'elle adopte une attitude inhabituelle de retrait dont je lui fais part. Madame C. explique alors qu'elle est préoccupée par une activité qui se déroule au même moment que notre entretien hebdomadaire. Elle s'inquiète de devoir choisir entre la poursuite de nos échanges et sa participation aux activités : Madame C. appréhende que je ne mette fin aux entretiens si elle se rend à l'animation et craint que les soignantes ne se fâchent si elle refuse de participer. Ce choix lui semble insoluble et génère une anxiété importante. La possibilité de se rendre à l'activité après notre entretien la rassure mais elle reste inquiète quelques semaines, avant que cette organisation ne soit ritualisée.

Le processus d'adaptation à l'institution nécessite ainsi d'accepter la perte d'une partie de sa liberté de choisir, comme prendre des risques par exemple, voire de confier ses choix personnels. Certains résidents souffrent de cette situation quand d'autres trouvent un certain confort de ne plus avoir à décider. Cela rappelle la notion de déprise où le lâcher prise sur certaines décisions relève d'un ajustement de la personne à cette épreuve du grand-âge et de la dépendance (Barthe et al., 1990). Ce rapport subjectif au choix est susceptible de générer une confusion des équipes soignantes qui ne comprennent pas toujours pourquoi un résident qui le pourrait ne fait pas, alors que ceux qui le voudraient n'en ont pas la possibilité. Confier ses choix à l'autre est susceptible de s'inscrire dans le temps et de faire perdre l'habitude de certains petits choix du quotidien. Parce qu'elle s'en remet à l'autre, la personne âgée en dépend davantage, ce qui souligne le paradoxe institutionnel de choisir à sa place tout en valorisant son

autonomie. Les EHPAD semblent ainsi alimenter une position de dépendance des résidents pour répondre aux règles de bonne conduite et aux exigences sécuritaires⁴⁴.

Les conséquences de cette situation sont la réduction des possibilités de choix des résidents. Pourtant, l'habitude de se laisser guider pourrait influencer le positionnement du résident lorsqu'il a de nouveau la liberté de décider. Cela risque de majorer un ressenti anxieux lié aux conséquences possibles de ses choix. La prise de décision pourrait devenir menaçante pour une personne qui a appris à donner toute sa confiance à l'autre pour le faire à sa place. Ces « petits choix » du vêtement à porter, de l'activité à réaliser ou même de la couleur à peindre semblent anecdotiques. C'est peut-être pour cette raison que l'équipe se les réapproprie particulièrement. Savoir, décider puis faire à la place s'inscrit dans une logique de gain de temps qui répond à la pression institutionnelle d'en faire davantage en réduisant les moyens, ce qui finit par épuiser les soignants et les positionner malgré eux dans une posture toute-puissante dont les conséquences sont proches de l'abus de faiblesse (Bonnet, 2008).

⁴⁴ Cela rappelle les travaux de Michel Foucault (2003) qui décrit comment le pouvoir psychiatrique produit des énoncés, des discours et des représentations de la folie (Bert, 2016). Ce dernier interroge ainsi le système hospitalier qui alimenterait les pathologies des patients au lieu de les soigner. Cette réflexion aboutit alors à l'idée que ce système pourrait en venir à créer lui-même ses malades mentaux.

Chapitre IV : La technologie comme objet de médiation auprès du sujet âgé

« Quand on regarde l'ensemble, la surprise c'est de voir la bagnole cassée dans ce lieu »

Bertrand, 83 ans

4.1 Le rapport des personnes âgées aux nouvelles technologies

Le rapport des personnes âgées aux objets technologiques est largement étudié dans le champ des sciences humaines. Le plan proposé par Vincent Caradec dans son article « *Vieillesse et usage des technologies* » s'avère particulièrement pertinent pour aborder ce sujet. Nous allons reprendre les deux modalités principales qu'il présente à propos du rapport des personnes âgées aux nouvelles technologies, d'abord dans une dimension identitaire, puis selon une perspective relationnelle. Cet article a été rédigé en 1999 et le paysage technologique s'est considérablement enrichi depuis les deux dernières décennies. Il s'agira ainsi de mettre à jour ces considérations, encore tout à fait valables à l'heure actuelle. Comme le rappelle l'auteur :

« d'une part, les « innovations technologiques » ne se présentent pas comme un bloc, mais à chaque fois sous la forme d'un objet ou d'un service spécifique, et c'est cet objet ou ce service particulier qui va séduire, laisser indifférent ou encore provoquer la méfiance ou l'hostilité ; d'autre part, les objets technologiques n'ont pas pour seule caractéristique d'être « technologiques » - ont aussi un prix, se présentent sous une certaine apparence, sont censés rendre tel ou tel service, etc. »
(Caradec, 1999, p. 88).

4.1.1 La dimension identitaire du rapport aux objets

Cette dimension met l'accent sur les effets de l'environnement matériel sur la formation de l'identité. Elle décrit plus spécifiquement les relations qu'entretiennent les personnes avec les objets en interrogeant l'investissement psychique et leurs propriétés symboliques (Caradec,

1999). Csikszentmihalyi et Rochberg-Halton (1981) s'intéressent à la différence intergénérationnelle du rapport aux objets. Ils considèrent que la génération âgée s'inscrit davantage dans un *processus d'intégration* dans leur rapport aux objets. Ce processus traduirait le choix d'objets qui garantissent un sentiment d'appartenance à un groupe sur la base de ses croyances et de son attitude. Ils attribuent ainsi à cette génération la préférence d'objets comme les photographies, les meubles ou les livres. Ces *objets de contemplation* portent souvent l'histoire familiale et des souvenirs liés aux proches. Les auteurs considèrent leur préférence comme le reflet d'une posture identitaire où le soi est tourné vers l'autre⁴⁵. Les personnes âgées qui vivent en institution utiliseraient leurs objets personnels pour communiquer la teneur, le sens et la légitimité de leur histoire de vie, ce qui souligne notamment l'importance de les conserver dans ces établissements (Phenice & Griffore, 2013).

Pourtant plébiscitée par cette génération âgée, la télévision ne semble pas répondre à cette posture d'ouverture aux autres et à la remémoration de souvenir. L'attrait pour cet objet évoque plutôt un soi autocentré et des sentiments comme le plaisir ou le réconfort. Csikszentmihalyi et Rochberg-Halton expliquent cela par l'association de cet objet technologique à un *processus de différenciation* qui permet de se reconnaître et se construire en tant que sujet unique, c'est-à-dire différent de l'autre. Cette association correspond au renouvellement rapide de ces biens matériels qui les empêchent de devenir des supports d'intégration (Csikszentmihalyi & Halton, 1981). Caradec nuance cette proposition en précisant combien la télévision peut participer à l'intégration sociale et au sentiment d'appartenance à la société d'une personne âgée isolée (Caradec, 1999). Chez les personnes âgées de plus de 75 ans, regarder la télévision participerait à créer un lien avec son passé, les ressources qu'elle délivre soutiendraient la réaffirmation de soi et ce média pourrait contribuer aux questionnements identitaires en lien avec le vieillissement (Caradec, 2003).

Kaufmann (1995) propose une explication à la résistance des personnes âgées à utiliser des objets technologiques. Selon lui, ces usages nécessitent des changements d'habitudes incompatibles avec un socle identitaire constitué de pratiques basées sur l'organisation et la mémoire familiale. Accepter de modifier ces habitudes reviendrait à bouleverser ces façons de faire traditionnelles et manquer de respect à cette mémoire (Kaufmann, 1995). La possibilité d'utiliser ces objets suppose donc d'accepter de changer sa manière de procéder. Cette

⁴⁵ Ils précisent que ce postulat relève d'une considération statistique et qu'il ne faut pas le considérer comme un processus inhérent au vieillissement normal. Ils soulignent également la diversité des situations susceptibles de s'écarter de ces moyennes.

acceptation serait rendue possible dans deux cas de figures : l'impression de pénibilité pour réaliser une tâche manuelle et le changement des routines imposé par un événement susceptible de produire un bouleversement existentiel. Elles sont particulièrement présentes avec les conséquences du vieillissement corporel et les événements de vie difficiles qui rythment le quotidien des personnes âgées (Caradec, 1999).

Ces changements provoqués par le vieillissement font écho aux travaux de Lunt et Livingstone (1992) qui mettent l'accent sur la période de vie dans le rapport aux objets technologiques. Ils soulignent l'importance des changements dans l'organisation quotidienne sur la considération de l'objet comme par exemple, le lave-linge, estimé plus nécessaire après la naissance des enfants. Ils présentent ainsi l'utilisation de ces objets sur un versant facilitateur : certaines machines peuvent être considérées comme indispensables par les personnes âgées en raison de la réduction de la fatigue qu'elles permettent, mais aussi des opportunités de rencontres et de contacts qu'elles facilitent. Dans ces périodes de transition identitaire, les objets technologiques favorisent ainsi la prise de conscience de l'âge et participent aux nouvelles occupations (McCracken, 1987). L'utilisation plus intense d'outils de bricolage ou de jardinage peut correspondre au début de la retraite, tout comme le désinvestissement de l'ordinateur ou du téléphone qui pouvaient relever d'une intense utilisation professionnelle (Caradec, 1999). De plus, certains objets sont directement associés à la vieillesse, comme le monte escalier électrique, le bracelet de téléalarme ou encore le déambulateur. Il s'agit souvent d'objets d'assistance et de sécurité qui misent sur le confort et la tranquillité pour la personne ou ses proches. Ils nécessitent toutefois d'accepter les représentations qui leurs sont associées et d'admettre de s'y conformer, ce qui explique la réticence de nombreuses personnes à les envisager (Ibid.).

Le rapport aux objets peut également traduire une perspective du vieillissement comme « déprise ». Il s'agit d'un « *processus de désengagement, progressif et limité, du monde antérieurement construit, qui consiste à économiser ses forces, à les concentrer sur quelques activités significatives et qui passe par l'abandon (sélectif) d'objets auparavant utilisés (les outils du bricoleur, la machine à coudre, le lave-linge dont l'usage est délégué à la fille ou à l'aide-ménagère, ou encore la voiture)* » (Caradec, 1999, p. 60). Dans notre pratique en EHPAD, il est fréquent de rencontrer des personnes âgées qui cessent d'utiliser certains objets comme la télévision, qu'ils ne regardent parfois plus en raison d'une baisse de la vue, d'un désintérêt pour les programmes ou de la fatigue qu'elle génère.

Parmi les différents marqueurs du vieillissement auxquels le sujet âgé est confronté, les changements physiologiques et corporels participent au rapport que ces personnes entretiennent avec les objets technologiques. Le rapport sensoriel aux objets renvoie notamment aux capacités visuelles et auditives qui déclinent avec l'avancée en âge. Ces changements peuvent amener les personnes âgées à préférer des activités plus faciles à voir ou à écouter, comme la télévision dont le volume peut être réglé et l'image est plus grande que celle d'un livre (Fouts, 1989). La préférence d'émissions comme les journaux télévisés pourrait s'expliquer par un cadrage plus serré d'un présentateur, d'une diction soignée, mais aussi d'un environnement plus lumineux et contrasté que d'autres programmes comme les films policiers (Ibid.).

Illustration clinique : Hélène

Dans sa chambre d'EHPAD, Hélène⁴⁶ garde son poste de télévision constamment allumé. Elle entend très mal et voit difficilement, mais elle aime « *avoir cette présence* ». Son audition – pourtant appareillée – ne lui permet pas de l'entendre et son fils a activé le télétexte qui permet d'afficher textuellement chaque phrase. Malgré cela, Hélène ne parvient pas à lire car les caractères sont trop petits. Elle regarde les images et essaie de comprendre autant qu'elle le peut. Elle apprécie cependant beaucoup les reportages animaliers.

Les reportages animaliers semblent en effet très visuels, d'autant qu'ils restent accessibles pour cette dame âgée qui n'entend pas le son de sa télévision. La préférence d'Hélène pour ces programmes semble s'articuler avec ses difficultés sensorielles, mais son rapport à la télévision ne pourrait être réduit à cela (Kubey, 1980). Son souhait de maintenir son poste allumé en permanence renvoie notamment à d'autres besoins, comme celui de compenser un sentiment d'isolement par l'impression de présence que peut permettre la télévision. Pour elle, l'utilisation de cet objet n'est pas nouvelle, contrairement à celle de ses appareils auditifs ou à ce lit motorisé qui lui permet de choisir sa position. Les personnes âgées sont ainsi amenées à utiliser des objets nouveaux afin de compenser leurs incapacités physiques. Leurs besoins sont susceptibles d'évoluer et le confort de certaines technologies apporte une réponse appréciable. Sans aller jusqu'aux objets adaptés comme les téléphones à très grosses touches, l'utilisation de la recherche vocale pourra progressivement être préférée à celle d'un petit clavier de la tablette ou du smartphone.

Au-delà de ce rapport sensoriel aux objets technologiques, ceux-ci s'inscrivent dans un nouveau rapport au temps. Selon Caradec (1999), les nouveaux retraités sont rattrapés par un

⁴⁶ Voir le cas clinique d'Hélène (6.9).

modèle contemporain de la retraite dans lequel le temps libéré par l'arrêt des activités professionnelles est utilisé pour développer de nouvelles activités. Cela s'inscrit dans une dynamique de consommation d'objets technologiques dont la signification peut susciter un « écho identitaire » selon l'activité antérieure (Caradec, 1999). Par exemple, l'utilisation d'un appareil photographique peut répondre à une volonté ancienne de prendre le temps d'observer la nature. Cela pourrait aussi concerner le renouvellement ou l'équipement en objets liés à la pratique sportive, comme une montre connectée ou un vélo électrique. Par ailleurs, cette nouvelle organisation du temps n'est plus structurée autour de l'activité professionnelle et nécessite une gestion personnelle du déroulement de la journée. Les objets technologiques peuvent faciliter cette gestion en inscrivant de nouvelles routines, comme le journal télévisuel de vingt heures ou les émissions de radio qui inscrivent un rythme au quotidien (Bonnet, 1990).

Les objets technologiques soulèvent également des questionnements sur la projection de soi dans l'avenir (Caradec, 1999). La conscience de la proximité de la mort semble traverser le rapport qu'entretiennent les personnes âgées avec certains objets, notamment à propos de leur renouvellement. Certains invoquent leur âge pour refuser de changer quand d'autres consentent, pour la même raison, à renouveler un matériel de façon anticipée (Ibid.). Il est d'ailleurs probable que ces différentes positions concernent autant les uns que les autres et que la prédisposition plus marquée vers l'une de ces tendances s'avère cliniquement significative à propos du rapport à la mort. Toutefois, ces différentes propositions de lecture du rapport aux objets dans une dimension identitaire ne sauraient être isolées du contexte social dans lequel elles s'inscrivent. La relation à l'autre reste primordiale chez les personnes âgées notamment par leur préférence d'objets qui marquent leur appartenance au groupe familial et aux souvenirs qu'ils suscitent. Le rapport à l'objet s'inscrit également dans une dynamique sociale qu'il est important de développer, plus précisément dans le lien qu'il permet d'entretenir avec l'autre.

4.1.2 Le rapport de médiation relationnelle

L'objet technologique est largement concerné par une dimension sociale qui en fait un support de médiation relationnelle. Bien sûr, les relations familiales et les rapports intergénérationnels ne peuvent se réduire à l'utilisation ou non d'objets technologiques. Pour autant, les rapports des personnes âgées à ces dispositifs sont des indicateurs intéressants à propos de leurs relations sociales. Dans cette perspective, la diminution de la mobilité avec l'avancée en âge engage progressivement une nouvelle organisation de vie. Seules quelques pièces de la maison sont utilisées ou la personne décide de déménager pour réduire cet espace

de vie à une dimension plus adaptée. Le domicile est l'espace privilégié dans lequel le sujet âgé passe la majorité de son temps (Clément et al., 1996). Dans ce contexte, les technologies d'information et de communication (TIC) permettent de les ouvrir sur l'extérieur (Caradec, 1999). Ces dernières ont beaucoup évolué depuis ces vingt dernières années, bien que dans les EHPAD, les technologies plus récentes comme les tablettes ou les ordinateurs connectés à Internet restent rarement utilisées par les résidents (Michel et al., 2009). Le téléviseur et le téléphone demeurent souvent les principaux, voire les seuls objets technologiques de lien qui ne relèvent pas de solutions médicales comme l'appareillage auditif.

Dans un cadre relationnel, la place de l'objet technologique peut être explorée selon deux points de vue (Caradec, 1999). Il peut être positionné au centre de la relation, auquel cas les deux personnes passent par l'objet pour être en lien. Il peut aussi être considéré du point de vue d'une personne par rapport à une autre qui utilise l'objet. Ces considérations renvoient au rapport à l'objet technologique plus qu'à l'objet lui-même, dans le sens où un téléphone peut mettre deux personnes en lien aussi bien qu'isoler l'utilisateur d'une relation physique pendant qu'il passe son appel. Cette double perspective est particulièrement actuelle avec l'utilisation des tablettes qui, en même temps qu'elles ouvrent sur les relations à l'autre dans un cadre virtuel, peuvent faire craindre un repli ou une situation d'isolement à la rencontre réelle⁴⁷.

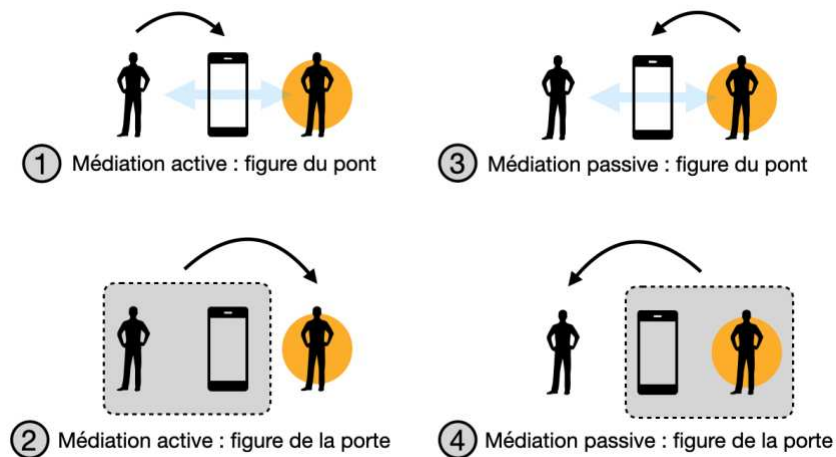
Bien qu'indirecte, l'ouverture sociale permise par la télévision est valorisée chez ces personnes isolées (Wallendorf & Arnould, 1988). Elle peut donner l'impression de participer à ces réunions familiales ou amicales dans lesquelles les feuilletons et les séries plongent le téléspectateur, ou « retrouver » ces personnes dont le « contact » régulier laisse imaginer une certaine proximité (Frank & Greenberg, 1979). Le téléphone permet également cette ouverture à l'autre et le maintien du lien malgré la distance et les difficultés de mobilité. À l'inverse, l'utilisation d'objets technologiques peut avoir des répercussions sur la sphère sociale, notamment lorsqu'elle isole de l'autre dans un usage trop intensif. Elle s'inscrit ainsi dans une recherche de la « bonne distance » qui traduit l'adaptation relationnelle des proches avec leur parent ou leur ami âgé (Caradec, 1999). L'objet technologique peut favoriser l'équilibre relationnel quand, par exemple, l'utilisation du téléphone ou de la tablette connectée permet d'entretenir un contact régulier tout en faisant l'économie du temps alloué aux trajets.

À propos des relations avec les personnes âgées utilisatrices d'objets technologiques Caradec (1999) développe quatre formes de lien possibles. La médiation active fait référence à

⁴⁷ Même si la relation n'est pas moins réelle quand elle utilise un canal virtuel de communication (Vial, 2014).

l'action de mise en lien permise par l'objet, quand la médiation passive renvoie au lien que permet l'objet en lui-même lorsqu'il est considéré comme un médiateur de la relation. Caradec croise ces deux modalités de médiation avec les figures proposées par Simmel (1993), l'image du pont symbolise l'union et la porte, celle d'une rupture. Cette perspective offre une lecture intéressante des raisons pour lesquelles les personnes âgées possèdent un objet technologique et met l'accent sur le contexte relationnel dans lequel il est utilisé.

Figure 3 : Liens possibles de médiation avec les objets technologiques



Le lien de médiation active selon la figure du pont (schéma 1) concerne l'introduction des objets par un tiers au sein de la relation. C'est le cas par exemple du petit-fils qui fait découvrir l'existence et les possibilités d'un smartphone en l'offrant à sa grand-mère (Caradec, 1999). Les motivations relèvent essentiellement de la personne qui incite à utiliser l'objet, comme les enfants, et qui en obtiennent quelque chose (« *ce sera plus pratique quand nous viendrons te voir* » ; « *nous pourrions communiquer plus facilement* »). La sécurité est d'ailleurs fréquemment évoquée dans ce contexte. Le lien de médiation active selon la figure de la porte (schéma 2) renvoie aux objets investis d'abord par l'un ou l'autre des protagonistes. Il agit comme un écran qui sépare « [...] *la personne âgée de l'objet technologique car sa manière de faire lien consiste à utiliser pour et donc à la place de la personne âgée* » (Caradec, 1999, p. 84). L'objet représente une porte fermée entre les deux personnes et traduit une forme d'isolement. Son ouverture reste toutefois possible et permet de médiatiser les échanges relationnels. Une « délégation d'usage » peut conduire les parents à se délester de l'utilisation d'un objet et de confier cela à leur enfant. Le départ de ces derniers de la maison motive ainsi parfois un « transfert d'usage » où le parent se remet à utiliser l'objet (Caradec, 1999).

Dans le lien de médiation passive selon la figure du pont (schéma 3), c'est la personne âgée qui investit l'objet technologique pour créer ou maintenir le lien avec l'autre. Ces objets

n'auraient pas été acquis sans la motivation de les proposer aux enfants et aux petits-enfants. Ils sont ainsi utilisés au service de la relation, pour se monter digne d'intérêt grâce l'achat d'une console de jeux pour les enfants, ou pour conserver un lien familial virtuel via l'abonnement Internet. Cette modalité de médiation passive peut également être considérée sous l'angle de la figure de la porte (schéma 4) où les autres représentent un frein à l'utilisation d'un objet technologique. La crainte de se sentir jugé par des utilisateurs avertis, ou d'être assigné à la catégorie des « vieux » en raison de l'utilisation de certains objets est susceptible d'en motiver le refus par les personnes âgées. Il en va de même pour les dispositifs de téléassistance qui – s'ils sont proposés à des personnes qui craignent de déranger leurs proches – ne seront pas utilisés pour cette raison.

4.1.3 Les technologies utilisées en EHPAD

Un grand nombre de technologies sont actuellement utilisées dans les EHPAD. Elles s'inscrivent dans un cadre plus large d'innovations technologiques en entreprise sur lesquelles nous ne reviendrons pas car elles dépasseraient notre propos (ex. badgeuse, ordinateurs, logiciels administratifs, imprimantes, photocopieurs, etc.). Les technologies utilisées en EHPAD concernent plusieurs domaines et répondent toutes initialement à des besoins de qualité de soin et d'accompagnement des résidents. Pour les assister dans leurs actions quotidiennes, les soignants disposent d'outils technologiques comme les logiciels de soins qui permettent une centralisation et une actualisation en temps réel des données liées aux résidents. Ces logiciels sont centraux dans les EHPAD car ils répertorient toutes les informations concernant les résidents. Ils complètent d'autres dispositifs comme les tablettes auxquelles ils sont connectés, afin de permettre aux soignants d'ajouter de nouvelles informations et de bénéficier d'un support d'actions à réaliser (soins, distribution de médicaments, informations à connaître à propos de chaque résident). Par ailleurs, les résidents peuvent appeler les soignants en pressant le bouton d'un bracelet, un médaillon ou directement placé au mur de leur logement. Connecté aux dispositifs de l'établissement, l'appui sur ce bouton entraîne des alertes visuelles et sonores (lumière rouge au-dessus de la porte d'entrée du logement, appel sur les téléphones, alerte sur le logiciel). Ils représentent les dispositifs de surveillance des résidents et sont complétés par les bracelets anti-fugue, qui activent – lorsqu'ils sortent d'une zone d'autorisation – des portiques qui émettent un signal sonore et visuel. Citons également les balises anti-disparition qui géolocalisent les résidents afin de les retrouver en cas de fugue ou d'errance s'ils échappent à la vigilance des soignants (Bergeron, 2005; Rialle, 2009).

Ces dispositifs technologiques appartiennent à un secteur d'activité qui progresse en permanence et propose sans cesse des innovations au service de ces institutions. Ils s'inscrivent dans le cadre des « gérontechnologies » dont l'objectif principal est de préserver la qualité de vie et de compenser temporairement les difficultés liées à l'âge (Bouma, Fozard, Bouwhuis, & Taipale, 2007). Parmi ces nouvelles propositions, les services de télémédecine permettent aux résidents d'établissements isolés de bénéficier de consultations à distance avec un médecin gériatre ou spécialiste (Esterle & Mathieu-Fritz, 2013). La télémédecine évite les déplacements qui sont parfois difficiles pour certains résidents (Rumeau et al., 2012), de même qu'elle permet de mutualiser les ressources médicales territoriales sur un modèle fiable et efficace pour la qualité des soins (Espinoza et al., 2011). Ce dispositif réunit d'autres outils technologiques de suivi à distance comme le télé-suivi des paramètres biologiques (par ex. poids, pouls, ECG, etc.) constitué de sondes et de capteurs connectés afin de transmettre ces données à des ordinateurs capables de les traiter et d'en fournir des analyses en temps réel (Bajolle, 2002).

Ce dispositif demeure aujourd'hui à l'état de développement, tout comme le système de mesure du comportement GARDIEN qui permet de détecter automatiquement un changement dans les habitudes de comportement à l'aide de capteurs afin de bénéficier d'un histogramme des manifestations comportementales. Ces données sont utilisées auprès des patients qui ne peuvent exprimer leurs difficultés (Steenkeste et al., 2001). L'analyse des cris et de l'agitation (quiritachronomètre) est censée permettre d'améliorer la qualité des soins en utilisant ces données afin de mettre du sens sur le comportement ainsi que pour proposer un traitement adapté (Rialle, 2007; Schaff et al., 2005). Il existe également des systèmes d'accompagnement à distance tel que les télé-services de consultation (Mahoney et al., 2003) ou de thérapie familiale (Czaja & Rubert, 2002; Eisdorfer et al., 2003) destinés à soutenir les aidants familiaux. Ces services de visiophonie pourraient se développer dans les établissements éloignés des lieux de vie afin de permettre aux résidents de maintenir un lien social.

D'autres dispositifs technologiques sont développés dans un objectif d'accompagnement et de thérapie auprès des personnes âgées en EHPAD. Dans cette perspective thérapeutique, des logiciels de remédiation cognitive ont été conçus pour stimuler les capacités cérébrales. Ils sont basés sur les concepts de plasticité neuronale et de réserve cognitive (Rialle, 2007) et visent à rééduquer ou ralentir les symptômes des maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer (Rigaud et al., 2010). Dans une autre perspective thérapeutique, axée sur le bien-être et l'accompagnement, plusieurs dispositifs

robotiques ont été proposés. Du robot-chat thérapeutique, utilisé pour diminuer l'angoisse des résidents (Libin & Cohen-Mansfield, 2004) au chien AIBO (Tamura et al., 2004), les robots semblent bien investis par les personnes âgées atteintes de DTA jusqu'à un stade avancé de la maladie. Enfin, l'animaloïde bébé phoque baptisé Paro (Klein et al., 2016; Wada et al., 2008), d'apparence très semblable à celle d'une peluche, permettrait d'apaiser et de réconforter les personnes atteintes de cette pathologie (Tisseron & Tordo, 2018). Cette utilisation du robot l'inscrit plus largement dans le cadre d'une « thérapie affective » adaptée aux personnes âgées afin d'améliorer leur qualité de vie, leur bien-être ou pour les aider à surmonter des épisodes de troubles de l'humeur (Abdi et al., 2018). Si la plupart des études présentent des résultats positifs dans ce sens, les conclusions de l'ensemble des recherches disponibles invitent à conserver une certaine mesure, en raison notamment de problèmes de méthodologie, de taille et de mesure (Ibid.). Ces limites concernent tout autant les autres recherches dont l'usage des robots auprès des personnes âgées renvoie à des perspectives d'entraînement ou de soutien cognitif, social et physique.

Ainsi, l'utilisation du robot s'ancre souvent dans une volonté de maintien à domicile le plus longtemps possible. Elle repousse les limites physiques et cognitives en élaborant des technologies de suppléance et des équipements destinés à répondre aux préoccupations sécuritaires (Kerr et al., 2018). C'est dans cette optique que les robots de téléprésence ou d'assistance sont développés. En observant la personne âgée dans son quotidien à domicile, le robot la surveille et « intervient » en cas de besoin, pour rappeler de prendre ses médicaments ou alerter les secours en cas de chute (Ibos et al., 2019). Quant aux robots programmés pour maintenir le lien social, ils visent à diminuer le sentiment de solitude et réduire les risques d'isolement (Abdi et al., 2018). Ces dispositifs permettraient ainsi de favoriser les interactions sociales des personnes âgées (Ibid.), comme le fait de rester en contact avec leur famille (Inoue et al., 2015; Takahashi et al., 2018). Actuellement, l'utilisation des robots auprès de personnes âgées renvoie majoritairement à des fonctions d'auxiliaires à la relation soignante (Tisseron & Tordo, 2018). De nombreuses études montrent leur bénéfice sur le plan social en soulignant la qualité du lien permis par ces machines (Abdi et al., 2018). Elles n'excluent toutefois pas le risque de glisser à terme vers une déshumanisation des soins en les confiant progressivement à ces machines (Caris et al., 2019). Si le robot peut fournir une aide physique, permettre un soutien affectif, stimuler les fonctions cognitives et même remplacer le soignant dans l'aide à la toilette ou à l'habillage, qui restera-t-il finalement à mettre en lien ? Il est un enjeu actuel

majeur qui consiste ainsi à faire valoir le sens de la relation dans le soin afin que les « *robots [...] ne remplacent pas les soignants, mais les assistent dans leur travail* » (Tisseron, 2018).

Il en est de même pour les technologies disponibles en EHPAD dont les motivations d'usages méritent d'être interrogées selon deux axes majeurs : celui de la dynamique institutionnelle, qui relève de la santé psychique de l'institution, et celui d'une perspective plus large du rapport au vieillissement et à la dépendance. La perspective de mesure et de surveillance des données physiologiques, des comportements ou des déplacements pourrait relever d'une volonté de sécuriser le résident qui habite l'établissement, à travers l'argument selon lequel l'accessibilité de ces données permettrait d'intervenir rapidement en cas de problème. Elle pose cependant la question de l'intimité des résidents dont nous avons rappelé la porosité dans ces lieux de vie. L'utilisation de ces objets technologiques dans une perspective thérapeutique interroge également la représentation des personnes âgées dans la société. La volonté de stimuler les capacités reste très présente et interroge la délégation sur l'objet d'un objectif inatteignable : celui d'annuler les changements imposés par le vieillissement. S'il échoue, il pourra toujours être remplacé par un nouveau dispositif porteur d'espoir. Enfin, les objectifs d'apaisement ou de réconfort interrogent les bénéficiaires de ces pratiques médiatisées par les technologies : il s'agit alors de déterminer s'il visent effectivement au bien-être des résidents ou s'ils comblent les besoins d'une équipe en souffrance.

4.2 L'utilisation de la réalité virtuelle auprès des personnes âgées

L'utilisation de la réalité virtuelle reste anecdotique dans les EHPAD mais les recherches gérontologiques à propos de cette technologie se développent. Dans le domaine de la recherche et du soin, ce type de dispositif est majoritairement utilisé pour évaluer et prendre en charge des troubles cognitifs et moteurs. D'autres applications thérapeutiques sont proposées, notamment dans un objectif de distraction attentionnelle en utilisant ces objets technologiques dans une perspective d'apaisement et de bien-être.

4.2.1 Évaluation et prise en charge des troubles cognitifs et moteurs

La majorité des recherches actuelles qui étudient les dispositifs de réalité virtuelle auprès d'un public âgé s'inscrivent dans le domaine de la neuropsychologie, notamment en tant qu'outils de dépistage précoce de démence (Déjos et al., 2012). Rappelons à ce titre que le

diagnostic précoce d'une DTA permettrait de mettre en place des actions thérapeutiques rapidement (Van Der Linden et al., 2003) afin de retarder la maladie, d'accompagner la personne et son entourage à vivre le moment actuel et à préparer leur avenir (Déjos et al., 2012; Monfort et al., 2006), mais aussi de réduire les conséquences économiques liées à cette pathologie (Déjos et al., 2012). L'utilisation de la réalité virtuelle comme une méthode de dépistage présente l'avantage de réaliser des tâches écologiques – c'est-à-dire proche de la situation de vie naturelle des personnes – afin d'évaluer leur fonctionnement cognitif global et la nature des troubles mais aussi leurs répercussions au quotidien. La personne est ainsi confrontée à une situation virtuelle analogue à celle du monde concret comme la mémorisation d'un trajet (Widmann et al., 2012), la conduite d'une voiture (Uc et al., 2004), la préparation d'un repas ou encore le fait de faire sa toilette (Albani et al., 2002). Ces éléments renvoient aux fonctions exécutives qui peuvent être évaluées par un test virtuel développé spécifiquement, le VAP-S (*Virtual Action Planning Supermarket*) et qui participe ainsi à l'évaluation des fonctions cognitives des personnes âgées dépendantes afin de proposer une rééducation adaptée (Klinger et al., 2009).

Cette méthode montrerait des résultats prometteurs pour l'évaluation des maladies neurodégénératives, mais aussi pour établir le diagnostic différentiel des autres pathologies associées au vieillissement (Drzezga et al., 2005). Les mesures réalisées par cette méthode présentent des qualités de sensibilité égales ou supérieures aux évaluations traditionnelles (Déjos et al., 2012). Par ailleurs, elles présentent l'avantage d'une mesure particulièrement contrôlée, ce qui renvoie à de bonnes qualités psychométriques concernant la standardisation des résultats (Rizzo et al., 2004). Toutefois, les dispositifs utilisés dans la majorité des recherches antérieures à 2016 sont au mieux, semi immersifs voire non immersifs. En plus de pouvoir difficilement être comparés, ils illustrent les problématiques de la recherche sur une technologie en constante évolution. Enfin, ces recherches ouvrent sur des perspectives d'intervention thérapeutiques majoritairement basées sur l'entraînement cognitif et la réhabilitation de fonctions déficitaires comme la mémoire, l'attention ou encore l'orientation (Michel et al., 2019; Lodha et al., 2020).

La réalité virtuelle est également utilisée dans l'évaluation et le traitement des troubles moteurs qui représentent des difficultés particulièrement fréquentes pour les personnes âgées résidant en EHPAD. D'une part, ils font partie du tableau clinique de la maladie de Parkinson, et d'autre part, ils concernent un grand nombre de personnes vieillissantes sans pathologies spécifiques. Par ailleurs, l'ensemble des pathologies neurodégénératives – de même que le

vieillesse normale – augmente le risque de chute dont les conséquences peuvent être très importantes chez les sujets âgés. L'instabilité posturale, qui représente un facteur de risque majeur de chutes chez les patients Parkinsoniens (Horak et al., 2005), mais aussi chez les autres personnes atteintes de maladies neurodégénératives ou non suscite donc l'intérêt des chercheurs dans un objectif de réduction de chutes. La réalité virtuelle permet ainsi aux résidents en EHPAD de bénéficier d'un environnement adapté aux troubles moteurs qu'ils sont susceptibles de rencontrer. Son utilisation mobilise l'équilibre postural ainsi que l'attention portée à l'environnement extérieur par l'utilisation d'un ordinateur (Bisson, 2004) ou d'autres dispositifs comme une planche d'équilibre dynamique (Yen et al., 2011) ou encore un jeu vidéo Wii Fit⁴⁸ (Liao et al., 2015). Cependant, les résultats des études réalisées dans ce domaine de recherche sont contradictoires et ces nouvelles méthodes de prise en charge ne montrent pas de résultats significativement supérieurs aux méthodes thérapeutiques classiques (Besnard et al., 2016). Cela est également le cas des interventions destinées à favoriser le réapprentissage d'aptitudes motrices en utilisant des dispositifs de réalité virtuelle auprès de victimes d'accidents vasculaires cérébraux, qui ne montrent aucun effet significatif (Laver et al., 2017).

4.2.2 L'efficacité de ces applications thérapeutiques

Une méta-analyse sur l'efficacité de la réalité virtuelle auprès des personnes souffrant de troubles cognitifs légers et de démence souligne son intérêt lorsque le patient se sent en sécurité dans un environnement confortable et immersif (Kim et al., 2019). Ces conditions permettraient de favoriser l'apprentissage fonctionnel et le transfert de ces acquisitions dans la vie quotidienne, mais aussi l'état de relaxation (Weniger et al., 2011; Sánchez et al., 2013; García-Betances et al., 2015). Les résultats de cette méta-analyse indiquent que les interventions basées sur la réalité virtuelle peuvent avoir un effet positif chez les patients atteints de troubles neurocognitifs (Kim et al., 2019). Dans leur revue globale des méta-analyses, Dellazizzo et ses collaborateurs qualifient cependant le niveau de preuve faible à moyen de cette méta-analyse. Ils rappellent que ces interventions n'ont pas été comparées avec des groupes contrôles actifs, qu'il n'y a pas d'évaluation de suivi et qu'il existe un biais de publication⁴⁹ (Dellazizzo et al., 2020).

Ces utilisations thérapeutiques de la réalité virtuelle illustrent par ailleurs la prédominance des approches neurocognitives et physiologiques auprès des personnes âgées.

⁴⁸ Pour plus de précisions à ce sujet, voir Zenati, Saris, Lachaux, & Clérambault, 2011.

⁴⁹ Le biais de publication correspond à la tendance à publier les études dont le résultat est positif, ce qui amène à une vision biaisée de l'ensemble du sujet de la recherche.

Elles semblent construites autour d'une relation de causalité qui rappelle celle de la prescription et du médicament : le casque de réalité virtuelle serait un objet destiné à répondre à un objectif de réduction, voire d'annulation des conséquences des lésions. Il s'inscrit ainsi dans une perspective médicale qui nous semble limiter son potentiel thérapeutique sur le plan psychologique. Cependant, cette conception particulièrement valorisée en EHPAD pourrait favoriser l'investissement des résidents dans ce type de matériel. La santé du corps est au centre de l'institution et les résidents autant que les soignants n'ignorent pas son importance, d'ailleurs marquée par la centralité des interventions de praticiens médicaux et paramédicaux. Il est même pertinent de considérer la réalité virtuelle à travers le prisme de cette approche physiologique dont la représentation est davantage valorisée que celle du soin psychique. Celle-ci induit cependant une pratique basée sur les preuves alors qu'elles restent fragiles dans ce domaine (Dellazizzo et al., 2020).

4.2.3 Les thérapies de distraction attentionnelle

Au-delà de ces applications thérapeutiques d'évaluation et de traitement cognitivo-moteur, la réalité virtuelle est utilisée chez les personnes âgées dans une perspective de distraction attentionnelle. Cette approche plus confidentielle considère que le patient supportera mieux sa souffrance si son attention est orientée vers un autre objet. Un tel usage auprès de femmes malades du cancer pendant les séances de chimiothérapie a fourni des résultats intéressants de cette approche (Schneider & Hood, 2007). En comparaison du groupe qui n'a pas reçu cette distraction lors des traitements, les patientes se sont senties moins anxieuses, elles ont eu moins d'effets secondaires et ont sous-estimé la durée des traitements (Ibid.). Une enquête réalisée auprès de femmes âgées atteintes d'un cancer du sein confirme l'intérêt de cette utilisation de la réalité virtuelle. Elle précise cependant que ces patientes envisagent la réalité virtuelle comme une possibilité de se sentir ailleurs, dans un environnement féérique plutôt que comme une distraction des interventions médicales sur lesquelles elles veulent rester concentrées (Michel et al., 2019).

Dans le champ des recherches sur les interventions non-médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer, la « thérapie des trains » est considérée comme un traitement thérapeutique destiné à « *ralentir le déclin cognitif et fonctionnel causé par la maladie d'alzheimer* » (Biamonti et al., 2014, p. 290). Développée en Italie par le thérapeute Ivo Cilesi, l'architecte Lapo Lani et les designers du groupe de recherche du Laboratoire d'innovation et de recherche sur les intérieurs Lab.I.R.Int, cette approche est basée sur la mise en scène d'un voyage

ferroviaire. Dans une pièce maquillée en gare, une porte renferme un petit espace qui représente le compartiment d'un train. Celui-ci comporte deux fauteuils placés face à face et séparés par une petite table. Un écran fait office de fenêtre et affiche un paysage défilant. Le thérapeute accompagne le patient qui doit imprimer un billet avant de le poinçonner pour ouvrir les portes du wagon. Ils s'y installent ensemble jusqu'à la fin du voyage virtuel qui peut durer jusqu'à trente minutes.

D'après ses concepteurs, ce « voyage virtuel » permettrait de stimuler les souvenirs tout en favorisant la relation entre le patient et le thérapeute. Ils considèrent que « *la mise en scène d'un voyage en train permet de réinterpréter les souvenirs historiques liés au voyage, afin de rassurer sur la perte de mémoire typique des personnes atteintes de démence due à la MA. Ce type de souvenirs est réélabore dans l'esprit du patient comme un moment d'évasion de la réalité normale à l'intérieur d'un monde fictif personnel* » (Biamonti et al., 2014, p. 291). Ils visent à diminuer les troubles du comportements (agitation et agressivité) et cognitifs (troubles de l'attention), à stimuler les capacités relationnelles et à permettre un état de relaxation (Ibid.). Cependant, le manque de clarté et de précision de ces objectifs, mais aussi des résultats de cette approche thérapeutique invitent à une grande prudence pour considérer son intérêt dans la pratique clinique. De plus, la conception et le protocole de ces séances présentent au moins une limite éthique majeure qu'il est nécessaire de développer.

Les personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer peuvent perdre la capacité de distinguer les situations réelles de leurs projections. Certains patients se croient dans une autre époque ou à un endroit qui n'est pas celui dans lequel ils se trouvent effectivement. L'échange avec eux permet souvent de mettre du sens sur ces symptômes et d'en comprendre l'intérêt pour leur équilibre psychique. Ce protocole thérapeutique est construit pour simuler un voyage et traduit la volonté de faire croire au patient que ce voyage existe réellement. Il relève de la tromperie d'une personne qui n'a peut-être pas la capacité de comprendre l'aspect symbolique du dispositif, le « pour de faux » qui pourrait avoir un sens thérapeutique⁵⁰. La présentation d'une fausse réalité sur la perception d'une personne en difficulté pour déterminer le vrai du faux pourrait être préjudiciable, surtout si le thérapeute l'amène à prendre le faux pour du vrai.

Par ailleurs, le protocole ne mentionne pas de temps de discussion avant ou après l'expérience virtuelle. Le « voyage » risque de ne pas pouvoir être élaboré psychiquement et

⁵⁰ Dans toutes les approches thérapeutiques de la réalité virtuelle, le patient sait que ce qu'il voit est une simulation de la réalité. Pour une personne souffrant d'acrophobie, le fait de se trouver réellement au milieu d'une poutrelle à 200 mètres de hauteur produirait une immense détresse psychique. La réalité virtuelle permet justement de moduler ces vécus et de travailler en thérapie la transition entre l'expérience virtuelle et l'expérience réelle.

cliver davantage une réalité morcelée sur laquelle le patient a déjà de la difficulté à mettre du sens : pourquoi est-il sorti ? dans quelle période se trouve-t-il vraiment ? qu'a-t-il fait une fois arrivé à destination ? Comment est-il revenu ici ? La discussion de ces questions est susceptible de mettre à mal ce dispositif thérapeutique car elle nécessite de distinguer le souvenir (temps passé) de la réalité actuelle (temps présent). La perspective de « revivre » un souvenir est rendue cliniquement intéressante par la discussion ultérieure de ce souvenir et de ses effets. Dans ce protocole, personne n'oserait dire à ces patients que rien de ce qu'ils ont vu n'était vrai, ce qui n'est d'ailleurs pas souhaitable dans le cas où le patient se serait remémoré un souvenir ancien. L'explication d'une simulation pourrait le laisser croire que ce souvenir fragile de sa vie n'existe pas en réalité.

La « thérapie du train » semble davantage relever d'une approche de distraction attentionnelle de la personne âgée que d'une stimulation cognitive et comportementale. La séance est d'ailleurs considérée comme un répit⁵¹, notamment aux troubles anxieux majeurs des personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer. Sa valorisation du souvenir du voyage et de l'environnement ferroviaire s'inscrit d'ailleurs dans la lignée des protocoles de réminiscence qui utilisent des photographies ou certains objets pour encourager le patient à évoquer ses souvenirs. Utilisée dans cette perspective, la réalité virtuelle rend accessible nombre d'environnements et d'objets difficiles, voire impossibles à revoir autrement (Lodha et al., 2020). Cette technologie permettrait notamment de stimuler les souvenirs autobiographiques en présentant des environnements familiers aux personnes âgées (Benoit et al., 2015). Elle semble alors pertinente en EHPAD où la mise en place d'ateliers thérapeutiques basés sur l'expression des souvenirs est fréquente et valorisée.

Souvent menées par des soignants, les thérapies de réminiscence sont souvent réduites à des activités d'échanges basés sur les souvenirs des participants. Ces groupes s'inscrivent le plus souvent dans un programme d'activités davantage destinées à occuper les résidents qu'à répondre à un objectif thérapeutique précis. La tendance est fréquente d'orienter la discussion vers des thématiques légères et éviter des sujets plus difficiles comme la dépendance, la vie institutionnelle ou même la mort, susceptibles de mettre à mal les soignants sur le plan

⁵¹ Les auteurs mentionnent que les séances de thérapie sont organisées « *en fonction de l'apparition des troubles, notamment en correspondance d'une phase aiguë de ceux-ci* » mais ils ne précisent pas le sens de cette correspondance (Biamonti et al., 2014, p. 291). Nous comprenons qu'elles sont proposées lorsque les troubles sont dans une phase aiguë. C'est donc lorsque ces patients sont au plus mal que les séances leurs sont proposées, ce qui pose – là encore – la question du désir du soignant de faire cesser le comportement problématique par un effet de distraction attentionnelle et interroge la prise en compte du désir du patient lui-même.

transférentiel⁵². Lorsque de telles thématiques émergent néanmoins, ces derniers invitent volontiers le participant à changer de sujet, formulent un jugement (ex. « *dites, ce n'est pas gai ce que vous racontez là !* ») ou évitent ensuite de trop solliciter les participants susceptibles de les mettre en difficulté. Les échanges tendent ainsi à s'organiser sur des thématiques creuses, mais sûres et consensuelles, afin de répondre à l'objectif de faire apprécier l'activité aux résidents. Cela est fondé sur l'idée de leur permettre de « *penser à autre chose* » et « *d'éviter de raconter toujours les mêmes problèmes* ». Si les thérapies de réminiscence ne correspondent pas à cette perspective, ces modalités de mise en œuvre en EHPAD nous amènent ainsi à les considérer comme des thérapies de distraction attentionnelle.

Enfin, cette volonté de distraire est commune entre ces thérapies et l'action médicamenteuse de certains traitements qui soulagent les symptômes sans régler la cause. La distraction consiste à orienter intentionnellement l'attention hors de la conscience. Bien qu'elle soit pertinente, et même indispensable dans des cas de grande souffrance, cela paraît tout à fait contraire à une logique de soin thérapeutique destinée à soulager le patient de façon durable. Cette perspective semble considérer qu'il est possible, et même préférable, d'oublier les souvenirs difficiles et les patients qui adoptent cette stratégie pourraient refuser de s'investir dans une psychothérapie pour cette raison. L'observation de l'environnement virtuel n'est alors plus destinée à provoquer un changement neurocognitif ou moteur, mais d'amener à ne plus penser à la réalité concrète. Il s'agit ainsi de visionner autre chose et de s'intéresser aux effets de cette observation, notamment sur les souvenirs. Cette perspective se rapproche de l'application proposée dans cette recherche, à la différence que son usage en tant qu'objet de médiation thérapeutique requiert une organisation du dispositif tout à fait spécifique.

4.3 La réalité virtuelle comme médiation thérapeutique

4.3.1 Les médiations thérapeutiques

Les théories des médiations thérapeutiques reposent principalement sur les travaux d'orientation psychanalytique basés sur le modèle de la symbolisation. À ce sujet, les apports de René Roussillon permettent de penser la pratique clinique à l'aide d'un modèle théorique qui enrichit considérablement la compréhension des médiations. Dans son *Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie*, Roussillon (2014) rappelle que les

⁵² Dans le cadre de l'institution où s'est déroulée cette recherche.

expériences subjectives s'inscrivent dans l'appareil psychique sous la forme d'une « matière première psychique » décrite par Freud dès 1896. C'est à partir de cette « trace multiperceptive » que le processus de symbolisation va se mettre au travail. Ces traces premières se répètent jusqu'à ce qu'elles soient intégrées par l'appareil psychique. Roussillon (2014) précise ainsi que le fonctionnement psychique relève de la production d'une représentation plutôt que d'une perception sensorielle et que la psyché ne peut travailler qu'à partir de représentations. Il parle donc de « représentation perceptive » plutôt que de « perception ». Pour être intégrée psychiquement, la forme première de la matière psychique doit être transformée en une autre forme que Roussillon qualifie de « symbolique ». Le processus de symbolisation permet cette transformation afin de permettre l'intégration psychique de la « matière première psychique ». C'est dans ce processus que le sujet va s'approprier le vécu de son expérience.

Roussillon (2014) décrit la symbolisation primaire comme la première forme de symbolisation. Celle-ci correspond à la conception de l'objet trouvé-créé de Winnicott (1971), à la fois créé par le processus hallucinatoire et trouvé dans la perception. Roussillon parle ainsi de co-incidence qui dépasse l'opposition hallucination/perception en ouvrant le champ de l'illusion. Cela correspond à une phase précoce du développement pendant laquelle la mère et son nouveau-né font l'expérience d'une fusion qui les rend indissociables. Lors de cette période, la mère répond presque parfaitement et immédiatement aux besoins du bébé (Winnicott, 1971). Celui-ci fait ainsi l'expérience d'une continuité entre lui et le monde extérieur. Progressivement, son insatisfaction à recevoir de quoi combler ses besoins fait vivre au bébé la frustration de découvrir que le monde n'est pas créé par lui. Cette désillusion lui permet de s'ouvrir sur l'extérieur et d'explorer un espace qui n'est plus son propre prolongement mais indépendant de son être. Selon Roussillon (2014), la symbolisation primaire nécessite de penser « *la co-incidence entre le processus issu du bébé, et la « réponse » de l'environnement* » (2014, p. 144). Son enjeu est de transformer la matière première psychique en représentation de chose. En tant que processus dérivés de la sensori-motricité, les pictogrammes (Aulagnier, 1975) ou les signifiants formels (Anzieu, 1987) représentent des formes de symbolisation primaire. Ces contenus internes peuvent également se combiner pour créer des ensembles plus larges sous forme de scénarii qui sont projetés sur le monde à travers ces actes, ces mises en scène destinées à être identifiées et reconnues par l'environnement. Cette reconnaissance est indispensable pour permettre à ces processus d'être intégrés dans l'appareil psychique et devenir des processus de symbolisation. Roussillon (2014) explique ainsi que le nourrisson a besoin de « raconter » ses

états et processus internes. Il ajoute que « *ceux-ci, pour être pleinement appropriés, ont besoin d'être mis en scène par le bébé et identifiés et reconnus, voire partagés par les personnes significatives de son environnement premier* » (2014, p. 149). Ces processus de symbolisation primaire contribuent finalement à la création d'un « objet commun » qui n'est « ni à l'un, ni à l'autre ». Il devient un « objet partageable » qui représente la façon dont ils peuvent se rencontrer et se transmettre leurs états internes.

La symbolisation secondaire succède à la transformation des premières traces psychiques. Elle renvoie à la façon dont les représentations de chose et les scénarii qui les contiennent sont « traduites » dans le champ du langage verbal. Roussillon (2014) présente ainsi l'enjeu de la symbolisation secondaire de transférer des représentations en mots et précise combien cela mobilise l'ensemble de l'appareil de langage verbal. Il décrit ainsi trois vecteurs du transfert de la représentation de chose en représentation de mot : il s'agit du « *choix des mots, de leur nuance, de leur double ou multiple sens éventuel* », mais aussi de « *la stylistique et l'organisation pragmatique des énoncés* » et enfin « *la voix et [...] la prosodie* » (2007, p. 151-153). Roussillon (2014) considère ainsi le processus de symbolisation secondaire comme la traduction de la symbolisation primaire dans l'appareil de langage. Différents niveaux de langage s'inscrivent dans le registre de la symbolisation secondaire. Ils participent à l'expressivité polymorphique du sujet qui mobilise aussi bien le corps, les gestes et les mimiques que l'activité verbale.

Les travaux de René Roussillon succèdent à ceux de Marion Milner, notamment sur le rôle de l'illusion dans la formation de symboles, qui permettent de comprendre l'intérêt de l'utilisation de médiations en psychothérapie. Cette dernière souligne, dès 1952, l'importance d'un intermédiaire entre la réalité interne du sujet et la réalité extérieure (Milner, 2000). Elle remarque les moments de concentration intense lorsqu'un enfant est absorbé dans son jeu, et suggère qu'il existe de nombreux moments du quotidien où le sujet fait de nouveau l'expérience de l'illusion. Il se trouve absorbé par l'environnement extérieur comme s'il faisait partie de ses propres limites. Les médiations thérapeutiques favorisent cette expérience de l'illusion qui dépasse la perception de la scène réelle du jeu comme un objet pour devenir le théâtre de la vie intérieure. Cette expérience est d'une grande importance pour le patient pendant le temps du jeu, il ne s'agit plus de petits personnages en plastique mais de véritables êtres vivants. Les significations qu'ils reçoivent permettent de les utiliser comme un langage capable de dire quelque chose à propos de quoi les mots auraient manqué (Milner, 2000).

Marion Milner (2000) souligne également l'importance du cadre dans l'espace de la psychothérapie et précise :

« Le cadre délimite les types de réalités différentes qu'il y a à l'intérieur et à l'extérieur de lui ; mais un cadre temporo-spatial délimite aussi le type de réalité particulière d'une séance de psychanalyse. En psychanalyse, c'est l'existence de ce cadre qui rend possible le plein développement de cette illusion créatrice que les analystes appellent transfert. Aussi l'idée centrale sous-jacente à la technique analytique est-elle que c'est grâce à cette illusion qu'une meilleure adaptation au monde extérieur se développe en fin de compte » (p. 33-34).

Milner définit, en 1977, le médium malléable comme « une substance intermédiaire au travers de laquelle les impressions sont transportées aux sens » (Milner, 2000). Elle considère ainsi que le patient a la possibilité d'utiliser l'objet matériel, mais aussi le thérapeute lui-même pour projeter sa vie fantasmatique. La dimension transférentielle est alors utilisée par le patient dans le but d'organiser sa cohérence interne. Ce transfert au sein du processus de symbolisation remplit trois fonctions, selon Roussillon (2010) : la fonction phorique qui vise à recueillir un fragment du psychisme du sujet dans l'objet, la fonction sémaphorique qui correspond à la mise en sens de ce fragment psychique dans cet objet et la fonction métaphorique qui permet de le rendre intégrable et symbolisable. Les objets de médiations peuvent ainsi être transformés, modifiés ou déformés, ce qui participe au développement de l'activité créatrice. Cependant, l'objet médiateur en soi n'a aucune incidence thérapeutique, c'est dans la mise en place du cadre et du dispositif de médiation que des effets thérapeutiques sont possibles (Brun, 2010). L'objet ne devient médiateur que dans le processus de médiation (Chouvier et al., 2012).

L'objet médiateur, investi par le patient et le praticien, devient un espace de médiation qui permet la mise en place d'une relation transférentielle thérapeutique. Cette rencontre entre le psychisme du soignant et celui du patient est indispensable au changement. Rappelons que l'objet médiateur peut être considéré comme le contenant qui donne une forme au contenu psychique non élaboré du patient. Cette formation issue de la rencontre entre l'externalité de l'objet et l'espace mental interne permet d'organiser une sensorialité qui échoue à être mise en mot. Le recours à l'objet médiateur nécessite ainsi un positionnement adapté pour que le message projeté sur l'objet devienne signifiant pour le sujet. Le rôle du thérapeute est de répondre à ce message afin de lui faire acquérir une valeur narrative (Rabeyron, 2017). Pour cela, il doit transformer ces formations dans la relation transférentielle en répondant à leur « virtualité symbolisante » (Brun, 2015). Les expériences ont toujours une virtualité

symbolisante, autrement dit un potentiel à être symbolisées. La plupart du temps, un contexte favorable permet l'expression de cette virtualité afin que l'expérience soit intégrée psychiquement. Mais cette virtualité peut se « bloquer », faute d'un contexte adéquat : c'est le cas d'une expérience traumatique. La possibilité de symboliser l'expérience reste en suspens jusqu'à ce qu'un environnement favorable se présente. Le médium et le cadre permettent ainsi de déployer le processus de symbolisation lorsque le caractère virtuel de l'expérience non élaborée trouve son écho dans les potentialités ouvertes par l'état mental intérieur du clinicien qui organise ses réponses – autrement dit – son état de figurabilité (Botella, 2001). Celui-ci offre un contexte favorable à l'expression du potentiel d'élaboration de l'expérience en catalysant sa virtualité symbolisante. Dans la relation thérapeutique, les propriétés sensorielles de l'objet médiateur sont fondamentales pour produire un effet de « résonance » entre la vie psychique et la médiation : il doit être saisissable afin d'être pris ou laissé, avoir une consistance propre et immuable afin de garantir son indestructibilité et le rendre prévisible (Roussillon, 1991). Enfin, il doit pouvoir être transformé de manière à conserver la forme imprimée sur lui par la psyché. Cette empreinte se maintiendra alors selon la sensibilité de l'objet dans sa formation et sa durée (Rabeyron, 2017).

La construction d'une médiation thérapeutique basée sur un objet numérique présente ainsi des spécificités qui amènent à interroger sa place dans ce type de pratique clinique. Serge Tisseron (2017) estime à ce propos qu'il s'agit de considérer la fonction de l'objet plutôt que ses utilisations possibles. Il peut ainsi répondre à une fonction transitionnelle, de trésor, de fétiche, de mémoire, d'introjection ou encore de projection. Ce dernier souligne la diversité des rôles qui peuvent être attribués à l'objet numérique. Tisseron précise qu'un objet traditionnel ne devient contenant qu'à partir des projections du sujet, alors que l'objet numérique peut effectivement contenir des traces internes comme des notes, des photographies ou encore des dates importantes. Il cite le smartphone comme un objet aussi bien capable de servir d'objet transitionnel que de contenir une mémoire que le doudou n'aura jamais. Selon Tisseron (2017), ces objets sont familiers et suscitent une certaine curiosité, notamment chez les enfants. L'attrait généralisé pour des objets comme le smartphone ou la tablette semble étendre cette familiarité à des personnes de tous âges. Il désigne également leur souplesse par l'adaptabilité de ces objets. Par exemple, le logiciel d'une tablette peut afficher des informations simplifiées pour les rendre compréhensibles. Tisseron (2017) évoque enfin leur qualité de stabilité et de prévisibilité qui, à l'instar des autres propriétés, souligne la pertinence d'utiliser ces objets comme médiation auprès d'enfants atteints de troubles du spectre autistique. À propos des

pratiques de médiations basées sur les jeux vidéo auprès des adolescents, il souligne trois qualités essentielles de ces objets numériques :

« leur pouvoir très fort de susciter des émotions, des sensations et des représentations personnelles, ce qui fait d'eux un outil privilégié sur la voie de la subjectivation ; la mise en scène des images de soi et des fantasmes privilégiés du joueur à travers la construction d'un personnage qui le représente à l'écran ; et enfin leur constitution en support de récit de telle façon que ces jeux peuvent utilement être utilisés comme un intermédiaire entre le mode de pensée en image lié aux processus primaires et la construction narrative liée aux processus secondaires » (Tisseron, 2017, p. 26).

Guillaume Gillet et Anne Brun (2017) se sont également intéressés aux différences entre les médiations traditionnelles et les médiations numériques. Ils interrogent la façon dont l'objet virtuel peut déployer des processus de symbolisation à partir du registre sensorimoteur alors que le corps n'est pas directement mobilisé. Pour cela, ils distinguent la sensorimotricité *effective* de la sensorimotricité *virtuelle* qui permettrait la mise en œuvre de formes spécifiques de symbolisation. Ils s'appuient sur la clinique des bébés pour expliquer comment s'articulent les premières formes de sensorialité avec l'environnement : s'il n'est pas suffisamment « réverbéré » par la mère, le plaisir entre le bébé et l'objet primaire n'est qu'une décharge d'excitation pulsionnelle qui n'entraîne pas nécessairement de satisfaction. Dans cet état, l'affect de plaisir ne trouve pas de représentant psychique et reste ainsi à l'état potentiel ; il ne peut être éprouvé ou devenir conscient. La réponse de l'environnement s'avère ainsi primordiale car elle donne une valeur de communication en direction de l'objet. Le plaisir est partagé dans la rencontre avec autrui et permet le déploiement d'un accordage en double (Roussillon, 2009b). C'est ainsi que l'écho sensoriel du bébé sur l'environnement produit les formes primaires de symbolisation. À ce propos, Tisseron (2012) rappelle qu'avant de se former une représentation visuelle extérieure, le bébé se trouve dans l'image qu'il hallucine. Il est d'abord à l'intérieur de cet espace visuel, sensoriel et moteur avant de pouvoir l'observer devant lui. Cette première position correspond à la « sensorimotricité virtuelle » dont les traces qu'elle laisse en mémoire seraient ensuite repérables à travers les signifiants formels⁵³ (Gillet & Brun, 2017).

⁵³ Les signifiants formels (Anzieu et al., 1987) sont des représentations de contenants psychiques qui en soutiennent la transformation et participent à donner une forme aux processus primaires.

Guillaume Gillet et Anne Brun (2017) illustrent cette description des médiations numériques par l'utilisation des jeux vidéo chez des adolescents. L'effet d'immersion produit par ce médium se rapproche des premières expériences sensorielles hallucinatoires d'indistinction du bébé entre l'intérieur et l'extérieur. Le contenu psychique que déploie le joueur s'apparente à ces formes de sensorialité primaires : il donne forme à son personnage, lui fait vivre des aventures qui résonnent avec ses propres sensations. Le joueur ressent de façon hallucinatoire ces mouvements imprimés au personnage. Ainsi, l'utilisation thérapeutique de cette médiation réactualise ces traces sensorielles précoces dans l'espace de la thérapie. Le jeu vidéo fournit ainsi un support d'accordage pour le patient à l'avatar et au thérapeute dans un processus similaire à celui de « l'échoisation » du bébé par l'environnement. À partir de ces contenus psychiques mis en scène dans l'espace virtuel du jeu, *« tout le travail thérapeutique en médiation va consister à permettre [...] de passer du registre sensorimoteur, avec une prédominance de signifiants formels, à celui du fantasme, avec une construction ou co-construction d'une histoire »* (Gillet & Brun, 2017, p. 46).

Frédéric Tordo (2017) décrit un dispositif clinique similaire fondé également sur le jeu vidéo. Il interroge la façon dont le médium – constitué du support technologique et du jeu vidéo – structure le cadre psychothérapique en prenant la forme de la psyché et en relançant le processus de symbolisation. Il propose ainsi que cette médiation ouvre deux espaces de symbolisation, celui du jeu et celui du langage à propos du jeu, et propose de définir le cadre d'une thérapie basée sur l'utilisation d'un objet numérique à partir de : *« [l'] implication de la sensori-motricité dans l'utilisation du médium, mais encore de la dynamique transférentielle et de la « verbalisation » (patient-thérapeute) »* (Tordo, 2017, p. 34). Selon lui, *« la technique psychanalytique à médiation numérique sollicite une « régression formelle du penser », chez le patient comme chez l'analyste [qui correspond essentiellement à une] régression formelle du langage verbal à l'expression de modalités sensori-affectivo-motrices »* (Tordo, 2017, p. 35-36). L'utilisation du médium numérique sollicite moins le langage que le ressenti sensoriel et l'action. La capacité du thérapeute à se laisser prendre dans cette régression formelle favorise l'émergence d'un mouvement de régrédience. En fonctionnant comme une « pensée visuelle », celui-ci correspond autant à un état psychique qu'à un potentiel de transformation (Botella, 2001). La régrédience trouve une illustration concrète dans le laisser-aller qui précède le sommeil (Lavallée, 2005). Celle-ci, engagée par le jeu vidéo, permet de faire vivre par le dispositif cette régression formelle en ajoutant une dimension matérielle. Ainsi, ce mouvement régrédient joint la régression formelle à la régression matérielle. Cette liaison permet de

« donner vie » aux désirs mais aussi aux éléments traumatiques non symbolisés. Tordo considère ainsi la médiation numérique à l'œuvre entre la régression formelle et la régression matérielle en faisant advenir une expérience subjective proche du fantasme préconscient-conscient (Tordo, 2012).

Il poursuit en rappelant que ce mouvement régrédié ouvre au travail de figurabilité (Botella, 2001) qui correspond à une « *régression formelle de la pensée* » exprimée sur un registre d'images sensori-motrices. La figurabilité vise à exprimer de cette façon « *la sensorialité engagée par la régression formelle-matérielle de la médiation numérique* » (p. 39). Tordo insiste sur l'importance de ce travail de figurabilité dans la médiation thérapeutique en ce qu'il permet d'assurer une liaison possible entre la représentation de chose et la représentation de mot. En racontant une histoire à partir du jeu vidéo, le patient exprime une représentation de chose proche de l'inscription inconsciente des images et des sensations traumatiques. Il décrit enfin comment le Préconscient est amené à exercer un rôle de liant « virtuel » entre ces différents registres de représentation (Tordo, 2017).

4.3.2 Les médiations en gériatrie

Dans le domaine gériatrique, les ateliers de stimulation cognitive s'imposent souvent avec des objectifs curatifs (Mazurier, 2016). Dans cette optique, certaines médiations animales deviennent des « traitements non médicamenteux » évaluables et objectivables par des tests qui valideraient effectivement leur intérêt pour diminuer les troubles psycho-comportementaux (Vaillant-Ciszewicz et al., 2017; Quibel et al., 2017). La notion de médiation thérapeutique traduit alors l'idée du lien entre l'animal et les personnes (Quibel et al., 2017). Dans le dispositif clinique présenté par Vaillant-Ciszewicz (2017), le chien est accompagné de son maître auprès d'une résidente malade d'Alzheimer devenue presque mutique. La présence du chien lui permet de prendre soin de l'animal. En prenant soin « de l'autre », elle adopte une position différente et renverse la relation soignant/soigné. Le sujet passe ici encore d'un registre passif à un registre actif. Cependant, Vaillant-Ciszewicz considère moins les bénéfices qu'il observe à travers son potentiel relationnel qu'à l'intérêt thérapeutique de l'objet médiateur lui-même. Quibel propose même l'hypothèse que « *le fait d'être en présence d'un animal apaise les tensions quelles qu'elles soient* » (Quibel et al., 2017, p. 38), ce qui donne toute sa valeur à l'idée d'un animal thérapeutique.

Le modèle du chien-thérapeutique pose pourtant un problème dans le cas où, par exemple, l'animal adopte un comportement agressif qui n'aurait plus rien de thérapeutique.

Cela illustre combien le dispositif importe plus que le chien lui-même. Ces remarques vont dans le sens d'une conception selon laquelle l'objet de médiation n'est thérapeutique que dans un cadre adéquat (Brun, 2010). Il ne s'agit pas de rechercher les propriétés thérapeutiques de l'objet mais bien de recentrer l'analyse sur les ouvertures relationnelles qu'il offre à partir de ses spécificités. De nombreux objets constituent ainsi des médiations thérapeutiques potentielles et peuvent même passer d'un registre à un autre, comme les ateliers-mémoire qui sont principalement enracinés dans une logique performative de stimulation. Ceux-ci peuvent aussi bien s'inscrire dans un dispositif de médiation et répondre à l'investissement narcissique du sujet (Dubois, 2013). Comme d'autres supports, l'exercice de mémoire peut soutenir l'expression des sujets âgés, notamment sur le registre cognitif dont les conséquences du vieillissement génèrent parfois beaucoup de souffrance.

Les pratiques de médiation mettent à disposition des supports dont la manipulation permet au sujet âgé d'adopter une position active. Il sort de la passivité dont il fait l'expérience dans un environnement susceptible de faire à sa place, de décider, voire de penser pour lui. L'expression favorisée par la médiation redonne un sens à sa propre création et à l'expression de sa subjectivité. La forme donnée à la matière de médiation permet de représenter la chose pendant la création. La possibilité d'en dire quelque chose, de parler de sa création la fait ensuite émerger dans le langage. Le sujet âgé peut ainsi matérialiser la perte en se réappropriant à l'extérieur ce qui a été perdu à l'intérieur (Donaz, 2011). Les médiations picturales comme le dessin ou la peinture sont particulièrement adaptées auprès des personnes âgées qui ne peuvent plus parler. Le recours à ces médiations auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer semble particulièrement pertinent pour leur permettre d'exprimer la souffrance psychique et les éléments en mal de symbolisation qu'elles ne peuvent communiquer verbalement (Le Strat, 2007). Lorsqu'elles peuvent le verbaliser, le discours des personnes âgées ouvre d'autres possibilités de médiations comme le conte qui met l'accent sur le plaisir de raconter, d'écouter et d'imaginer des histoires. Cette médiation permet notamment de déposer une certaine charge affective et d'enrichir le fil associatif des sujets âgés à travers des identifications, des souvenirs ou des histoires qui favorisent la figuration de leur activité psychique (Aubert, 2015).

D'autres pratiques basées sur les médiations sensorielles visent à stimuler les sens dans l'idée de favoriser l'expression de souvenirs à partir de matériel sensoriel visuel, auditif, gustatif, olfactif ou tactile. Ces médiations présentent notamment l'intérêt de répondre aux problématiques physiologiques du vieillissement liées à la baisse des capacités sensorielles. Même s'ils sont altérés, la sollicitation des sens permettrait de réactiver d'anciennes sensations

et de favoriser l'inscription de ces souvenirs dans la continuité de la vie du sujet (Grégam, 2011). L'utilisation d'images ou de photographies comme support d'expression, notamment dans le cadre d'un dispositif de photolangage s'inscrit dans cette perspective en proposant un espace relationnel de jeu et d'expression émotionnelles (Mazurier, 2016). Ces différents supports sensoriels favorisent le souvenir et la réintégration d'événements de vie dans l'histoire affective des patients âgés dépendants (Grégam, 2011; Mazurier, 2016). La réalité virtuelle s'inscrit dans ce type de médiation sensorielle. Son utilisation permettrait également stimuler la mémoire autobiographique et d'augmenter le nombre de souvenir de scènes familiales par rapport à des scènes inconnues (Benoit et al., 2015)⁵⁴. Cela corrobore la pertinence d'utiliser cette technologie comme un support d'expression. La mémoire autobiographique est d'ailleurs particulièrement sollicitée dans le dispositif psychothérapeutique et sa stimulation pourrait enrichir les échanges dans ce cadre.

Rizzo et Gambino (2020) montrent que les technologies fondées sur la réalité virtuelle permettent d'accroître les stimulations sensorielles à des environnements qui reproduisent la richesse des scénarios de la vie quotidienne. Ils considèrent que ceux-ci pourraient représenter des expériences stimulantes pour l'évaluation et le traitement des personnes âgées, même dans le cas d'un vieillissement pathologique. La réalité virtuelle peut être utilisée comme méthode d'évaluation et de stimulation de la mémoire épisodique dans son versant rétrospectif et prospectif (Rizzo et al., 2020). Son aspect rétrospectif illustre l'intérêt de cette technologie pour évoquer et stimuler les souvenirs de la vie passée. Quant au versant prospectif, il correspond aux mécanismes d'anticipation et d'intention qui permettent de préparer la personne aux événements à venir. Ces deux versants de la mémoire épisodique sont particulièrement touchés par le vieillissement et les perspectives d'évaluation et de traitements basés sur ces aspects sont nécessaires dans l'accompagnement des personnes âgées (Ibid.). L'intérêt que représente la réalité virtuelle pour stimuler la mémoire épisodique répond également à une dynamique clinique. Dans sa dimension rétrospective la simulation de souvenirs de vie traduit la pertinence d'utiliser un tel dispositif en séance, tout autant que sa dimension prospective. C'est sur cette « mémoire du futur » (Gonneaud et al., 2009) que pourrait reposer la possibilité d'imaginer un environnement « pour de faux » dans lequel des expériences significatives peuvent se dérouler : le patient pourrait ainsi se projeter dans un environnement comme s'il était dans une autre réalité, légèrement différente du monde extérieur. L'analyse de ces différences, de son vécu et

⁵⁴ Dans cette étude, il ne s'agit pas d'un visiocasque mais du dispositif I-Space de Barco dans lequel le participant est invité à s'asseoir sur un fauteuil placé à un mètre d'un grand écran de vidéoprojection (320cm x 240cm). Voir Benoit et al., 2015.

de ses intentions dans cet environnement virtuel semblent particulièrement riches dans une perspective psychothérapeutique.

La réalité virtuelle permettrait également de promouvoir la qualité de vie, le bien être psychologique et la qualité des interactions sociales des personnes âgées atteintes de pathologies neurocognitives (D’Cunha et al., 2019). Cependant, les recherches qui avancent ces résultats souffrent des mêmes limites que les méta-analyses publiées sur cette technologie à propos de la multiplicité des dispositifs utilisés, de la petite taille des échantillons mais aussi du nombre réduit de recherches similaires. La présentation d’un environnement sur un grand écran reste considérée comme une réalité virtuelle, au même titre que l’utilisation d’un visiocasque. Pourtant, le matériel de réalité virtuelle est fondamental non seulement pour comparer un dispositif à un autre, mais surtout dans l’expérience virtuelle qu’il permet. À titre d’exemple, les conclusions d’une recherche sur l’observation d’une forêt en réalité virtuelle par des résidents d’EHPAD pourrait nous intéresser si celle-ci n’était pas basée sur la projection sur grand écran d’une forêt virtuelle (Moyle et al., 2018). Leur dispositif est si différent du visiocasque que les bénéfices comme les limites observées semblent difficiles à transposer sur un autre type de matériel. Dans une perspective d’évaluation et de traitement, la réalité virtuelle pourrait donc être utilisée comme telle sans considération majeure de son support, excepté pour la reproductibilité des études et sa mise en œuvre concrète auprès des patients. À l’inverse, l’objet qui « héberge » la réalité virtuelle relève d’une importance capitale en tant que médiation thérapeutique.

Le visiocasque est un objet récent et méconnu de la plupart des personnes âgées. Sa forme, son poids, ses branchements et surtout, l’image qu’il affiche, sont fondamentales dans la relation clinique. Il ne s’agit pas seulement de l’environnement à visionner car tous ces aspects et de nombreux autres constituent l’enveloppe matérielle de ce dispositif de réalité virtuelle. Il est d’ailleurs risqué de cesser de considérer le casque pour se concentrer sur la réalité virtuelle car celui-ci matérialise le pont entre la réalité concrète et cet environnement virtuel. Il est sécurisant dans la mesure où le patient peut le retirer en cas de besoin et discuter avec le thérapeute. L’utilisation de l’objet dans la relation thérapeutique n’a de sens que s’il est utilisé avec respect et bienveillance. La considération du casque de réalité virtuelle semble ainsi primordiale et nécessite un échange avant et après son utilisation. Dans cette perspective, la réalité virtuelle n’est pas la thérapie mais s’inscrit dans ce cadre. La nature du dispositif utilisé est fondamentale pour déterminer la pertinence de la réalité virtuelle dans la pratique clinique. La faisabilité de son utilisation auprès de résidents atteints ou non de démence dans des

établissements de soins gériatriques de longue durée est d'ailleurs renseignée dans une étude dont les conclusions concernent un dispositif identique à celui de notre recherche. Celle-ci valide l'intérêt d'utiliser un smartphone en tant qu'écran placé dans un visiocasque auprès de ces patients (Brimelow et al., 2020).

4.3.3 La réalité virtuelle comme médiation thérapeutique

Le casque de réalité virtuelle est un objet technologique fondé sur la présentation d'une image animée ou non dans un champ visuel accessible sur 360 degrés. Il s'agit d'un écran capable d'afficher n'importe quel contenu compatible dont deux modalités différentes peuvent être distinguées : les contenus artificiels et des photographies/vidéo d'environnements réels. Les contenus artificiels sont créés informatiquement. Ils correspondent notamment au virtuel des jeux vidéo et peuvent permettre un déplacement dans l'environnement observé et des interactions avec certains objets. Les pratiques thérapeutiques de médiation basées sur le jeu vidéo renseignent l'intérêt de cette perspective d'utilisation du casque de réalité virtuelle (Duris, 2017; Virole, 2005; Leroux, 2009; Stora, 2016). Le niveau de réalisme de ces contenus artificiels est maîtrisé et permet de moduler la ressemblance des environnements au monde extérieur. Il est également possible de créer des objets ou des mondes imaginaires, ce qui offre un potentiel métaphorique intéressant pour le travail clinique.

La seconde modalité de présentation dans le casque concerne les environnements issus du film ou de la photographie d'une scène choisie. Il s'agit d'une représentation d'un endroit qui existe dans la réalité et dans lequel il n'est pas possible d'entreprendre une action. Ce contenu se rapproche de dispositifs plus classiques basés sur l'utilisation d'images dans une perspective thérapeutique comme dans le photolangage. Cette médiation s'ancre initialement dans une approche thérapeutique groupale qui vise à permettre aux participants de mettre des mots sur leur vécu en utilisant la photographie comme support. Il s'agit d'une méthode créée en 1965 par Pierre Babin, Alain Baptiste et Claire Bélisle basée sur le choix d'une photographie pour répondre à une question. Initialement élaborée dans un cadre groupal, cette médiation est organisée en deux temps. Le premier renvoie à l'énoncé de la question et au choix d'une ou deux images par chaque membre du groupe. Le second temps consiste à échanger autour de l'image choisie en répondant à la proposition « *chacun présentera sa photo quand il le désire, en s'articulant éventuellement sur ce qui vient d'être dit. Nous écouterons attentivement celui ou celle qui présente sa photo. Nous sommes invités, après cette présentation, à dire ce que nous voyons de semblable ou de différent sur cette photo* ».

En mobilisant la « pensée en idées » par le questionnement, le dispositif du photolangage renvoie à une organisation logique liée aux processus secondaires afin de pouvoir y répondre. La « pensée en image » est également sollicitée à travers les liens avec les images internes et leurs affects, ce qui témoigne de la mobilisation de processus primaires. Ces deux formes de pensées font émerger dans l'espace du groupe une double polarité : l'image mobilise des processus primaires et la question sollicite des processus secondaires. Ils représentent ainsi ce que Claudine Vacheret appelle *les deux gardes-fous* dont la liaison est rendue possible par l'espace intermédiaire situé entre l'intrapsychique à l'intersubjectif (Vacheret, 2010). En cela, le photolangage est un dispositif qui vise à la transformation de la vie psychique des patients en ouvrant cet espace de jeu et favorise l'accès aux processus élémentaires de symbolisation (Restivo-Martin & Charazac, 2012).

Pour Serge Tisseron (2003), l'image correspond à la fois aux représentations visuelles qui peuvent être décrites, comme une photographie ou de la peinture, et aux représentations corporelles comme les sensations ou les émotions. La proximité de l'image avec l'éprouvé du corps permet notamment de faire écran aux angoisses qui le menacent. L'image est également très proche du langage et appelle à se servir de mots pour être transmise. Elle constitue ainsi un lien entre l'éprouvé sensoriel et le langage. Tisseron la considère comme un opérateur de transformation psychique et décrit le travail de l'image comme un processus de liaison entre le registre sensorimoteur et le registre verbal. Selon lui, il n'est pas pertinent de distinguer l'image psychique (interne) de l'image visuelle (externe) car l'image est le premier moyen pour le sujet de penser son corps dans le monde. La considération d'une image visuelle indépendante de son contenu subjectif relèverait d'un fantasme du regard libéré des contraintes du corps et du langage. Lorsqu'une personne observe une image, elle ne regarde pas seulement une image matérielle mais éprouve des sensations, des désirs sur lesquels il lui est possible de mettre des mots (Tisseron, 2011b). Tisseron précise que le spectateur s'approprie non seulement l'image mais aussi le cadre de celle-ci, représenté par les bordures d'une photo ou les limites de l'écran de cinéma. Cette intériorisation de limites favorise la construction d'un cadre psychique interne capable de contenir ses propres objets. L'observation d'une image soutient ainsi une première forme de travail de la pensée en ouvrant un espace disponible pour penser la pensée (Tisseron, 2003).

Les limites de l'image constituées par le bord de la photographie ou l'écran de la vidéo représentent un cadre qui est intériorisé et significatif dans le travail de symbolisation à partir de ce support. Le travail de l'image recouvre à la fois son contenu par sa représentation visuelle

et son contenant par ses limites physiques (Tisseron, 2003; Lavallée, 2010). Cette propriété de l'image n'est pas tout à fait identique dans l'utilisation d'un dispositif de réalité virtuelle. En effet, l'image contenue ne dispose pas de bords visibles puisque le spectateur peut regarder tout autour de lui. Cependant, ses limites restent présentes et sont matérialisées par le casque qui forme une bordure palpable à la perception de l'environnement virtuel, comme une sorte de paupière artificielle qu'il est possible d'ouvrir ou de fermer. Il est d'ailleurs possible de retirer le casque en continuant de voir l'image affichée sur les lentilles et de l'éloigner progressivement des yeux. La dimension contenante de la médiation est ainsi attribuée à ce casque dont l'apparence, la matière ou encore la représentation peuvent déjà produire des réactions et des sensations mises en mots dans l'espace thérapeutique presque indépendamment du contenu.

L'environnement de réalité virtuelle ne saurait cependant être défini de la même manière qu'une photographie imprimée, ou qu'une vidéo affichée sur un écran de télévision. L'expérience de réalité virtuelle articule le contenu à cette modalité d'observation perceptive spécifique. En cela, le casque peut être considéré comme « un présentoir » très technologique qui ajoute une autre dimension à son contenu : il les « fait vivre » dans une expérience temporelle cadrée par la rupture perceptive qu'il engendre en coupant l'utilisateur de la réalité concrète. L'utilisation du casque de réalité virtuelle peut ainsi être considérée comme une expérience à part entière qui ne distingue pas clairement le contenant de son contenu. C'est l'articulation entre ses propriétés techniques et le contenu qu'il présente qui apparaît comme une expérience spécifique. Par exemple, regarder une forêt à travers le casque n'implique pas seulement de voir cet environnement. Cette expérience condense d'autres particularités perceptives comme le fait de *ne voir plus que* cette forêt et d'agir selon les possibilités du matériel.

Cela distingue le casque de réalité virtuelle de l'écran classique utilisé dans une pratique de médiation. L'habitude des écrans rend leur enveloppe matérielle quasiment invisible alors que le visiocasque exerce déjà un effet sur son utilisateur. La nouveauté de cet objet, mais aussi ses caractéristiques physiques sont tout à fait différentes de celles d'un écran. Il peut être manipulé et sa forme, sa couleur, son poids ou sa matière sont autant de propriétés qui engagent l'objet casque dans l'expérience de la réalité virtuelle. Mais pour que cette expérience puisse advenir, il doit être porté devant les yeux, au plus près du sujet. Les technologies des écrans sont désormais suffisamment avancées pour que la plupart des moniteurs soient suffisamment grands et affichent une image lisible. L'hétérogénéité de qualité des visiocasques n'est cependant pas une limite clinique, bien au contraire : la mauvaise qualité pourrait ouvrir des

espaces d'imagination, résonner avec les effets d'une mauvaise vue ou encore engager des réactions significatives du patient. L'élaboration psychique de ces sensations traduit l'intérêt clinique de ce dispositif marqué par la nouveauté et la découverte. En revanche, cette hétérogénéité rend difficile la comparaison matérielle qui est susceptible d'induire différentes modalités d'appropriations subjectives.

La réalité virtuelle est également définie à partir des notions d'immersion et d'interaction. Ces aspects fondamentaux du matériel inscrivent les dimensions corporelles et sensorielles au cœur de l'expérience de réalité virtuelle. Celle-ci renvoie notamment à la *présence* qui correspond à la qualité de l'immersion dans l'univers virtuel, c'est-à-dire l'impression de se trouver *réellement* dans cet univers. La qualité de l'immersion dépend ainsi de la qualité de l'image avec les pixels qu'il faut rendre invisibles en multipliant leur quantité et en réduisant leur taille ; la fluidité de l'image avec la quantité d'images traitées chaque seconde par le processeur et la vitesse du temps de réponse ; l'angle de vue qui doit être le plus grand possible, etc. Selon Fuchs et Moreau (2003), la finalité de la réalité virtuelle est de permettre à l'utilisateur d'exercer une activité sensori-motrice au sein d'un espace artificiel imaginaire, symbolique ou proche du monde réel. Ces derniers en décrivent la fonction dans une perspective de changement : la réalité virtuelle permet de changer de temps et de lieu, mais aussi de mode d'interaction avec l'environnement qui peut être imaginaire ou une simulation de la réalité. Le rapport à l'espace et au temps représente ainsi un aspect important de l'expérience de réalité virtuelle. Il rappelle également la « clinique hors-temps » (Talpin, 2022) dans laquelle l'exercice en EHPAD est susceptible de s'inscrire.

Au minimum, les équipements offrent la possibilité d'orienter la tête dans toutes les directions possibles, sinon de se déplacer dans l'espace en utilisant un appareil annexe comme un trackpad ou une manette. Les dispositifs les plus avancés sont capables de suivre le déplacement de l'utilisateur dans l'espace, même si celui-ci est restreint à la limite des capteurs infrarouges. Cependant, les possibilités d'agir dans le monde virtuel restent encore limitées, ce qui ouvre la voie à différentes appropriations subjectives de ces contraintes sur le registre corporel⁵⁵. Au-delà de la sensorialité induite par l'expérience elle-même, la dimension physique du corps est largement sollicitée par cette technologie. Dans l'espace de la réalité virtuelle, le

⁵⁵ C'est aussi le cas des situations de dysfonctionnement matériel. L'approche de la médiation thérapeutique s'émancipe des contraintes techniques de l'objet, si celui-ci venait à ne plus fonctionner correctement au cours de la séance. Cette contrainte est d'ailleurs relevée comme une limite à l'utilisation de ce la réalité virtuelle dans son utilisation thérapeutique (Klein & Borelle, 2019). Le fonctionnement de l'objet, qu'il corresponde à la direction voulue (fonctionnement habituel) ou pas (dysfonctionnement technique) est une source de projection ou de frustration par exemple, qui pourra être exprimée dans le cadre thérapeutique.

corps physique de la personne n'est pas toujours représenté, ce qui peut donner à l'utilisateur une impression de *ne plus avoir de corps* lorsqu'il tente de le regarder. Il est également possible de recréer un corps à volonté. Ce corps virtuel peut donc se parer des caractéristiques particulières selon les souhaits de leur créateur ou les objectifs thérapeutiques. Giuseppe Riva (2020) utilise d'ailleurs la réalité virtuelle pour travailler la représentation de l'image du corps chez des patients qui souffrent de troubles du comportement alimentaire. Selon cette approche « expérientielle », ce dispositif « *est capable de tromper les mécanismes de codage prédictif qui régissent l'expérience du corps, lui permettant de faire en sorte que les gens se sentent « réels » dans un environnement virtuel. [Il] peut offrir de nouvelles façons de structurer, d'augmenter et/ou de remplacer l'expérience du corps pour des objectifs cliniques. [Il] peut également offrir de nouveaux moyens d'évaluer le fonctionnement du cerveau en ciblant directement les processus qui sous-tendent les comportements du monde réel* » (Riva, 2020, p. 1).

Les dimensions imaginaires ou simulées du monde virtuel facilitent aussi l'appropriation subjective. L'expérience de se sentir présent dans un espace qui n'existe pas et où les interactions avec les objets peuvent être totalement inédites s'avère particulièrement déroutante. Elle peut ainsi mettre en jeu le rapport du sujet au monde et aux objets dans une autre dimension contenue par le visiocasque. Si le monde virtuel représente un espace qui existe bel et bien, l'interaction dans ce lieu est redéfinie dans cette expérience. Il devient possible de se déplacer dans un endroit inaccessible dans la réalité, ce qui soulève les possibilités fantasmatiques ouvertes par l'existence même d'un tel dispositif (Rabeyron & Charlet, 2022). D'après cette dimension contenante de la réalité virtuelle, les propriétés matérielles de cette technologie apportent ainsi une expérience sensorielle spécifique quelle que soit l'image présentée dans le casque. L'expérience de réalité virtuelle fait éprouver le corps dans une dimension perceptive qui redéfinit les limites de l'espace et du temps. Ce support de projection ouvre sur une autre réalité qui s'organise sur un registre visuel avant de pouvoir être communiquée par les mots. À partir de cette fusion contenu-contenant, il est possible de considérer l'expérience de réalité virtuelle comme un processus de liaison entre des éléments du registre corporel et des éléments du registre du langage. Comme le propose Serge Tisseron (2003) à propos de l'image, il existerait un travail de l'expérience de la réalité virtuelle.

À partir des spécificités de l'expérience de réalité virtuelle, il est à présent nécessaire de préciser les propriétés sensorielles de cette médiation. Le visiocasque représente la forme concrète et palpable de la réalité virtuelle. Il est saisissable, doté d'une consistance stable et

solide. Le casque reste identique malgré sa manipulation et sa forme ne peut être changée. Cependant, nous avons rappelé l'importance de la capacité de transformation de l'objet afin qu'il puisse prendre l'empreinte des contenus psychiques. Il s'agit sur ce point de considérer le contenu du casque et non plus l'objet lui-même. Nous considérons ainsi la transformabilité de l'environnement virtuel pour compléter les propriétés sensorielles de l'objet « expérience de réalité virtuelle ». Autrement dit, cet objet contient son propre cadre (le visiocasque) et son potentiel de transformation (ce qui est affiché dans le casque). Cette propriété de transformation de l'image correspond à son appropriation subjective : elle ne pourrait être considérée comme une perception visuelle objective. L'environnement virtuel est à considérer comme l'image, dont l'observation fait écho à l'imagination du souvenir visuel, mais aussi sensoriel et émotionnel (Tisseron, 2003).

Enfin, le casque de réalité virtuelle et son contenu sont susceptibles d'induire une expérience d'illusion en absorbant le spectateur dans l'environnement qu'il observe. L'illusion relève des propriétés transformationnelles de l'objet médiateur et participe au lien entre l'intérieur et l'extérieur. En ce sens, la réalité virtuelle offre un intérêt manifeste : cette technologie semble représenter le passage du monde extérieur à une réalité interne. En permettant la mise en scène de la continuité de ces deux pôles, elle pourrait favoriser le développement d'une aire intermédiaire, laquelle conduirait à rejouer des processus de l'ordre du trouvé-créé. Pour cela, le contenu présenté dans le casque doit être neutre et suffisamment informe pour pouvoir être halluciné négativement (Rabeyron, 2017). L'expérience de réalité virtuelle semble ainsi pouvoir s'inscrire dans le champ des médiations thérapeutiques et être utilisée dans cette perspective auprès des personnes âgées. L'intérêt de cette médiation spécifique semble alors répondre à trois dimensions majeures en lien avec les changements du vieillissement. Celles-ci concernent la sphère somatique, mais également le rapport à l'espace ainsi qu'au temps.

Les changements physiologiques et corporels représentent une composante majeure du vieillissement, qu'il soit normal ou pathologique. Le rapport au corps du sujet vieillissant doit évoluer afin qu'il puisse s'approprier les retentissements physiques et fonctionnels. Cela s'inscrit dans la réorganisation identitaire inhérente au « travail de vieillir » (Talpin, 2017). La place du corps est d'ailleurs particulièrement centrale dans l'accompagnement des personnes âgées en institution. Amplifiée par une valorisation de la sphère somatique dans ce contexte, la plainte corporelle du sujet âgé est rarement complètement soulagée par la réponse médicale qui lui est apportée. Le message porté par ce corps est susceptible de traduire sa tentative

d'élaboration de la perte et du deuil. Il appelle à la position thérapeutique d'écoute et de mise en sens des symptômes pour participer à l'élaboration de ces traumatismes (Ibid.). Le recours à une médiation qui mobilise le corps pourra ainsi permettre à la fois de matérialiser autrement mais aussi répondre à cette dimension somatique afin de contribuer à la symbolisation des éléments psychiques en souffrance. La sensorialité de l'expérience de réalité virtuelle semble ainsi adaptée dans son utilisation auprès des patients âgés.

Le rapport à l'espace renvoie également à une problématique fréquente en EHPAD. Les changements consécutifs au vieillissement, les pathologies en lien avec l'âge et la problématique de la dépendance sont autant de vecteurs potentiellement traumatiques auquel le sujet âgé est exposé avant d'entrer en établissement gériatrique. La dépendance est autant la conséquence que la réponse à une situation dont la personne ne parvient plus à s'extirper seule. Elle est aussi une cause qui entraîne de nouvelles pertes, comme celle du domicile, mais aussi d'une certaine autonomie dans un mode de vie individuel avec sa temporalité et son organisation. L'entrée en institution est un déracinement qui mobilise toutes les ressources psychiques pour s'y adapter. Ce changement de lieu de vie induit un nouveau rapport à l'intimité et au social en définissant de nouvelles limites entre l'intérieur et l'extérieur. De nouveaux espaces sont délimités : le petit logement sera le seul lieu personnel, contrairement aux autres espaces de restauration, d'animation ou de promenade qui deviennent publics. Cette réorganisation du chez-soi est particulièrement désorganisée par l'accompagnement et les soins susceptibles de justifier son absence de respect de l'intimité et donc, des limites protectrices (Darnaud, 2007). L'infiltration de l'extérieur dans l'intérieur marque la porosité des frontières dans l'espace de vie institutionnel. Cette situation résonne particulièrement avec les limites entre son propre monde interne et l'environnement du dehors qui nécessitent d'être particulièrement solides pour maintenir un bon équilibre psychique. La dépendance à l'autre sollicite particulièrement ces limites, dans sa dynamique physique en déléguant certaines fonctions du corps comme les déplacements, les soins d'hygiène ou même la propreté aux soignants, mais aussi psychique lorsque les choix de l'autre remplacent l'expression d'une volonté subjective.

Les appartenances, que ce soit dans l'espace ou dans le corps, perdent leur statut d'acquis. Il est primordial d'établir de nouvelles limites pour éviter une confusion durable entre les espaces externes et internes. En inscrivant le rapport au cadre au centre du dispositif, l'expérience de réalité virtuelle semble pertinente pour favoriser l'élaboration des troubles en lien avec la porosité des frontières mentales. Le sujet éprouve ce changement d'espace sur

lequel il pourra mettre des mots. Le cadre représente un extérieur qui contient l'autre espace interne : à l'intérieur du casque, il devient possible d'élaborer un espace mental dans un climat sécurisé où nul ne peut entrer. Celui-ci se matérialise par des ruptures lors de la mise en place du casque et lors de son retrait. Le patient pourrait ainsi évoquer la transition entre l'intérieur et l'extérieur, mais aussi construire un espace d'élaboration interne ou d'autres éléments psychiques en attente de symbolisation sont susceptibles de prendre une forme. Le contenu représenté par l'environnement virtuel contribue alors à l'émergence de cette formation psychique symbolisante. C'est à partir de cette formation que le patient pourra construire une représentation sensorielle des éléments psychiques en souffrance qui deviendront ensuite accessibles au langage.

Cela pourrait notamment permettre d'élaborer des problématiques subjectives en lien avec la temporalité. Le rapport au temps des personnes âgées en institution s'articule autour du passé et des souvenirs sur lesquels se concentre l'investissement pulsionnel. Le présent n'a plus d'intérêt et le futur rappelle la proximité de la mort. L'histoire de vie est d'une grande importance et il est fréquent de remarquer à quel point certains événements marquent le discours du sujet âgé, qui les répète parfois inlassablement ou semble totalement les oublier. Certains patients semblent également « bloqués » dans des périodes anciennes de leur vie et se comportent comme si le temps s'était figé. L'espace virtuel du visiocasque affiche un endroit en dehors de l'espace et du temps – lequel contribue d'ailleurs à sa neutralité et à son informité – qui permet au sujet de définir le temps dans lequel il se trouve lorsqu'il porte le casque. Là encore, la limite contenante du dispositif organise ce temps dans une chronologie située entre le début et la fin de l'observation. Le changement d'espace et de temps induit par l'expérience de réalité virtuelle serait ainsi particulièrement riche pour formaliser ces problématiques très ancrées dans le vécu du vieillissement et favoriser la relance des processus de symbolisation des éléments psychiques non élaborés.

Ces trois dimensions ouvrent déjà une perspective intéressante de l'utilisation de la réalité virtuelle comme médiation thérapeutique auprès des personnes âgées qui vivent en institution. Elles contribuent à valider la pertinence théorique d'un tel dispositif en apportant des éléments de réponse à la problématique posée au début de cette partie.

PROBLÉMATIQUE

Peut-on utiliser la réalité virtuelle dans un cadre thérapeutique ? Si tel est le cas, est-il possible de s'en servir comme médiation thérapeutique auprès des personnes âgées dépendantes en institution ? Dès lors, quels sont ses effets sur le fonctionnement psychique des patients ? Quel est son rôle dans la relation thérapeutique et dans le transfert ? Enfin, quelles sont les spécificités des processus psychiques associés à l'utilisation de la réalité virtuelle ?

PARTIE II : DISPOSITIF ET CLINIQUE

Chapitre V : Création d'un dispositif

« Les endroits qu'on voit, ils doivent bien être quelque part ? »

Christophe, 95 ans

Dans le cadre de cette recherche, l'élaboration du dispositif nécessite d'abord de définir la forme de l'expérience attendue au regard des enjeux cliniques et institutionnels dans lesquels elle s'inscrit. Il s'agit ensuite de réfléchir au matériel qui permet une telle expérience avant de définir la façon dont il doit être utilisé pour en faire une médiation thérapeutique. Un dispositif clinique fondé sur la réalité virtuelle sera proposé à des personnes âgées qui vivent en EHPAD. Cette recherche nécessite de déterminer des critères d'inclusion et d'exclusion des participants, mais aussi de tenir compte des spécificités du consentement dans ce milieu institutionnel gériatrique. Les données quantitatives relatives au profil des participants et au déroulement des séances apporteront les premiers éléments de résultats de la recherche. Cette description de l'élaboration du dispositif sera complétée par une présentation de la méthodologie de la recherche basée sur trois points essentiels : l'association libre, le transfert et l'après-coup. Cela permettra de finaliser ce chapitre en justifiant les propriétés thérapeutiques de ce dispositif clinique.

5.1 Du matériel à l'élaboration du dispositif

5.1.1 Création des environnements

Le choix du matériel pour créer l'environnement repose d'abord sur le type d'expérience imaginée pour cette recherche. L'importance de l'aspect informe et de la neutralité de l'objet dans les pratiques à médiation constituent les principaux critères de création des environnements (Rabeyron, 2017). La préférence d'une prise de vue réelle à une conception intégralement numérique répond à ce critère de neutralité. Les personnes âgées semblent plus familières avec les photographies et les films qu'avec les espaces artificiels que l'on trouve dans certains jeux vidéo. Cette familiarité pourrait ainsi conserver certains points de repères et éviter le risque d'une expérience trop inquiétante. Cette modalité de prise de vue garantit

également une bonne immersion car l'environnement est une représentation du monde extérieur. Cependant, ce choix entrave les possibilités d'interaction car il est impossible de se déplacer et d'intervenir sur les objets. Rappelons toutefois que les conséquences physiologiques du vieillissement sont susceptibles d'entraîner des difficultés de coordination visuo-motrice chez les personnes âgées (Albinet, 2004). La baisse de la capacité à coordonner les mouvements des mains avec ce qu'ils voient conforte l'idée d'utiliser un dispositif de réalité virtuelle qui ne sollicite pas cette tâche de coordination. Le fait de stimuler uniquement la sphère visuelle pourrait d'ailleurs limiter le risque de confusion due à une « aberration logicielle » comme par exemple, traverser une porte sans l'ouvrir (Protat, 2009). Les seuls aspects interactifs correspondent donc à l'orientation de la tête qui permet d'observer l'environnement sans intervenir autrement que par le regard.

Les performances matérielles des visiocasques contribuent également à la décision de réduire les possibilités d'intervention dans l'environnement virtuel. Sur le plan de l'interaction, les technologies disponibles en 2016 ne semblent pas suffisamment réalistes pour être utilisées dans cette étude, surtout auprès d'utilisateurs néophytes. De plus, la manipulation d'une télécommande pour agir sur l'environnement risquerait de confronter les patients à leurs difficultés et les exposer frontalement à un vécu de perte, que ce soit sur le plan physique ou cognitif. L'expérience de ce dispositif pourrait perdre sa neutralité et alimenter une représentation négative de la réalité virtuelle. Les participants pourraient désinvestir cette technologie, voire l'ensemble du dispositif à médiation et refuser de poursuivre les séances. Une représentation trop brutale du ressenti de perte risque ainsi de compromettre le climat de sécurité de l'entretien – pourtant indispensable à l'élaboration de ces problématiques – voire d'alimenter l'angoisse produite par ce vécu.

L'utilisation de la réalité virtuelle comme médiation thérapeutique nécessite de réfléchir à une modalité de présentation aussi proche que possible de la vie psychique afin d'en favoriser la représentation. Pour cette raison le format vidéo a été préféré à une image fixe de l'endroit sélectionné pour constituer un environnement virtuel.

« Si la forme plastique et visuelle est celle de la traduction des traces mnésiques de l'enfance, le visuel en question, en perpétuelle composition-décomposition, n'est pas celui d'une image statique, d'une photographie ; il s'apparente davantage au cinéma avec ses images à la fois cadrées et en mouvement [...], perméables à la rêverie » (Barreau, 2004, p. 121).

Ce choix justifie la sélection d'une caméra capable d'enregistrer des vidéos à 360 degrés dans une qualité suffisamment réaliste pour garantir une bonne immersion. Il s'agit de la Samsung Gear 360, une caméra sphérique qui dispose de deux objectifs de 15 mégapixels, capable de reconstituer une image à 360 degrés de 30 mégapixels. Le son est enregistré en stéréo et la vidéo répond au format WQHD de 3840 x 1920 pixels avec une fréquence de 30 images par secondes. Cette caméra peut être commandée à distance par un smartphone grâce à une application.

Image 3 : La caméra Samsung Gear 360



Les vidéos réalisées avec ce matériel doivent être adaptées au cadre d'une médiation thérapeutique. Il s'agit ainsi de préserver une certaine neutralité et une absence de forme indispensable à ces dispositifs (Rabeyron, 2017). Les vidéos ne montrent donc pas d'événement ou de situation précise afin de rester un support d'imagination. La problématique principale de la prise de vue est de choisir un environnement suffisamment neutre pour favoriser les possibilités associatives. Elle doit permettre au sujet de lui donner une forme pour représenter ses expériences psychiques non symbolisées. Ce support doit ainsi rester assez évocateur pour fournir un contexte à l'expression d'un souvenir, d'un événement ou même d'une fiction imaginée à partir de l'environnement virtuel. Ces contraintes justifient le choix de lieux ordinaires dans lesquels aucune action particulière ne se produit.

La position de la caméra correspond au point de vue de la scène dans le visiocasque : un placement trop bas donne une impression de petitesse et les objets environnants semblent démesurément grands, alors qu'à l'inverse, une trop grande hauteur traduit une position de grandeur irréaliste. Il est donc primordial de déterminer une hauteur appropriée pour éviter ces écueils. Nous avons choisi de placer la caméra à 1,50 mètre de hauteur, ce qui correspond au point de vue d'une personne d'environ 1,60 mètre. Cette taille semble correspondre à la plupart

des participants de cette étude⁵⁶. L'utilisation d'un monopode suffisamment fin a permis de rendre quasiment invisible le support de la caméra dont la prise de vue à 360 degrés affiche tout l'environnement, y compris ce sur quoi elle est posée.

Trente-deux vidéos différentes ont été réalisées. D'une durée de cinq minutes, il s'agit de lieux extérieurs ou d'environnements naturels (forêt, rivière, nature en brouillard, champ en brouillard, échelle, étang, potager, terrain de pétanque, champ labouré et champ en jachère, océan basse mer, rochers maritimes, océan, plage), de lieux de vie (village, camping, ville, bourg d'une petite ville, cuisine, salle de bain, atelier, chambre d'enfant, salon d'une personne âgée), de lieux de travail et de services (garage automobile, tracteur dans une ferme, salle de classe dans une école, casse automobile, supermarché, vaches à la ferme) et des transports (intérieur d'une voiture ancienne, d'une voiture moderne et extérieur d'un bateau⁵⁷). Deux de ces environnements (intérieur d'une voiture moderne et les rochers maritimes) ont été retirés de la sélection finale afin de limiter la redondance des thématiques représentées. L'annexe « présentation des environnements » concerne ces trente environnements disponibles lors des séances.

Ces environnements de réalité virtuelle représentent les contenus de l'expérience. Ils ont besoin de contenants pour prendre une forme perceptible par le spectateur. La réalité virtuelle mêle ainsi le contenu à son contenant pour rendre l'expérience possible. Il est nécessaire de sélectionner soigneusement le visiocasque car il organise les environnements selon ses propres caractéristiques. Autrement dit, ce contenant donne sa forme au contenu. L'articulation entre le casque de réalité virtuelle et l'environnement présenté permet ainsi de faire émerger l'expérience de l'observation lors de la séance. Dans ce dispositif, les premiers contenants de réalité virtuelle sont cependant les photographies imprimées pour permettre la sélection des items par les participants. Ces planches plastifiées de 13 cm x 19 cm sont une représentation concrète des environnements virtuels. Ils ont été réalisés en effectuant une prise de vue dans l'environnement virtuel, comme une photo dans la vidéo. Celle-ci impose un cadrage représentatif de la scène. Le second et principal contenant de la réalité virtuelle

⁵⁶ Je n'ai pas noté de désagrément particulier malgré ma taille d'environ 1,80 mètre. Il aurait d'ailleurs été pertinent d'enregistrer une version adaptée au point de vue assis pour l'observation des personnes qui ne pouvaient pas se lever. Cela étant, ces personnes pouvaient voir l'environnement virtuel comme si elles s'y trouvaient debout et non assises dans leur fauteuil ou dans leur lit, ce qui pouvait également avoir une pertinence sur le plan clinique.

⁵⁷ Cet environnement est présenté deux fois : il s'agit également de l'océan à marée basse. Mais le point de vue de la photographie influe de façon très nette sur la considération de l'environnement (voir annexe 2).

demeure bien-sûr le visiocasque dont les propriétés doivent lui permettre d'être utilisé comme un objet de médiation.

5.1.2 Présentation des environnements

Le visiocasque constitue la partie manipulable de l'objet de médiation. Il est l'enveloppe extérieure qui contient la réalité virtuelle. Son utilisation comme médiation thérapeutique suppose de considérer ses propriétés plastiques en plus de ses fonctions techniques. Pour être manipulé, le casque doit avoir une forme adéquate. À ce titre, il est préférable que le patient puisse le saisir et l'orienter facilement sans être gêné par les branchements. Un casque autonome est également adapté pour être déposé à différents endroits de la pièce. Celui-ci doit être suffisamment léger, mais aussi solide afin d'éviter que sa manipulation ait un effet sur l'observation de l'environnement virtuel. La transportabilité est également un critère important pour le choix de ce matériel. En effet, le dispositif doit être assez mobile pour être déplacé aisément dans un EHPAD. Les casques haut-de-gamme disponibles⁵⁸ ne répondent pas à cette contrainte car ils doivent être reliés à un ordinateur puissant et imposent une mise en place longue et contraignante.

Pour être utilisé comme médiation thérapeutique, le dispositif de réalité virtuelle ne doit pas nécessiter de retour visuel. Nous n'utilisons pas de technologie de mise en miroir où un second écran affiche simultanément le contenu présenté dans le visiocasque. Cela pourrait exercer des effets sur le dispositif clinique, que ce soit pour le patient ou pour le thérapeute. Pour le patient, la connaissance de cet écran risque de lui faire craindre que sa description ne soit vérifiée, voire corrigée. Celui-ci pourrait l'assimiler à une attente de performance et ne pas réussir à associer librement. De plus, le visiocasque ne serait plus le seul contenant de la réalité virtuelle. Cette partie de l'objet médiateur doit avoir une seule place – à l'intérieur du casque – sans quoi l'ensemble des propriétés de la médiation sont changées : le contenant ne dispose plus des mêmes propriétés de stabilité et de solidité, son contenu s'échappe à l'extérieur de son enveloppe. De plus, le thérapeute qui utilise une médiation numérique doit se laisser aller à une régression formelle afin de favoriser l'émergence d'un mouvement de régrédience (Tordo, 2017). Ce positionnement est permis par la seule description du patient de son observation, au cours de laquelle le thérapeute associe librement sur la base de la représentation visuelle construite à partir du discours du sujet. Le thérapeute n'associe pas sur l'environnement présenté, il associe sur l'environnement décrit. Il serait même illusoire d'imaginer voir

⁵⁸ Au début de ce travail de thèse, soit en 2016.

l'observation du patient en « lisant » l'environnement virtuel depuis l'écran. Cette propriété du dispositif clinique de réalité virtuelle rappelle le dispositif analytique que Freud décrit en 1913 lorsqu'il utilise la métaphore ferroviaire : il propose à ses patients d'imaginer qu'ils se trouvent dans un train et de décrire le paysage qu'ils observent à travers la fenêtre (Freud, 1913). L'analyste adopte ainsi la posture d'un aveugle qui échappe à l'attraction du regard et oriente toute son attention sur les détails qui composent ce paysage (Barreau, 2004).

Enfin, le choix du matériel de présentation de la réalité virtuelle doit répondre à un critère de performance. Cette technologie repose sur deux éléments majeurs : la puissance de calcul et l'affichage optique. Le dispositif doit permettre une expérience optimale de réalité virtuelle. Il est primordial de décoder les environnements virtuels sans latence ni restriction de qualité. Le visiocasque doit présenter un environnement similaire à la scène filmée. La qualité de ses composants optiques participe pleinement à cette expérience en permettant la transformation d'une image « plate » en environnement stéréoscopique en trois dimensions. Les lentilles agissent comme des filtres qui doivent permettre une expérience perceptive nette et naturelle pour le rapprocher de la scène enregistrée par la caméra. Les possibilités techniques du visiocasque nécessitent ainsi de maintenir une cohérence entre les environnements et leur présentation. Afin de respecter le critère d'interaction à partir de l'orientation de la tête, il doit enfin être équipé des capteurs nécessaires.

Le casque de réalité virtuelle Samsung Galaxy Gear VR (modèle 2016) a été sélectionné pour présenter les environnements vidéo aux participants en respectant ces différents critères⁵⁹. Ce casque, élaboré en collaboration avec l'entreprise Oculus, offre un champ de vision de 101 degrés. Il fonctionne avec un smartphone dont l'écran affiche les contenus. Ainsi, le casque représente une sorte d'extension du téléphone pour le rendre capable de projeter un contenu virtuel à 360 degrés. Nous avons choisi d'utiliser le Samsung Galaxy S7, dont la conception est parfaitement adaptée à ce casque. L'appareil dispose d'un processeur Samsung Exynos 8890 composé de 8 cœurs et cadencé à une fréquence de 2.3 GHz. Sa mémoire vive est de 4 giga octets et sa capacité de stockage est de 32 Go, ici étendue avec une carte mémoire de 128 Go. Sa puce graphique ARM Mali T880 MP12 permet de traiter les informations transmises par l'écran d'affichage Super AMOLED de 2560 x 1440 pixels, ce qui lui confère une résolution

⁵⁹ Une modification a toutefois été apportée à ce casque pour l'adapter à cette recherche. Elle concerne le capteur de luminosité qui permet d'éteindre l'écran dès que l'utilisateur ne porte pas le casque. Il est ainsi nécessaire de relancer manuellement l'environnement virtuel sitôt le casque remis en place. Cependant, il n'était pas possible de réaliser cette manipulation sans voir l'écran, ni de la faire réaliser aux participants en raison d'une certaine complexité à comprendre les commandes tactiles. Le capteur a donc été masqué afin de désactiver la détection de lumière associée à la mise en veille de l'appareil.

de 576 pixels par pouce⁶⁰. Ce téléphone est également étanche et son adaptation parfaite au casque garantit une excellente solidité du matériel.

Nous avons choisi de ne pas utiliser de casque audio afin de réduire le risque que la réalité virtuelle soit considérée comme « invasive » par les participants. De plus, sa mise en place aurait été trop contraignante car les participants mettent et ôtent le casque plusieurs fois par séance. Enfin, le public concerné dispose fréquemment d'appareillages auditifs qu'il est difficile de coupler avec un dispositif sonore à placer sur les oreilles. Les tests en situation ont montré que l'utilisation d'enceintes permettait de contrôler le volume sonore de l'environnement présenté, contrairement à l'utilisation d'un casque audio. Les haut-parleurs August MS515B ont été sélectionnés. Il s'agit de petites enceintes stéréo sans fil connectées au smartphone au moyen de la technologie Bluetooth. D'une puissance de 2 X 5 Watts, leur fréquence de réponse est comprise entre 90 Hz et 20 KHz.

Enfin, le déplacement dans le logement des résidents en EHPAD implique de traverser l'établissement avec ce matériel. Nous avons alors choisi un petit sac de voyage en toile noire pour transporter le casque, le téléphone, les enceintes et les photographies des environnements. Ce sac représente également une enveloppe de l'objet de médiation qui s'inscrit pleinement dans le cadre global du dispositif. Il est d'ailleurs nécessaire d'assembler le matériel de réalité virtuelle auprès du patient. Cela a pu favoriser l'échange autour des objets et de leurs représentations avant de les utiliser dans le cadre de l'expérience de réalité virtuelle.

5.1.3 Dispositif clinique

À chaque rencontre avec un résident, je frappe à la porte et attend son invitation à entrer. Lorsque je ne l'entends pas répondre ou s'il n'est pas en mesure de m'entendre ou de m'inviter à entrer, j'ouvre doucement la porte en appelant d'une voix claire et forte. Dans ce cas, j'explique l'initiative d'être entré et demande quoi faire si cela se produisait à nouveau⁶¹. Je demande systématiquement aux résidents leur autorisation pour coller sur la porte la petite pancarte indiquant que nous sommes en entretien. Le matériel de réalité virtuelle est rangé dans

⁶⁰ Le Samsung Galaxy S7 est l'un des smartphones les plus performants disponibles sur le marché jusqu'au début de l'année 2017.

⁶¹ Cette situation s'est produite avec Perrine en dehors des séances de réalité virtuelle, quand il est arrivé plusieurs fois qu'elle dorme au moment où nous avions prévu de nous entretenir. Après avoir repoussé les séances en suggérant qu'elle n'était pas prête à me recevoir, j'ai évoqué cela avec elle et précisé ce qu'elle attendait de moi d'une telle situation. Perrine m'a demandé d'insister et de la réveiller lorsqu'elle dormait afin de ne pas manquer ces séances très importantes pour elle.

le petit sac noir décrit précédemment⁶². Je commence par lancer l'enregistrement sur le dictaphone avant de le replacer dans le sac. Je respecte ensuite un temps de découverte et d'appropriation du matériel auprès de ces participants qui ne l'ont jamais manipulé et utilisé. Cette étape s'inscrit pleinement dans une démarche thérapeutique de transformation à partir de l'objet. Elle est nécessaire pour que le patient puisse appréhender sa malléabilité et sa solidité : ce dernier découvre ainsi qu'il pourra donner une forme à l'objet sans le détruire (Tisseron, 2006). Dans le cas de ce dispositif, il est souhaitable qu'il trouve dans l'objet une certaine résonance avec son histoire et s'autorise à donner à ces environnements virtuel la forme de souvenirs ou de fictions personnelles. Un environnement virtuel spécialement dédié à la découverte du matériel est ainsi présenté. Après avoir expliqué la recherche, je leur propose de porter le visiocasque afin de se familiariser à la sensation d'immersion dans l'environnement « test ». Cela permet d'expliquer cette recherche et de recueillir leur consentement éclairé.

Je commence par régler le casque en aidant le participant à le positionner sur sa tête. L'image de réglage de la vue est affichée à l'écran. Il s'agit d'un environnement spécifique créé pour cette expérimentation. En plus du texte présent à l'image, je vérifie la qualité de la correction optique en demandant au participant d'actionner la molette de réglage jusqu'à ce que l'image soit la plus nette possible. Je retire ensuite le casque avant de sélectionner l'environnement « test » dans le téléphone et de repositionner le casque devant les yeux du participant⁶³. Cette première expérience de réalité virtuelle est l'occasion d'échanger sur cette technologie avec les résidents désireux d'en savoir davantage. Il est ainsi possible de répondre aux questionnements liés à la recherche et éviter qu'ils ne se déploient ultérieurement dans le dispositif clinique. Par ailleurs, cette première sensibilisation permet de vérifier l'adaptation du matériel aux contraintes physiologiques des participants, notamment sur le plan visuel où les lunettes favorisent la formation de buée. À ce propos, certaines déficiences visuelles (ex. la myopie) peuvent être corrigées directement sur le casque, ce qui permet de se passer de tout autre dispositif de correction visuel.

⁶² Ce sac n'aura d'ailleurs pas manqué de faire réagir Charline qui se considère « connaisseuse » car elle travaillait auparavant dans la maroquinerie.

⁶³ L'absence de retour visuel nécessite de retirer le casque pour chaque manipulation.

Image 4 : Réglage de la vue



Image 5 : Environnement "test"



La première version du dispositif repose sur cinq séances d'environ quarante-cinq minutes organisées selon quatre temps différenciés : un temps d'expression libre, un temps de sélection, un temps d'observation et un temps de discussion. Chaque entretien est introduit comme la séance de présentation afin que le participant choisisse le sujet de la discussion. Ce temps d'expression libre est fondamental pour préparer le patient à la séance de thérapie. En effet, l'intervention à domicile nécessite l'aménagement du cadre thérapeutique et il aurait été potentiellement intrusif d'installer le matériel immédiatement après notre arrivée. Après ce temps d'accueil, le participant est amené à sélectionner un ou plusieurs environnements à observer dans le casque.

Cette étape de sélection ouvre un questionnement méthodologique inhérent aux propriétés du médium. L'arborescence des menus ainsi que les manipulations nécessaires à la sélection sont complexes, même pour une personne habituée aux nouvelles technologies⁶⁴. La navigation virtuelle nécessite de bonnes compétences psychomotrices : elle sollicite la motricité fine, la sensibilité tactile ou encore la capacité musculaire à maintenir sa tête dans une direction souhaitée. Cette navigation induit également des ressources cognitives suffisantes pour comprendre l'organisation des menus et la façon de sélectionner les contenus. Enfin, il s'agit de connaître la signification de nombreuses icônes comme ◀, ▶, ou encore ▶ ou ||, qui sont indispensables à la navigation dans l'espace virtuel. La méconnaissance de ces codes par la

⁶⁴ Le matériel utilisé dans cette recherche repose sur l'écosystème virtuel de Samsung installé sur le smartphone dès la connexion du casque de réalité virtuelle. L'appareil installe automatiquement plusieurs applications qui permettent de l'utiliser comme casque de réalité virtuelle. Lorsque le smartphone détecte le casque, il lance une application générale qui regroupe l'ensemble des autres applications ou des jeux téléchargés. Il s'agit d'un menu qui représente un salon virtuel dans lequel il est ainsi possible de sélectionner la galerie des photographies et vidéo stockées en mémoire. Depuis cette galerie, chaque environnement virtuel est présenté sous forme de petite vignette photographique dont le nom est affiché au-dessous. L'utilisateur sélectionne l'environnement qu'il souhaite visionner en orientant le pointeur avec sa tête pour le positionner sur la vignette de son choix. Il valide en maintenant la position de sa tête sur la vignette et attend qu'une petite jauge se remplisse avant d'afficher le menu suivant.

plupart des personnes âgées, ainsi que les fréquentes difficultés cognitives ou physiologiques comme la perte de sensibilité motrice sont autant de raisons qui signent l'inadéquation de ce matériel à leurs besoins et leurs possibilités. J'ai donc exclu la possibilité pour le participant de choisir lui-même l'environnement directement dans le casque. L'absence de retour visuel n'aurait d'ailleurs pas permis de connaître ce choix et de le documenter par la suite. Dans le dispositif classique du photolangage, les photographies sont disposées sur une table et le patient en sélectionne une qu'il prend avec lui. Bien que cette modalité ne soit pas directement reproductible avec la réalité virtuelle, elle inspire l'utilisation de « photographies témoin » censées représenter l'environnement virtuel⁶⁵.

Afin de faciliter le choix de ces items, la sélection du participant est guidée par une consigne. Cette décision méthodologique relève principalement de la difficulté de choisir en EHPAD. La pratique clinique dans cet établissement rappelle la nécessité de respecter une organisation quotidienne dans laquelle les résidents perdent la possibilité de nombreux choix et dont l'habitude de suivre des consignes contribue à leur adaptation institutionnelle. Un dispositif d'emblée trop ouvert risque d'exposer le participant à une incompréhension et une situation d'anxiété⁶⁶. Lors de la première séance, cette consigne est : « *Vous pouvez choisir un lieu dans lequel vous aimeriez vous trouver aujourd'hui* ». Celle-ci guide le participant pour sélectionner un environnement agréable et sécurisant afin de favoriser la découverte de l'expérience de réalité virtuelle.

Image 6 : Sélection des photographies



Image 7 : Observation dans le casque



⁶⁵ L'utilisation de cartes sur lesquelles seraient inscrits les mots « forêt » ; « océan », etc. pour sélectionner l'environnement aurait pu constituer une alternative intéressante. Cependant, il semble que la représentation visuelle soit préférable à la représentation verbale dans cette dynamique de médiation thérapeutique. En effet, la photographie de l'environnement virtuel rapproche l'objet de sélection du registre sensoriel suscité par l'expérience de réalité virtuelle. À l'inverse, la représentation de mot l'en éloigne.

⁶⁶ Cette situation souligne un paradoxe relatif à la position du sujet âgé dans l'institution. Le thérapeute semble devoir suivre la dynamique soignante de l'établissement même lorsqu'elle induit une position de dépendance afin d'aider le résident à élaborer cette position. Cela souligne la nécessité de faire progressivement évoluer le dispositif thérapeutique tout en respectant un équilibre entre l'adaptation institutionnelle et la capacité de choisir.

Le participant fait son choix et j'interviens s'il le souhaite. Après ce temps de sélection, je retourne les photographies faces cachées et définis, dans l'espace disponible et selon les possibilités physiques des participants, l'endroit le plus approprié pour l'observation de l'environnement virtuel. Les enceintes sont installées de manière à permettre une bonne enveloppe sonore stéréoscopique. Je prépare le visiocasque en affichant l'écran de réglage sur le téléphone avant de l'insérer dans le casque. Je positionne ensuite l'appareil sur la tête du participant pour qu'il effectue ce réglage optique. Je sélectionne l'image choisie au préalable sur le téléphone, puis insère ce dernier dans le casque afin d'afficher l'environnement virtuel. Pendant ce temps de l'expérience, le participant est libre de critiquer le matériel, commenter l'environnement ou évoquer un souvenir. Lorsqu'il engage une conversation, je lui réponds sans réserve. Le participant peut choisir de terminer l'expérience de réalité virtuelle dès qu'il le souhaite ou attendre la fin des cinq minutes imposées par la vidéo. Je propose alors de mettre le casque de côté et d'engager un échange à propos de son ressenti et de ses impressions. Ce temps de discussion reste volontairement libre afin de respecter la dynamique subjective du participant et le fil associatif de son discours.

Image 8 : Temps de discussion



Cette première version du dispositif a été utilisée avec trois participants avant d'être modifiée. Les limites constatées lors des premiers entretiens ont justifié son adaptation pendant les sessions. La durée de la rencontre et la proposition d'un temps introductif d'expression libre se sont avérées pertinentes et il n'a pas été nécessaire de les changer. En revanche, la sélection sur la base d'une consigne a soulevé un certain nombre de difficultés. Tout d'abord, le choix d'un environnement où le participant aimerait se trouver. Cette consigne s'est avérée inadaptée comme première indication car les participants méconnaissent encore les possibilités de la réalité virtuelle. Par ailleurs, cette consigne sollicite des capacités de projection à partir des photographies, ce que tous les participants ne sont pas en mesure de mobiliser. Enfin, elle pouvait susciter trop de choix possibles. Elle a donc été modifiée à partir de la sélection

d'environnements familiers commune aux trois premiers participants. Le temps d'observation a finalement été introduit de la manière suivante : « *Vous pouvez choisir un environnement que vous connaissez, qui vous est familier* ». Cette formulation associe l'impression de sécurité d'un lieu connu avec le souvenir et semble être un meilleur compromis que le choix d'un endroit où le participant aurait souhaité se trouver.





Ces consignes pouvaient également créer des ruptures dans le fil associatif des participants. En effet, le choix d'un environnement suit immédiatement le temps d'expression libre. J'ai choisi de guider le participant à partir de ses associations lors de l'entretien. Pour l'aider à sélectionner l'environnement, la consigne a été adaptée lors de la séance. Cependant, même cette nouvelle modalité a maintenu des limites cognitives liées à la compréhension, de mémorisation et de planification. Les participants ont pu oublier la consigne et se sentir perdus, commencer à raconter des souvenirs à partir des images ou encore désinvestir le choix d'un environnement parce qu'ils en avaient déjà vu la photographie. Il a donc semblé pertinent de faire évoluer le dispositif vers une observation directe sans choix préalable. Dans cette perspective, un cadre d'expression plus directif pour les participants paraît mieux compris et plus sécurisant.

De plus, certaines questions pendant l'observation ont favorisé les associations des participants et l'expression de leur ressenti à partir de l'environnement virtuel. Elles ont été formulées à chaque entretien, sans préparation préalable et ont souvent représenté les points de « déblocage » qui ont fait évoluer le discours d'une description simple à l'expression d'un ressenti ou d'un souvenir. Ce dispositif devait rester suffisamment souple pour permettre la formation et l'expression de contenus psychiques en souffrance, tout en restant assez cadré pour être sécurisant. Il était nécessaire de respecter un équilibre entre une trop grande directivité qui coupe le fil associatif et une liberté trop insécurisante qui produirait de l'angoisse. Ces questions ont finalement constitué une trame destinée à stimuler l'évocation uniquement lorsqu'elles étaient pertinentes sur le plan clinique.

Dans la version révisée du dispositif, la première séance se distingue des quatre autres en devenant la seule à faire l'objet d'une sélection parmi l'ensemble des photographies. Dans la mesure où le libre choix n'est pas pertinent en raison du risque d'incompréhension et de mise en échec, la proposition d'une consigne simple reste le meilleur moyen d'introduire le dispositif de réalité virtuelle dans ce cadre thérapeutique. L'investissement du sujet pour cette étape de sélection lui confère d'ailleurs une certaine richesse clinique. En revanche, les quatre séances suivantes ne permettent plus au patient de choisir l'environnement. Une sélection préalable des

environnements a donc été nécessaire. Je l'ai réalisée à partir des items les plus souvent choisis, mais aussi les plus riches de sens pour les premiers participants. Cette sélection constitue une trame destinée à permettre l'expérience de réalité virtuelle aux participants pour lesquels le choix est difficile et risque de rompre le fil associatif. Sa mise en place est une sorte de dernier recours et je préfère laisser la liberté de choix au participant lorsque cela est possible, ou déterminer au cours de la séance l'environnement à proposer selon la dynamique de l'entretien.

Image 9 : Trame de sélection préalable

<p>Séance 1</p> <p>Choix du participant</p>	<p>Séance 2 : Echelle</p> 	<p>Séance 3 : Salon d'une pers. âgée</p> 
<p>Séance 4 : Casse automobile</p> 	<p>Séance 5 : Champ</p> 	

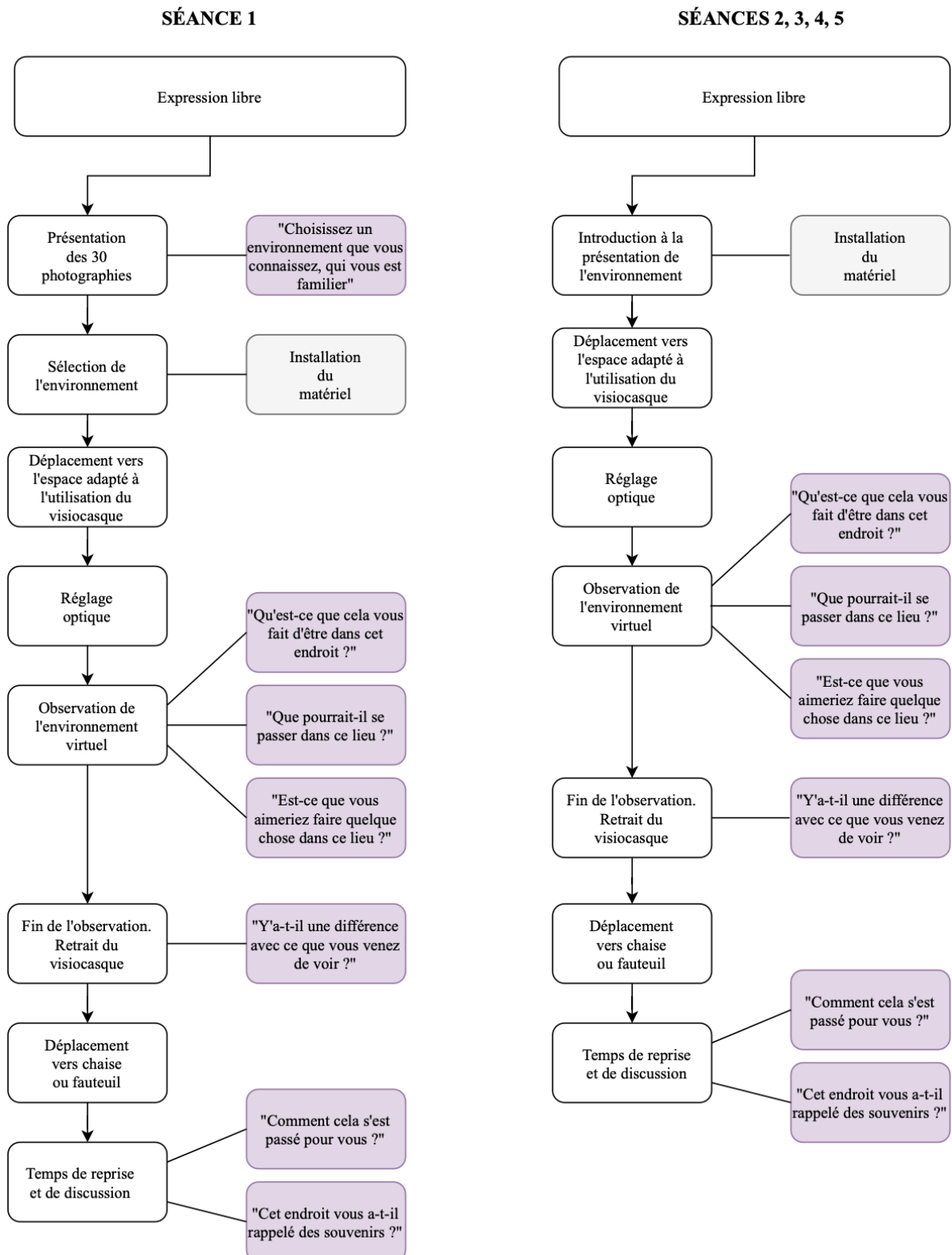
Les autres modifications du dispositif concernent l'ensemble des cinq séances pour lesquelles j'ai réalisé une trame de questionnements pendant et après l'observation de l'environnement virtuel (figure 4). Lors de l'observation, il est possible de demander au participant : « *Qu'est-ce que cela vous fait d'être dans cet endroit ?* », « *Que pourrait-il se passer dans ce lieu ?* » mais aussi, « *Est-ce que vous aimeriez faire quelque chose dans ce lieu ?* ». Ces questionnements accompagnent l'immersion dans l'espace virtuel et peuvent guider l'observation. Ils ne sont proposés qu'après un temps libre de découverte de l'environnement, pendant lequel le participant décrit ce qu'il voit. Ils ne sont proposés que si le patient ne parvient pas à associer librement. Je procède de la même manière pour les questions ultérieures au retrait du casque. Après l'observation, il est possible de demander au participant « *Y'a-t-il une différence avec ce que vous venez de voir ?* » afin de l'aider à exprimer des

éléments liés à l'immersion⁶⁷. Je lui propose ensuite de s'asseoir afin de continuer notre discussion, ce qui introduit le temps de reprise de la séance. Pendant ce temps de discussion à propos de l'expérience vécue, je propose de réfléchir à « *comment cela s'est passé pour vous ?* », ou d'évoquer de possibles associations avec des souvenirs en demandant « *cet endroit vous a-t-il rappelé des souvenirs ?* ».

Ces trames de sélection d'environnements et de questions répondent à la problématique d'équilibre entre la directivité et la liberté. Leur recours relève d'une appréciation clinique indispensable pour adapter le dispositif aux besoins et au profil des résidents en EHPAD. Cette problématique du choix est centrale en institution et la construction de ce dispositif s'y confronte de deux manières : d'abord en « validant » l'absence de choix du résident et ensuite en l'aidant à restaurer sa capacité décisionnelle en toute sécurité. Le participant peut aussi bien adopter une position passive, dans laquelle il se laisse proposer les environnements et les questions, qu'une position active dans laquelle il est totalement libre de ses choix. Cela contribue à proposer un cadre à la fois sécurisant et libre dans lequel la possibilité de choix est sollicitée. Lors de la dernière séance, il est ainsi possible de formuler explicitement au patient s'il souhaite choisir l'environnement ou m'en confier la sélection. Enfin, le casque de réalité virtuelle reste à portée de main et il est éventuellement possible de l'utiliser à nouveau pour une deuxième immersion. Par exemple, dans le cas où une problématique soulevée par association correspondrait à un environnement spécifique.

⁶⁷ Cette « investigation » à propos de l'immersion, n'aura finalement pas été pertinente car elle ramène à l'interrogation explicite de l'existence ou de l'inexistence de l'espace virtuel. Or cela relève d'une appropriation subjective que le sujet ne critique pas facilement et qui pourrait même empêcher la réalité virtuelle d'être un support de projection adéquat. Ce sujet sera développé de façon transversale dans l'analyse théorico-clinique.

Figure 4 : Déroulement des séances



5.2 Les participants

5.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

L'exercice de la psychologie clinique en EHPAD a largement inspiré cette recherche, que ce soit pour les entretiens avec les résidents ou la sensibilisation au fonctionnement de l'institution. Plusieurs raisons justifient ce choix d'inclure les participants de l'étude depuis ce lieu. La première concerne le milieu institutionnel qu'il semble nécessaire de connaître car les situations passées, les difficultés de l'équipe ou son organisation s'articulent avec le vécu quotidien des résidents. Le comportement d'un soignant peut participer à structurer, ou au contraire, désorganiser un quotidien fragile pour une personne âgée en souffrance. Cela s'inscrit dans une dynamique institutionnelle plus large à laquelle il est difficile d'avoir accès autrement que par une présence régulière auprès de l'équipe, par les échanges informels qui ne sont pas transmis sur le logiciel de soin, par des discussions individuelles inopinées, mais aussi lors des temps de réunion formels dont seules les informations jugées utiles par l'équipe sont rédigées et accessibles ultérieurement. Les résidents « difficiles » sont désignés à travers leurs « troubles » plus souvent que par le sentiment qu'éprouvent les soignants auprès d'eux. La connaissance de ces éléments transférentiels s'avère pourtant indispensable pour comprendre les effets de l'organisation institutionnelle sur la dynamique psychique des résidents. Le choix d'intervenir dans un cadre institutionnel connu permet également d'établir une relation de confiance avec l'équipe qui peut apporter des éléments de compréhension supplémentaires à la situation d'un résident ou transmettre une demande de rencontre psychologique. La connaissance des personnes âgées de l'établissement et les orientations de l'équipe facilite ainsi le choix des résidents auprès desquels la proposition de participer à l'étude est pertinente.

La deuxième raison d'inclure les participants de mon lieu d'exercice concerne la possibilité de bénéficier d'une connaissance étendue au-delà des six entretiens de recherche. Des détails de situations passées, comme l'emménagement ou des événements significatifs qui précèdent ces entretiens peuvent contribuer à la qualité de son analyse, tout autant que la connaissance d'événements antérieurs et ultérieurs à ces séances. La troisième raison renvoie à la disponibilité des résidents. Il est souvent difficile d'établir un planning d'entretiens en raison des fluctuations dans l'organisation des soins. La personne peut être accompagnée pour prendre sa douche à l'heure de l'entretien, ce qui impose de le reporter. Par exemple, cette dernière pourrait aussi être stressée par l'heure du repas et vouloir mettre fin à l'entretien pour se préparer tôt ou selon son habitude, même si la séance est techniquement faisable. La réalisation

de ces entretiens au sein de mon cadre d'exercice garantit une certaine souplesse qui permet de respecter une organisation chronologique claire, en revenant l'après-midi ou un autre jour de la semaine. Dans certains cas, la mise en place de séances rapprochées peut être pertinente et les effets de l'organisation institutionnelle sur le cadre temporel des entretiens peuvent ainsi être limités. Enfin, la quatrième raison est la possibilité d'établir une relation de confiance avec les résidents, ce qui peut faciliter la mise en place d'un protocole de recherche auquel l'institution et ses habitants ne sont pas habitués. La position du psychologue dans l'institution pourrait ainsi limiter l'appréhension des résidents à entreprendre des séances fondées sur l'utilisation d'un matériel nouveau.

Dans ce cadre institutionnel, les critères d'inclusion de cette recherche sont restreints aux personnes qui ne souffrent pas de difficultés somatiques majeures. Pour participer, les patients ne doivent pas souffrir de symptômes de douleur intense, des troubles respiratoires ou encore d'élimination⁶⁸. Les personnes qui reçoivent une contention chimique ou physique sont exclues car cela relève potentiellement de ces difficultés physiologiques majeures. Des personnes agressives ou agitées parce qu'elles veulent se libérer de leur contention ne sont pas accessibles aux séances telles qu'elles ont été construites. Même si un résident n'affiche pas de symptôme manifeste, tout dispositif de contention constitue un critère d'exclusion. En dehors de ce critère, l'inclusion des participants est très ouverte, notamment en raison du caractère exploratoire de cette recherche. Cela permet une certaine diversité des situations et des cas cliniques. Les personnes très dépendantes ou presque autonomes, qui souffrent ou non de troubles cognitifs, qui peuvent se déplacer à pied ou en fauteuil roulant sont autant de participants auprès desquels la proposition de ce dispositif thérapeutique pourrait s'avérer pertinente.

5.2.2 Consentir en EHPAD

Habituellement, dans le cadre d'une recherche, l'étude est présentée et les personnes signifient activement leur volonté de participer. Le protocole de recherche établit les critères d'inclusion et les personnes qui demandent à participer espèrent répondre à ces critères. Ce mouvement est inversé en EHPAD : les résidents sont chez eux dans leur logement et les personnes extérieures viennent leur rendre visite. Ils sont fortement sollicités et ressentent parfois peu de motivation à initier de nouvelles rencontres ou activités. Les résidents s'adaptent

⁶⁸ Ces critères renvoient d'ailleurs – en ajoutant la faim et la soif qui sont normalement peu probables en EHPAD – aux besoins physiologiques les plus basiques de la pyramide de Maslow.

au fonctionnement de l'EHPAD qui est d'aller les chercher plutôt que de les laisser venir. Cela correspond également à une réalité somatique et cognitive car ces derniers ne peuvent plus toujours se déplacer ou se souvenir d'un rendez-vous même s'il a de l'importance pour eux. La position du psychologue s'inscrit dans ce contexte de passivité qui explique généralement la nécessité de se rendre au chevet des résidents dans le soin psychothérapeutique. Elle souligne une difficulté d'appréhender la motivation et l'implication dans la rencontre, ce qui renvoie notamment à l'investissement dans les séances de thérapie.

Ces difficultés doivent être considérées dans l'inclusion des participants à une recherche en EHPAD. Il existe peu de protocoles où une personne peut refuser de participer à une recherche. Pourtant, il a été nécessaire de solliciter les résidents pour leur proposer de participer, ce qui interroge la définition du consentement au protocole de recherche en EHPAD. Cette définition s'inscrit dans l'ensemble de la dynamique relationnelle avec un participant potentiel : le consentement reste une notion floue et non établie pour l'ensemble des séances, contrairement à ce que pourraient croire les personnes qui en signent le formulaire, même si celui-ci mentionne la possibilité de se retirer librement de la recherche. En EHPAD, comment le résident pourrait-il se retirer librement de la recherche ? Encore faudrait-il qu'il ait bien compris le document et accepté de participer à un protocole dont la complexité rappelle la gestion administrative souvent déléguée par les résidents en gériatrie.

Dans cette étude, c'est l'investissement des séances qui détermine l'approbation à participer. La recherche du consentement relève ainsi d'une appréciation clinique qui tend à suivre au plus près la position du sujet. Il revient au clinicien de déterminer la position à adopter auprès de la personne à partir de son discours et de ses symptômes plutôt que sur la base d'un document formel. L'utilisation d'un tel document serait contraire à la position d'un sujet fragile et vulnérable qui peut signer un papier sans le comprendre ou s'engager dans une démarche alors qu'il ne souhaite pas participer. De plus, le rapport à la mémoire des résidents nécessiterait parfois de renouveler leur consentement à chaque séance car ces derniers peuvent oublier qu'ils s'y sont inscrits. Concrètement, de telles situations ne sont pas envisageables et entraveraient le bon déroulement des entretiens cliniques. Il a donc semblé préférable de déterminer à chaque séance le consentement du participant à partir de son discours et de son positionnement vis-à-vis de l'entretien. J'ai considéré qu'une personne refusant de participer à l'une des cinq séances, que ce soit lors du premier échange ou au cours des séances, retirait son consentement. Pour cette raison, seuls les cas cliniques des participants qui ont poursuivi le protocole de recherche

jusqu'à la fin seront présentés. Ceux-ci ont également accepté que les entretiens postérieurs aux séances dans cette recherche soient décrits.

Cependant, il est possible de décrire les réactions des résidents à la proposition de participer à cette étude. Dans ce contexte institutionnel, la grande majorité des résidents sont considérés comme dépendants⁶⁹. Cette perte d'autonomie physique ou psychique sollicite des aménagements défensifs qui représentent une difficulté importante dans la proposition de participer à une recherche expérimentale. En effet, le consentement semble particulièrement révélateur des problématiques subjectives liées au vécu de dépendance en exposant le sujet à une position de libre choix. J'estime que la plupart du temps, le sujet est toujours capable de choisir et que seule change la façon d'exprimer ce choix. Il est également possible que certains aspects de la vie quotidienne ne soient plus suffisamment attractifs pour mettre en action les ressources cognitives nécessaires à l'établissement d'un choix.

La possibilité d'exprimer librement un choix en EHPAD est un problème complexe. À titre d'exemple, l'opposition n'est pas toujours perçue comme l'expression d'un choix et parfois même comme « le caprice d'un résident pénible ». Ce comportement, parmi tant d'autres, peut renvoyer aux nombreuses tentatives de reprendre la maîtrise d'une vie dans un environnement parfois très contrôlant. Au prix de la sécurité, l'EHPAD prive d'une certaine liberté, ce qui place la question du libre choix au centre des réflexions nécessaires pour promouvoir le bien-être dans ces institutions. Dans cette situation, l'obtention du consentement est périlleuse et fragile, tant elle touche de près à la difficulté fondamentale de ces établissements et des résidents. Cela est pourtant primordial pour toute intervention du psychologue, que ce soit dans le cadre d'un entretien clinique ou d'une recherche. Située entre ces deux pôles, la recherche du consentement dans cette étude replace la capacité de décision au centre de la relation.

Certains résidents refusent en bloc l'ensemble des propositions qui leur sont faites, ce qui est également le cas de la participation à une recherche. Dans ces situations, le libre choix pourrait représenter une menace pour le sujet. Celui-ci chercherait à maîtriser totalement son environnement et ses choix pour ne pas céder à la dépendance (Balard & Somme, 2011). S'il acceptait une telle proposition, il se rendrait dépendant de ce qu'elle risque de produire. Le résident pourrait ainsi estimer que consentir reviendrait à se soumettre à cet état de dépendance dans lequel l'autre décide à sa place, comme s'il acceptait d'être dépendant. Cette situation étant insupportable, il pourrait préférer refuser même s'il aurait préféré accepter la proposition.

⁶⁹ La minorité restante concerne les conjoints qui ont pu entrer en institution pour rester auprès de leur mari ou de leur femme.

De plus, les résidents n'ont pas toujours la possibilité de manifester leur volonté au quotidien. L'accompagnement et les soins imposent une temporalité et une organisation qui laissent parfois peu de place au choix, même s'il est sollicité. Cette situation est souvent difficile au quotidien : le résident a-t-il réellement la possibilité de refuser les soins ? De refuser de s'alimenter ? De refuser de descendre en salle à manger ? Souvent, des symptômes physiques lui permettent d'exprimer ces refus qui sont plus facilement acceptés et tolérés sur ce registre (Guérin, 2018). Contrairement aux soignants, le psychologue peut prendre le temps d'accompagner les résidents pour les aider à décider, en donnant autant de valeur à l'acceptation qu'au refus. Dans ce cadre, la valorisation du choix pourrait faire pencher la balance du côté du refus, comme si le résident, avide de pouvoir décliner quelque proposition que ce soit, investisse cette possibilité comme une expression de son autonomie psychique (Balard & Somme, 2011).

Comment se manifeste cette crainte et cette position de refus en institution ? Peut-elle s'exprimer dans un contexte où l'adaptation consiste à accepter passivement l'ensemble des propositions ? Les résidents doivent se conformer aux conditions institutionnelles qu'ils sont contraints d'accepter pour vivre dans l'EHPAD. Le refus passif éclaire potentiellement une position d'autonomie psychique, avec l'expression masquée d'un avis auprès d'une équipe soignante parfois indifférente. L'instrumentalisation du corps dans ce contexte est fréquente en EHPAD, lors de situations désagréables ou pour faire valoir un refus recouvert par une impossibilité⁷⁰. Pourtant, lorsque la volonté masquée derrière le symptôme n'est pas entendue, les sujets acceptent aussi parfois des propositions qu'ils préféreraient refuser. En effet, le désinvestissement et le lâcher-prise en EHPAD passent le plus souvent par l'acceptation totale des contraintes et des règles de l'institution. Certains résidents semblent craindre de mourir s'ils refusent une proposition qui émane de cette institution qui les a sauvés. Ils ont dû accepter de lâcher une partie de leur autonomie de décision pour (sur)vivre en EHPAD et considèrent désormais devoir accepter en bloc toutes les propositions qui leur sont faites.

Ces éléments permettent de comprendre les enjeux du consentement à participer à une recherche dans ce contexte institutionnel. La situation dans laquelle se trouvent les résidents est susceptible de les amener à refuser pour s'affirmer ou accepter parce qu'ils pensent ne plus avoir le choix. De plus, si le résident adopte une stratégie de lâcher-prise pour s'approprier sa situation de dépendance, l'effort qu'il attribue à cette participation pourrait mettre à mal cette

⁷⁰ C'est le cas de Brigitte qui évoque fréquemment une douleur intense à l'épaule quand elle se trouve en difficulté. Elle adapte peu son discours aux circonstances et lors qu'elle est contrariée, change immédiatement de sujet en gémissant : « *oh cette sapristi d'épaule, comme elle me fait souffrir !* ».

organisation. Cette affirmation de soi pourrait menacer son équilibre au sein de l'institution. En effet, dans ce contexte, l'adaptation passe par l'acceptation du collectif, des règles imposées et, d'une certaine manière, du lâcher-prise, induit par les incapacités liées au vieillissement, mais aussi de la dépendance personnelle et institutionnelle. Le respect des normes et des règles de l'EHPAD nécessite une adaptation particulière : le résident considéré comme adapté est celui qui respecte cette norme. Cela remet en cause l'idée que les personnes âgées dépendantes entrent toujours dans l'institution en raison de difficultés d'adaptation : en réalité, certaines s'adaptent très bien aux normes de l'EHPAD même si elles ne pouvaient et ne pourraient plus s'adapter aux normes de la société.

5.2.3 Participants et aspects quantitatifs des séances

J'ai rencontré vingt-et-une personnes dans le cadre de cette recherche et réalisé quatre-vingt entretiens au total. Six résidents ont refusé de participer à l'étude dès la séance de présentation et cinq autres n'ont pas souhaité poursuivre leur engagement dans la recherche après le début des séances. J'avais prévu d'analyser dix cas cliniques et n'ai cessé de recruter de nouveaux participants qu'une fois l'ensemble des séances terminées. Le tableau suivant reprend l'ordre des rencontres. Celui-ci illustre l'acceptation et le refus de participer ainsi que les personnes qui ont arrêté l'étude prématurément. Il n'est pas représentatif du nombre total d'entretiens car il ne comptabilise pas les séances de présentation du dispositif.

Tableau 2 : Participants

Participant	Acceptation ou refus	Nombre de séances
1	Refus dès la présentation	0
2 - Bertrand	Participation à la recherche	5
3	Refus dès la présentation	0
4	Retrait de la recherche	2
5	Retrait de la recherche	3
6 - Perrine	Participation à la recherche	5
7	Refus dès la présentation	0
8 - Jade	Participation à la recherche	5
9 - Paul	Participation à la recherche	5
10	Refus dès la présentation	0
11	Refus dès la présentation	0
12 - Léonie	Participation à la recherche	5
13	Refus dès la présentation	0
14	Retrait de la recherche	1
15	Retrait de la recherche	2
16 - Véra	Participation à la recherche	5
17	Retrait de la recherche	1
18 - Charline	Participation à la recherche	5
19 - Cédric	Participation à la recherche	5
20 - Hélène	Participation à la recherche	5
21 - Christophe	Participation à la recherche	5

L'âge moyen des dix participants est de 89 ans, le plus jeune a 83 ans et le plus âgé 95 ans. S'ils disposent tous de dispositifs de correction optique, Perrine, Véra et Charline portent leurs lunettes en permanence ; Bertrand, Jade, Cédric et Christophe pour lire ou réaliser une activité plus précise ; Paul, Léonie et Hélène les portent plus rarement car ils estiment la correction négligeable. Aucun d'entre eux n'a porté ses lunettes pendant l'observation dans le casque. Sur le plan auditif, Perrine, Hélène et Christophe portent des prothèses auditives. Celles-ci sont inefficaces pour Hélène auprès de qui il est nécessaire de parler fort, tout comme Paul qui ne porte pas d'appareil. Concernant la mobilité, Bertrand, Cédric, Véra et Hélène se déplacent majoritairement en fauteuil roulant, les autres peuvent se lever plus facilement et marcher en s'aidant d'un déambulateur. Seul Christophe se déplace sans appui ou avec sa canne. Lors des observations, Perrine et Paul sont debout sans appui, Jade et Christophe également mais ils se maintiennent respectivement au déambulateur et au mobilier. Les autres participants sont assis quand ils regardent dans le casque.

Tableau 3 : Profil sensoriel et position des participants

Participant	Âge	Vision	Audition	Position pendant l'observation
Bertrand	83 ans	Lunettes	.	Assis
Perrine	88 ans	Lunettes	Prothèses auditives	Debout
Jade	90 ans	Lunettes	.	Debout
Paul	94 ans	Lunettes	.	Debout
Léonie	86 ans	Lunettes	.	Assis
Véra	95 ans	Lunettes	.	Assis
Charline	90 ans	Lunettes	.	Assis
Cédric	83 ans	Lunettes	.	Assis
Hélène	90 ans	Lunettes	Prothèses auditives	Assis
Christophe	95 ans	Lunettes	Prothèses auditives	Debout

Les participants ont observé six environnements virtuels en moyenne au cours des entretiens. Véra est celle qui en a observé le plus (onze environnements) et Léonie le moins

(quatre environnements). Le tableau suivant reprend pour chaque participant, les environnements observés pendant les séances. Lorsque ce dernier en a observé plusieurs, ils sont répertoriés dans l'ordre de la séance (ex. S4-2 pour le second environnement observé lors de la quatrième séance). Vingt-et-un environnements ont été utilisés dans ce dispositif. Le tableau organise ces environnements du plus observé (la casse automobile) au moins observé (plusieurs environnements ont été observés une seule fois).

Tableau 4 : Environnements par séance pour chaque participant

Participants		Bertrand	Perrine	Jade	Paul	Léonie	Véra	Charline	Cédric	Hélène	Christophe	Total
Environnements	<i>Casse automobile</i>	S4	S4	S4-1	S4	S5	S4-1	S4	S4	S4	S4	10
	<i>Salon d'une pers. âgée</i>	.	S3	S3	S3	S1	S3-1	S3	S3	S3	S3	9
	<i>Échelle</i>	.	.	S2	S2	.	S2-1	S2	S2	S2	S2	7
	<i>Champ</i>	S5	S5	S5	.	.	S5-2	S5-1	S5	.	S5	7
	<i>Cuisine</i>	.	.	.	.	S2	S3-2	S5-2	.	.	.	3
	<i>Bourg d'une petite ville</i>	.	S2	.	.	S3	S2-2	.	.	.	.	3
	<i>Tracteur</i>	S1-2	.	.	.	.	S1-1	.	.	.	.	2
	<i>Vaches</i>	S1-1	.	.	.	.	.	.	.	S1	.	2
										S5-1		
	<i>Océan</i>	S2	S1-1	.	.	.	.	.	.	.	.	2
	<i>Forêt</i>	.	.	S1	.	.	.	.	.	S5-2	.	2
	<i>Village</i>	.	.	.	S1	.	S1-2	.	.	.	.	1
	<i>Marée basse</i>	.	S1-2	.	S5	.	.	.	.	.	.	1
	<i>Plage</i>	.	.	.	.	.	.	S1-1	.	.	.	1
	<i>Rivière</i>	.	.	.	.	.	.	.	S1	.	.	1
	<i>Camping</i>	.	.	.	.	.	.	.	.	.	S1	1
	<i>Étang</i>	S3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
	<i>Int. voiture ancienne</i>	.	.	S4-2	.	.	.	.	.	.	.	1
	<i>Intérieur garage</i>	.	.	.	.	.	S4-2	.	.	.	.	1
	<i>Champ (brouillard)</i>	.	.	.	.	.	S5-1	.	.	.	.	1
	<i>Terrain de pétanque</i>	.	.	.	.	.	.	S1-2	.	.	.	1
<i>Salle de classe</i>	.	.	.	.	.	S5-3	.	.	.	.	1	
<i>Total : 21</i>		6	6	6	5	4	11	7	5	6	5	58

5.3 Méthodologie de la recherche

Cette recherche repose sur une conception psychanalytique du soin psychique. La création et la mise en œuvre du dispositif à médiation thérapeutique répond ainsi à une méthode fondée sur l'association libre et l'analyse du transfert. La recherche est également traversée par la notion d'après-coup qui concerne autant le dispositif thérapeutique lui-même que la méthodologie plus globale. Ces trois axes constituent ainsi les fondements de la méthode thérapeutique exposée dans ce travail de thèse.

5.3.1 L'association libre

L'association libre est définie par Alain de Mijolla (2013) comme « *la méthode à l'origine de la « règle fondamentale » de toute cure psychanalytique et selon laquelle le patient doit exprimer ce qui lui vient à l'esprit sans y exercer ni choix ni censure* » (p.144). Il précise que cette méthode vise à libérer la parole afin de découvrir une vérité cachée, bien que cette liberté serve parfois de résistance à l'interprétation. L'association libre est considérée comme centrale dans l'approche psychanalytique pour « *examiner les modalités et les effets de transformation psychique procédant de la psychanalyse et des théories psychodynamiques* » (Rabeyron & Massicotte, 2020, p.2). Le dispositif de cette recherche correspond à cette méthode d'association libre. Compte-tenu de la situation de recherche qui induit déjà de consentir à une proposition extérieure, mais aussi de l'utilisation du casque de réalité virtuelle qui s'impose dans le cadre thérapeutique, l'entretien s'inscrit ainsi dans une démarche aussi peu directive que possible. Les cas cliniques présentés ne reposent donc pas sur la réalisation d'un entretien anamnestique susceptible d'orienter le discours de la personne sur les grands événements de sa vie et la description de son parcours. Cette souplesse répond également à la volonté de laisser le maximum de liberté à la personne et à son expression afin de lui permettre de dire ce qui est important pour elle.

Cette méthode basée sur l'association libre du patient justifie également l'absence de données quantitatives issues de tests ou d'évaluations. D'abord, le participant n'exprime pas la demande d'un bilan qui pourrait potentiellement le confronter à un échec. Ensuite, la pratique clinique nécessite une neutralité incompatible avec les attentes que suscitent les protocoles d'évaluation. Ceux-ci instaurent un positionnement asymétrique du psychologue vis-à-vis du patient, ce qui empêche d'établir une relation dans laquelle ce dernier se sent suffisamment en sécurité pour représenter ses expériences subjectives et donc, en relancer la symbolisation. En imposant de telles évaluations, les résidents auraient pu mobiliser une certaine résistance en

n'investissant pas le dispositif, voire en refusant de s'engager dans la recherche. C'est également le risque de soulever une trop grande résistance susceptible de menacer la réalisation des entretiens qui m'a poussé à ne pas formuler la règle fondamentale de dire sans retenue tout ce qui vient à l'esprit du patient. Il est utile de rappeler que les trames de sélection des environnements et des questions relèvent de l'adaptation du dispositif à la pratique institutionnelle gériatrique dans laquelle j'ai volontairement cherché un équilibre entre la directivité et la liberté du dispositif.

Cette recherche ne repose pas uniquement sur l'association libre du patient, mais concerne aussi l'association libre du thérapeute. La notion d'associativité proposée par René Roussillon permet de rendre compte de ce rapport entre les associations du patient avec celles du thérapeute. Roussillon (2009a) décrit ce qui caractérise l'associativité en séance de psychanalyse :

« Ce n'est pas dans les associations elles-mêmes qu'il faut rechercher cette caractéristique, c'est dans le mode d'écoute de l'analyste qu'elle réside en fait, et en particulier dans le postulat implicite à toute la clinique psychanalytique selon lequel ce qui s'associe possède un lien, manifeste ou latent, et témoigne, doit témoigner, dans tous les cas d'une certaine forme de « logique ». [...] « Progressivement, au fur et à mesure que l'analysant découvre et comprend le mode d'écoute utilisé par l'analyste, son propre fonctionnement associatif « s'ajuste » au mode d'écoute et s'infléchit en fonction de celui-ci » (p.30).

L'associativité articule ainsi l'écoute du clinicien avec le discours formulé par le patient, notamment lorsqu'il porte le casque de réalité virtuelle. La similarité de cette technologie avec le dispositif divan-fauteuil apparaît ici encore centrale dans ce qu'elle induit sur le cadre de la psychothérapie. Lorsqu'il décrit, en 1913, ce dispositif qui isole le thérapeute du regard du patient, Freud précise qu'il évite ainsi de fournir, par son expression, des indications que l'analysé pourrait interpréter ou qui pourraient avoir une influence sur son propos. Il ajoute que cette mesure permet d'éviter l'immixtion du transfert dans les associations du patient (Freud, 1913). En effet, l'association libre du thérapeute repose sur une dimension interne qui concerne le transfert, l'analyse transférentielle ou encore la constellation transférentielle⁷¹ qui s'applique particulièrement au contexte institutionnel dans lequel vit le résident.

⁷¹ La constellation transférentielle est définie par Pierre Delion (2022) comme « l'ensemble des soignants qui sont au contact du patient présentant une pathologie archaïque, elle résulte d'un travail collectif au long cours, effectué par l'équipe qui accueille et soigne le patient en question » (p.71).

5.3.2 Le transfert

Le transfert est central dans le traitement psychanalytique dont il constitue la condition essentielle (Mijolla et al., 2013, p. 1832). Sa considération est incontournable dans un dispositif thérapeutique inspiré de la psychanalyse. À partir des travaux de Freud, mais aussi des nombreuses précisions apportées ultérieurement à cette notion complexe, Laplanche et Pontalis (2007) définissent le transfert comme :

« le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établie avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototype infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué. [...] Le transfert est classiquement reconnu comme le terrain où se joue la problématique d'une cure psychanalytique, son installation, ses modalités, son interprétation et sa résolution caractérisant celle-ci » (p. 492).

Dans son texte « Remémoration, répétition et perlaboration » publié en 1914, Freud décrit l'importance du transfert dans le traitement psychanalytique en introduisant la notion de névrose de transfert :

« Nous lui ouvrons avec le transfert un lieu d'ébats où il lui est permis de se déployer dans une liberté presque totale et où il lui est assigné de nous mettre sous les yeux tout ce qui, en fait de pulsions pathogènes, s'est caché dans la vie d'âme de l'analysé. Lorsque le patient fait preuve de suffisamment de prévenance pour respecter les conditions d'existence du traitement, nous réussissons régulièrement à donner à tous les symptômes de la maladie une nouvelle signification transférentielle et à remplacer sa névrose ordinaire par une névrose de transfert dont il peut être guéri par le travail thérapeutique. Le transfert crée ainsi un royaume intermédiaire entre la maladie et la vie, à travers lequel s'effectue le passage de la première à la seconde. Le nouvel état a repris tous les caractères de la maladie mais il constitue une maladie artificielle qui est en tous points accessible à nos interventions. Il est en même temps un morceau de l'expérience de vie réelle, mais il est rendu possible par des conditions particulièrement favorables et il a la nature d'un être provisoire. À partir des réactions de répétition qui se manifestent dans le transfert, les voies que l'on connaît conduisent alors au réveil des souvenirs qui se mettent en place apparemment sans peine après le surmontement des résistances » (p.20-21).

Par le transfert, le patient engage quelque chose de l'énigmatique qui est en lui dans la relation avec le thérapeute. Il faut pour cela qu'il y ait un enjeu, sans quoi, le sujet ne donne rien de véritablement important. La psychothérapie peut ainsi se poursuivre longtemps sans atteindre l'essentiel de la problématique psychique du patient. L'utilisation de la réalité virtuelle

comme dispositif à médiation apporte quelque chose de nouveau destiné à engager cette partie énigmatique du patient dans la relation : nous allons parler de cet objet nouveau et de ce qu'il représente. Les effets que suscite une telle technologie pourraient ainsi orienter certains mouvements transférentiels sur l'objet.

Le choix de réaliser cette recherche dans une perspective psychanalytique m'amène à interroger la façon dont je suis convoqué personnellement dans la relation thérapeutique et nécessite une méthodologie adaptée pour en rendre compte. Cette convocation personnelle dans la relation traverse ainsi le « protocole de recherche » dans laquelle mon positionnement à l'égard du matériel, et même plus largement du dispositif à médiation, est marqué d'une certaine différence selon les participants. Il serait illusoire de prétendre à une régularité exemplaire des séances, qui nuirait de surcroît à la qualité des résultats et de leur analyse. Les ajustements du cadre sont précisément destinés à maintenir un accordage suffisant avec le patient. Si ces modifications invalident la comparaison de « résultats » dans le cadre d'une recherche standardisée, elles traduisent un positionnement pertinent dans une approche clinique fondée sur l'analyse et l'interprétation du transfert. J'ai choisi un dispositif « malléable » afin d'appréhender les processus susceptibles d'émerger dans l'utilisation de la réalité virtuelle comme médiation thérapeutique. Ce travail de thèse repose sur une méthode heuristique de construction et de précision progressive selon laquelle les aménagements du cadre peuvent être pertinents, voire indispensables, comme dans la pratique de la psychothérapie (Delourme, 2003). La souplesse du cadre est d'ailleurs essentielle pour permettre la rupture et la reprise de l'alliance thérapeutique nécessaires au changement (Ambresin et al., 2007). Enfin, il n'aurait pas été possible de réaliser cette étude dans le contexte d'un EHPAD sans renoncer à établir une certaine régularité protocolaire. L'adaptation du contexte institutionnel aux contraintes de la recherche aurait été concrètement impossible pour une petite structure et lui aurait inévitablement fait perdre son caractère écologique.

5.3.3 L'après-coup

Considéré dans son acception psychanalytique, l'après-coup concerne d'abord l'organisation temporelle du dispositif thérapeutique élaboré dans cette recherche. En effet, la séance se structure selon deux temps clairement différenciés : le temps où le patient observe l'environnement de réalité virtuelle et le temps de reprise où il exprime cette expérience. Cela marque la similarité du dispositif avec le fonctionnement psychique à partir des travaux sur l'après-coup. Laplanche et Pontalis (2007) soulignent l'importance de la notion d'après-coup dans la théorie psychanalytique de Freud bien que ce dernier n'en ait pas proposé de théorisation

spécifique. L'après-coup renvoie à l'idée que « *le sujet remanie après-coup les événements passés et que c'est ce remaniement qui leur confère un sens et même une efficacité ou un pouvoir pathogène* » (p.34).

Cette notion marque la conception temporelle de la psychanalyse freudienne en rappelant « *qu'il faut toujours deux temps pour constituer un traumatisme psychique, à savoir le temps de l'événement qui dépose sa trace et le temps de sa reviviscence d'origine interne* » (Mijolla et al., 2013, p. 128). Laplanche, dans la définition qu'il rédige pour le dictionnaire international de psychanalyse en 2013, précise que l'événement infantile étant traversé de sens, il ne s'agit pas d'un passé uniquement factuel qui ne serait pas transformé. L'après-coup n'est pas simplement une conception rétroactive, ou herméneutique du sens d'une action du présent vers le passé où l'interprétation du sujet aurait créé le message : « *chacun interprète son passé en fonction de son présent, puisque le passé a déjà en dépôt quelque chose qui demande à être déchiffré qui est le message de l'autre personne* » (p.129). Ce dépôt constitue la part énigmatique, le « reste » laissé par l'inscription de l'expérience initiale qui ne cessera d'interroger le sujet⁷². Odile Lesourne souligne la nécessité de la théorie de l'après-coup pour expliquer le caractère sexuel des souvenirs refoulés ainsi que le travail du temps et de la mémoire sur le psychisme :

« le passé, tout le passé depuis la naissance, est responsable de ce que nous sommes devenus mais, inversement, ce que nous sommes aujourd'hui est aussi responsable de ce que nous avons été ; le présent transforme, traduit, remanie le passé qui est pourtant toujours présent en nous ; pour un individu, le contact permanent de chaque instant de sa vie avec son passé ne peut être séparé de l'impossibilité de saisir ce passé qui sans cesse émerge pour être retraduit autrement » (Mijolla et al., 2013, p. 130).

Cette notion d'après-coup ne concerne pas seulement le dispositif thérapeutique, mais s'inscrit dans la conception méthodologique plus globale de la recherche. Il s'agit alors de la trace laissée dans le clinicien lors des entretiens que le travail d'élaboration ultérieur a permis de faire émerger et de décrire. Les mouvements transférentiels repérés dans la présentation des cas clinique et analysés dans l'interprétation théorico-clinique font l'objet d'une appropriation dans l'après-coup qui se trouve donc être centrale dans ce travail de thèse.

Concernant sa dimension pratique, la rédaction de ces cas cliniques correspond à plusieurs phases. La première est celle d'une reprise « à chaud » des éléments significatifs de

⁷² C'est ce qui différencie l'après-coup psychanalytique de la transformation des souvenirs proposée par les sciences cognitives.

l'entretien. J'ai souvent commencé à développer des observations cliniques sur l'utilisation de la réalité virtuelle comme médiation thérapeutique lors de cette rédaction. Ces temps ont été réalisés à la suite de chaque entretien dans un contexte institutionnel où il a parfois été difficile de rester concentré sur la rédaction de ce compte-rendu. Par la suite, j'ai rédigé un document très complet de chaque séance à partir de l'enregistrement audio de la séance. Ce document est composé du verbatim, des notes d'observations, de quelques interprétations et d'éléments transférentiels. Ces éléments ont enfin été repris et réorganisés jusqu'à la version finale dans l'objectif de décrire les séances le plus fidèlement possible.

Cette perspective de travail dans l'après-coup organise enfin l'analyse détaillée des cas cliniques et de leur écriture réalisée à partir de la première version finalisée des cas cliniques. Celle-ci a fait l'objet d'un groupe de travail organisé avec trois doctorants en psychologie clinique. Ces groupes de travail n'ont pas seulement porté sur cette recherche, mais sur l'ensemble des cas rédigés respectivement dans le cadre de nos travaux de thèse. J'ai ainsi participé à l'analyse de nombreuses situations, ce qui a contribué à développer mes compétences de rédaction et d'élaboration clinique. Le constat d'imprécisions ou d'informations à développer a permis de clarifier ce propos et d'approfondir la réflexion. Ces échanges ont également favorisé l'émergence d'idées et de remarques par association libre à partir des cas cliniques. Ainsi, certains axes de travail ont été précisés, et mes réflexions théorico-cliniques s'en sont trouvées enrichies. La dynamique d'intervision de ces échanges a enrichi mon analyse de la dynamique transférentielle des entretiens. J'ai pris conscience des mouvements qui traversent la rédaction du cas clinique, comme par exemple, une écriture opératoire susceptible de traduire une perception mécanique des processus et des entretiens. Ce travail s'est donc pleinement inscrit dans le processus d'élaboration et de mise en forme de cette recherche. En débutant par un échange autour des cas cliniques, il a dépassé le cadre strict des séances de médiation pour étendre l'analyse à l'écriture des séances, mais aussi de l'ensemble de cette thèse.

Chapitre VI : Présentation des cas cliniques

« *Qu'est-ce que c'est que cet endroit ? ... Ça m'intrigue* »

Charline, 90 ans

6.1 Bertrand

Bertrand vit depuis trois ans dans l'établissement. Ce résident de 83 ans est arrivé à la suite d'une chute dont les conséquences sont fréquemment associées aux entrées en EHPAD : il s'est fracturé la hanche et a dû se faire poser une prothèse⁷³. Nos entretiens s'inscrivent dans la continuité du soutien psychique que l'institution investit pour Bertrand en invitant les psychologues successifs à le rencontrer. Il souligne combien la perte de sa liberté de mouvement lui est difficile et décrit des douleurs fréquentes. Son discours témoigne d'une perspective d'avenir particulièrement pessimiste et d'une dévalorisation majeure de ses capacités physiques et cognitives. Mes observations rejoignent celles des psychologues précédents dont les entretiens réguliers semblent avoir abouti à un certain découragement dans leur capacité à aider Bertrand. Plusieurs mois après ces entretiens, j'apprendrai d'une infirmière de l'EHPAD qu'il a souffert d'une maladie très grave qui a engendré une gangrène extrêmement rapide de l'appareil génital. La zone du bassin est devenue noire et Bertrand serait probablement décédé dans la journée s'il n'avait pas été pris en charge par les urgences. Il est tombé dans un coma dont personne ne savait s'il allait sortir. À son réveil, il a refusé la proposition de « remettre en conformité » son intestin, l'obligeant depuis à porter une sonde au quotidien. Bertrand n'évoque pas cela pendant ces entretiens. Il reviendra sur « *cette opération* » beaucoup plus tard, sans toutefois en aborder les détails.

Je lui propose de participer à cette étude en raison de la pauvreté de nos entretiens sitôt qu'ils sortent d'une dynamique d'évaluation ou de stimulation cognitive dont Bertrand est demandeur, tout en estimant qu'elles ne servent à rien⁷⁴. Ce dernier ne semble pas investir nos rencontres tout en me demandant de venir le voir. Je suppose alors que l'utilisation d'une

⁷³ Son dossier de soin mentionne une « *altération de l'état général avec une perte d'autonomie* » comme la cause de son entrée dans l'établissement.

⁷⁴ Les deux psychomotriciennes successives de l'établissement le rencontrent également et seront l'une après l'autre mise en difficulté par cette ambivalence de Bertrand qui leur fait vivre un fort sentiment d'impuissance.

médiation thérapeutique pourrait offrir un support pertinent pour élaborer cette demande ambivalente de Bertrand. Il a entendu parler de la réalité virtuelle, mais c'est la première fois qu'il porte un casque dédié. Pour autant, ce matériel ne produit pas d'intérêt particulier : Bertrand reste passif et se dit sceptique qu'un tel dispositif puisse l'aider. Il accepte néanmoins de participer à la recherche.

Ce qui est endormi

Lors de la première séance, Bertrand écoute attentivement mes explications à propos du matériel que j'installe devant lui. Je propose de choisir une image qui représente un endroit dans lequel il aimerait se trouver. Il regarde les photographies et s'arrête sur celle du tracteur : « *oh, c'est un lieu que j'ai bien connu mais... aujourd'hui, la question ne se pose pas...* ». Il estime ne pas pouvoir choisir parce que « *ce n'est pas possible* » de se trouver dans l'endroit présenté. Il isole toutefois les clichés des vaches et du tracteur. Je comprends mal son choix et sélectionne dans le casque l'environnement des vaches. Je lui place le casque devant les yeux et Bertrand indique : « *les boudets ne sont pas loin... je vois des veaux, ou des génisses. Des génisses plutôt... je ne pense pas que ce soit des vaches* ».

Lorsque nous retirons le casque, il remarque : « *c'est que vous avez pris l'autre photo là* ». Je lui propose de voir celle du tracteur mais Bertrand estime que « *ça ne servira à rien* ». Pourtant, il se résigne à la regarder tout de même : « *dame essayez*⁷⁵ ». Nous réinstallons le casque et Bertrand cherche à reconnaître la marque du tracteur sur le capot. Il regarde attentivement l'environnement et demande : « *derrière, c'est quoi... un rabot pour le lisier ?* ». Il évoque le matériel « *qui servait pour nettoyer les stabulations* ». Nous terminons l'observation et je dépose le casque sur la table qui se trouve entre nous. Bertrand remarque : « *vous allez me faire dormir* ». Je lui propose d'évoquer ces souvenirs avant qu'il n'ajoute : « *je dors...* » et après un silence : « *c'est du passé* ». Il estime que cela ne lui fait « *absolument rien* » et décrit l'environnement de façon pragmatique : « *ça sert à nettoyer les stabulations* ». Il précise que « *par rapport à la photo, [il] revoit tous ces moments* ». Il poursuit : « *C'est spécial comme travail mais il fallait le faire régulièrement pour que les bêtes soient propres. En cette saison, c'était pratiquement tous les jours* ». Bertrand n'ira pas plus loin : « *cela rappelle des souvenirs, c'est tout. Rien de particulier* ».

⁷⁵ L'interjection « dame » est fréquemment utilisée par les résidents âgés de la résidence dans laquelle nous intervenons. À l'origine, elle serait utilisée pour marquer une affirmation (« dame oui ! ») ou une opposition (« dame non ! ») et ferait référence à la vierge – Notre-Dame – pour témoigner de la véracité des propos (<https://www.academie-francaise.fr/domfront-dame-oui-oui-da>).

Nous reprenons la proposition initiale d'un endroit « où il aurait aimé se trouver » et Bertrand aborde l'environnement « vaches ». Il estime que cela ne répond pas exactement à la proposition car « *ce n'est pas réalisable* » et précise qu'il aimait bien cette partie de son travail, mais qu'il n'est plus possible d'y revenir aujourd'hui. Il décrit son ancien environnement professionnel en évoquant l'entretien, l'alimentation et le nettoyage des veaux. Bertrand tenait à ce que cela se passe bien et repense aux maladies face auxquelles il faisait intervenir le vétérinaire « *le plus rapidement possible* », ce qui lui permettait de résoudre ces problèmes difficiles la plupart du temps. Il se souvient d'un travail « *très diversifié* ». Du labour à l'alimentation : « *tout ce qu'il y avait à faire sur une ferme* ». Nous terminons la séance un peu avant midi et Bertrand indique : « *il va falloir se réveiller pour aller à table* ». Il évoque alors une fatigue permanente malgré de grandes périodes de repos mais marque la fin de la séance en considérant que « *c'est l'état général qui fait que...* ».

Vivement que le bonhomme soit bézaille

Lors de la séance suivante, Bertrand « *sens que ça faiblit toujours mais... pour l'instant... la tête... est défaillante... c'est moins solide* ». Il précise que chaque jour est différent mais qu'aujourd'hui, « *ce n'est pas trop mal* » parce que ses douleurs physiques sont moins présentes. Il indique : « *ça n'évolue pas vite hein ? Je suis convaincu qu'il n'y aura pas d'évolution* ». Il considère pourtant que « *ça progresse doucement mais sûrement du côté négatif* ». Il trouve sa situation sans espoir et qu'il « *faut vivre avec* » avant d'ajouter : « *vivement que le bonhomme soit bézaille⁷⁶* ». Je dispose les photographies devant lui et propose de choisir un endroit auquel il pense souvent. Sans regarder les images, il répond : « *ma chambre* » puis « *la détente de la salle et puis mon lit, c'est le meilleur* ». Notre discussion met en exergue l'impossibilité pour Bertrand de se projeter dans un autre lieu : « *pour moi, il n'y a plus d'issue... et puis... il n'est pas question de retourner chez moi* ». Pour lui, sa présence à l'EHPAD est « *la meilleure solution* » et il « *n'envisage pas de [se] trouver ailleurs* ». Il marque l'importance des moments de détente qu'il peut trouver dans ce lieu et le calme qu'il recherche en restant souvent seul dans sa chambre. Les silences sont longs et pesants. Bertrand garde les yeux clos et reste immobile dans son fauteuil qui me fait face.

Nous approfondissons cette notion de détente et je suggère à Bertrand de rêver ensemble. Je lui propose de choisir une image et de l'utiliser pour stimuler l'imaginaire. Lorsque j'évoque la notion de rêve, il semble se réveiller : « *ça n'avance pas beaucoup de rêver* ». Pour autant, il ouvre les yeux et se met à feuilleter les photographies. Il choisit

⁷⁶ Bertrand explique qu'il s'agit d'un synonyme pour dire « foutu ».

l'environnement « océan » que je sélectionne dans le casque avant de lui installer sur la tête. Immédiatement, il décrit : « *je vois la mer* ». Je demande comment il se sent dans cet endroit et Bertrand répond « *je suis très bien dans mon fauteuil... ça ne me fait aucune sensation* ». Après avoir retiré le casque, Bertrand décrit brièvement l'environnement qu'il a vu. Il estime ne pas pouvoir rêver de cet environnement aujourd'hui car il est « *trop solitaire* ». Il précise : « *vous seriez obligé de me rouler alors... et je suis pas sûr que ça roulerait tout seul* ». Nous avons alors cet échange :

Psychologue : « *C'est vrai que si nous étions tous les deux sur cette plage, je ferais mon possible pour vous aider.* »

Bertrand : *Vous n'auriez pas le choix. Soit me laisser tomber, soit m'aider.*

P. : *D'après vous, je choisirai quoi ?*

B. : *Je ne sais pas, j'en ai assez de penser pour moi. J'aime pas imaginer pour les autres.*

P. *En tout cas effectivement, si on était tous les deux sur cette plage, je pousserais probablement ce fauteuil. C'est avec ce fauteuil que vous vous imaginez sur cette plage...*

B. : *Ah ben il n'y a pas d'autre moyen !*

P. : *Il n'y a pas d'autre moyen.*

B. : *Enfin... pour moi* ».

Bertrand n'envisage pas de sortir à l'extérieur pour l'instant à cause de la fatigue que cela occasionne. Il a toujours refusé de sortir au bord de la mer depuis qu'il est entré dans l'établissement. Pour lui, être à la plage était un moyen de se détendre et de se défouler. Dans sa jeunesse, il s'y rendait le dimanche avec ses amis, puis avec ses enfants. Ils se baignaient et jouaient au ballon sur la plage. Bertrand a apprécié de voir la mer dans le casque mais il n'y a pas pris le même plaisir : « *parce que je ne peux rien faire... je ne peux pas aller me baigner, je peux pas... aller jouer sur la plage...* ». Il ajoute que « *les gens normaux s'y trouvent très bien* ». Lui se sent « *anormal parce qu'il y a un tas de chose qu'[il] ne peut plus faire* ». Nous terminons la séance et mentionnons brièvement l'entretien suivant. Bertrand répond « *si je ne suis pas parti... je voudrais bien partir...* ».

Continuez, mais vous n'y arriverez pas

Il engage la séance suivante en expliquant qu'il se sent mieux sur le plan physique mais que « *la mémoire fout le camp de plus en plus* ». Il craint que cette situation ne s'aggrave et trouve déjà des exemples d'oublis qui lui semblent significatifs à propos d'informations dans le journal ou à la télévision. Bertrand dit accepter cette situation dans la mesure où il « *ne peut pas faire autrement* ». Il est convaincu d'aller vers « *un handicap plus important* » et a « *peur*

de perdre la cohérence », ce qui l'inquiète beaucoup. Je décide alors d'orienter la séance vers la recherche et l'observation d'un lieu agréable. Bertrand est d'accord pour essayer : « *je veux tout ce que vous voulez* ». Il regarde les images : « *elles sont toutes belles mais il n'y en a aucune qui m'a accroché précisément* ». En reprenant les photographies, Bertrand trouve finalement les paysages plus positifs et agréables. Le choix est difficile mais il finit par sélectionner l'environnement « *étang* ».

Bertrand se projette dans l'endroit qu'il observe dans le casque : « *je me verrais très bien pique-niquer là* ». Je lui demande s'il y fait beau et il répond : « *apparemment oui, je ne sais pas si le soleil se lève ou se couche... je ne sais pas quelle direction il prend* ». Lorsqu'il estime que « *c'est suffisant* », nous retirons le casque. Il remarque que « *ça rappelle certains souvenirs... de pique-nique par exemple* ». Il pense à ces bons moments passés dans la nature lorsqu'il avait « *entre 14 et 70 ans* ». Bertrand décrit ainsi ces souvenirs : « *pique-nique dans un pré à la ferme... avec les enfants et les cousins-cousines... ambiance... détente...* ». Il n'en dit pas plus, arrêté par la conviction qu'il « *[est] et [restera] handicapé* » et que regarder ces endroits ne changera rien. Selon lui, ses difficultés actuelles sont les seules choses qu'il lui reste et les souvenirs sont passés, « *cela ne fait pas de mal d'y penser mais ça ne change rien* ». Bertrand associe avec nos entretiens : « *c'est comme rencontrer quelqu'un... échanger... c'est sympa mais bon... il n'y a pas de solution pour moi* ». Il me regarde d'un air de défi et annonce : « *c'est compliqué hein ?* ».

La voiture cassée et l'absence du garagiste

La séance suivante fait émerger un discours similaire : Bertrand se sent mieux physiquement mais il a l'impression que « *la tête fout le camp* ». Sa mémoire « *part à grands pas* » et il se montre préoccupé par cette « *perte* » qui évolue sans cesse. Il se souvient toutefois du casque de réalité virtuelle et des environnements qu'il a vu. Nous présentons aujourd'hui l'environnement « *casse automobile* » que Bertrand décrit dès qu'il commence à observer : « *je vois des bagnoles... le pare-brise est cassé... le moteur est ouvert... je suis dans une cour de bagnoles... je vois des bagnoles partout* ». Cela lui rappelle « *quand [il] allait chez le garagiste et qu'[il] voyait toutes les voitures en réparation* ». Il estime que ces voitures peuvent être réparées mais qu'il n'a plus besoin d'aller dans un tel endroit aujourd'hui car il n'a plus de voiture. Avant de retirer le casque, il remarque : « *il n'y a personne autour... il n'y a personne à travailler autour* ».

Spontanément, Bertrand indique : « *les bagnoles sont parties... je me retrouve dans ma chambre* ». Nous revenons sur l'environnement virtuel et j'évoque la notion de réparation qu'il

a abordé pendant l'observation. Bertrand répond : « *je n'ai pas parlé de ça. Il n'a pas été question de réparation* ». Pour autant, c'est un souvenir qu'il évoque alors en se remémorant des moments passés au garage pour l'entretien et la réparation de sa voiture. Il se défend de ne pas l'approfondir davantage : « *qu'est-ce que vous voulez que j'en fasse maintenant... je ne peux pas l'utiliser* ». Il se rappelle de la vente de sa voiture qu'il ne pouvait plus utiliser à cause de sa situation de dépendance physique. S'il pouvait conduire une voiture aujourd'hui, il « *sortirait pour aller voir les enfants et les amis* » mais dans sa situation, « *la question ne se pose pas* » car pour lui, la voiture représente l'indépendance.

Bertrand décrit son souvenir de la casse automobile qu'il a vu dans le casque : « *il y avait beaucoup de voitures apparemment neuves... c'était une grande cour, il y avait un mur derrière. Et les voitures étaient entassées les unes près des autres. À part celle-là qui était plus apparente...* ». Il décrit cette voiture comme étant la seule abîmée : « *le moteur était ouvert, toutes les pièces étaient apparentes et le pare-brise était cassé* ». Il suggère que cette voiture « *est rentrée dans un obstacle ou quelqu'un est rentré dedans* ». Je l'invite à décrire cette situation : « *il suffit de ne pas s'arrêter à un feu ou à une signalisation et puis... si une voiture vient en face, c'est le choc* ». Bertrand espère qu'il n'y a pas eu de blessé. D'après lui, cette voiture attendait d'être réparée pour que son « *propriétaire puisse la récupérer* ». Il estime que si elle n'est pas réparable, elle ira à la casse. Il associe avec l'absence du mécanicien : « *je n'ai pas vu le garagiste* ». D'après lui, ce dernier « *aurait pu être à la réparer... quoi que le lieu où elle était placée ne prêtait pas au travail...* ». Il propose que ce garagiste « *était peut-être à pisser là-bas au pied du mur* ». Pour autant, il ne l'a pas vu et « *rien ne signalait sa présence* ». Bertrand repense à cette voiture : « *quand on regarde l'ensemble, la surprise c'est de voir la bagnole cassée dans ce lieu* ». Il se souvient que les autres voitures étaient en bon état et suppose qu'elles étaient en attente pour être vendues. Nous terminons la séance et Bertrand me fait part de son sentiment d'inefficacité des entretiens. Il explique que « *dans [son] état* » il ne voit pas comment je vais « *réussir à changer les choses* ». Il ajoute qu'il apprécie de voir ces environnements et qu'il aime le temps passé ensemble. Lorsque je quitte la pièce, Bertrand indique : « *je vous remercie et je souhaite que vous puissiez continuer à venir sans attendre un résultat positif... je ne vous encourage pas beaucoup hein ?* ».

La dernière séance débutera par des éléments similaires aux entretiens précédents. Bertrand se sent toujours aussi fatigué et persuadé que « *ça continue dans le mauvais sens* ». Quand je lui indique que je vais lui présenter un lieu, il répond « *ma chambre* » puis il se ravise en souriant « *non non, blague à part* ». Nous installons le casque et je sélectionne

l'environnement « champ ». Bertrand décrit le paysage : « *je suis en pleine campagne... il y a une parcelle... il y a de l'herbe... il y a une haie dans le fond à gauche des arbres...* ». Il s'agit selon lui d'une parcelle agricole qui peut accueillir des vaches. Elle convient pour faire un pâturage ou de la culture. Bertrand n'aborde pas son ressenti pendant l'exposition et lorsque nous retirons le casque, il explique : « *je vois naturellement. Je vois la chambre, je vous vois, je vois l'environnement dans lequel je suis. C'est un autre lieu... il n'y a pas de rapport avec là où je suis* ». Selon lui, ce champ aurait pu être un lieu de travail et cela lui rappelle des souvenirs qu'il ne décrit pas : « *ils sont seulement là* ».

La réalité virtuelle

Pendant l'ensemble des séances, Bertrand est assis dans ce fauteuil qui me fait face. Cette position, consécutive à sa grande fatigabilité lors de mobilisation physique, limite probablement la qualité de l'immersion. En effet, les environnements sont calibrés pour être visionnés en position debout. Par ailleurs, s'il était exclu qu'il tourne sur lui-même pour observer la totalité de l'environnement, Bertrand a très peu orienté la tête lors des expositions virtuelles. Il considère que le casque est « *un appareil qui est fait pour grossir la vue* » et que les images « *se rapprochent davantage de la réalité* » que les photographies imprimées. D'après lui, ce matériel permet « *d'observer davantage... réfléchir davantage sur le point précis qui est présenté* ». Il explique que « *nous pourrions très bien parler de l'agriculture en général à partir de là* » mais estime que cela ne l'a pas aidé. Pourtant, il trouve pertinent d'utiliser ce casque pour soutenir d'autres personnes : « *tout dépend de l'état de la personne point de vue mémoire... point de vue réflexion... il y en a qui pourraient en tirer profit et d'autres, comme moi qui... resteraient plus... indifférents* ». Auprès de ces personnes, ce dispositif lui semble pertinent pour « *travailler la mémoire* » et pourrait leur rappeler des souvenirs. Il ajoute « *je le pense et je le souhaite. Elles pourraient tirer un certain plaisir, une satisfaction de se rappeler certaines choses qui auraient pu être oubliées* ». Ses impressions personnelles ne lui semblent « *pas valables* » mais il estime qu'auprès d'autres personnes, il serait possible « *d'orienter des discussions* ». Il trouve que l'utilisation du casque de réalité virtuelle ne lui a « *rien apporté de façon précise* » mais admet que « *cela donne l'occasion de réfléchir et d'être plus précis* ».

À la fin de la dernière séance, Bertrand aborde la « *nouveauté* » du casque et associe avec la jeunesse des personnes qui utilisent les technologies. Pour lui, « *la campagne, les paysages, ça peut intéresser les personnes âgées, les jeunes aussi...* ». Il interrompt son discours : « *je suis trop vieux pour vous répondre, demandez à des plus jeunes. Je suis vieux... je voudrais bien être rendu au bout du rouleau...* ». Il voudrait l'accepter mais « *ce n'est pas toujours*

évident quand on a aucun espoir d'amélioration ». Notre entretien touche à sa fin et Bertrand revient finalement sur l'intérêt de ces séances : « *à travers la discussion, il y a toujours des choses qui passent et peut-être qui... marquent...* ». Il apprécie beaucoup les échanges que nous avons eus ensemble et souhaite que nous continuions à nous rencontrer « *dans la mesure où c'est possible...* ».

Après les séances

Je continue à rencontrer Bertrand pendant environ deux ans, jusqu'à mon départ de l'EHPAD. Les entretiens qui suivent nos séances de médiation thérapeutique s'avèrent particulièrement riches. Il insiste sur sa conviction qu'il ne lui reste « *que le pire à vivre* » et l'associe à l'opération qu'il a vécue trois années plus tôt. Bertrand explique qu'il a eu un cancer de la prostate et des fuites urinaires suite au traitement par rayons. Un « *petit appareil* » lui a été installé pour éviter ces problèmes et fonctionnait correctement jusqu'à ce qu'il s'infecte et le conduise à être hospitalisé en urgence. Bertrand pensait pouvoir « *recupérer* » et regrette de n'avoir jamais eu d'explication concernant l'origine exacte du problème et les complications qu'elle allait provoquer. Il « *sent que le cerveau en a pris un coup* » et se demande quels ont été exactement les effets de cette intervention, notamment parce que « *la tête commande le corps* ». Selon lui, ses troubles cognitifs et physiques sont exclusivement dus à l'opération. Nous parlons beaucoup de ces pertes et de sa situation de dépendance. Bertrand refuse de changer de regard sur son état de santé parce que ce serait « *des pensées irréalistes* ». Un jour, alors que nous évoquons ses troubles de la mémoire, il explique : « *ce que je sais déborde de ma tête [...] j'en ai ras-le-bol* ». Il associe avec des événements difficiles comme les décès de résidents qu'il avait connu dans leur jeunesse. Progressivement, nos entretiens s'ouvrent sur une problématique de deuil et de rapport à la mort. Nous développons le vécu du vieillissement dont Bertrand toujours interprété les signes sous l'angle de la cause unique de l'opération. Il commence alors à nuancer cette perspective et découvre un nouveau point de vue.

La fin de nos entretiens sera marquée par le développement d'éléments affectifs dans le discours de Bertrand. Il commence à évoquer ses ressentis et bien que cela reste fluctuant, évoque régulièrement que « *la tête va mieux et le corps suit* ». Il parle beaucoup de son rapport à la mort et exprime son souhait de donner ses organes « *pour qu'elles puissent servir* ». Quand nous faisons le bilan de nos rencontres, il me fait part de son impression de ne pas avoir « *perçu de changement* » tout en insistant sur le plaisir qu'il a eu à discuter lors de nos entretiens.

Éléments d'interprétation du cas clinique

Bertrand est le premier participant de cette recherche. Le contexte de notre rencontre apporte d'emblée un élément significatif dans la lecture de ce cas : il a rencontré chaque psychologue de l'établissement. Pourtant, les transmissions n'évoquent que l'acte de leur passage et s'inscrivent uniquement dans un registre cognitif d'évaluation et de performance. Il est probable qu'elles se soient attardées sur son état de santé ou ses capacités plutôt que sur les souvenirs de Bertrand. Ce dernier ne commence d'ailleurs à en raconter avec moi qu'après avoir utilisé le casque. Mon positionnement clinique est maladroit, surtout au début des séances : pendant que je suis avec le casque, Bertrand reste seul. Absorbé par la technique et le matériel, je me cache de son transfert alors que ce travail de thèse m'amène justement à critiquer cette position. Cela ne m'empêche pas de le vivre mais écarte toute possibilité d'analyse et de reprise. Quand il dit « *je dors* », Bertrand souligne que je ne suis pas avec lui, que nous ne sommes pas ensemble. C'est dans l'espace de rêverie déployé par le dispositif que je parviens à le rencontrer, comme en témoigne sa description de la plage sur laquelle je me trouve avec lui. Bertrand semble investir le casque comme une « machine à rêver » qui favorise l'émergence de souvenirs. J'ignore s'il n'a qu'un accès partiel à ces souvenirs ou s'il ne veut pas les partager, mais le cadre du dispositif tolère ce flou manifestement issu d'un refoulement. Cela est particulièrement marqué lorsqu'il n'utilise que des mots pour décrire son souvenir (« *ambiance, détente...* ») comme s'il se refusait d'organiser une représentation plus construite de ces moments à travers cette réaction défensive.

La *casque automobile* engage Bertrand sur le plan psychique davantage que les deux premiers environnements qu'il observe. Sa description rappelle le dispositif de l'hypnose. La réalité virtuelle s'inscrit comme un support différent mais déploie des processus similaires. Lorsque j'évoque la notion de réparation, Bertrand répond qu'il n'en a jamais parlé, ce qui rappelle l'oubli post-hypnotique. Cela marque la rupture générée par l'observation à travers un changement de son état de conscience. C'est donc en la suggérant à nouveau que je réintroduis cette remarque afin de permettre à Bertrand de s'en saisir. Après son observation de l'environnement, une fois le casque retiré, la description de Bertrand commence à se transformer : la voiture symbolise d'abord la perte et la dépendance. Au-delà de cette lecture proposée par Bertrand, j'entends qu'elle correspond aussi à la notion même de souvenir, dont il ne sait pas quoi faire : « *que voulez-vous que j'en fasse maintenant (de ce souvenir), je ne peux pas l'utiliser* ». Cela décale la question du vécu sur l'utilisation qu'il peut faire de sa propre mémoire et de ses ressources psychiques. C'est peut-être parce que Bertrand ne peut pas utiliser

ses souvenirs qu'il les oublie. Si la voiture est réparée, elle ne sera pas conservée puisqu'elle sera vendue. Celle-ci apparaît ainsi comme un « morceau » de psychisme à réparer pour en faire quelque chose. Cette voiture est à la fois lui-même par rapport à son environnement (l'EHPAD), mais aussi des parties de lui (morceau de souvenir ou de corps) par rapport à lui-même (souvenir entier ou corps entier), comme une menace d'intégrité. Les autres voitures neuves peuvent être des bouts de souvenirs ou des ressources cognitives préservées. Peut-être qu'il ne sait pas quoi faire de sa propre mémoire, ce qui lui donne l'impression qu'elle est inefficace. Il ne sait pas s'il doit se souvenir et s'il faut se souvenir alors même que cette réminiscence s'impose à lui.

Il apparaît plus distinctement au fil de la séance que la voiture cassée est une représentation de Bertrand. Il est la seule voiture cassée dans un environnement de voitures neuves « *qui attendent d'être vendues* ». Celles-ci symbolisent les autres résidents de l'EHPAD qui attendent de quitter le garage, autrement dit, de mourir. Le Bertrand-voiture cassé n'y a pas accès en raison de sa panne et doit pour cela être réparé. Il souligne l'absence du garagiste parti « *pisser au pied du mur* ». Je suis ainsi interpellé en tant que thérapeute-réparateur dans mon double échec, celui d'apporter l'aide dont Bertrand aurait besoin et celui d'être présent auprès de lui. Il m'attend dans cette casse pendant que je m'absente pour « *pisser au pied du mur* ». Il me signale à la fois mon impuissance (à l'aider) et sa propre impuissance (à se servir de son sexe). Cette autre lecture de la voiture cassée sous la forme de l'impuissance éclaire le cas de Bertrand à partir de sa dimension histrionique. Les réactions de ce dernier semblent principalement traduire une défense contre un désir de mourir particulièrement marqué lors des séances. Bertrand semble même prendre un certain plaisir à simuler la mort : il souligne ne ressentir aucune sensation, garde les yeux fermés et reste immobile pendant de longs et pesants temps de silence qui m'évoquent une veillée funèbre. Cela pourrait d'ailleurs expliquer mon choix de lui montrer les vaches (vivantes) plutôt que le tracteur (inerte) lors de notre première séance.

Bertrand a été sauvé in-extremis de la mort au prix de certaines fonctions génitales, ce qui pose la question de savoir ce qu'il reste de sa virilité et où elle se trouve. Son pénis l'intéresse-t-il pour ses seules fonctions urinaires s'il ne peut plus avoir d'érection ou d'éjaculation ? Peut-être vaut-il mieux pour Bertrand ne plus l'avoir du tout plutôt que le garder à moitié. Autant ne rien avoir plutôt qu'un pénis mort irréparable « *que voulez-vous que j'en fasse maintenant (de ce pénis), je ne peux pas l'utiliser* », ce qui expliquerait son refus de le « remettre en conformité ». Les autres peuvent en tirer profit (les voitures neuves) et Bertrand internalise le cadre de l'EHPAD dans un déplacement du phallique sur les performances

cognitives et la comparaison sociale (être le meilleur, être le moins bon). L'enjeu autour de la mémoire en EHPAD rejoue la question œdipienne dont il se saisit. Bertrand ne voit d'ailleurs pas des vaches mais des génisses (qui sont des vaches vierges) et traduit par « bézaille » le fait d'être foutu dans une ambivalence de traduction patoise de « baisé », ce qui laisse entendre « *vivement que le bonhomme soit baisé* ». Enfin, la place de la chambre est beaucoup sollicitée par Bertrand qui demande à s'y trouver lorsque nous proposons de choisir un endroit. Il pourrait vouloir investir cette chambre au même titre que les autres espaces virtuels, comme s'il voulait voir sa chambre en tant qu'espace de projection, de fantasme et de souvenir. Pour lui, le meilleur lieu est la chambre et même le lit. Il pourrait l'expérimenter avec moi, autrement dit m'avoir ou me voler le pénis. Il dicte même la réaction que je devrais avoir : « *vous seriez obligé de me rouler alors... et je suis pas sûr que ça roulerait tout seul* », autrement dit « vous allez me tromper parce que je ne peux pas me tromper tout seul ». Je lui prête un pénis qui n'est pas vraiment le mien, j'essaie de le rouler avec mon faux pénis-réalité virtuelle qui n'est pas la vérité. Bertrand me montre que ça ne marche pas et me renvoie à l'impuissance de lui donner un pénis qui fonctionne. Il me rend mon pénis impuissant : j'ai l'impression que mon dispositif ne marche pas.

Le cas de Bertrand est significatif dans son vécu d'impuissance et dans la mise en échec de la thérapie. Il cherche à me décourager et me fait vivre cette impuissance dans le transfert, ce qui provoque en moi une certaine résistance en écho à la difficulté déjà induite par la réalisation de ce travail de thèse. Il veut montrer l'inefficacité de mon dispositif qui n'est qu'un moyen de dire l'inefficacité de son propre *dispositif*. Le travail de l'alliance est difficile avec Bertrand qui reste ambivalent à propos de nos entretiens : il apprécie ces séances et souhaite qu'elles se poursuivent, tout en considérant qu'elles n'ont pas d'intérêt. Il me « séduit » juste ce qu'il faut pour maintenir nos entretiens et pose ainsi cette question lors des rencontres avec les femmes psychologues qui sont intervenues auprès de lui. Comme le garagiste qui « *pisse au pied du mur* » prend du plaisir mais ne jouit pas, Bertrand prend du plaisir à regarder les environnements de réalité virtuelle sans pouvoir jouir du casque.

6.2 Perrine

Perrine est âgée de 88 ans et réside dans l'EHPAD depuis environ 10 ans. Cette femme dynamique et volontaire engage facilement la discussion. Elle se déplace avec un déambulateur et se rend régulièrement au PASA où elle aime retrouver « sa famille ». Perrine sort rarement de l'établissement, excepté à l'occasion des visites de son fils unique ou de certaines animations. Elle participe toutefois aux activités et saisit toutes les occasions de se rendre utile. L'équipe est parfois en difficulté pour accompagner Perrine, notamment lorsqu'elle essaie d'apporter son aide à d'autres résidents. Cette position est vécue par les soignants comme une tentative de prendre leur place et conduit à la volonté collective de l'inviter à se reposer. Cela répond au dynamisme parfois exacerbé de Perrine qui peut presque courir chercher les nappes et la vaisselle au moment de mettre le couvert au PASA par exemple. Ces périodes sont majoritairement teintées d'une humeur exaltée et d'une forte motivation pour participer aux activités. L'équipe craint souvent que cela ne dure pas et anticipe les situations qui risquent de mettre fin à ces comportements et ces émotions positives. En effet, Perrine présente régulièrement des virages dépressifs marqués par un abattement et un repli sur elle, mais également par d'importantes et fréquentes clonies⁷⁷. De durée variable, ces périodes précèdent souvent un événement important (fête d'anniversaire, repas de famille...) ou suivent un événement négatif (chute, maladie...). Dès lors, Perrine ne réalise plus elle-même la majorité des actes du quotidien (petite toilette, habillage...) et nécessite une aide très importante de la part des soignants.

Je rencontre Perrine dans une période calme, exempte de ces symptômes comportementaux. Nous avons déjà construit une bonne alliance thérapeutique mais nos entretiens peinent à canaliser son discours. Perrine aborde de nombreux sujets de façon brève et décousue. Je suppose que l'utilisation d'une médiation pourrait lui permettre d'approfondir son propos en cadrant nos échanges autour de sujets plus précis. Lorsqu'elle découvre la réalité virtuelle, Perrine indique « *je ne suis pas très intelligente et j'ai loupé une année d'école quand j'étais jeune. Ça a toujours été difficile après...* ». Malgré cette apparente anxiété de performance, elle accepte d'essayer le casque et se positionne debout au centre de la pièce pour regarder dans toutes les directions. Après la première observation de l'environnement de découverte pendant laquelle Perrine décrit ce qu'elle voit, elle montre un intérêt manifeste pour

⁷⁷ Il s'agit de mouvements physiques incontrôlés qui s'apparentent à des tremblements brefs et intenses.

le dispositif qui « *permet de se retrouver dehors sans se déplacer* ». Elle ajoute que « *pour les personnes qui ne peuvent plus sortir, c'est vraiment bien* ».

En famille sur la plage

Lors de la première séance, Perrine choisit de voir des environnements maritimes comme l'océan et la marée basse. Elle décrit sa vision et ses impressions : « *C'est impeccable, je vois bien le pont... là, c'est super ! C'est vraiment super, super, super ! C'est comme si on y était... c'est vrai... le sable, les vagues, la mer... je suis à me promener au bord de la mer... je suis à me promener sur le pont... c'est beau d'être à se promener sur le pont... c'est des choses qui ne sont pas interdites pour nous mais... presque* ». Elle raconte que son fils l'emmène parfois se balader au prix d'une organisation difficile. Ce dernier habite loin et profite des visites à sa mère pour discuter longuement de son quotidien et organiser des réunions de famille. Il est très important pour Perrine de passer du temps en famille. Elle repense à un moment où la famille se réunissait pour pêcher sur la plage. Je lui demande si sa famille était présente sur la plage qu'elle a vue, ce à quoi elle répond par l'affirmative sans hésitation : « *oui, à se promener sur le pont... c'était bien, ça rappelait les bons souvenirs...* ». Perrine se souvient d'avoir pêché et raconte ces moments. Je lui propose de regarder l'environnement « marée basse » qui s'inscrit dans la thématique de notre discussion. Elle remarque avant même d'avoir mis le casque⁷⁸ : « *il y a du vent !* ». Elle distingue la mer mais « *ne voit pas les berniques parce qu'elles ne sont pas assez grosses* ». Elle trouve que « *ça fait tout drôle... on faisait des parties de palais ou de boules. Mon fils, lui, les boules dans le sable c'est... oh oui c'est... c'est curieux !* ».

Après avoir retiré le casque, Perrine explique que « *c'est curieux parce que ça m'a rappelé les joueurs de boules et... de pétanque là, dans le sable. C'était vraiment un joli petit coin là, à Royan... oh oui ça... renouvelle de bons moments* ». Elle se souvient des rires et la joie de ces instants et se revoit dans cette situation « *magnifique* ». Pourtant, elle modère son propos : « *je suis contente de revoir tout ça mais... je me dis... on a passé du beau temps, mais maintenant, il faut voir autre chose. Il faut essayer de... de laver le cerveau de ça, de dire maintenant je suis là, je suis bien, j'ai de bons amis, alors...* ». Perrine estime qu'il « *ne faut pas trop revenir là-dessus parce que... on revoit trop de vilaines choses...* ». Face à mon interrogation, elle précise qu'elle pense particulièrement au décès de son mari. Elle se souvient de son inquiétude de ne pas le voir rentrer de son travail et de l'annonce de sa mort alors qu'elle

⁷⁸ La vidéo est lancée avant que le participant ne mette le casque devant ses yeux. Le son est donc présent avant l'image dans les observations.

n'avait que 27 ans. Des collègues à lui sont arrivés avec une civière dans laquelle reposait son corps inerte. Perrine se rappelle avoir constaté le décès. Elle réfléchit à haute voix, le regard dans le vide : « *il faut tout oublier, il faut l'oublier* ». Elle évoque alors une autre histoire sentimentale vécue 15 ans plus tard. Sur les conseils d'une amie, elle ne voulait pas refaire sa vie tant que son fils n'aurait pas quitté la maison. Elle pense à son second compagnon et remarque qu'elle « *ne parle jamais de lui... c'est mon mari... mais pas lui* ». Elle ajoute « *tu ne peux pas oublier le premier. D'ailleurs, je n'étais pas toute heureuse avec mais...* ».

Revoir la maison de sa mère

Perrine sélectionne l'image du bourg d'une petite ville pour la deuxième séance car elle lui trouve une similarité avec la maison de sa mère. Elle indique sitôt avoir mis le casque : « *je vois la maison à maman... enfin, ce n'est pas la sienne mais bon...* » avant de décrire la scène : « *je vois l'église, les voitures qui sont garées, qui vont à la messe, les pots de fleurs... oh oui c'est... une personne qui descend de sa voiture... oh oui on la voit bien... c'est beau. C'est beau* ». Au retrait du casque, Perrine revient spontanément sur les souvenirs de la maison de sa mère : « *ça évoque bien parce que sa maison n'était pas loin de l'église... et puis ça me met dans mon époque... il y avait Vêpres* ». Elle explique qu'il s'agissait d'un temps religieux qui se déroulait dans l'église entre la messe et le soir. Perrine mentait souvent à sa mère pour aller danser avec ses amis plutôt que de s'y rendre. Un jour où l'office des vêpres était organisé pour les morts, elle n'y est pas allée en pensant que personne ne le remarquerait. Perrine me raconte cet épisode comme si elle le revivait en faisant les dialogues avec sa mère : elle n'avait pas compris l'hommage des prières à son père décédé et s'est faite punir pour cela. Elle semble se justifier de cette absence : « *je n'avais pas un an quand mon père est mort, vous comprenez bien que... malgré que c'était mon père ben...* » puis ajoute : « *ah non, il y a des bons souvenirs mais... il y en a aussi des mauvais ! J'avais fait de la peine à maman sans le comprendre* ».

Perrine associe sur un autre souvenir de son père : « *je crois que je n'avais jamais pensé à lui avant... le jour de mes fiançailles. On était à la maison. Tout à coup, je tourne la tête et je vois la photo de mon père à la tête du lit de maman. Je regarde mes beaux-parents qui étaient là tous les deux... et là, ça m'avait fait du mal. Mais bon. C'est comme ça...* ». Perrine reconstitue l'histoire de cette période difficile. Elle repense à la maladie de son père suite à ses blessures de guerre : « *il a été longtemps malade, très longtemps... il en a perdu la parole* ». Elle revient sur les difficultés de sa mère pour l'élever seule et explique que ces souvenirs sont très forts : « *j'y pense, je les revois. Je ne peux pas oublier ça... il y avait de la joie, mais il y avait de la tristesse* ».

Elle continue à associer librement et repense au décès accidentel de son neveu, retrouvé mort sous des tôles pendant qu'ils construisaient un garage avec d'autres membres de la famille. Cette situation l'a rapproché de sa nièce qui a retrouvé le corps, comme Perrine avec son mari. Perrine raconte plus longuement sa propre histoire. Elle se voit regarder le chef de canton revenir avec son mari sur une civière et toucher son pied définitivement froid. Son mari installait l'électricité dans des habitations et parcourait de nombreux kilomètres pour son travail. Un jour, lorsqu'il est passé à moto devant une usine, l'un des gros camions de chantier qui sortait n'a pas pu éviter l'accident. Leur fils avait alors six ans et Perrine se souvient de la difficulté de l'éduquer seule. Elle voulait suivre la volonté de son mari de permettre à leur fils de s'instruire. Malgré quelques heurts, Perrine est fière d'avoir réussi cela : *« ça fait du bien de se dire que tu es arrivée à faire ce que ton mari voulait »*. Elle revient sur les bonnes relations qu'elle entretient maintenant avec son fils : *« c'est une belle histoire »*.

L'entrée en EHPAD

Perrine choisit de voir le salon d'une personne âgée lors de la troisième séance. Dès le début de l'observation, elle décrit l'environnement : *« je vois un pot de fleurs à côté de la télé et là-bas aussi, à côté du meuble... de mon meuble... pas pareil mais... la télé sur ce petit meuble, la grande fenêtre... »* puis se tourne et cherche son lit. Elle se souvient de sa propre maison : *« ça fait penser oui... avant de venir, j'avais un grand buffet comme celui-là, la table, les chaises... la télé était à côté de la véranda... »*. Après quelques minutes, nous retirons le casque. Perrine exprime sa joie de voir ces images : *« cela permet de se rappeler un petit peu de ce qu'on avait... les jours qu'on a passé...si j'avais pu, je serais restée beaucoup plus longtemps... mais bon... la maladie m'a pris...ça n'allait pas du tout »*.

Avant sa retraite, elle travaillait pour la SNCF en tant que garde-barrières. Son rôle était de lever et baisser manuellement les barrières des rails de chemin de fer aux passages des trains. Logée par son employeur, elle a beaucoup déménagé au gré de ce travail. Perrine repense à ses différents logements et plus précisément à la dernière maison dans laquelle ils ont vécu avec son compagnon lorsqu'elle a cessé son activité professionnelle. Ils l'ont choisie proche du bourg, des commodités et de l'EHPAD dans lequel ils se rendaient pour le déjeuner. Souffrant d'une grande fatigue, Perrine se sentait libérée de la préparation des repas du midi. Malgré cela, les obligations du quotidien sont devenues plus difficiles et Perrine n'y arrivait plus. Son compagnon aussi très fatigué ne pouvait guère l'aider. Lorsqu'une place a été disponible, elle a accepté la proposition du directeur d'entrer dans l'établissement. Elle repense à cette entrée et se souvient de l'amélioration de son état au fil du temps. Elle ajoute : *« c'est là que j'ai*

commencé à aider les autres... j'en avais tellement souffert de ne pas pouvoir faire ce que je voulais... c'était plus fort que moi, il fallait que je les aide ». La santé de son compagnon a continué de se dégrader jusqu'à son décès que Perrine n'explicite pas davantage.

Je propose à Perrine de voir l'environnement à nouveau et demande si elle aimerait faire quelque chose dans ce salon. Elle pense à recevoir de la famille en insistant sur la présence d'une grande table et remarque la différence de la taille de la pièce lorsqu'elle retire le casque : « *c'est beaucoup plus petit...* ». Perrine fait le lien avec sa situation actuelle et son envie de voir sa famille plus souvent. Elle évoque sa tristesse et son incompréhension face à des cousins qui ne sont venus la visiter qu'une seule fois dans l'EHPAD. Elle a appris par la suite que « *ça leur faisait quelque chose de [la] voir là au lieu de [la] voir dans [sa] petite maison... ils ne pensaient pas qu'un jour...* ». Elle reste pensive jusqu'à la fin de notre échange jusqu'à ce que je l'invite à conclure : « *j'étais contente de voir les meubles, le buffet qui ressemblait au mien... la pendule qui ressemble à celle que j'ai là...* ».

La liberté de (se) conduire

Lors de la quatrième séance, je montre à Perrine l'environnement de la casse automobile qu'elle décrit spontanément : « *il y a des voitures cassées... en réparation tout au moins... ah oui c'est bien net...* (elle se tourne) *ah oui, là aussi il y a des voitures* ». Perrine suggère qu'il « *doit y avoir eu une fête. Il y a beaucoup de voitures là-bas... je suppose... et puis, il y a eu un accident. Quand on voit les voitures dans l'état qu'elles sont... il y a eu un accrochage* ». Après avoir déposé le casque, elle imagine une histoire au présent : « *toutes les voitures sont garées sur un parking, une personne va chercher sa voiture. En allant chercher sa voiture, elle en accroche une autre* ». Elle repense également à l'accident qui a coûté la vie à son mari même si – précise-t-elle – il était à moto.

Elle évoque le temps où elle conduisait : « *si j'avais pu, j'aurais continué plus longtemps à conduire parce que ça fait défaut* ». Perrine a subi une opération des yeux suite à un trou maculaire qui l'a empêché de reprendre sa voiture car elle était très éblouie par le soleil. Elle était en retraite et conduisait pour se rendre chez des amies ou faire des petites courses. Il lui a été difficile de devoir réduire ses activités. Conduire représentait la liberté d'aller où bon lui semblait. Elle admet ne plus pouvoir conduire désormais car, même si elle a recouvré une bonne vue, elle pense ne plus avoir « *assez de réactivité* » et que cela ne serait pas prudent. Elle associe cette notion de liberté avec son quotidien dans l'EHPAD et plus précisément, l'impossibilité d'aider les résidents lorsqu'elle le souhaite : « *je n'ai pas le droit* ». Elle se rappelle avoir aidé à débarrasser la table et qu'une soignante lui a indiqué que ce n'était pas à

elle de le faire. Perrine lui aurait répondu : « *je sais bien que ce n'est pas à moi de le faire, mais je suis là à ne pas savoir quoi faire alors je suis aussi bien à faire ça et vous, ça vous rend un petit service...* ».

Une aide difficile à apporter

Pour la dernière séance, je propose à Perrine de regarder un environnement champêtre. Après avoir brièvement décrit les éléments distinctifs de l'image, elle pense avoir déjà vu cet endroit. Elle se souvient avoir eu la responsabilité de s'occuper des chèvres de la maison de retraite, quelques années après son arrivée. Ces dernières étaient déjà présentes à son entrée et Perrine leur donnait parfois les restes de pain qu'elle n'avait pas mangé à son repas. Le directeur lui a ainsi proposé de nourrir ces chèvres et lui a donné un sac de pain afin qu'elle puisse leur apporter quotidiennement. Perrine était heureuse « *d'avoir cette responsabilité* » et ajoute « *autrement, on se sent... rien... rien... rien...* ». Elle est « *contente de les revoir encore [ses] petites biquettes* ».

La question de l'aide est très prégnante dans nos échanges avec Perrine et s'illustre également en dehors de ces temps, dans son quotidien au sein de l'EHPAD. En voulant apporter son aide aux autres résidents, Perrine se trouve parfois en difficulté dans son rapport aux soignants. Elle évoque sa sensibilité face à la dépendance d'autres résidents : « *ça me fait beaucoup de peine de les voir comme ça... elles ne savent plus où elles sont, elles ne savent plus ce qu'elles font... c'est...* ». Elle-même a toujours peur de « *descendre d'un cran* » et craint de « *devenir pareil* ». Elle souligne sa volonté de « *leur apporter quelque chose* » et repense à une situation où elle aidait deux femmes en fin de vie malgré les conseils de l'équipe de se reposer de crainte qu'elle ne s'épuise. Elle précise : « *pour moi, c'était presque un devoir de leur venir en aide... j'étais plus heureuse comme ça qu'à les regarder et ne pas les aider* ». Elle revient sur une situation récente⁷⁹ où elle est allée chercher des croustons de pain pour les donner à une autre résidente. Perrine savait que cette dernière les affectionnait particulièrement et après avoir constaté l'assiette vide de son amie, elle a décidé de les lui apporter. Une soignante de l'EHPAD lui a expliqué qu'elle ne pouvait pas faire cela, ce qui a profondément choqué Perrine : « *je faisais cela pour rendre service mais j'ai bien senti que je ne faisais pas ce qu'il fallait* ». Elle ne comprend pas pourquoi « *il ne faut pas donner de pain, on ne touche pas au pain* ». Ce sentiment de ne pas pouvoir rendre service lui donne l'impression « *de n'être plus bonne à rien* ». Elle qui a toujours aidé les autres comprend que cela doit changer : « *on me l'a bien*

⁷⁹ Cette situation a eu lieu entre la deuxième et la troisième séance.

expliqué. Maintenant, je sais qu'il ne faut pas donner le bras à quelqu'un qui a de la peine à marcher... il ne faut pas le faire... malgré que j'en aurais envie mais bon... ».

Au fil des séances

Dès les premières séances, Perrine évoque un mieux-être qu'elle décrit comme un sentiment de se sentir plus forte. Elle indique avoir « *plus envie de vivre* ». Ce ressenti se maintiendra jusqu'à ce la conclusion de nos entretiens. C'est à ce moment que Perrine s'interroge à propos de l'utilisation du casque de réalité virtuelle : « *c'est peut-être ça qui m'a donné plus d'élan, plus de... je sais pas, mais enfin, depuis quelques temps, je me sens bien* ». Elle souhaite que ce ressenti se poursuive et se dit rassurée par son médecin qui lui a annoncé qu'elle était en très bonne santé : « *je me sens beaucoup mieux depuis quelques temps, je ne veux pas dire que ce sont vos séances, mais elles y ont certainement contribué* ». Elle a parlé de nos échanges lors d'une réunion familiale alors que chacun prenait des nouvelles. Perrine a répondu : « *vous savez, à la maison de retraite, les nouveautés...* » avant de se souvenir de nos séances qu'elle a aimé raconter à sa famille qui ne connaissait pas la réalité virtuelle : « *Il y a un jeune homme à [l'EHPAD] qui fait un doctorat et qui avait besoin de quelqu'un. Il m'a demandé et j'ai été pris tout de suite. Alors il m'a fait voir un casque sur les yeux. La première fois, j'ai vu des éoliennes. Ça, je n'oublierai jamais cette première fois. Et ensuite un paysage...* ». Elle raconte : « *ils étaient ébahis, j'aurais voulu que vous voyez leur tête !* ». Elle repense à leur réaction : « *ils m'ont dit que ça leur faisait plaisir de voir que je faisais ces choses* » et précise « *je pense que ça m'a donné quelque chose que je me sentais plus forte, plus envie de faire des choses* ». Nous terminerons les séances et Perrine espère avoir apporté « *le plus de choses possibles* ». Avant que je quitte la pièce, elle témoigne son souhait que je réussisse ce que j'ai entrepris et explique que je lui fais penser à son fils. Elle rappelle que son père « *voulait que je fasse quelque chose de lui* ».

Rapport au dispositif et dynamique transférentielle

Les environnements présentés en réalité virtuelle ont fait émerger des souvenirs que Perrine a pu reprendre dans notre discussion. Ses lunettes de vue, enlevées pour les observations, sont souvent restées sur la table et Perrine ne les a remis qu'à la fin de l'entretien. Au début de nos séances, elle se dit « *contente parce que ça renouvelle beaucoup de choses... pas toutes agréables mais...* ». Perrine explique qu'elle pense souvent à nos échanges : « *je trouve que c'est bien de revoir les choses comme la petite maison à maman qui était à côté de l'église... ça fait du bien de voir ces choses-là* ». Elle considère la réalité virtuelle comme un dispositif « *extraordinaire* », « *plus vivant qu'une photo* » et le décrit comme « *un matériel qui*

nous fait revoir le passé ». Son approbation contraste avec une représentation plus négative des nouvelles technologies : « *je me dis jusqu'où va-t-on aller ? Plus ça va, plus ça se perfectionne de tous les côtés... alors je dis... mais nous, on va devenir zéro... on ne va plus pouvoir discuter... ça me fait cet effet-là... que nous les pauvres vieux on est perdus... on est perdus...* ».

Les entretiens avec Perrine sont agréables et chaleureux. Toujours disponible à l'heure indiquée, Perrine a beaucoup investi ces séances qui ont souvent débordé les 45 minutes prévues. Nous avons passé jusqu'à 20 minutes supplémentaires qu'elle n'a pas manqué de commenter : « *ben oui parce que vous ne m'arrêtez pas de parler* ». Elle se montre particulièrement rassurante à l'égard de nos échanges et multiplie les remerciements en fin de séance jusqu'à me mettre parfois mal à l'aise. Cela semble significatif dans la dynamique transférentielle, surtout au début des entretiens où mon propre ressenti d'inquiétude à l'égard de l'utilité et de la pertinence de ce matériel était mise à mal par l'indifférence d'autres résidents rencontrés⁸⁰. Perrine demande parfois à la fin des séances si elles m'apportent quelque chose et propose systématiquement un gâteau ou un bonbon que je décide d'accepter. Ces offres renouvelées plusieurs fois sont parfois difficile à refuser tant Perrine ne cache pas son plaisir d'avoir pu m'aider et être aidée dans le même mouvement (« *vous reprendrez bien une petite part de gâteau...* »).

Après les séances

J'ai continué à rencontrer Perrine pendant environ deux années après ces séances. Les entretiens suivants ne marquent pas de différence significative à la suite de l'utilisation de la réalité virtuelle. Elle continue d'avoir ces épisodes de clonies à la suite d'événements particuliers comme la visite de son fils, d'un reproche adressé par une soignante, mais aussi de maladies bénignes ou de chutes. La fréquence rapprochée et la multiplicité des causes de ces épisodes amènent encore le personnel de l'EHPAD à banaliser la souffrance de Perrine et estimer qu'elle « *joue la comédie* ». Ces crises font souvent l'objet de questionnements sur un registre cognitif : comme l'équipe institutionnelle, la famille de Perrine considère que ses ressources se sont dégradées et que son comportement signe la présence de troubles cognitifs. Ces épisodes transitoires en prennent effectivement la forme avec des symptômes de désorientation, d'aphasie, de troubles mnésiques et attentionnels. Ils s'associent à des comportements d'irritabilité et d'agitation psychomotrice que l'équipe à l'habitude d'observer chez les résidents dépendants au PASA.

⁸⁰ Voir le cas de Bertrand (6.1).

Nous abordons souvent ces épisodes et le contexte plus large de ces périodes lors desquelles Perrine a besoin d'aide qu'elle peine à supporter. Elle décrit ces crises comme des moments d'absence où elle perd ses moyens et « *fait n'importe quoi* ». Elle admet devoir accepter une aide qu'elle ne souhaite pas recevoir. Perrine voudrait apporter son aide aux autres et supporte de moins en moins que cela lui soit refusé au motif de son âge, de ses capacités supposées, ou de sa fatigue présumée : « *je suis vieille mais je suis capable* ». Cette volonté continue à traverser nos entretiens où Perrine adopte un positionnement relationnel familial. Elle m'appelle « *mon petit Olivier* » et formule régulièrement des conseils de jardinage ou de cuisine. Elle n'oublie jamais nos entretiens qu'elle investit jusqu'à la fin. Perrine se souvient bien de la réalité virtuelle et la mentionne lors de notre tout dernier échange, avant que je ne quitte mon poste à l'EHPAD. Elle se rappelle du casque et précise qu'elle « *n'oubliera jamais ce [qu'elle] a vu* ».

Éléments d'interprétation du cas clinique

La situation de Perrine est marquée par la grande précarité de l'équilibre entre des épisodes d'apparence maniaque et des épisodes dépressifs. Les périodes d'abattement psychique et d'appauvrissement cognitif succèdent celles d'une volonté intense et d'une motivation sans faille qui la mènent à la rupture physique et psychique. Ces éléments m'évoquent une symptomatologie bipolaire qui pourrait être associée à une personnalité histrionique. Si les clonies sont significatives à ce titre, d'autres attitudes de Perrine vont dans ce sens. Cette dernière me séduit par son accueil chaleureux, ses bonbons et ses flatteries. Elle est une participante « facile » qui investit le dispositif, associe sans aucune difficulté et me rassure quant à l'intérêt clinique de ce travail. Cela se poursuit jusqu'à une forme de familiarité qui me pousse à sortir de mon cadre : Perrine voudrait que je quitte cette position de psychologue pour adopter celle de l'ami ou du fils.

Dès notre première séance, la question de la transgression se dessine à travers ces « *choses qui sont pas interdites mais presque* ». Perrine formule un discours ambivalent entre ce qu'elle voudrait ou ne voudrait pas dire, qui s'engage d'abord à travers la notion de souvenir. Ceux-ci sont marqués de la volonté paradoxale de se rappeler et d'oublier, ce qui traduit un mouvement défensif dans ce rapport à la mémoire. Cela s'illustre notamment à propos des berniques que Perrine devine sur la plage : j'interprète ainsi qu'il y a quelque chose à voir même s'il reste invisible. Pour elle, le « beau » souvenir n'est pas nécessairement « bon ». Les souvenirs de son mari sont beaux mais ne sont pas bons parce qu'ils la font souffrir. Cette notion du beau engage d'ailleurs la plupart de ses descriptions des environnements virtuels : ceux-ci

sont grands, agréables et positifs. Perrine semble leur attribuer la place de l'idéal du moi avant que le négatif ne s'impose : c'est le plaisir d'aller danser avant la mort du père, le domicile avant la vie en EHPAD, la fête avant l'accident et les responsabilités avant la dépendance. Chaque environnement s'articule autour de ces pôles positifs et négatifs dans un mouvement systématique de bascule du premier vers le second. Le retrait du casque semble engager une forme de confrontation au réel et d'impression de rêve estompé, comme lorsqu'elle voit cette petite chambre dans laquelle elle ne peut plus recevoir toute sa famille.

La représentation d'éléments traumatiques ne tarde pas à s'établir à partir des environnements virtuels. Perrine aborde la mort de son père, mais aussi celle de son mari qui alimente une problématique transgénérationnelle marquée dans cette famille où les hommes meurent et les femmes élèvent leur enfant seules. Sa projection sur l'écran psychique du dispositif donne à découvrir l'origine de la formation du symptôme d'aide dans lequel Perrine se trouve totalement prise. Elle le verbalise quand elle aborde son entrée en EHPAD : « *c'est là que j'ai commencé à aider les autres... j'en avais tellement souffert de ne pas pouvoir faire ce que je voulais... c'était plus fort que moi, il fallait que je les aide* ». Cette notion d'aide traverse ses observations des environnements virtuels, le cadre des séances mais aussi son vécu institutionnel à travers la dialectique de donner ou de recevoir de l'aide.

Le dispositif de réalité virtuelle permet de donner une forme au passage du positif au négatif, il symbolise la chronologie désorganisatrice du traumatisme pour sa vie psychique en matérialisant à la fois l'avant et l'après. Ce point de rupture fait écho à l'entrée en EHPAD qui a marqué pour Perrine un changement de vie important suite auquel cette problématique de l'aide s'est déployée. Elle résonne au quotidien dans l'institution où elle alterne entre l'aide donnée à l'autre et l'aide reçue par l'autre. Ces changements de position brouillent les dispositifs d'évaluation institutionnels : Perrine va très bien ou souffre de troubles majeurs. Son instabilité fatigue l'équipe institutionnelle qui ne parvient pas à y mettre du sens. Perrine se sent réussir lorsqu'elle aide les autres, et rater lorsqu'elle est aidée alors que l'équipe soignante adopte le point de vue inverse : un bon résident est un aidé mais pas un aidant. Aussi la situation de Perrine montre-t-elle des mouvements institutionnels d'échec ou de réussite totale sans possibilité d'équilibre.

Cette problématique se déploie également dans le cadre de nos séances qui lui donnent la possibilité d'apporter son aide en participant à une recherche. Elle le mentionne auprès de sa famille : « *Il y a un jeune homme qui fait un doctorat et qui avait besoin de quelqu'un. Il m'a demandé et j'ai été pris tout de suite* ». Perrine se positionne comme celle qui apporte son aide,

ce qui contribue d'ailleurs à équilibrer ses rapports avec l'équipe institutionnelle en répondant à ce besoin. Perrine cherche « à faire quelque chose de moi » comme elle l'a fait pour son fils selon la volonté de son défunt mari : elle alimente cette asymétrie en adoptant un positionnement maternant. Elle ne pourra d'ailleurs pas dire que nos séances l'ont aidée (« *je me sens beaucoup mieux depuis quelques temps, je ne veux pas dire que ce sont vos séances, mais elles y ont certainement contribué* »). Elle ne me laisse pas le privilège du soin qui la placerait dans la position dépendante qu'elle refuse de prendre. Perrine ne semble pas encore prête à se libérer de ses symptômes en acceptant d'avoir reçu mon aide. En devenant plus familière, un nouveau registre relationnel se construit progressivement et traduit un rapport plus équilibré entre nous. En effet, l'ami peut tantôt recevoir des conseils, tantôt en prodiguer. Nos entretiens qui se poursuivront au-delà de ces séances de médiation thérapeutique seront d'ailleurs marqués d'une alternance de position. Perrine se verra parfois me demander lui raconter des histoires personnelles tout en m'offrant un café accompagné d'un gâteau, alors que d'autres séances seront l'occasion pour moi de la voir en sanglots dans son lit, répondant ainsi à ses quelques demandes de lui apporter un verre d'eau et de l'écouter articuler péniblement des propos décousus et difficiles à comprendre.

Le cas de Perrine illustre l'organisation de la dynamique institutionnelle autour de la dépendance. La notion d'aide est centrale en EHPAD quitte à rigidifier la posture de l'aidant et de l'aidé au prétexte de prendre soin. Il est pourtant nécessaire d'accepter d'être aidé par Perrine pour pouvoir prendre soin d'elle. Son accompagnement par l'équipe est toujours un échec, ce qui pousse à la mise en échec de son accompagnement psychologique et de mon rôle thérapeutique qui se restreint à mettre les résidents à leur place afin qu'ils acceptent de dépendre de l'équipe et donc, d'en recevoir l'aide. Dans ce contexte, les résidents ne peuvent « aller mieux » car ils paient ce changement au prix de difficultés institutionnelles : quand Perrine va bien, plus rien ne va autour d'elle. Cela s'articule bien avec sa problématique qui me pousse à sortir de mon cadre. Elle préférerait me voir quitter cette posture thérapeutique et devenir l'ami, le confident qui vient voir et est aidée par elle. L'institution valorise également cette posture susceptible de satisfaire temporairement Perrine sans produire de changements significatifs.

6.3 Jade

Jade est une résidente de 90 ans que je rencontre à sa demande suite à des douleurs chroniques. Elle se déplace en déambulateur ou à l'aide d'un fauteuil roulant qu'elle fait avancer avec ses pieds. Accompagnée dans le PASA⁸¹ de l'établissement plusieurs jours par semaine, Jade se montre anxieuse au quotidien et arrive souvent préoccupée aux activités qui lui sont proposées. Elle se montre néanmoins volontaire et adopte une position consensuelle dans le groupe au sein duquel elle est particulièrement appréciée. Lorsque Jade découvre la réalité virtuelle pour la première fois, elle accepte de s'investir dans ces séances de médiation thérapeutique « *pour voir* » si cela pourrait l'aider.

Localiser la douleur et l'espace

Jade n'affiche pas de réaction particulière lorsqu'elle découvre le casque. Lorsque j'installe les différents éléments matériels, elle demande : « *là, tu peux savoir les douleurs que je peux avoir ?* ». Son déambulateur est placé face à nous et Jade l'utilise pour se mettre debout en se maintenant sur les poignées. Dans cette position, elle visionne l'environnement de présentation et s'exclame : « *ah oui ! ah oui ! Alors là, où je suis ? C'est une éolienne, oui je la vois... oui...* ». Elle décrit brièvement l'endroit et demande : « *je peux savoir où je suis là ? Je ne sais pas si je connais ça... je ne connais pas trop l'endroit* ». Elle poursuit à haute-voix son questionnement sur la localisation de l'endroit présenté mais n'associe pas davantage.

Le casque est maintenant posé devant nous et Jade évoque à nouveau ses douleurs. Elle remarque cependant qu'elle n'avait pas mal pendant la présentation des éoliennes. Elle désigne ses fesses en gémissant légèrement : « *tout est là* ». Jade précise que ces douleurs sont liées à une chute ayant occasionné une fracture du col du fémur. Celles-ci l'empêchent de sortir comme elle voudrait car elle craint de déranger les autres. Elle continue : « *autrement, je suis bien. J'ai ma mémoire...* » puis elle désigne son corps : « *les jambes marchent bien, mais c'est plus haut que ça ne va pas* ». Elle montre ses hanches et poursuit : « *tout le haut est bon, j'ai les bras qui sont bons...* ». Jade explique ensuite son inquiétude concernant son transit et ses troubles du sommeil. Elle se réveille parfois très tôt du fait de maux forts incommodants. Elle considère le dispositif comme une sorte de traitement médicamenteux et se montre perplexe quant à son intérêt : « *tu crois que ça changera quelque chose ?* ».

⁸¹ Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés accueille les résidents atteints de maladies neurodégénératives qui présentent des troubles légers à modérés du comportement. Jade n'a pas de diagnostic de démence mais son anxiété est considérée comme un trouble du comportement selon l'échelle d'évaluation utilisée (Inventaire Neuropsychiatrique).

Lors de la séance suivante, Jade se souvient du casque et de l'éolienne. Elle a l'impression de la « *voir encore* » et décrit spontanément la scène. Elle a cherché sa localisation après mon passage et se met à énoncer à haute voix plusieurs endroits où elle sait qu'il y a des éoliennes. Jade raconte ensuite sa semaine pendant laquelle il lui semble avoir eu « *presque moins mal* ». Ses nuits ont été si paisibles qu'elle s'en trouve encore étourdie : « *j'ai du mal à me réveiller* ». À propos d'une « *petite blessure ancienne* », elle se dit « *bien contente de voir cet endroit qui s'est arrangé... qui s'arrange* » et énumère ses douleurs des chevilles aux oreilles qu'elle qualifie de « *petits bobos* ». Elle en arrive à son « *grand ennui* » qui concerne son transit dont elle « *souffre beaucoup* ». Elle explique en détail ses maux de ventre mais estime se sentir mieux sur ce point en ce moment.

La sélection d'un environnement familier parmi les photographies présentées ensuite est difficile pour Jade qui s'inquiète de ne pas connaître ces lieux. Elle choisit l'image de la forêt en se demandant si elle va pouvoir « trouver » l'endroit. Lorsqu'elle l'observe dans le casque, elle indique qu'elle ne le connaît pas et décrit brièvement les arbres. Après le retrait du casque, je lui pose quelques questions concernant son ressenti. Elle répond : « *je vois la forêt comme elle était mais... je ne vois pas l'endroit* ». Elle apparaît très préoccupée par cette recherche de localisation : « *il me semble que j'aurais vu ça mais je ne sais pas... je ne vois pas trop où... je ne vois pas trop où c'est... Il me semble que cela ne fait pas si longtemps que ça, on avait été... mais qu'est-ce qu'on cherchait ? Un jeu... on cherchait quelque chose... on nous cachait quelque chose et il fallait le trouver dans cette brousse. Il fallait trouver l'endroit où étaient ces objets... je me rappelle de ça... c'était une forêt... c'était la forêt de...* ». Cette association avec un souvenir laisse rapidement la place à une recherche plus pragmatique de la localisation de l'endroit.

Jade propose des forêts avoisinantes dans lesquelles elle s'est rendue plusieurs fois à l'occasion de pique-niques organisés par l'animatrice de l'EHPAD. Elle se remémore ces moments qu'elle compare à l'environnement virtuel et propose finalement un lieu précis dans lequel elle se souvient d'avoir vu un petit étang. Elle se demande si le lieu présenté dans le casque comportait un plan d'eau et je lui propose d'examiner son souvenir. Jade précise alors : « *Si, si... Il y'avait de l'eau !* »⁸². Elle revient sur ce moment agréable passé en compagnie d'autres résidents dans le cadre d'une sortie organisée et repense au déroulement de cette journée : « *Ce que j'ai vu, je m'en rappelle. Je le verrai tout le temps... mais j'aurais pas pensé à ça si j'avais pas vu la forêt dans le casque... c'est vrai, au fond il y avait de l'eau, je m'en*

⁸² En l'occurrence, il n'y a pas de plan d'eau dans l'environnement présenté.

rappelle très bien. Je suis contente de revoir ce que j'ai vu ». Elle ajoute qu'elle est heureuse d'avoir « *trouvé* » la localisation de la forêt.

Alors que je quitte son logement, Jade s'exclame : « *Guéris-moi ! Guéris-moi ! J'ai confiance en toi... qu'est-ce que tu veux j'ai confiance... oh oui je te fais confiance... c'est vrai, j'aime bien... je te crois, je comprends... oh oui... c'est vrai... oh là là mon Dieu... je voudrais bien être comme tout le monde... enfin bon... faut pas s'écouter... c'est pas tout d'un coup, c'est pas tout à la fois hein ? Non il faut pas s'écouter non plus... je tâche de pas m'écouter trop... je tâche d'essayer de vivre... j'aime bien la vie... oh oui, j'aime ça... je vais durer encore longtemps... j'aimerais !* ». Je reviens vers elle étant donné la teneur de son propos et après quelques échanges, je lui propose de reprendre notre conversation lors du prochain entretien.

Lors de la séance suivante, Jade observe l'environnement « *Échelle* » : « *je vois une grande échelle, un grand arbre... bon dieu où je suis... je ne sais pas* ». Elle détaille ce qu'elle voit et désigne chaque zone en la pointant du doigt. Après avoir retiré le casque, elle décrit à nouveau l'environnement en détail afin d'en chercher la localisation exacte. Comme pour la séance précédente, elle propose plusieurs lieux possibles et met en correspondance son souvenir de l'environnement présenté avec ses connaissances géographiques. Elle compare deux endroits en précisant certains aspects spécifiques : « *là, il y a de l'herbe... là il n'y en a pas... donc ça ne peut pas être là...* ». Elle finit par trouver un endroit qu'elle décrit lors de la séance suivante et tant pis si l'échelle n'y était pas, Jade suggère qu'elle aura sans doute été enlevée.

Au cours de cette séance, Jade évoque le jardin de sa maison auquel elle a pensé en se remémorant l'environnement. Elle sait qu'il ne s'agit pas de ce lieu mais repense à cet endroit qu'elle a dû laisser pour entrer à l'EHPAD. Jade explique la peine qu'elle ressent par sa mise en vente actuelle. Elle évoque le coût de l'EHPAD et la nécessité de la vente pour payer son loyer. Le regard fixe, elle ajoute : « *j'aimais bien ma maison... c'était une belle maison... je vois ma maison, je vois mon portail... je vois tel que c'est, même si je n'y suis pas retournée depuis... que je suis partie...* » et propose cette formule paradoxale : « *je serais contente de voir mais je me dis qu'il ne faudrait pas voir...* ». Elle regrette de ne plus pouvoir retourner dans cette maison et aurait aimé y habiter plus longtemps. Jade évoque alors les circonstances qui l'ont amené à quitter son domicile.

La chute et la maison

Il y a environ deux ans, Jade « *s'en allait courant* » dans l'allée de sapins qui bordent sa maison ramasser un chou pour le repas. Ce jour-là, la viande est sur le feu et elle veut vite retourner à sa cuisine. Dans la précipitation, son pied heurte une racine et Jade tombe au sol.

Sans ressentir de douleur particulière, elle se relève et termine sa préparation culinaire. Plus tard, elle raconte cet épisode à ses enfants qui l'orientent vers un médecin. Ce dernier diagnostique une fracture de la jambe droite et Jade entre directement à l'hôpital après son rendez-vous médical. Elle a oublié en grande partie cette période mouvementée et garde un souvenir flou de son retour à son domicile.

Trois mois plus tard, Jade tombe de nouveau. Elle n'a jamais compris ce qui lui est arrivée : *« je n'ai rien entendu, je n'ai rien vu... je ne sais pas comment... je ne savais pas où j'étais non plus »*. Ses voisins n'entendent pas ses appels à bout de voix et elle passe la nuit au sol. Elle se souvient : *« je voyais des meubles et un lit... je me disait, ce lit-là, c'est peut-être le mien... mais mon lit n'est pas là, mon lit est derrière... si je pouvais seulement aller et monter sur mon lit... mais non... »*. Jade ne sait plus où elle se trouve et tente d'attraper des objets en se demandant pourquoi elle n'y parvient pas. Inquiets de leurs nombreux appels téléphoniques restés sans réponse, ses enfants viennent la voir le lendemain matin. Malgré leurs tentatives pour la réorienter, Jade ne reconnaît pas son domicile. Aujourd'hui encore, elle ne comprend pas cette chute dont les conséquences l'ont conduite à être hospitalisée pour une fracture du col du fémur. Son manque d'autonomie ne lui permettant plus de retourner chez elle, Jade a été ensuite admise en EHPAD. Elle précise : *« oh quand je vois ma maison... oh la la... si j'avais mes deux jambes, j'y serais retournée... mais je ne pourrais plus rester toute seule parce que ça m'a fait peur. J'ai peur de retomber. Je resterais là si ça arrivait »*.

Lors de la séance suivante, Jade visionne l'environnement « salon d'une personne âgée » : *« ah je vois bien... je vois ma pendule, ma télé... pas ma télé mais... Mais qu'est-ce que c'est ça... ah mais ce n'est pas ma pendule ça ! Ce n'est pas à moi. Non ce n'est pas à moi »*. Elle ajoute : *« ce n'est pas la salle à manger là où on mange, c'est quand même pas là non... je vois le parquet qui ressemble beaucoup au PASA... je vois aussi le truc que j'avais chez moi, le petit meuble... j'en avais un comme ça. Et là, c'est une télé, oui mais c'était pas à moi »*. Nous retirons le casque et Jade se demande si le mobilier de sa maison sera déménagé. L'habitation qu'elle a vue lui rappelle son domicile : *« j'aimais bien ma maison... pour moi, elle était bien... ça m'a fait de la peine pour euh... oh elle n'est pas vendue encore, on ne l'a pas mise en vente mais... bientôt parce que ça se prépare... les enfants ont bien travaillé dedans et en ont enlevé pas mal oui... il y avait beaucoup de choses à enlever... ça, ça m'a fait mal... mais maintenant, je ne retournerais pas dedans... »*.

Jade a le sentiment d'avoir revu sa maison. Elle pense à ces objets qu'elle a pu observer dans le casque de réalité virtuelle : *« ça fait quelque chose parce que j'aurais plus d'affaires*

comme ça maintenant... c'est fini, on n'aura plus jamais ça... ». Jade se demande si elle pourrait retourner chez elle : *« je me dis que je pourrais peut-être la revoir mais non... ce n'est pas possible... Maintenant, c'est la fin de nos affaires alors... c'est... on en a profité remarque... bien profité quand même... puis j'aimais bien ce que j'avais... j'aimais bien tout ça... ».* Elle se remémore la disposition des pièces, les deux chambres, la grande salle à manger, la cuisine... *« je revois ça et ça fait mal de laisser ça quand même... c'est... c'est difficile d'avoir travaillé toute sa vie et puis tout laisser... enfin... c'est tout le monde... c'est l'idée qu'on se fait... de toute façon, tout le monde ce sera comme ça... ».* Jade lâche : *« on ne peut plus rien faire... ».* Elle regrette de n'avoir pas pu choisir de quitter sa maison : *« le fait de m'avoir cassé les jambes, c'est ça qui m'a fait tout... ça... tout le mal est là... ».* Jade se sent bien à l'EHPAD mais n'a pas l'impression d'être chez elle : *« on ne peut pas dire que c'est à nous... si, on dit ta maison, ta maison mais... c'est pas notre maison à nous. Quand on s'en va, on la laisse. Elle n'est pas à nous ».*

Jade prend plaisir à parler de sa maison : *« j'ai ressenti que j'en avais une à peu près comme ça... [...] je regardais bien si je voyais pas quelque chose à moi... alors si, j'ai vu des objets que j'avais quand même... ».* Elle associe avec sa seconde chute et se souvient de cette perte de repère : *« je venais sans doute de ma chambre... j'étais réveillée mais je ne reconnaissais pas ma maison. Je voyais quand même des choses à moi mais... je me disais que ce n'est pas comme ça qu'elle posait ma maison... ça ne peut pas être ça... alors je regardais... je voyais une chambre... c'était bien la mienne sans doute mais pas comme elle était... ».* Elle se souvient qu'elle ne se *« tracassait pas »* après cette chute, bien qu'elle ne pût pas bouger. Elle est tombée face à des placards et se rappelle avoir dit *« ces placards, ce n'est pas les miens... c'est pas les miens... ».* Elle réfléchit : *« c'était bien mes placards quand même ! ».* Je lui indique que la séance touche à sa fin et Jade termine en disant : *« j'ai bien aimé revoir ma maison ».*

La casse automobile

Jade observe l'environnement « casse automobile » lors de la séance suivante. Inquiète de savoir si elle *« va trouver »*, elle ajoute : *« je vois des voitures... [...] je regarde si la mienne n'est pas là mais je ne la vois pas. Je ne l'ai jamais vue depuis que je suis partie de chez moi. Elle est dans mon garage donc je pense qu'elle n'est pas chez le marchand de voitures ».* Jade suggère qu'il s'agit du garage dans lequel elle a acheté et fait entretenir sa voiture. En se remémorant les autres garages qu'elle connaissait, elle sonde le milieu environnant. Son

observation dure la totalité de la vidéo après quoi nous retirons le casque. Jade n'a « *pas trouvé* » et continue de réfléchir à la localisation de ce lieu.

Elle décrit le positionnement géographique du garage qu'elle connaissait le mieux. Jade se souvient des routes qu'elle prenait pour s'y rendre et de chaque direction à suivre. Elle refait plusieurs fois le trajet dans sa tête et le commente avant de considérer qu'elle a « trouvé » l'endroit. Elle évoque les « *grosses voitures* » qu'elle a vu dans l'environnement et précise « *elles étaient belles, c'était pas des... cabossées mais pour moi, un garage... il devait bien avoir quelque chose quand même* ». Jade se souvient être allée plusieurs fois dans ce garage et me raconte l'achat de sa voiture. Elle se remémore celles qu'ils avaient avec son mari et en arrive finalement à sa dernière voiture. Elle l'utilisait pour aller jouer aux cartes avec ses amies et faire ses courses. Je lui propose alors un autre environnement virtuel qui porte sur l'intérieur d'une voiture ancienne afin de suivre son fil associatif. Elle regarde silencieusement la scène et commente : « *je vois une voiture... c'est pas la mienne ? Il y a un parc... c'est pas chez moi ? Enfin, c'est pas chez moi... je sais pas... il semblerait que ce soit ma voiture maintenant. L'intérieur de la voiture... ah oui, elle ressemble. Ah elle ressemble ! Je serais dedans alors* ».

Jade reste pensive au retrait du casque : « *à moins que ce serait chez moi...* ». Elle trouve que l'intérieur ressemble à celui de sa voiture : « *les sièges, tout ça... je revois... le levier de vitesses... mon volant... oui... et à gauche, oui mon truc là, je mettais mes papiers dedans... mes sièges... je crois bien que c'était la couleur de mes sièges... ça ressemble beaucoup... forcément, je n'ai pas vu si elle était noire mais à mon idée, je la voyais comme la mienne* ». Elle repense à cet endroit : « *il y avait cette verdure... je ne sais pas si c'était chez moi mais... je rentrais bien dans la cour quand même, puis après mon garage... je rentrais à gauche... elle y est toujours ma voiture... oui... ah... j'avais des arbres et j'en vois devant. Oui, je voyais des arbres... ça, j'en ai vu chez moi, je sais que j'ai beaucoup d'arbres* ». Jade décrit le parcours qu'elle suivait en voiture lorsqu'elle arrivait chez elle : « *je rentrais dans ma cour, après j'allais dans mon garage et après, je rentrais dans ma maison* ». Elle évoque le garage automobile devant lequel elle passait avant de poursuivre sa route et de rentrer se garer. Elle précise : « *c'est pour ça que j'étais dans cette voiture, pour rentrer dans mon garage* ».

Jade se dit contente d'avoir revu cette voiture et associe avec sa maison qu'elle n'a pas revu depuis son entrée dans l'EHPAD : « *il y a plus de deux ans que je suis partie, je ne suis jamais retournée chez moi... je n'ai jamais été voir... ce n'est pas loin pourtant... mais je sais que je ne pourrais pas y retourner* ». Elle sanglote en évoquant la vente de cette maison. Lorsque nous terminons la séance, je suis prêt à quitter la pièce quand Jade me dit ceci : « *je*

n'ai jamais voulu retourner dans ma maison depuis que je suis partie mais là, je pense que j'aimerais y retourner ». Nous reparlerons de cela lors de la séance suivante et Jade prend conscience que sa maison a probablement beaucoup changé : *« je ne dis pas que j'irais pas, mais maintenant, de la voir toute vide... ça ne va pas non plus me... enfin... oh je se serais contente de la voir quand même »* même si elle arrive à la conclusion qu'il *« ne doit plus rien avoir dedans maintenant »*.

Évolution des séances

Les entretiens se sont déroulés chaque lundi pendant six semaines. Jade se montre accueillante et me remercie à chaque entretien. Il est souvent difficile de clore les séances car elle continue parfois de me parler quand je quitte la pièce. Il m'arrive donc de revenir vers elle afin de juguler ce qui semble exprimer des angoisses de séparation. De nature positive, mon vécu transférentiel global me donne l'impression d'être « utile » et de proposer un « bon soin » à cette patiente. Cela est catalysé par le fait que Jade exprime une diminution de ses douleurs depuis le début du suivi : *« ça va pas plus mal. Non, au contraire, je dirais peut-être un mieux quand même sur certaines choses... sur les souffrances par exemple... c'est moins dur, c'est moins... je souffre moins que je faisais... enfin j'avais toujours mal dans le ventre, dans le dos, au niveau des fesses disons et ça... j'avais un mal ! ça me prenait la nuit j'avais mal mais quand même, moins souvent et... moins douloureux. Ah oui, ça... si, je trouve. J'ai trouvé... pas longtemps après, j'ai dit oh je crois quand même que ça doit faire quand même quelque chose. Oui »*. De plus, Jade attribue une meilleure qualité de sommeil au suivi mis en place : *« depuis que je te vois, peut-être que je dors mieux quand même... avant que tu passes, je ne dormais pas... là, quand même, réellement, j'arrive à dormir un peu »*. Elle a moins mal au ventre qu'au début de nos entretiens et précise : *« les premières fois, c'était autre chose... c'était envie d'aller, mais pas moyen »*. Jade se découvre des forces pour tenir sur ses jambes : *« ah oui, je ne faisais pas ça. Je suis contente de me voir comme ça parce que je me dis que je suis plus solide que je croyais »*.

Elle précise ceci lors du dernier entretien : *« c'est ta façon de demander, parler, de t'expliquer... alors je sais pas ce qu'il s'est passé mais enfin... j'ai trouvé moins dur... pour moi, j'ai trouvé que c'était moins dur... ah si, j'ai trouvé ça... le mal était quand même moins dur... oh la la, j'ai souffert, j'ai souffert... mais pas dernièrement. Avant. Depuis qu'on se voit, je trouve que ce n'est pas aussi souffrant... pour moi »*. Jade ajoute : *« tu es gentil comme tout... tu es gentil... oh oui c'est pour ça, je suis habituée à toi et... oh je dis ce que je veux, ce que je pense... c'est bien... je te fais confiance... il me semble que tu es en train de me guérir. Je sais*

pas pourquoi mais je pense à ça... ah oui je pense à ça... ». Il lui est difficile de décrire ses impressions liées à l'utilisation même du casque mais Jade remarque qu'elle y observe plus de détails : *« je vois mieux. Je vois bien dedans. Je vois la photo en plus près »*. Elle précise que *« ces choses qu'on voit là, je ne sais pas si on les verrait sans ça »* et souligne la pertinence d'utiliser ce matériel dans le cadre d'un entretien clinique : *« pour toi, pour travailler, je crois que c'est bien. Tu es plus sûr de trouver quelque chose il me semble. S'il y a quelque chose que les gens voudraient voir, si tu voulais leur montrer, il faut prendre ça »*. Pour Jade l'intérêt de ce matériel est de pouvoir *« montrer un endroit à quelqu'un »*. Elle explique notamment qu'elle aimerait beaucoup utiliser ce casque pour voir sa maison telle qu'elle est aujourd'hui...

Après les séances

Nos rencontres avec Jade se poursuivent au-delà des séances de médiation thérapeutique du cadre de cette recherche. Elle s'investit beaucoup dans nos entretiens qui se stabilisent sur une fréquence hebdomadaire. Jade est préoccupée par de récentes difficultés à s'endormir et après seulement quatre entretiens, elle note une amélioration significative de son sommeil. Rassurée de la pérennité de nos séances, Jade évoque de petites difficultés somatiques comme des boutons ou des petites douleurs. Après quelques semaines, l'alliance thérapeutique est très forte. Jade arrive même parfois à ignorer le contexte de nos rencontres en dehors des séances et parle de sujets très intimes physiquement ou psychologiquement dans le couloir ou au PASA. Elle me demande *« sauve-moi, je crois en toi, sauve-moi »* et craint d'être plus vulnérable aux chutes et aux maladies en vieillissant. Jade sait qu'elle mourra un jour mais préfère *« ne pas y penser »*. Elle pense avoir vécu aussi longtemps parce qu'elle a été sauvée et veut ainsi *« continuer à être sauvée »*. C'est dans cette perspective que s'engagent nos échanges qui ouvrent progressivement une réflexion sur le vieillissement et sur la mort.

À la fin de l'année 2018, Jade est hospitalisée pour un infarctus. Dès le début de l'année suivante, elle est de nouveau hospitalisée en raison d'une infection de la hanche. Ces interventions produisent une anxiété massive qui concentre toute son énergie. De retour dans l'établissement après sa seconde opération, Jade reste confuse et désorientée. Malgré les traitements, elle continue de ressentir une douleur intense qui l'amène à être hospitalisée en urgence deux semaines après son opération. La plaie s'est encore infectée et l'équipe médicale décide de retirer le clou gamma du fémur de Jade. À son retour, elle gémit et pleure sa douleur insupportable. Fatiguée et perdue, elle n'est pas comprise par l'équipe dont les transmissions signalent un agacement de la voir *« centrée sur elle-même »*. Nos entretiens deviennent un espace d'expression de l'angoisse massive de Jade. Seule une posture contenant d'écoute et

de présence est possible jusqu'à ce qu'elle recouvre ses esprits quelques semaines plus tard. Jade évoque alors sa peur de mourir dans des entretiens qui mobilisent une grande énergie cognitive et psychique.

Au cours du mois de février 2019, Jade remarque qu'une boule s'est formée sur son front. Malgré l'intervention chirurgicale pour la retirer, son visage commence à se déformer progressivement. Jade est gênée par son œil qu'elle ne peut plus fermer, sa bouche se dévie et devient difficile à ouvrir. Elle commence à faire des fausses-routes. Associée à une douleur physique grandissante, cette déformation faciale la paralyse du côté gauche. Jade est en très grande souffrance psychique. Elle rencontre de nombreux médecins auprès desquels l'équipe institutionnelle insiste pour comprendre ce qui lui arrive, jusqu'en avril où ces questionnements disparaissent des transmissions. L'état de santé de Jade continue à se dégrader et son visage se marque encore davantage avec une déviation du nez et des formations internes qui lui déforment la peau. Sa douleur est massive et les traitements ne soulagent plus Jade qui décède environ sept mois après le début de ce cancer dont elle n'aura – à ma connaissance – jamais été informée⁸³.

Pendant ses derniers mois, Jade exprime dans nos entretiens sa peur de mourir et sa volonté de s'accrocher à la vie de toutes ses forces. Elle me demande de la « tenir » et de la « guérir » dans une communication qui devient de plus en plus difficile. Nos entretiens évoluent au gré des périodes de lucidité qui s'écourtent progressivement. Souvent somnolente et allongée à mon arrivée, elle se redresse et parle distinctement au cours de nos échanges. Jade pense « *ne plus tenir longtemps* » et fait le bilan de sa vie. L'idée d'aller « *peut-être pas loin après* » la rassure. Elle se rappelle nos entretiens et l'importance qu'elle a accordé à ces moments. Jade se demande ce que va devenir son corps après sa mort et imagine la réaction de ses proches. Elle demande à me faire la bise une dernière fois et avoue me considérer « *comme son fils* ». Elle préfère penser à la beauté de ce moment plutôt qu'à cette maladie qui la ronge. Lors d'un de nos derniers entretiens pendant lequel Jade reste en position fœtale, je pose délicatement ma main sur son épaule et sur son bras pour la saluer à mon arrivée et à mon départ. Pendant l'entretien, elle me saisit la main et la conserve dans la sienne quelques minutes avant de demander de la couvrir. Jade s'apaise, contenue par cette grande couverture que nous avons placé ensemble sur son corps.

⁸³ J'ai moi-même été informé de ce diagnostic peu de temps avant le décès de Jade, lors d'une discussion informelle qui m'a appris qu'une partie de l'équipe ne souhaitait pas transmettre cette information au reste du personnel de l'établissement.

Éléments d'interprétation du cas clinique

Jade présente un état dépressif global sans symptômes dysphoriques sur le plan de l'humeur. Cette dépression semble plutôt donner lieu à un processus de désymbolisation sous forme de douleurs somatiques qui se « déplacent » dans le corps. Jade ne parvient donc pas à « localiser » cette douleur non réductible à une pathologie somatique objectivée. Cette douleur peut également être associée à la peur de « mal faire ». Cette thématique du « mal » traverse d'ailleurs l'ensemble des entretiens et se traduit par la peur de déranger les autres (le risque de « faire mal » ou de « mal faire »). Le dispositif de réalité virtuelle agit ainsi en premier lieu comme un *attracteur* de cette douleur psychosomatique. Jade semble transférer la problématique de localisation de la douleur dans le corps par une interrogation à propos de la localisation spatiale dans l'espace de la réalité virtuelle. Jade se sent en effet perdue dans cette institution. Elle ne sait pas où elle est *localisée* et projette dans la médiation ce questionnement : « où suis-je ? ». Il ne s'agit pas de désorientation au sens d'un trouble cognitif car Jade est capable de dire où elle se trouve, mais d'un questionnement existentiel qui recouvre le sentiment de *ne pas être à sa place en ces lieux*. Il articule la notion de place avec celle de la perte, ce qui se traduit par l'impression d'avoir *perdu sa place*. C'est dans la dynamique inconsciente de la retrouver que Jade se met à la recherche de l'endroit.

Les descriptions de Jade traduisent une représentation du moi-idéal dans l'espace de réalité virtuelle. La scène imaginaire de retour à son domicile est significative de ce point de vue : Jade est capable de conduire sa voiture, elle vit toujours dans sa maison et n'a pas vécu les difficultés qui l'ont menée en EHPAD. Elle est plus alerte physiquement et moins âgée. Jade éprouve une grande satisfaction à vivre cette situation qui est d'autant plus forte quand elle parvient à déterminer la localisation. Cela correspond à une régression hallucinatoire engendrée par le dispositif qui relève ici du principe de plaisir. Il en est d'ailleurs de même pour les autres lieux : elle déjà allée dans cette forêt, l'arbre avec l'échelle se situe dans son jardin, le salon lui rappelle sa maison, la casse sa voiture et l'habitacle du véhicule le retour chez elle.

En se transférant sur les environnements, la douleur psychique est particulièrement manifeste dans la problématique de la maison, fréquemment associée à une représentation du Moi (Cuynet, 2017; Eiguer, 2013). Elle se trouve être également reprise au travers du jardin et de la voiture lorsqu'elle semble « revivre » un moment où elle retourne chez elle. Jade associe la voiture au trajet et au déplacement qui revêt une forme particulière : celle d'être à sens unique. Il s'agit d'un aller sans retour. Jade sait qu'elle ne pourra plus quitter l'EHPAD et qu'elle ne reverra plus sa maison. Elle comprend qu'elle n'entrera probablement plus dans sa

maison. Son désir est celui d'un temps révolu. Jade semble considérer que sans cette chute, tout cela ne serait pas arrivé. Elle attribue une cause à l'irreprésentable. Cette cause traumatique est décrite comme un « trou noir » sur laquelle se cristallisent également les conséquences qui ont suivi comme la perte de sa maison, de son autonomie mais aussi du contrôle de sa vie.

Nous comprenons ainsi la raison pour laquelle l'impression de reconnaître sa maison et son jardin constitue l'un des points les plus riches de sens du suivi. Jade l'introduit lorsqu'elle indique « *je serais contente de voir mais je me dis qu'il ne faudrait pas voir* ». Cette phrase illustre l'aspect sécurisant de l'environnement virtuel qui permet, à la fois de voir et de ne pas voir, en ce qu'il est toujours possible de considérer que ce qui est *virtuel* n'est pas *réel*⁸⁴. Bien qu'elle sache que c'est impossible, Jade souhaite revoir sa maison telle qu'elle était lorsqu'elle l'a quittée. Cela traduit son désir de reprendre sa vie là où elle l'avait laissée, comme si rien de tout cela n'était arrivé et qu'il était possible de l'annuler. La maison place sur le devant de la scène ce lieu dans lequel se sont produites ses chutes qui l'ont amené à devenir dépendante et à entrer en EHPAD. Nous pourrions considérer cet endroit comme le symbole d'un point de bascule entre un passé révolu et une situation actuelle déplaisante (Talpin, 2017). C'est alors par la mise en mots de ces souffrances dans l'intersubjectivité que Jade peut évoquer ce passé, mais aussi ces pertes qui gâtent le quotidien dans ce nouveau domicile marqué par la dépendance et le grand-âge.

⁸⁴ Au sens de la réalité concrète, de ce qu'elle pourrait considérer comme vrai ou existant.

6.4 Paul

Je rencontre Paul à la demande de l'équipe de l'EHPAD qui indique qu'il se sent triste et se dévalorise. Cet homme de 94 ans m'accueille chaleureusement avant de raconter spontanément son histoire. Élevé à la ferme en compagnie de ses six frères et sœurs, il va à l'école jusqu'à 14 ans et obtient son certificat d'études avant de travailler dans cet environnement agricole. Cela se poursuit jusqu'à son départ en Allemagne pendant la guerre. Son unité n'est pas appelée et comme il souhaite se libérer des contraintes de l'armée, il choisit de partir pour trois années qu'il considère comme les plus belles de sa vie. À son retour, sa sœur s'est mariée et Paul accepte la proposition de son beau-frère de venir travailler dans son magasin. Il quitte sa Vendée natale pour déménager dans le nord à cette occasion. Il rencontre celle qui deviendra sa femme, et dont les parents veulent qu'elle se marie avec un boucher – eux-mêmes étant du métier. Paul se forme et ouvre sa propre boucherie. Il y travaille avec sa femme pendant quelques années mais les problèmes de santé de cette dernière le contraignent à exercer un autre métier. Elle devient institutrice, comme les deux filles qu'ils auront ensemble, et lui commence une carrière de chauffeur routier international qu'il poursuit jusqu'à sa retraite à 60 ans. Quinze ans après le décès de sa femme d'une tumeur au cerveau, Paul éprouve quelques difficultés à vivre seul dans sa maison. La solitude devient pesante et les actes de la vie quotidienne plus compliqués. Il accepte alors la proposition de ses filles d'entrer en EHPAD, mais souhaite revenir en Vendée pour retrouver sa région. Il a fait enterrer sa femme dans ce département et voudrait maintenant revenir auprès d'elle.

Paul raconte spontanément ce parcours de vie lors des premiers entretiens, je le laisse dérouler le fil de son discours jusqu'à son quotidien. Aujourd'hui, Paul trouve le temps long. Il pense ne « *plus rien avoir à faire sur cette terre* » et se sent « *comme une larve* » qui attend la mort chaque jour en espérant ne pas souffrir. À la fin de notre deuxième entretien, il a l'impression d'avoir tout dit et commence à répéter de différentes façons combien sa vie actuelle est triste. Nous avons déjà construit une bonne alliance et je considère que l'utilisation d'une médiation thérapeutique pourrait permettre à Paul de s'exprimer sans solliciter ses souvenirs de façon trop brutale. La dévalorisation qu'il exprime me fait craindre qu'il ne se ferme à cette possibilité en arguant de son incapacité. Je remarque, lors de nos premiers entretiens, qu'il ne réussit pas à parler de son histoire sans l'associer à un vécu actuel négatif. Afin de contourner ce sentiment qui le pousse à raccourcir ses propos et limite considérablement ses possibilités associatives, je décide de lui proposer un support externe

d'expression. Cela tend à maintenir une certaine souplesse dans la possibilité d'associer cette expérience de réalité virtuelle à sa propre histoire de vie.

Découverte de la réalité virtuelle

Paul ne connaît pas la réalité virtuelle. Il se montre très attentif aux explications et me questionne beaucoup afin de s'assurer d'avoir bien compris. Ses demandes sont pertinentes et témoignent de bonnes capacités cognitives. Il souligne notamment la nécessité de voir suffisamment bien et s'inquiète de sa « *mauvaise vision* ». Il a cessé de porter ses lunettes car « *elles ne servent plus à rien* ». Paul estime qu'il a « *la vue tellement faible que même avec des lunettes, [il] ne voit pas clair* ». Il accepte de regarder dans le casque qui nécessite une forte correction optique : « *je vois d'abord une éolienne qui tourne. On est en dessous d'une éolienne. On se trouve dans un terrain... on dirait un pré. Là, il y a des barrières... il y a un panneau que je ne sais pas lire... des arbres, le ciel qui moutonne... et c'est à peu près tout...* ». Il se tourne sur lui-même et poursuit : « *il y a un massif de verdure... à l'horizon, il y a un petit bois... derrière, il y a une petite route avec des grands arbres et il y a du vent... ça souffle* ». Nous retirons le casque et Paul se montre étonné par la qualité de l'image : « *ça corrige ma vue. Sans l'appareil, je n'aurais pas vu toutes ces choses* ». Pour lui, voir les éoliennes « *ça fait du moderne... ça fait une chose que je n'ai pas connu dans ma jeunesse, c'est tout à fait nouveau* ».

Il engage alors ce discours qui traversera nos entretiens : « *je trouve que... je ne dirais pas que la vision est déformée mais enfin... c'est un petit peu flou quand même... un peu flou... de toute façon, vous vous adressez à un bonhomme qui est foutu. Je suis usé Monsieur Olivier. Usé. Il n'y a plus de ressort. Le moindre effort me coûte une fortune... je suis tout de suite essoufflé. Je voudrais, j'aurais la volonté mais... le moment d'agir... il n'y a plus rien. Je vous le dis le... le matériel est usé. Au premier abord, le physique est peut-être assez bien conservé mais comme je vous dis, soulevez le capot et tout des pièces à changer* ». Il évoque sa crainte de devenir aveugle et de ne plus voir pouvoir s'orienter. Même s'il « *a été plus mal que maintenant* », il considère que « *ce sera jamais plus l'idéal de toute façon* ». En demande d'aide pour « *supporter ces quelques temps qu'il [lui] reste à vivre* », il accepte de poursuivre ces séances de médiation thérapeutique. Lorsque nous terminons la séance, il constate : « *ça fait du bien de parler. On extériorise un petit peu. Du matin au soir, ici tout seul... c'est long vous savez. C'est long... je ne pensais pas à ça. Je n'imaginais pas qu'on était reclus... je n'irais pas jusqu'à prononcer le mot de prison, mais c'est quand même un type de geôle... avec ça, je*

marche mal. Si je pouvais bien me déplacer, j'irais me promener aux alentours, il y a de beaux petits coins... mais j'ai toujours la hantise de tomber ».

L'insouciance de l'enfance

Nous engageons les séances une semaine après cette présentation du dispositif. Paul choisit un endroit familier parmi les photographies imprimées. Il sélectionne le village en pensant reconnaître une ferme : *« la ferme oui ! ça me rappelle ma jeunesse »*. Nous installons le casque : *« ah ! Voilà la cour, voilà la ferme. Oui, en effet, c'est bien une ancienne ferme avec les dépendances, le petit toit... c'est ancien... mais il y a l'électricité tout de même... c'est la campagne... avec un sous-bois... c'est bien... »*. Ce lieu lui rappelle sa jeunesse à la campagne. Paul se demande s'il y a une étable car il n'y a pas d'animaux. Il pourrait s'agir d'un *« lieu de retraite pour personne âgée »* dans lequel il ne se sentirait pas capable d'y faire quoi que ce soit : *« vous savez, à l'âge où j'arrive... »*. Nous retirons le casque et Paul remarque : *« on revient à la réalité... au temps normal... »*. Cet endroit lui rappelle sa jeunesse et sa vie à la ferme *« avec des bons et des mauvais souvenirs... le tout mélangé... »*. Il se souvient d'un *« moment de bonheur »* lorsqu'il avait *« 80 ans de moins »* mais ne parvient pas à le décrire. Il commence brièvement : *« le matin, je partais à l'école... et le soir, je rentrais... »* avant de s'interrompre : *« oh c'est lointain tout ça... c'est lointain... enfin, en voyant cette image, ça me rappelle des souvenirs »*.

À partir de cet environnement, Paul décrit *« une période d'insouciance »*. Il évoque ainsi l'environnement de la ferme, la compagnie de son frère et de ses sœurs, les animaux et le matériel agricole. Il ajoute : *« à cet âge, on ne pense pas toujours à l'avenir... comme tous les enfants... on faisait des conneries. Alors à mon retour, on attrapait une bonne fessée et puis voilà, on recommençait le lendemain. Comme je vous dis, c'est une période d'insouciance »*. Il se souvient de ce moment de sa vie : *« il y avait des jours qui – quand il faisait beau par exemple – on partait dans la campagne garder les vaches au pré ou alors on donnait un coup de main à la ferme... Et le dimanche, on s'apprêtait et on allait à la messe. Et on revenait. Et le dimanche passait comme ça. Les plaisirs de la campagne, ils n'étaient pas nombreux vous savez. Les dimanches après-midi, on allait au bal, on allait danser... c'était le seul plaisir qu'on avait. Et en période estivale, on allait au bord de la mer. À l'occasion, on allait à la pêche. Comme je vous dis, c'était une période... une bonne période d'insouciance... si on avait su tout ce qui allait nous arriver... »*. Selon Paul, l'insouciance représente ce moment où *« les réalités de la vie ne se présentaient pas encore »*. Il note que *« plus tard, ça s'est précisé »*.

Je questionne son ressenti à propos du fait d'évoquer ces souvenirs. Paul trouve que « ça dégage... ça soulage... et ça rappelle... ça renouvelle les vieilles pensées et tout ça ». Sa vie « n'a pas toujours été très drôle » et il lui est difficile d'y repenser : « oh puis... tout ça est enterré... c'est fini... c'est fini... ne remuons plus. Ce n'est pas la peine de remuer des vieilleries, des vieilles choses... comme des vieilles chaussettes ». Il estime que lorsqu'on les remue, « ça donne un petit peu, soit de la joie, soit des remords de ne pas en avoir fait davantage ». Paul décrit des périodes difficiles de sa vie : « j'ai connu les joies de la famille, quoi que mes filles, je les ai pas vu grandir étant toujours dehors, toujours sur la route. Ça, c'est le regret que je ressens... de ne pas les voir grandir. Heureusement, j'avais une femme qui était capable de s'en occuper. J'ai perdu ma femme trop tôt... la maladie ne regarde pas. Je l'ai soignée le mieux que j'ai pu, je m'en suis occupé pendant des années. Ça n'a pas toujours été drôle... être auprès d'une personne qui perdait la tête – elle souffrait d'une tumeur au cerveau. Donc ça ne pardonne pas... et elle est partie... en me laissant seul ». Il ajoute : « on brasse dans la mélasse... une mélasse de bons et de mauvais moments. Disons que les bons moments ont quand même submergé les mauvais. J'ai eu de bons moments. La chance ne m'a pas toujours souri... enfin... c'est du passé ! C'est du passé n'en parlons plus ».

Retrouver un souffle nouveau à la campagne

Lors de la séance suivante, Paul me réserve un accueil chaleureux. Il évoque rapidement la remémoration des souvenirs qu'il qualifie de « moment agréable ». Il précise : « des souvenirs pas toujours très agréables, mais enfin... des souvenirs quand même. On remonte un petit peu à la surface ». Paul ne trouve plus d'entrain et de motivation car il s'essouffle très rapidement dès qu'il entreprend quelque chose. Il considère que « la bête est usée... le bonhomme est foutu... il n'y a plus de résistance ». Il estime qu'il ne faut « plus rien demander à la résistance physique » qu'il compare à celle de « ressorts complètement aplatis ». J'installe le matériel et sélectionne l'environnement « échelle », puis je place le casque devant les yeux de Paul : « Ah ! On va aller cueillir des châtaignes ou des pommes ! Il y a des chênes... avec de grands arbres... est-ce que c'est des arbres fruitiers je ne sais pas. Il n'y a pas vraiment de fruits dessus... non il n'y a pas de fruit. Ça doit être un fond de parc. Il y a une petite cabane là-bas... une petite cabane de jardin. Le décor est bien verdoyant... il y a une petite pelouse, le ciel est moutonneux. Est-ce que ce sont des rosiers ou des framboisiers ? Ah oui, ici c'est l'arrière de la ferme... un petit étang, un lac... on n'aperçoit pas de poisson qui saute mais il doit y en avoir aussi. On dirait une petite maison qui est au fond aussi. Pour situer l'endroit... c'est la campagne mais ça ne me dit absolument rien... ».

Cet endroit rappelle à Paul sa jeunesse dans la « *campagne verdoyante* » et lui évoque le calme. Il imagine les animaux de la ferme et de la basse-cour puis réfléchit quant à ce qu'il aimerait y faire : « *maintenant, je ne saurais plus faire grand-chose... à part élever quelques volailles* ». Il ajoute qu'il pourrait faire un petit potager et pêcher dans l'étang avant que nous ne retirions le casque pour poursuivre notre échange : « *c'est ce qu'on pourrait appeler un environnement campagnard... un petit coin où il doit faire bon vivre* ». Il imagine une vie simple faite de petites promenades de « *cuisine simple mais appétissante* ». Cet endroit lui paraît propice à « *planter un parasol sur la pelouse, avec un transat, s'allonger dessus et piquer un petit roupillon* ». Paul s'y voit « *finir des jours de tranquillité et de sérénité* ».

Il associe avec la vie urbaine qu'il trouve plus bruyante et trépidante. Paul a vécu en ville une grande partie de sa vie. Aujourd'hui, il estime qu'il n'y aurait plus sa place : « *c'est pas fait pour des vieilles carcasses comme la mienne. Je sais bien que la ville, je n'y retournerai plus. Oh non, la ville c'est fini, je ne saurais plus habiter la ville... je ne saurais plus m'y refaire...* ». Il préfère la campagne qu'il trouve plus reposante : la qualité de l'air y est meilleure et ce cadre de vie « *redonne un nouveau souffle* ». Paul aspire à ce calme qu'il retrouve dans l'environnement virtuel car il le trouve propice à la réflexion. Il décrit cela comme « *des moments de pensées... à toute sortes de choses, bonnes ou mauvaises... des choses qu'on aurait dû faire et qu'on n'a pas... on est passé à côté...* » avant d'interrompre son discours : « *Oh et puis de toute façon, ne revenons plus en arrière. Reculer n'est pas toujours une bonne solution. Rajeunir, non. Autant partir sereinement et calmement. J'aspire d'aller rejoindre ma chère épouse qui m'attend pour l'éternité. Et puis voilà. Qu'est-ce que je peux vous raconter de plus ? Parce que ce sont des choses qui maintenant ont été vécues et il n'y a plus aucune valeur... si... valeur de souvenir. C'est tout ce qui peut me rester* ».

Nous revenons sur l'échelle qui était appuyée sur l'arbre et Paul s'interroge : « *si j'avais vu quelques fruits sur l'arbre, je me serais dit que quelqu'un est allé cueillir des fruits...* ». Il propose finalement que quelqu'un l'ait déposée à cet endroit : « *ce n'est peut-être pas une question d'utilité, c'est peut-être une question de placement* ». Il associe librement à ce propos : « *grimper à l'échelle... pourquoi faire... le décor ne permet pas de supposer une cueillette non. Grimper en haut de l'échelle, on me l'a assez défendu. Parce que j'avais tendance à grimper aux échelles aussi. Et... la mère P., quand elle me voyait... attention ! Non je ne vois pas ce que je pourrais faire le long de l'échelle... dénicher un nid peut-être ? Oh c'est bien possible, pour grimper à l'arbre et dénicher les nids, ah ça j'étais fort ! Ah ! J'allais dans les arbres avec l'échelle et je dénichais les nids... ah j'étais un peu casse-cou. C'était des moments*

d'insouciance... on ne pensait pas toujours aux conséquences, une chute aurait pu arriver. Quoique je suis tombé plusieurs fois mais ça ne m'a pas servi de leçon. Comme disait ma mère, tu as le diable dans le ventre ». Paul n'en dit pas plus et l'évocation de ce souvenir laisse place à un sentiment de perplexité : *« mais tout ça, c'est du passé... c'est lointain et dans ma malheureuse tête, tout se mélange. Les idées, les souvenirs... vivons au présent Monsieur Olivier et ce sera bien suffisant »*. Ses souvenirs *« reviennent en foule »* et il lui est difficile d'en sélectionner un car *« il faudrait faire un tri spécial »*. Nous terminons cette séance et Paul témoigne son impression de tranquillité, de calme et de repos. Il a apprécié voir la campagne dans le casque parce que *« c'est frais, ça sent l'air pur »*.

Un lieu de calme et de repos mérité

Nous engageons la séance suivante au cours de laquelle Paul regarde l'environnement *« salon d'une personne âgée »*. Cet intérieur lui *« rappelle quelque chose »* et il se lance dans une description très précise. Il se tourne sur lui-même pour faire un tour complet et décrit chaque objet présent dans la pièce. Il cherche à qualifier le lieu : *« ce n'est pas une salle à manger... c'est un salon. Avec un divan et quelques fauteuils... peut-être un salon de repos »*. Ce lieu lui inspire le repos et Paul imagine un feu de bûches dans la cheminée. Il se voit *« les pieds à côté des chenets, bien chaussés de pantoufles, engoncé dans une houppelande et puis on rêve ! »*. Il ajoute : *« on passait de bonnes soirées... »*. Nous retirons le casque et Paul poursuit son discours : *« ça donne une idée de chez soi... un lieu reposant, calme, avec un bon roman et un bon feu dans la cheminée... »*. Il imagine un moment qui représente pour lui *« le spleen, le paradis... un lieu de détente où on oublie ses petites misères, ses petits malheurs »*. Il *« [se] verrait bien entouré de quelques gamins qui jouent autour de [lui] et qui donne de la jeunesse et de la vigueur au pauvre hère [qu'il est] »*.

Paul estime que ce lieu se trouve en ville : *« Si c'était rural, on verrait par la fenêtre un environnement de verdure... mais là, il n'y a rien. Donc j'en présume que ça ne peut être que citadin »*. Il revient sur le calme et la sérénité de cet endroit : *« c'est un salon entretenu avec soin... il n'y a pas d'animaux pour chambouler l'appartement »*. Il précise que *« c'est un appartement pour un rentier... un retraité... pour des personnes âgées par exemple. Ou alors un intérieur d'employés supérieurs qui s'en vont le matin et rentrent le soir »*. Je lui propose de développer cette idée en imaginant le quotidien des habitants de la maison. Paul suggère que l'employé supérieur quitte son domicile le matin avec sa serviette pour se rendre à son bureau. Le soir, *« il rentre chez lui et commence par se déchausser, mettre des pantoufles et se mettre à l'aise. Si c'est un fumeur, fumer sa pipe. Il se sert un bon apéritif en attendant l'heure »*.

de dîner et puis voilà, la journée se passe tout doucement ». Ce personnage se dit « *ouf ! Enfin chez moi ! Me voici chez nous... après une journée laborieuse... un soir de détente...* ». Avec Paul, nous comprenons qu'il y a des tensions dans la vie de cet homme : « *avec les ennuis de circulation, les soucis de réussite, ce n'est pas toujours évident... et alors cette circulation qui devient épouvantable* ».

Paul repense à sa propre histoire : « *un intérieur coquet, serein... quand je rentrais d'une semaine dehors, que je rentrais à la maison pour une paire de jours, j'étais content de retrouver mon intérieur... oh ça... c'est tout des souvenirs... des souvenirs... ça se mélange là-dedans...* ». Il poursuit néanmoins : « *ah ça n'a pas toujours été drôle... partir le dimanche soir, reprendre le volant et rentrer qu'à la fin de la semaine, le samedi...* ». Paul roulait dans une machine ancienne et aujourd'hui, il trouve que les camions ressemblent à un salon. Pourtant, il aimait son métier, notamment pour l'impression de liberté qu'il lui conférait. Paul appréciait que personne ne le surveille et se sentait « *comme un petit patron* » jusqu'à l'âge de sa retraite. Aujourd'hui, il estime qu'il en a assez profité et qu'il a dépassé ses cotisations. Maintenant, il attend « *le grand départ* » pour lequel il se sent prêt. Il n'en dira pas davantage et me fait part de son impression de radoter. Ces « *choses se bousculent* » et il a l'impression de devenir moins cohérent que par le passé. La séance se termine et Paul repense aux souvenirs vécus dans sa maison. Il apprécie toujours les bons repas et m'explique qu'il aimait beaucoup cuisiner et qu'il se débrouillait bien. Son épouse ne cuisinait pas et c'est lui qui s'occupait « *de l'intendance* » lorsqu'ils vivaient ensemble.

La fin de la séance marque la reprise de cette période de vie qui soulève un « *grand regret* » de Paul : celui de n'avoir pas vu ses enfants grandir. Ses deux filles sont devenues professeures et, s'il est fier de leur réussite professionnelle, il considère que « *le plus ignare dans la maison, c'était moi...* ». Il aurait aimé se lancer dans l'agronomie mais son père ne le lui a pas permis. Il devait travailler à la ferme et son engagement à l'armée l'en a fait sortir. Il repense à ce métier de boucher qu'il a dû apprendre pour que ses beaux-parents acceptent qu'il se marie avec leur fille et son échec dans ce métier parce qu'il était mal secondé. C'est après ces expériences professionnelles qu'il s'est « *tourné vers le transport* ».

Ne plus réparer ce qui pourrait l'être

Lors de la séance suivante, Paul regarde l'environnement « *casse automobile* » qu'il commente immédiatement après avoir mis le casque : « *Ah ben ça... sans se tromper, on peut dire que c'est l'intérieur d'un garage... il y a un nombre incalculable de voitures. Sont-ce des voitures en réparation... non, c'est un parking. Ça m'a l'air d'être un parking. Un parking en*

plein air... avec une clôture en tôle, quelques arbres et des nuages au ciel. Il y a de toutes marques... elles sont cabossées... quelques-unes sont désossées... c'est pas une casse ? Une casse automobile ? Non... non parce qu'il y'en a qui sont en trop bon état... ça fait des voitures à l'abandon on dirait. Ah si, là il y a un pare-brise qui est amoché. Celle-ci est triste... oui ça fait un comme un entrepôt. Un entrepôt de voitures accidentées ». Il estime que ces voitures ont été entreposées parce qu'elles sont hors service et attendent d'être réparées. D'après lui, ce lieu pourrait permettre de faire de la mécanique et récupérer des pièces de rechanges, mais il ne se voit pas faire cela : « *la mécanique et moi, ça fait deux* ». Nous retirons le casque et Paul remarque qu'il se trouve désormais dans « *un lieu restreint* » par rapport à ce « *lieu en plein air* » qu'il vient de voir.

Nous revenons sur l'environnement et Paul se souvient que certaines voitures étaient en bon état et d'autres étaient « *tristes* » avec leur pare-brise cassé et le moteur à nu. Il estime qu'elles pourraient être réparées et « *sont peut-être encore capables de rouler* » car elles lui semblent assez récentes. Il évoque la vie moderne qui ne récupère plus les voitures et les « *refond* » pour en faire de nouvelles, car les réparations coûtent trop cher, et se souvient des factures à payer pour entretenir sa voiture lorsqu'il en possédait une voilà environ 15 ans. Selon lui, être sans voiture « *c'est comme si on vous coupait un membre : on ne peut plus bouger* » et il faut faire appel à une autre personne pour pouvoir sortir. Malgré le manque, Paul admet pouvoir s'en passer aujourd'hui et considère que la « *vie moderne est finie* » pour lui car « *il n'y a plus de nouveautés à apporter* ». Je lui propose d'imaginer une raison qui explique la présence de cette voiture avec le pare-brise cassé dans cet endroit. Paul suggère qu'il y'a eu une collision : « *C'est une voiture qui en a embrassé une autre qui arrivait de face. Ou alors qui est rentrée dans un mur ou dans un arbre. Pour moi, c'est une collision de plein fouet. Une collision frontale* ». Il se demande si le chauffeur et le passager avaient mis leur ceinture de sécurité et questionne les conséquences possiblement mortelles de l'accident. Il se remémore la voiture et la trouve finalement « *pas tellement déformée. Seulement l'avant est écrasé* ». Il suggère enfin : « *peut-être des fêtards qui rentraient d'une virée et puis qui roulaient trop vite... les accidents sont tellement bizarres... à l'heure actuelle, il faut faire attention...* ». Paul évoque la rapidité à laquelle « *le malheur* » arrive et la nécessité de rester vigilant à tout moment. Il estime avoir eu de la chance car il n'a pas eu d'accident dans sa carrière professionnelle malgré de nombreuses incivilités qu'il a vues sur la route.

Je propose à Paul d'imaginer ce qui pourrait se passer dans le lieu qu'il a regardé. Il répond immédiatement « *qu'il y'ait un imbécile qui vienne foutre le feu... quelqu'un qui*

voudrait faire une connerie, une vengeance... ils foutent le feu et ça ferait un sacré incendie. Autrement, ces voitures-là ne sont plus en état de rouler... le vol n'est pas à exclure mais... qui va s'amuser à voler des voitures dans cet état-là ? ». Il suggère que l'incendie soit proféré par une personne victime d'un accident « *qui trouverait que la réparation est injuste* » et qui « *s'estime lésé* ». Même si Paul déplore cet acte de vengeance vis-à-vis d'une autre personne parce qu'il considère que cela n'aurait aucune utilité, il admet que la voiture serait « *définitivement hors d'état* ». D'après lui, même les voitures réparables ne seront pas remises en état car « *cela ne vaut pas le coût* ». Nous associons ensemble sur cette question de la réparation et Paul estime que « *remettre une personne en bon état, ce n'est pas toujours facile... il faut une sacrée force de caractère et surtout, il faut le vouloir* ». Il ajoute : « *il ne faut pas trop réparer sinon, il va y avoir trop de monde sur la terre. Il faut bien qu'il y en ait une partie qui disparaisse...* ». Paul compare sa propre situation à la voiture « *soulevez le capot, il y a des pièces qui devraient être changées pour remettre le bonhomme d'aplomb. Un aplomb que je n'ai plus... Chaque chose en son temps Monsieur Olivier. On ne peut pas avoir été et être toujours... l'être n'est pas immortel. Il faut bien disparaître un jour... le plus tard possible d'accord... et mourir en bonne santé* ». Paul se sent « *en sursis* » sur « *un tapis roulant qui avance inexorablement* ». Il ajoute : « *on est obligé de suivre... alors on suit... pas toujours de bon gré mais par force, on est obligé de suivre jusqu'à la culbute totale* ».

Paul choisit l'environnement qu'il souhaite visionner pour la dernière rencontre que nous réalisons dans ce cadre de médiation thérapeutique. Il sélectionne « *le paysage marin* » de l'environnement « *marée basse* » et s'exclame dès qu'il met le casque : « *ah la mer ! La mer ! La mer ! La jetée, la bouée... les vagues... les rochers... le goémon et... les oiseaux marins... la plage et les galets... Rien qu'à voir, on sent l'air iodé ! Les maisons sur la dune... les oyats qui poussent... il y a un bateau et un beau ciel bleu* ». Lorsque nous retirons le casque, Paul trouve que « *cela rappelle de bons souvenirs [...] de jeunesse quand j'allais à la plage... On allait pêcher à Pornic là... sur les rochers... c'était bien... c'était... la jeunesse insouciante. Quand on était au bord de la mer, on ne pensait plus aux petits travaux. C'était l'espace, le grand espace. C'était jour de fête pour nous étant gamins. Et puis alors ce qu'il y avait de bien c'est qu'on dégustait ces berniques là... toutes fraîches pêchées... c'était bon ! Ah... enfin... c'est pas la peine de saliver, c'est fini c'est fini...* ». Paul trouve que « *ça rajeunit* » de voir cela dans le casque. Cette période lui évoque son adolescence et l'insouciance de cet âge. Nous revenons sur les odeurs : « *Rien que de voir la photo, on sent l'air marin. L'odeur des oyats, les plantes de la dune. Ça a une odeur spéciale... odeur salée...* ». Il repense aux parties de

char à voile avec des caisses en bois sur lesquelles étaient fixées quatre roues : « *on avait bien du plaisir* ».

Utiliser la réalité virtuelle

Paul a beaucoup investi ce dispositif de réalité virtuelle qui « *nous a permis de discuter sur un thème tous les jours et de multiplier les souvenirs* ». Il trouve que c'est « *du beau matériel* » et a apprécié découvrir certains paysages inhabituels. S'il avait ce casque à sa disposition, il l'utiliserait pour re-visionner « *différents épisodes de [sa] vie* ». Il aimerait « *voir les étapes de la vie de ses enfants depuis toutes petites jusqu'à aujourd'hui* » car il ne les « *a pas vu grandir* » à cause de son travail. Il aimerait observer des moments qu'il n'a pas pu voir et auxquels il aurait profondément aimé participer. Il ajoute avoir traversé de nombreuses régions sans pouvoir les visiter et qu'il aurait aimé voir également. Il repense souvent à la période de la guerre qu'il a vécu comme un grand dépaysement : « *moi qui n'avais jamais sorti de mon trou...* ».

Le matériel de réalité virtuelle lui évoque la modernité et il considère « *revoir encore mieux* » que lorsqu'il revoit des moments où des lieux « *en pensée* ». Pour lui, « *grâce à l'appareil, les souvenirs remontent encore plus à la surface* ». Paul craint que ses souvenirs agréables ne disparaissent et remarque : « *il faut que vous veniez pour que ça... la bulle remonte à la surface* ». Il ajoute : « *ça fait du bien, ça dégage. Ça me permet de m'évader un petit peu... je ne dirais pas dans l'irréel mais enfin... s'évader dans... la vie actuelle. Ici, il n'y a pas beaucoup de nouveau non plus. C'est mon petit trou... trou à rat... suffisamment grand pour finir mes jours tranquillement* ». Il estime nécessaire d'avoir une bonne vue et des souvenirs pour pouvoir utiliser ce matériel. Il évoque ses problèmes de vue et la nécessité pour lui de s'approcher très près pour voir les photographies notamment. Il note que dans le casque, « *la vue est grossie* » et que cela « *permet de voir plus profondément* ». Il trouve que « *c'est plus facile à voir* ».

Déroulement des séances

Je rencontre Paul six fois sur une période d'un mois et demi dans le cadre de cette recherche. Fréquemment, il attend ma visite lorsque j'arrive dans son logement et son investissement dans nos séances est manifeste. Il lui est important d'exprimer ses difficultés mais son impression de « *raconter toujours la même chose* » est mal vécue et affecte notre échange. L'utilisation de la réalité virtuelle semble permettre de dépasser cette difficulté et Paul élabore à partir des environnements des situations qui le sortent d'un discours parfois répétitif et pessimiste. À la fin des premières séances, il manifeste sa peur de m'ennuyer « *avec tous ces*

souvenirs ». Il ajoute à propos du matériel que « *c'est à chaque fois la même chose, ça vous oblige à déballer et remballer* ». Il mentionne également le caractère non directif de nos séances en observant qu'il parle beaucoup : « *il n'y a que moi qui cause ! Vous allez dire c'est un grand bavard... enfin, ça me défoule un peu. Parce que du matin au soir sans parler à personne, c'est pas toujours marrant. Alors je me défoule quand j'ai un auditoire attentif qui veut bien prendre la peine de m'écouter. Ce n'est pas toujours intéressant ce que je raconte mais enfin... c'est ma vie... je ne peux pas raconter la vie d'autrui... c'est la mienne...* ».

Après les séances

Deux entretiens après la fin de ces séances de médiation thérapeutique, Paul souhaite interrompre son suivi psychothérapique. La notion de liberté s'est déployée dans ces entretiens à travers une description de son corps entravé par le vieillissement : Paul ne peut plus faire ce qu'il voudrait. Il semble avoir besoin de prendre ses distances avec ces réflexions mais m'invite à lui rendre visite « *à l'occasion* ». Je passe ainsi brièvement le saluer pendant environ neuf mois après lesquels il demande à reprendre nos entretiens. Paul a besoin d'exprimer sa tristesse et les possibilités perdues de son corps vieillissant mais il ne souhaite plus formaliser ces séances selon un jour et un horaire précis. Nos échanges s'espacent de quinze jours puis d'un mois à la fin de nos entretiens. Deux ans après la fin des séances de médiation thérapeutique, nous faisons le bilan de nos rencontres à mon départ de l'EHPAD. Paul s'ennuie dans ce quotidien où il entend mal, voit mal et se déplace avec une grande difficulté. Il attend de mourir et ne sait plus tellement ce qui l'aide à continuer. Il aime se rappeler des bons souvenirs, même si les mauvais « *ne sont jamais loin* » et évoque à plusieurs reprises comment je l'ai aidé « *à remettre les idées en place* ». Paul me remercie de l'avoir rencontré. Il est heureux d'avoir pu m'apporter quelque chose en contribuant à cette recherche.

Éléments d'interprétation du cas clinique

Le cas de Paul est marqué par une certaine soumission au désir de l'autre dont il colle toujours aux attentes : le déménagement dans nord, les choix de ses différents métiers ou encore l'entrée en EHPAD en témoignent. Tout au long de sa vie, une dynamique de castration est manifeste chez ce patient qui voudrait mais ne peut pas. Associée au vieillissement, celle-ci vient notamment amplifier les regrets de ne plus pouvoir répondre à ses propres désirs alors qu'il les avait reportés à plus tard. Paul veut toujours être désiré et nos entretiens, catalysés par le contexte d'une recherche, répondent bien à cette demande. Là encore, il cherche à répondre à mes attentes bien qu'il doute d'y parvenir. Il ignore mon propre désir et essaie donc infructueusement de me faire parler. Ma posture thérapeutique l'amène à se dégager

temporairement de cette question de la castration pour réinvestir sa vie psychique. D'une certaine manière, Paul veut réussir l'épreuve de la réalité virtuelle. Je lui explique qu'il n'y a pas d'épreuve, ce qui le force à adopter une autre façon de répondre à mon attente à travers la consigne d'imaginer et d'associer librement. À partir des histoires inspirées de ses observations, Paul se reconnecte à ses propres affects. C'est ainsi qu'il passe de descriptions précises mais peu investies des environnements à un état de rêverie dans lequel il évoque des souvenirs.

Son observation de la *cassee automobile* est éclairante quant à cette position où Paul demande de l'aide (« *soulevez le capot, il y a des pièces qui devraient être changées pour remettre le bonhomme d'aplomb* ») tout en me décourageant (« *remettre une personne en bon état, ce n'est pas toujours facile... il faut une sacrée force de caractère et surtout, il faut le vouloir* » ; « *cela ne vaut pas le coût* »). Il s'agit également du seul environnement dans lequel Paul exprime de la colère à travers l'acte destructeur de l'incendie, dont l'auteur est une victime qui s'estime lésée. Lui-même aurait toutes les raisons de ressentir cela à propos de toutes ces décisions qu'il n'a pas pu prendre à cause du désir des autres. Il apparaît même une certaine jouissance dans ce « *sacré incendie* » que Paul se refuse en déplorant cet acte de vengeance. Celui-ci répondrait pourtant à son désir d'être « *définitivement hors d'état* ».

Paul accède à son désir en regardant dans le casque : cette période d'insouciance de sa jeunesse avec les plaisirs de la campagne et de la mer, les grands espaces et leurs embruns frais et purs, le goût des fruits et des berniques, mais aussi ce désir plus actuel de calme et de détente entouré d'enfants. Cette notion d'insouciance qui traverse le discours de Paul pendant nos séances pourrait d'ailleurs marquer sa tentative d'élaborer psychiquement son vieillissement. Elle peut être entendue comme une période où il n'avait pas encore conscience de la mort : il pouvait prendre des risques et s'amuser sans contraintes. Paul la décrit d'ailleurs comme un moment où « *les réalités de la vie ne se présentaient pas encore* ». L'expérience de la castration est venue interrompre cette période d'insouciance. En évoquant ce temps révolu, Paul signifie la difficulté des ajustements identitaires nécessaires au travail de vieillir. Il doit pourtant réussir à distinguer ce qui relève du vieillissement (la perte de sa jeunesse et de ses capacités physiques) et ce qui relève de la mort (l'angoisse de la finitude) tout en conservant son intégrité psychique (Marchand, 2008).

Le casque apporte une fonction qui fait défaut dans la réalité, comme s'il annulait temporairement les effets du vieillissement sur sa vue. Dans cette vie frustrée, Paul aimerait d'ailleurs revivre les moments ratés grâce à cette réalité virtuelle. L'expression de ce fantasme dépasse la question qui le contraint jusqu'alors, à savoir qu'on « *ne peut pas avoir été et être*

toujours ». Cela se traduit dans le rapport au souvenir de Paul où le présent et le passé ne peuvent cohabiter, comme s'il attendait d'être mort pour se remémorer les bons souvenirs. Tant qu'il est (vivant), il ne peut pas avoir été (se souvenir). Tout se passe comme s'il avait abandonné à la fois ses souvenirs et sa faculté à s'en rappeler. Dès sa première observation de la ferme qui lui rappelle sa jeunesse, son souvenir se forme assez clairement au retrait du casque, mais il est « *mélangé* » et « *lointain* ». Il pourrait être positif mais reste trop menaçant pour s'en rappeler et Paul le refoule à nouveau. Même si ses souvenirs reviennent, il n'arrive pas à les investir, d'où la nécessité de ce « *tri spécial* » que je vais l'aider à faire à partir de cette « *mélasse de bons et de mauvais moments* ». Paul réussit d'ailleurs à s'autoriser le souvenir, ce qui pourrait relever d'un état dépressif suffisamment conscient. Il se défend moins de la réminiscence que du souvenir lui-même.

Il qualifie d'ailleurs la remémoration comme un moment agréable, mais signale aussi sa difficulté à « *remuer des vieilleries* » et les remords que cela peut provoquer. Cela traduit la fonction du dispositif à médiation qui produit une méta-inscription de l'ambivalence des souvenirs. Paul exprime ces bons et ces mauvais souvenirs à partir de l'expérience de réalité virtuelle qui – elle-même – lui fait vivre du positif et du négatif. Le dispositif permet une double projection entre le souvenir et la faculté de se rappeler. Il ouvre ainsi la possibilité pour Paul de les distinguer et de travailler à partir de ses souvenirs la manière dont il investit sa mémoire. La fin du cas semble traduire une forme d'acceptation de ses souvenirs : Paul parvient alors à dresser une sorte de bilan de sa vie. Il commence à élaborer sur le vieillissement, les pertes et les regrets après nos séances jusqu'à nos derniers entretiens où il parvient à distinguer les bons des mauvais souvenirs. Il m'attribue justement cette « *capacité* » de lui avoir « *remis les idées en place* ».

6.5 Léonie

Léonie vit depuis environ un an dans l'établissement lors de notre rencontre. Elle est entrée suite aux troubles mnésiques constatés par sa famille qui rendaient la vie à domicile très compliquée. Cela amené Léonie à réaliser un bilan cognitif dont le résultat a été le diagnostic d'une maladie d'Alzheimer. En raison de la difficulté à l'accepter par sa famille et de lui annoncer, ce diagnostic lui a été caché pendant plusieurs mois. Léonie était alors convaincue d'être en convalescence suite à un épisode de fatigue importante qu'elle reconnaissait volontiers. Avec le temps, elle s'est retrouvée des forces et commence maintenant à s'interroger avec de plus en plus de véhémence sur sa présence « *à la clinique* ». Nous engageons un travail avec sa famille pour annoncer le diagnostic à Léonie et lui expliquer la raison de son accueil en EHPAD. Malgré l'annonce, Léonie ne parvient pas à comprendre ce qui lui arrive et l'équipe institutionnelle observe une augmentation des troubles du comportement qui semblent exprimer son désaccord avec sa présence « *dans la clinique* », elle qui « *n'est pourtant pas malade* ». Elle conserve ses affaires dans des sacs et refuse de les ranger dans son armoire au désespoir de l'équipe et de sa famille. C'est dans ce contexte qu'elle accepte de s'engager dans nos séances de médiation thérapeutique.

L'importance d'avoir « une bonne vue »

Dès je lui présente le casque de réalité virtuelle, Léonie explique que sa vue « *n'est plus aussi bonne qu'avant* ». Elle ajoute qu'elle aimerait « *voir l'oculiste* » afin qu'il lui prescrive de nouvelles lunettes. Consciente de l'effet de l'âge sur sa vue, Léonie rappelle qu'elle a « *quand même 86 ans* ». Elle demande si j'utilise ce matériel avec d'autres résidents et semble rassurée de savoir qu'elle n'est pas la seule à se voir présenter cet objet inconnu. Je l'invite à se lever pour visionner l'environnement « *éoliennes* ». Sitôt le casque devant les yeux, Léonie décrit la scène : « *je vois un truc qui tourne... je vois un grand poteau de ciment ou je ne sais quoi et que tourne en haut aussi... je vois des petits arbustes, il y en a un plus haut là. Là, il est plus haut... il est beaucoup plus haut. Je ne sais pas ce que c'est comme arbre... Ce qui m'énerve, c'est le bruit⁸⁵* ». Elle trouve ce bruit fatigant : « *je n'aime pas ça* ». Elle poursuit : « *je vois l'ombre du poteau, je vois le poteau, je vois les petits arbustes... là, c'est beaucoup plus fourni comme arbuste... là, il y en a un autre qui est plus haut... Là, je vois une barrière avec des... un grand truc pour rentrer, un grand espace... après c'est des poteaux qui sont moins grands... et puis je vois des arbres... oh puis je vois, je vois...* ». Elle continue : « *là*

⁸⁵ Un bruit de vent sort des enceintes dans un volume relativement fort.

un arbre plus haut... celui-là beaucoup plus haut... à côté, il y a quelque chose que je ne distingue pas... ah ! c'est une affiche ».

Nous retirons le casque et Léonie demande si je compte lui vendre quelque chose. Après lui avoir expliqué que je souhaitais conserver ce matériel, nous engageons une discussion à propos de l'environnement qu'elle a observé : *« j'ai vu un paysage là... je ne sais plus quoi... »*. Pour expliquer son impression, Léonie prend l'exemple de la télévision et précise : *« il se passe des choses à la télé qu'on ne verrait pas s'il n'y avait pas la télé. Là, c'est pareil »*. Elle remarque avoir réussi à bien voir mais évoque beaucoup sur sa vision et son souhait de voir son « oculiste » : *« quand on vieillit, malheureusement, c'est ça : on voit moins bien. Avant, j'avais une très bonne vue »*. Léonie insiste sur l'importance de la vue : *« la vue c'est quand même quelque chose hein ? La vue, c'est la vie. Quand on ne voit plus... quand on ne voit plus c'est triste. Autant partir, c'est aussi bien. Parce que quelqu'un qui ne voit rien, il est malheureux. Il ne le dit peut-être pas mais il est malheureux. Je suppose... Alors je ne vais pas me laisser arriver à ne plus voir du tout... parce que avant, quand j'étais plus jeune, je n'avais pas besoin de lunettes. Je voyais très très bien. Maintenant ça baisse... je m'en rends compte. Et puis c'est pas quand on vieillit que ça va mieux. C'est de pire en pire »*. Nous terminons l'entretien et Léonie ajoute *« la vue, c'est tout. Je trouve que quelqu'un qui perd la vue, il perd tout... que voulez-vous... quand vous ne voyez plus rien, vous ne vivez plus... »*. Elle précise qu'il faut *« entretenir sa vue »* parce qu'il lui est important de voir et se dit intéressée de découvrir des choses qu'elle n'a jamais vues. Elle accepte de poursuivre nos entretiens et de continuer à regarder d'autres lieux dans le cadre des séances de médiation thérapeutique.

Une première tentative

Lors de notre première séance, Léonie demande si je suis le docteur. Elle m'invite à m'asseoir et aborde ses pertes de mémoire et sa désorientation fréquente : *« je me dis où j'étais ? C'était quand ça ? »*. Elle remarque que les réponses ne lui reviennent qu'après avoir arrêté de les chercher. Elle s'étonne de ma proposition de ne pas essayer de se souvenir : *« ah bon ? Ah non, parce que ça m'énerve... »* et la perspective de laisser venir ses idées librement la rassure. Elle reconnaît souvent les photographies présentées sans difficulté et évoque des problèmes de vue quand elle ne comprend pas l'image. Léonie choisit finalement de regarder l'intérieur d'une maison (salon d'une personne âgée). J'affiche la phrase de calibration et lui demande de lire le texte afin de régler le casque à sa vue. Elle s'inquiète : *« il ne faut pas que ce soit trop compliqué parce que je vous le dis toute de suite, j'ai un souffle au cœur, quand je ne vois pas quelque chose, ça me fait mal au cœur... je suis pas bien... parce que j'ai mal au*

cœur... alors si je m'énerve... que j'essaie de voir... j'insiste pour voir quelque chose, pour comprendre... c'est encore pire ». Je l'invite à nouveau à ne pas chercher à se souvenir et à laisser venir ses idées. Elle accepte de mettre le casque et lit le texte dans aucune difficulté. Cependant, elle n'est plus sûre de vouloir continuer et se sent fatiguée. Nous avons retiré le casque pour que je sélectionne l'environnement. Je l'invite à se détendre et nous prenons un petit temps de respiration lente. Elle explique que son cœur est « *comme pressé* ». Elle reprend ensuite le casque pour visionner l'environnement tout en continuant de respirer lentement. Elle évoque à nouveau la difficulté que génère cette recherche et les symptômes physiques que cela provoque. Nous décidons alors de reposer le casque et de ne pas l'utiliser à cette séance. L'environnement reste très calme et détendu. Léonie parle doucement : « *avant, je savais... je voyais et ça venait mais maintenant plus...* ». Elle explique que « *c'est venu d'un coup* », qu'elle était « *normale* » qu'elle ne l'est plus désormais : « *plus j'essaie de trouver, de chercher, plus ça va mal alors ce n'est pas la peine...* ». Léonie s'exprime aisément et développe : « *c'est triste de perdre la mémoire... on n'est plus rien... [...] ça me rend malheureuse... la mémoire ne revient pas et la jeunesse non plus... c'est du passé n'en parlons plus* ». Léonie se sent apaisée à la fin de cette séance et précise qu'elle a apprécié notre échange.

Les années perdues

Lors de l'entretien suivant, Léonie explique qu'elle souffre physiquement et voudrait « *partir* » pour que cela cesse. Elle se pense toujours à l'Hôpital et ne comprend pas pourquoi : « *on vous envoie ici ou là et on ne vous demande pas votre avis* ». Léonie se souvient de sa maison en Bretagne, bien qu'elle vive en Vendée depuis de nombreuses années⁸⁶. Elle attribue ses difficultés au vieillissement, à l'instar de son entrain qui l'a quitté en même temps que ses forces. Elle se considère comme « *une loque* » dont le quotidien est morne et monotone : « *je ne vois personne. Tout le monde est en Bretagne sauf moi...* »⁸⁷. Nous échangeons à propos du lieu où Léonie souhaiterait se trouver avant d'introduire une nouvelle présentation. Je lui explique m'être souvenu de nos discussions fréquentes à propos de lieux et que j'aimerais lui montrer un nouvel endroit afin de recueillir son avis. Léonie se dit flattée et prête à me donner son avis et ses impressions.

Lorsqu'elle voit le casque de réalité virtuelle, Léonie craint de se sentir mal : « *vous savez, j'ai le cœur fatigué et il ne faut pas grand-chose pour m'étourdir* ». Nous convenons

⁸⁶ Sa famille vit en Bretagne et il est probable que la maison d'enfance de Léonie s'y trouve. Il est ainsi difficile de savoir s'il s'agit d'une confusion dans l'espace ou dans le temps.

⁸⁷ Une des filles de Léonie habite pourtant à proximité de l'établissement et lui rend visite plusieurs fois par semaine.

qu'elle reste bien consciente de ses ressentis et de cesser l'observation au moindre signe désagréable. Elle accepte de mettre le casque et commence à décrire : « *il y a un rideau et une porte-fenêtre... une petite table ici... là, c'est une véranda...* ». Après quelques secondes, elle demande de retirer le casque : « *ça me gêne, ça me porte au cœur* ». Nous le déposons sur la table devant nous et, sans transition, Léonie raconte : « *Là, on est chez quelqu'un... on n'est pas chez nous hein. Ils sont en vacances sans doute. Mon mari est au travail et ils ont mis leur maison à disposition. Et quand les vacances seront terminées, on retournera chez nous. Mais pas en Bretagne, en Vendée* ». Elle se souvient du métier de son mari et l'organisation de vie qu'ils avaient adopté en conséquence : inséminateur, il a trouvé du travail en Vendée et le couple tout juste marié a quitté la Bretagne lorsqu'il a accepté son premier poste. Il se déplaçait souvent pour son travail afin de se rendre dans les fermes qui nécessitaient ses services. Elle se souvient de cette période : « *les gens étaient partis en vacances et nous prêtaient leur maison. C'est vrai qu'ils étaient gentils parce qu'ils ne nous connaissaient même pas* ». Elle se souvient : « *on faisait comme chez nous... ils nous donnaient la clé et on faisait nos affaires* ». Elle relève la confiance que ces personnes leur accordaient et insiste sur ce point en répétant plusieurs fois qu'ils laissaient leur maison et qu'elle trouvait cela très bien.

Elle explique qu'aujourd'hui, les choses ont changé et évoque le décès de son mari des suites d'un cancer juste après avoir été en retraite. Elle le regrette profondément : « *on aurait pu être un petit peu heureux ensemble... la vie est moche...* » et ajoute : « *je me dis qu'il faudrait partir tous les deux ensemble parce que celui qui reste, il est malheureux...* ». Léonie voit parfois des choses qui lui rappellent ces souvenirs mais elle essaie de ne pas trop y penser car cela la rend malheureuse. Son mari « *était le confident* » et elle regrette ne plus pouvoir être écoutée comme elle l'était. Léonie fait le lien avec nos échanges et précise que cela lui fait du bien d'en parler aujourd'hui. Pour elle, accepter le décès de son mari revient à continuer la vie sans lui : « *si je restais sur une chaise toute la journée à pleurer, ça ne m'aiderait pas à aller mieux* » et Léonie préfère « *s'occuper l'esprit* ». Elle trouve que la jeunesse passe vite et se demande souvent « *où sont passées toutes ces années ?* ».

Du souffle au cœur à la confiance

Léonie revient sur ses douleurs lors de la séance suivante et précise avoir « *l'habitude de souffrir* ». Elle ne parvient pas à décrire ses douleurs (« *ça fait mal comme quand ça fait mal quelque part* »), mais souligne que « *c'est une douleur qui tient* » et la contraint à « *ne pas faire grand-chose* » au quotidien. Elle se souvient de m'avoir déjà vu et des sujets abordés lors des séances précédentes. Léonie est très attentive à cette discussion et réévoque le souvenir des

maisons dans lesquelles ils habitaient avec son mari lorsqu'il réalisait des inséminations pendant les vacances des propriétaires. Elle se remémore de nombreuses fois cette période de manière très succincte, jusqu'à ce que j'introduise la présentation d'un nouvel environnement. Pendant que j'installe le matériel, Léonie quitte ce passé « bouclant⁸⁸ » et revient dans l'instant présent en disant « *ah de toute façon, maintenant à l'âge où je suis, je n'ai plus envie d'aller... je n'ai plus envie de voir...* ». Elle accepte pourtant de me donner son avis sur le lieu tout en précisant que « *de toute façon, je n'irai nulle part* » et qu'elle n'a « *pas du tout envie de bouger* ». Elle regarde le casque et explique qu'il lui fait mal au cœur. Elle ajoute : « *j'ai un souffle au cœur alors...* ». Nous convenons que le matériel ne doit pas engendrer de difficultés physiques et Léonie accepte de le mettre « *mais rapidement* ».

Lorsqu'elle regarde à travers le casque, elle décrit l'environnement présenté : « *je vois une église... je vois des petites maisons... un arbre qui commence à avoir des feuilles... une voiture qui passe... qui arrive... qui va se garer* ». Léonie se sent bien dans ce bourg : « *là, je suis sur un parking... pour les voitures... je vois un Monsieur qui passe. Il a les cheveux gris... il s'en va à la mairie. Je sais qu'il y a quelque chose d'écrit mais je n'arrive pas à le lire... et puis voilà... je vois l'Église... deux arbres...* ». Elle y être peut-être allée mais ne s'en souvient pas. À mon initiative, nous retirons le casque⁸⁹. Je l'invite à maintenir les yeux fermés et à prendre le temps de les rouvrir. Léonie évoque son souffle au cœur au retrait du casque. Elle précise que cela se manifeste lors de situations stressantes : « *il ne faut pas me bourlinguer parce que sinon, ça ne va pas du tout* ». Elle précise cependant qu'aujourd'hui, cela s'est bien passé : « *ah oui, ça a été. Il faut prendre le temps. Je vous connais déjà...* » et rappelle l'importance de « *ne pas lui imposer* ».

À ce propos, Léonie se souvient du téléphone qui servait à avertir son mari d'une insémination à effectuer. Elle se souvient qu'à chaque sonnerie, « *il fallait qu'on y aille tout de suite* » et ajoute : « *m'a-t-y énervée ce téléphone...* ». Lorsque son mari était absent, elle était chargée de prendre les messages. Elle considère que ce téléphone l'a empêchée de faire beaucoup de choses. Aujourd'hui, elle souhaite « *qu'on [la] laisse prendre le temps* » car elle ne « *peut plus* ». Elle revient de nombreuses fois sur ce téléphone qui « *sonnait sans arrêt* » et

⁸⁸ Léonie « boucle » sur certains sujets de discussion sans qu'ils ne fassent émerger des associations d'idées, ce qui me donne le sentiment qu'il n'y a pas de fil associatif sur lequel pourrait s'articuler l'entretien. Cette notion de « bouclage » fait référence à la répétition insistée d'un sujet de manière ininterrompue dont la même formulation est majoritairement employée (ex : « *il faut profiter de la vie avant qu'il ne soit trop tard... j'étais bien avec mon mari... Il faut profiter de la vie avant qu'il ne soit trop tard...* »).

⁸⁹ Dans mon transfert, je remarque une tension à faire porter le casque à Léonie. Je crains qu'elle ne se sente mal et n'attend pas qu'elle manifeste le moindre désir de retirer l'objet pour le lui proposer. Je me laisse probablement dépasser par cette crainte.

qui l'a « *beaucoup énervée* » et évoque le soulagement de ne plus l'entendre lorsque son mari s'est mis en retraite. Nous terminons la séance et Léonie rappelle son besoin de calme. Elle trouve que dans l'établissement, il lui est parfois difficile de le garder et revient sur ce souffle au cœur qui survient lorsqu'elle s'énerve. Elle note que ce cœur « *a été mis à rude épreuve... comme quand le téléphone sonnait...* ».

Vivre la désorientation

Lors de la séance suivante, Léonie se sent très mal. Elle s'agite et s'agace à propos de son impression d'être perdue, dit qu'elle « *ne sait plus qui croire* » et que « *tout le monde commande* ». Elle évoque « *le docteur* » de la clinique qui était respecté lorsqu'il donnait une marche à suivre, contrairement à l'EHPAD où elle regrette un discours différent d'une personne à l'autre : « *les filles disent... c'est vraiment le bazar ! Quand j'étais à la clinique, ce que disait le docteur... il fallait suivre les indications... et ils le faisaient. Ils faisaient ce qu'il disait... mais ici... les filles ont dit... tout le monde a dit... chacun fait à sa façon... chacun fait ce qui l'arrange...* ». Elle boucle sur « *les filles ont dit* » en relevant « *mais qui sont les filles ? On ne sait pas... et on ne sait pas non plus ce qu'elles ont dit...* ». Léonie me demande « *qui croire ?* » et ajoute qu'elle ne se sent pas aussi intelligente que « *les filles* », surtout dans cette situation qui lui donne le sentiment d'être bête.

Elle estime ne pouvoir faire confiance à personne dans ce lieu : « *je suis paumée... complètement paumée... que voulez-vous croire ? C'est compliqué !* ». Elle pense être présente à l'EHPAD depuis quelques jours et demande inlassablement « *mais qui croire ?* ». Léonie explique que les informations qu'elle reçoit « *vont dans tous les sens* », ce qui lui donne cette impression de ne plus rien comprendre. Elle cherche la vérité et se demande « *où elle est* ». Cette recherche d'une vérité introuvable lui confère ce sentiment de ne plus avoir confiance « *en rien* ». La situation est difficile car elle « *essaie de faire bien* » et se demande toujours si « *c'est la bonne chose à faire* ». Pour elle, la confiance donne de l'espoir. Elle mentionne plusieurs fois son médecin en qui elle avait confiance et qui l'a guérie. C'est la raison pour laquelle elle évoque l'idée qu'avec un sentiment de confiance, l'espoir que « *ça ira peut-être mieux* » serait de nouveau possible.

Léonie se souvient de la période de son opération. Elle ne peut la dater mais nous l'estimons aux alentours d'une quarantaine d'année plus tôt. Souffrant d'une luxation à la hanche qui l'empêche de marcher correctement, elle suit les conseils de son médecin et retrouve une mobilité satisfaisante. Inquiète pour ses filles que ce problème soit héréditaire, elle respecte scrupuleusement les conseils du médecin pour éviter qu'elles ne souffrent des mêmes

difficultés. Léonie estime que son écoute attentive et la mise en pratique d'une ordonnance médicale claire et lui ont permis de sauver ses filles. Nous faisons le lien avec la situation actuelle et Léonie pense qu'elle pourrait suivre les indications si elles étaient claires, mais il lui est impossible de les comprendre tant « *les filles* » tiennent un discours décousu et contradictoire.

Nous n'utilisons pas le casque de réalité virtuelle aujourd'hui. L'agitation de Léonie me place dans une position de doute quant à la possibilité de lui proposer d'observer un environnement. La question du transfert est à interroger ici, où je deviens moi-même réticent à l'idée d'utiliser l'objet médiateur et presque soulagé de ne pas lui avoir proposé. Cette tension ressentie en lien avec le casque de réalité virtuelle est toujours présente après cette séance où je me sens en difficulté dans le maniement de cet objet auprès de Léonie. J'éprouve toujours un sentiment d'appréhension avant de la rencontrer à nouveau la semaine suivante. Léonie se sent énervée parce qu'elle n'a pas envie d'être ici. Elle ignore la raison pour laquelle elle a « *été envoyée là* », ce qui alimente sa tristesse depuis la quinzaine de jours où elle considère être entrée dans l'établissement. Elle n'accepte pas de se trouver dans un hôpital alors qu'elle estime ne pas être malade et demande : « *mais qu'est-ce que je fous là ?* » en ajoutant à demi-mot : « *je ne peux pas dire que je le vis bien d'être là...* ».

Une voiture accidentée

Dans la mesure où Léonie ne garde qu'une impression diffuse de m'avoir déjà rencontré, j'essaie d'éviter de la mettre en difficulté en ne lui rappelant pas la fréquence de nos entretiens. Je décide pour cette séance de lui indiquer que j'ai pensé à elle récemment et que je souhaitais avoir son avis à propos d'une image. Elle accepte de la voir : « *je vais vous dire ce que je pense parce que je n'ai pas l'habitude de ne pas dire ce que je pense* ». Elle adopte une attitude très neutre vis-à-vis du casque et trouve une familiarité avec cet appareil dont elle pense qu'il peut être mis « *sur les yeux* ». Elle n'évoque pas de souffle au cœur ou de symptôme physique et dit simplement – lorsque j'effectue les réglages – qu'elle « *ne voit pas très clair* ». Sans appréhension, elle met le casque et décrit sa perception visuelle : « *je vois des voitures... trois... quatre voitures... toutes l'avant vers moi... je ne vais pas vous dire que ce sont des voitures accidentées, je n'en sais rien... celle-là a l'air abîmée devant... il y a un cadre devant qui est posé dessus...* ». Elle demande à retirer le casque en indiquant que sa tête commence à tourner. Nous l'ôtons immédiatement et poursuivons notre conversation.

Léonie décrit : « *j'ai vu des voitures toutes alignées, l'avant vers moi* ». Elle suppose que ces voitures sont en attente d'être réparées malgré leur état. Elle revient sur la notion

d'accident : « *on pense aux accidents quelque fois... celui qui était dedans... le pauvre... il a dû avoir peur...* ». Elle ajoute : « *parfois, quand on est sur la route, ce n'est pas soi qui provoque l'accident, c'est un autre qui vient taper dans nous... ça peut arriver ça aussi* ». Elle évoque de l'accident de voiture de son mari lorsqu'il travaillait. Les voitures accidentées lui rappellent ce mauvais moment dont elle préfère ne pas se souvenir. Elle répète à plusieurs reprises : « *quand je vois des voitures accidentées, je me dis oh là là, le pauvre malheureux qui était là-dedans... a-t-y dû avoir peur !* ». Léonie trouve que cela peut être « *traumatisant* » car « *il y'en a qui roulent comme des dingues* ». Elle ajoute : « *l'autre jour, on parlait justement quelqu'un qui a eu un accident comme ça oh... il était bien, il ne faisait rien de mal et... il s'est fait... par une voiture... il a eu un accident et il est assez blessé* ». Elle pense qu'il « *va s'en remettre* » et note la multiplicité de ces situations aujourd'hui. Si elle-même ne conduisait pas, elle se souvient qu'elle n'était « *jamais vraiment tranquille* » quand son mari partait en voiture car elle craignait qu'il ne lui arrive « *quelque chose* ». Aujourd'hui, elle admet utiliser moins souvent la voiture qu'autrefois mais ajoute que « *quand on est sur la route, on ne peut pas dire qu'il n'arrivera rien parce qu'on ne sait pas... si vous, vous conduisez bien et prudemment, un autre peut venir vous accrocher et...* ». Elle laissera la conséquence en suspension dans cette séance qui marque la fin de nos entretiens.

Bilan de nos entretiens et dynamique transférentielle

J'ai rencontré six fois Léonie dans le cadre de ce travail de thèse dont le protocole initialement établi pour la réalisation de la médiation thérapeutique a été largement remanié. Il a été nécessaire de modifier plusieurs points en raison de ses troubles mnésiques, notamment dans la façon de gérer la continuité des entretiens. S'il était impossible pour Léonie de se souvenir de la séance précédente, il était indispensable de recueillir son consentement pour chaque séance et d'expliquer à nouveau la raison pour laquelle le dispositif était présenté. Par ailleurs, il n'était pas pertinent d'organiser des horaires pour nos entretiens et l'instabilité psychique dont faisait preuve Léonie m'a mis en situation de doute permanent quant à la possibilité de réaliser ces séances. Cette situation a créé en moi un sentiment d'insécurité d'autant plus accentué par la crainte que la réalité virtuelle ne produise des effets négatifs. L'utilisation de cet objet de médiation a ainsi généré un ressenti difficile chez moi qui a directement concerné la possibilité ou non de le proposer à Léonie.

Après les séances

Après ces séances de médiation thérapeutique, je continue à rendre visite à Léonie pour maintenir un lien avec elle. Ses relations avec l'équipe institutionnelle se dégradent rapidement

: elle refuse les soins, l'aide à la toilette, et s'oppose à la demande répétée des soignants de lui faire ranger ses affaires dans son armoire. Elle se plaint aussi de diarrhées que l'équipe ne constate jamais. Sa confiance s'érode et Léonie devient plus agitée et agressive, ce qui l'amène à recevoir un traitement médicamenteux plus fort qu'elle refuse de prendre. De plus en plus triste et fatiguée, Léonie continue de se croire à l'hôpital et demande à rentrer chez elle. Son état de santé se dégrade avec des œdèmes très importants, la chute de ses cheveux à cause de démangeaisons du cuir chevelu qui ne seront jamais soulagées malgré l'essai de nombreux traitements. Des douleurs aux talons empêchent finalement Léonie de se tenir debout. Elle tombe beaucoup et s'essouffle très rapidement : le plus souvent alitée, elle décrit une sensation d'étouffer. Elle décède moins d'un an après nos entretiens.

Éléments d'interprétation du cas clinique

Léonie associe d'abord la vision au vieillissement, en précisant combien sa vue *n'est plus aussi bonne*, avant de mettre l'accent sur le lien entre la vision et la vie : « *quand vous ne voyez plus rien, vous ne vivez plus* » ; « *la vue, c'est la vie* ». Le refus de voir s'inscrit dans la dynamique psychique de Léonie de manière globale. Elle refuse de voir cette maladie qu'on lui a diagnostiqué et voudrait juste rentrer chez elle. De plus, Léonie désinvestit les nouveaux souvenirs potentiels et délaisse ses capacités cognitives, ce qui alimente le diagnostic d'une pathologie démentielle. La possibilité d'une réaction défensive contre l'effondrement dépressif peut être questionnée dans ce cas, auprès de cette résidente qui refuse catégoriquement toute tentative de stimuler sa mémoire⁹⁰. Dès nos premiers échanges, nous composons avec l'ambivalence de ce qu'elle peut voir ou non.

Les angoisses de castration confrontent Léonie aux limites inacceptables de la mort de son mari ou de son entrée en EHPAD pour ne citer que les plus prégnantes. Ces problématiques dérivent sur le somatique en se déployant sur les sphères cognitives et sensorielles : Léonie commence à perdre la mémoire, elle ne sait plus où elle se trouve, elle voit de moins en moins bien... Elle a cessé de construire de nouveaux souvenirs et reste enfermée dans ce mouvement de déconstruction et de déprise pathologique. Léonie désinvestit la vie et semble presque en état de mort psychique. Elle se trouve envahie par ce qui relève de la pulsion de mort dans le sens du retour au néant. À l'inverse, voir et se souvenir seraient du côté de la vie. Je tente alors de la réanimer psychiquement en déployant un dispositif susceptible de l'aider à construire à

⁹⁰ Elle refuse fermement de participer aux activités menées au PASA.

partir de sa mémoire et de son associativité. Mais ce qu'elle pourrait observer dans le casque risque de la confronter à ce qu'elle ne veut plus voir et Léonie n'investit pas la réalité virtuelle.

Progressivement, une inversion s'opère et pose la question de ce qui pourrait se passer si Léonie voyait ce qu'elle redoute dans le casque. Ce qu'elle craignait de voir, c'est maintenant moi qui n'ose plus le lui montrer. Cette inversion traduit la dynamique transférentielle de ces entretiens et signe notamment un processus d'identification à Léonie dans son vécu à l'EHPAD. Son ressenti reflète le mien à propos des dysfonctionnements institutionnels. Dès lors, lui proposer le casque pour aller bien dans l'institution, c'est aussi me faire du mal à moi-même, en tant que représentant de l'EHPAD. Une situation paradoxale qui crée cette tension psychique qui me traverse pendant nos entretiens. Son comportement vis-à-vis du casque attaque également ma fonction psychothérapique en soulignant l'inefficacité de mes propositions. Léonie me place dans une position de maltraitant. Je me sens sous son emprise, de la même manière qu'il y a une emprise sur elle, de sa famille et de l'équipe soignante qui l'obligent à être là et à y rester. Cette impression d'être forcée à faire des choses qu'elle ne veut pas se rejoue alors. La proposition d'utiliser le casque s'inscrit dans cette dynamique et me donne l'impression de la forcer à répondre à ma volonté. Le transfert sur l'objet marque une ambivalence similaire : Léonie ne veut pas être à cet endroit-là, elle ne veut pas de l'EHPAD, elle ne veut pas de la réalité virtuelle.

L'utilisation de la médiation ouvre un choix entre l'acceptation ou le rejet. Le positionnement de Léonie passe par ces éprouvés somatiques pour signifier son choix. Si elle ne mentionne jamais sa volonté ouvertement (j'ai envie/je n'ai pas envie), elle insiste sur ce *souffle au cœur* qui conditionne l'utilisation du casque. Ce cœur « soufflé » fait le lien entre le refus de voir et les souvenirs qui émergent comme des reviviscences. Léonie le décrit comme une sensation physique liée à la tension nerveuse. Elle l'associe à cette période ancienne où le téléphone sonnait pour annoncer le travail de son mari. Cela troublait leur intimité, ce qui a beaucoup énervé Léonie. Cette sensation désagréable concerne également sa vie actuelle où il lui est parfois difficile de garder son calme. Ce ressenti passe par le corps en formalisant au passage la souffrance de Léonie et relie le passé au présent. Léonie ne peut pas se réfugier dans les souvenirs de son passé parce qu'ils appuient la difficulté du moment actuel (perte de son mari, entrée en institution...) et le présent teinté d'incompréhension et de souffrances physiques n'est guère plus acceptable. Il ne semble plus rester d'espace temporel convenable entre le passé et le présent. Si le moyen d'accès au passé devient difficile à mobiliser, la menace psychique de certains souvenirs pourrait éclairer la question de cette mémoire troublée.

6.6 Véra

Véra est entrée dans l'EHPAD il y a environ trois ans parce que le quotidien était devenu trop difficile à assumer sans aide. Auparavant, son mari était agriculteur et elle s'occupait de leurs sept enfants. Il est décédé d'une leucémie voilà bientôt 30 ans. Véra parle beaucoup de ses enfants et de la fierté de leur avoir permis de « s'élever ». Les études qu'ils ont suivies et la place professionnelle qu'ils occupent font dire à Véra qu'ils ont « réussi » leur vie. Lors d'activités ou de rencontres avec d'autres résidents, cette femme de 95 ans parle souvent du décès de l'un de ses enfants. À qui veut l'entendre, elle énumère fréquemment le parcours de chacun de ses enfants en terminant par le drame d'avoir perdu l'un d'eux. Lors de notre première rencontre, je suis surpris par cette répétition qui semble inlassable de ces moments de sa vie.

Véra participe aux activités du PASA et je l'ai déjà rencontrée dans ce cadre. Elle parle fréquemment de certains sujets, notamment de ses enfants, sans tenir compte du contexte de la conversation de groupe et poursuit ses propos indépendamment de la situation. Elle se met ainsi facilement en décalage par rapport au reste du groupe, ce qui ne semble pas la perturber, bien qu'elle le remarque (« *je devrais m'arrêter de parler maintenant* »). Ce discours « sans actualisation » contextuelle semble représentatif du vécu de Véra qui indique souvent qu'à force de s'en remettre aux autres et d'avoir besoin d'aide, elle a fini par oublier ce qu'elle savait. À ce propos, je remarque que si la situation le lui permet, elle va au bout de son (long) discours, ce qui met souvent le personnel soignant mal à l'aise car hésitant entre une position d'ignorance et d'écoute. L'équipe a l'impression qu'elle répète toujours les mêmes choses mais aussi qu'elle comble le vide lorsqu'elle fredonne une sorte de chanson presque en permanence⁹¹. Ce comportement agace les autres membres du groupe qui montrent peu d'empathie et d'amitié pour Véra. D'après l'équipe, elle « *n'est pas concentrée* », « *dans sa bulle* » et il est difficile de l'en sortir, notamment pendant le soin où elle n'accompagne pas le mouvement et se montre totalement « prise » par son discours. D'ailleurs, elle parle très lentement et articule peu, ce qui donne souvent une impression de longueur, comme un instant interminable quand je l'écoute.

Lorsque je présente le dispositif à Véra, elle indique avoir un peu peur de ce casque mais accepte tout de même l'utiliser. Elle retire ses lunettes et observe l'environnement de présentation « éoliennes ». Restée assise en raison d'une position debout vacillante, elle regarde peu autour d'elle mais oriente la tête de haut-en-bas sans problème. Elle pense reconnaître un

⁹¹ Ce qui sera également le cas lors des séances : elle chantonne ou marmonne dès qu'elle ne parle pas.

lieu précis « *le Mont des Alouettes* » et explique qu'elle y passait avec ses parents lorsqu'elle avait environ sept ans. Elle évoque la fierté de passer ce lieu très impressionnant lorsqu'elle le racontait à ses camarades de classe. C'était une expérience « *incroyable* » pour un enfant et, bien qu'aujourd'hui cela ne lui semble plus si extraordinaire, elle s'en souvient avec plaisir. Véra n'aborde pas le sujet du casque. Ce matériel ne lui évoque rien de particulier et elle se montre plus sensible à la possibilité de participer à une recherche. Elle demande : « *vous allez écrire un livre avec ce que je vous dis ?* ». L'idée de m'apporter en tant qu'étudiant-chercheur et que ses propos puissent être rédigés dans un travail de thèse la motive. Sans cela, elle se sent trop vieille. Elle accepte ainsi de participer à l'étude et m'invite à revenir la voir dans ce cadre.

L'amour du travail bien fait

Véra ne se souvient pas du casque quand je retourne la voir quelques jours après pour la première séance. Ce matériel ne lui évoque rien mais elle accepte de le porter. Je lui propose de choisir un endroit familier. Sa recherche est précise et témoigne d'excellentes capacités de reconnaissances des photographies⁹². Elle retient deux photographies, celle de bâtiments de ferme et une autre image qu'elle met de côté en indiquant qu'elle montre « *la Mésangière*⁹³ », l'endroit où elle a grandi. Il s'agit de l'image du tracteur qu'elle décrit sans difficulté quand elle la regarde dans le casque : « *c'est un tracteur, quand j'étais à la Mésangière il n'y en avait pas mais maintenant il y en a... Ah mais c'est dans un hangar. Je reconnais mal le hangar* ». Elle n'est pas sûre de reconnaître la Mésangière : « *vous savez je n'y habite plus alors... je ne suis pas sûre...* ». Véra trouve que cela ne lui fait « *absolument rien* » d'être dans cet endroit. Elle continue de le décrire en parlant du fumier qui lui fait penser à une stabulation. Elle suggère qu'il s'agisse d'une photographie prise à la Mésangière telle qu'elle est devenue maintenant. Elle ajoute « *ce n'est pas un endroit où j'ai vécu. Ce n'était pas comme ça. Maintenant, je me trouverais bizarre pour être là-bas* ».

Elle décrit le retrait du casque comme une transition : « *c'est passé, c'est autre chose. Il n'y a pas de comparaison* ». Elle continue à réfléchir à haute-voix : « *il n'y a pas la maison. Simplement la grange et le tracteur. Il y a pas la maison de la Mésangière, il y a même pas les animaux. C'est ça tout à l'heure hein ? Ça j'ai remarqué oui* ». Les yeux clos, elle explique qu'il n'y avait pas de tracteurs quand elle y vivait et que le travail des champs était assisté par

⁹² Véra décrit correctement les différents éléments des images.

⁹³ Véra porte le nom de famille Mésange. Elle souligne souvent cette précision en évoquant « *les Mésange de la Mésangière* ».

les bœufs. Elle associe ce travail agricole au caractère de son père, ce qu'elle répète très régulièrement même en dehors de nos entretiens : « *Nous avons un papa qui aimait le travail bien fait. Je le dis toujours... je dis : Papa il était juste* ». Elle tape sur la table avec sa main en répétant : « *Papa, il était juste* ». Véra estime que la justice, c'est de ne pas tricher même quand c'est possible. La Mésangière appartenait à une femme très riche et son père aurait pu tricher « *les jours de battage, en mettre plus dans son sac que dans celui de la propriétaire* ». Elle répète plusieurs fois : « *il y avait un esprit de justice. Mais c'est très vrai, c'est très vrai ce que je vous dis* » et ajoute « *c'était notre vie à la Mésangière : l'amour du travail bien fait* ». Véra associe la justice à l'honnêteté : « *il faut être francs les uns avec les autres. Ça a été notre esprit, nous n'avons pas été formé autrement oui...* ».

Je reprends la première image qu'elle avait mise de côté et lui propose de la visionner dans le casque. Il s'agit de l'environnement « village ». Dès le premier instant où elle regarde dans le casque, Véra remarque : « *c'est pas la Mésangière ça... je sais pas ce que c'est mais c'est pas la Mésangière* ». Selon elle, il s'agit de débarras de ferme qu'elle ne connaît pas du tout : « *je ne vois pas d'étable... de toute façon, il y a rien...* ». Cet endroit ne lui évoque rien de particulier : « *c'est tellement différent de ce qu'on a vécu, pour moi, il n'y a pas de comparaison... c'est pas du tout ça* ». Véra trouve que cet endroit « manque de plaisir » et estime que quelque chose manque sans qu'elle ne sache de quoi il s'agit. Quand nous retirons le casque, elle trouve bizarre de revoir son « intérieur ». Je questionne son ressenti à propos de ce qu'elle vient de voir et la différence avec ce qu'elle regarde maintenant. Elle reformule la question : « *de ce que j'ai vécu à ce présent-là ?* ». Elle trouve cela « sans comparaison » et revient sur son vécu à la Mésangière : « *nous avons eu des parents qui ont fait ce qu'ils ont pu... Mon père était travailleur, il avait l'amour du travail bien fait...* ».

Lors de la séance suivante, Véra se souvient que je suis déjà venu avec ce casque, mais a oublié sa fonction. Elle visionne l'environnement « échelle » en orientant légèrement la tête sans chercher à regarder plus loin que les limites de son champ visuel. Je remarque à ce propos qu'il m'est difficile de la laisser observer librement et je me surprends à l'inviter à explorer l'environnement en regardant autour d'elle. À ce moment, il m'est très important qu'elle puisse « voir tout ». Elle ne cherche pas à décrire ce qu'elle observe. L'échelle positionnée dans l'arbre l'interpelle et Véra se demande à quoi elle sert : « *ils sont en train de cueillir des fruits ?* ». Comme elle ne voit pas les fruits, elle suggère finalement qu'il y ait un nid d'oiseau dans l'arbre sans expliciter davantage le lien entre l'échelle et le nid. Véra n'aime pas cet endroit car il lui fait peur. Elle insiste sur « *le fond sombre* » derrière l'arbre et précise que lieu lui évoque de la

solitude et de l'isolement. Nous retirons le casque et Véra continue de la décrire comme si elle voyait encore cet arbre sous lequel elle aurait pu s'asseoir pour lire. Elle se souvient de la lecture de son premier livre, quand elle gardait les moutons au pied d'un arbre similaire. Cette expérience est très importante pour elle car c'est le moment « *la foi est arrivée* ». Il s'agissait d'un livre religieux qui l'a passionnée et la lecture de cet ouvrage lorsqu'elle avait une dizaine d'année a été très importante dans toute la vie de Véra : « *Ce livre m'a marquée à vie. Il m'a imprégnée de quelque chose* ». Elle répète plusieurs fois cette première expérience de lecture et le temps où elle gardait les moutons sans associer davantage. Je lui propose alors de visionner un autre environnement.

Elle observe l'environnement « petit bourg » et indique rapidement qu'elle ne connaît pas cet endroit. Elle considère spontanément qu'il ne correspond pas au bourg dans lequel elle a grandi. Véra remarque les passants et suggère respectivement leur métier : « *là, c'est l'instituteur qui rentre à l'école* » ; « *là c'est peut-être Monsieur le Curé... ah non, c'est la maîtresse d'école qui s'en va...* ». Cet endroit lui rappelle la maison de son enfance (« la Mésangière ») et son quotidien avec ce père qui « *avait l'amour du travail bien fait* » ainsi que « *la petite grand-mère* » qui habitait avec eux. Véra se souvient de cette femme et de sa vie dramatique : elle raconte la guerre et la perte d'un fils qui – voulant secourir son enfant de la noyade – s'est noyé à son tour. Véra demande si ce qu'elle dit m'intéresse. Lorsque nous terminons l'entretien, elle dit que ces souvenirs sont enregistrés dans sa tête et qu'elle aime en discuter avec moi « *parce que c'est vrai* ». L'entretien est difficile à clore car Véra enchaîne facilement sur une « boucle répétitive »⁹⁴. Elle ferme souvent les yeux pour raconter un souvenir. Ses lunettes restent d'ailleurs sur la table jusqu'à la fin d'entretien.

Remettre de l'ordre pour s'y retrouver

La semaine suivante, Véra se rappelle de nos rencontres mais a oublié le casque. Elle ne se rappelle pas des environnements, excepté celui des bâtiments de la première séance : « *je me souviens qu'on avait vu des maisons* ». Je lui propose de visionner l'environnement « salle à manger ». Véra commence à décrire l'endroit. Sa description correspond à l'environnement présenté, excepté ce lit qu'elle voit au sol. Elle indique que « *ce n'est pas chez [elle]* » et qu'il ne s'agit « *pas d'un lieu qu'[elle] connaît* ». Elle « *essaie de comprendre* » où elle se trouve. La présence de magazines lui fait suggérer qu'il s'agit « *d'une chambre d'étudiant* », « *de garçon* » précise-t-elle en raison d'un certain désordre. Lorsque nous retirons le casque, elle

⁹⁴ Elle évoque dans les mêmes termes que précédemment l'amour du travail bien fait du père et son travail dans les champs.

indique : « *non ça ne me rappelle rien. Du tout du tout du tout... parce que bon j'ai mes enfants dans leur chambre... mais je passais derrière pour mettre de l'ordre. Ils faisaient même pas leur lit mes garçons* ». Elle évoque alors les logements étudiants de certains de ses fils qu'elle n'a jamais eu l'occasion de voir.

Nous approfondissons cette question de l'ordre et du rangement. Véra explique qu'elle ne se « *retrouverait pas dans un endroit pareil* » en raison du désordre. Pour elle, cela correspond à une personne « *qui n'a pas de goût... qui n'a pas d'ordre quoi...* ». Elle revient sur sa famille et ce père qui « *aimait le travail bien fait* ». Je lui demande ce qu'elle estime être un travail bien fait et Véra répond qu'elle « *aime l'ordre et le rangement du foyer* ». J'essaie de recentrer sur l'endroit qu'elle a vu mais Véra l'a oublié : « *je ne m'en souviens plus... ah mais vraiment j'ai rien retenu... je ne sais plus ce que j'ai dit... je sais pas...* ». Afin de l'aider à poursuivre son élaboration, je lui propose de visionner l'environnement « cuisine ». Elle déclare immédiatement qu'il y a beaucoup trop d'objets et qu'un grand rangement serait nécessaire : « *il y a trop de choses dessus [la cheminée] c'est tout embarrassé* ». Elle se demande « *comment faire pour travailler dans un désordre comme ça... il faut d'abord ranger... moi je serais perdue dans tout ça* ». Elle explique qu'elle-même a besoin d'avoir un intérieur bien rangé et semble faire le lien avec son équilibre psychique. Elle aime avoir des choses mais « *qu'elles soient à leur place* ». Elle trouve que l'environnement « *montre du gaspillage* » et « *que c'est une personne qui n'a pas d'ordre dans ses affaires. Alors si on n'a pas d'ordre dans tout ça, on ne peut pas avoir de l'ordre dans... sa vie !* ».

Nous retirons le casque et Véra revient sur cette période prémaritale où elle vivait à la Mésangière. Elle réévoque les valeurs de son père et évite mes tentatives d'associer à partir des environnements présentés en soulignant qu'elle ne se souvient pas de ce qu'elle a vu. Seules les notions d'ordre et d'honnêteté restent discutables dans l'après-coup. Véra explique finalement en montrant sa chambre que l'amour du travail bien fait peut se réaliser dans l'entretien du foyer. Pendant cette discussion, nous sommes dérangés par une soignante qui ne dira rien de son entrée inappropriée, ni du mot placé sur la porte qui était censé l'éviter. Elle demande à Véra de se préparer pour le repas et repart aussitôt. À ma grande surprise, et contrairement à moi, Véra n'est pas du tout dérangée et reste concentrée sur son propos. Elle n'a d'ailleurs pas remis ses lunettes pendant l'entretien et ferme beaucoup les yeux lorsqu'elle parle. À la fin de la séance, elle indique ne pas comprendre l'utilité de ce dispositif. Elle en a cependant parlé à ses enfants qui comprendraient bien l'intérêt. Je suggère que l'utilisation du

support de la réalité virtuelle a peut-être orienté notre échange sur la question de l'ordre, une remarque que Véra valide avant que je ne quitte la pièce.

Un miracle qui n'arrive pas

Lors de la séance suivante, elle aborde spontanément le décès d'un de ses fils dans un accident de voiture et répète ce même instant de vie : elle revoit son fils bien habillé à l'occasion d'un dîner lui demander avant de partir : « *est-ce que je suis bien ?* ». C'est le dernier échange qu'ils ont eu : « *après, il est parti et il a eu un accident. Il est décédé...* ». Véra n'en dit pas plus et se met à parler de ses autres enfants plus joyeusement. Elle s'arrête ensuite de parler et demande « *oui ? C'est pour quoi ?* ». J'introduis la séance d'aujourd'hui et désigne le sac dans lequel se trouve le casque. Véra se souvient de cet « *appareil pour enregistrer* ». Elle « *commence à comprendre* » qu'elle va pouvoir regarder des « *vues* » et en discuter. L'environnement sélectionné au préalable pour cette séance était celui de la casse automobile et j'éprouve une certaine appréhension à lui montrer après ce qu'elle vient de raconter. Un fois le casque sur les yeux, Véra lève immédiatement la tête et indique qu'elle voit le ciel. Elle reste silencieuse un moment. Elle ne chantonne plus. Je lui demande ce qu'il y a autour d'elle : « *je vois toujours le ciel. Je vois une voiture en bas et un poteau en face. Et puis le ciel. C'est le ciel et les nuages que je vois. Un coin de ciel bleu...* ». Elle ne connaît pas cet endroit. En fixant toujours le ciel, elle demande : « *il va y avoir un miracle ? Tout d'un coup quelque chose qui va m'apparaître ? Je ne sais pas...* ». Je lui demande ce qui pourrait lui apparaître mais Véra répond seulement : « *je vois le ciel. Une partie en bleu et l'autre dont la grande majorité est quand même couverte* ». Je lui demande si elle aimerait faire quelque chose dans ce lieu et Véra répond qu'elle n'a « *rien à envier* ». Je lui demande : « *envier ?* », ce à quoi Véra répond : « *envie quoi* ». Elle ajoute : « *je ne vois pas... monter en avion peut-être... il y a peut-être une apparition tout d'un coup... mais je ne vois rien* ».

Véra ne dira rien de plus sur l'apparition et le miracle : « *je peux dire que ça m'inspire rien* ». Le sujet du ciel lui est plus évocateur : dans sa religion, le Seigneur est au ciel et Véra aspire à retrouver. Elle se lance dans une explication religieuse et je recentre infructueusement sur l'environnement qu'elle a observé : « *je me souviens pas...* ». Véra ne se rappelle pas d'avoir vu le ciel dans le casque. Je m'interroge sur cette façon particulière qu'a eu Véra de regarder dans le casque et lui propose de visionner un autre environnement pour vérifier si elle va lever la tête vers le haut également. Je cherche à observer si elle va reproduire ce comportement ou s'il peut être attribué à la nature de l'environnement présenté et lui propose de regarder le garage automobile dans la mesure où il est également en lien avec les voitures : Véra regarde autour

d'elle et ne lève pas la tête. Elle ne comprend pas de quoi il s'agit et décrit une sorte de hangar avec un moteur de voiture et de nombreux objets inconnus. Nous retirons le casque et Véra remarque que « *c'est comme avant. Tout est parti. Je ne m'attendais pas à quelque chose comme ça... je ne sais pas... vous avez des choses pour nous... je ne sais pas... bizarres mais on connaît pas... on n'a jamais suivi de choses comme ça. C'est pas du miracle. C'est pas du miracle* ». Je lui demande si elle aurait aimé que je lui montre un miracle : « *je sais que vous n'avez pas les possibilités... non... je demande rien. Il faut laisser faire les choses. Vous me feriez peut-être voir des choses qui me feraient mal alors j'aime mieux pas. Je reste sur mes positions : on est ce que l'on est* ».

Véra souligne sa surprise d'échanger sur ces sujets quand nous sommes une nouvelle fois dérangés au cours de l'entretien. Il s'agit d'une bénévoles de l'église qui malgré le panneau, entre dans la chambre pour venir la chercher. Véra lui dit « *revenez plus tard, je suis occupée* ». Elle ignore ses paroles et entre dans le salon pour commenter notre entretien et le casque posé sur la table. Véra insiste « *je discute avec un monsieur, vous pouvez partir* ». La bénévoles quitte la pièce en rappelant à Véra qu'il est bientôt l'heure de la messe. J'invite Véra à exprimer son ressenti à propos de cette séance mais elle ne se souvient pas des environnements. Elle aborde longuement sa famille et l'écriture d'un livre qu'elle propose de titrer « *une vie de famille* ». Je lui fais remarquer qu'elle parle souvent de sa famille, mais que je sais finalement peu de choses sur Véra elle-même. Cette dernière se met à réfléchir et raconte presque immédiatement la perte de son fils. Elle ne sait pas quoi dire de plus et préfère confier aux autres le soin de parler d'elle. Véra indique en fin de séance qu'elle aime beaucoup discuter. D'ailleurs, elle se demande si elle va aller à la messe finalement⁹⁵.

Entre un immense désordre et un ordre étroit

Avant de rencontrer Véra pour la dernière séance, je remarque une crainte importante de ne pas pouvoir terminer les entretiens avant de m'absenter pendant trois semaines. Je veux éviter cette longue coupure car la continuité est difficile à travailler avec Véra. Je me sens pressé de faire cette dernière séance pour « clore » le suivi tout en craignant que nous ne soyons dérangés pendant l'entretien. Pendant la séance, l'heure m'inquiète également : je vois midi arriver et Véra va devoir aller manger. Je sais que l'heure passant, quelqu'un finira par venir la chercher qu'il y ait ou non le panneau sur la porte. Ce ressenti s'articule nettement avec le discours de Véra qui introduit la séance en disant : « *nous n'aurons pas le temps, vous arrivez*

⁹⁵ C'est pourtant très important pour Véra qui ne manque jamais une célébration.

trop tard ». Finalement, ce sentiment de manquer de temps se maintient tout au long de l'entretien.

Bien que Véra ne se souvienne pas du casque, elle retire spontanément ses lunettes dès que j'installe le matériel. Elle visionne le *champ* (labouré, dans le brouillard) et remarque à quel point l'espace est grand. Elle pense que c'est pour faciliter le passage des tracteurs parce qu'auparavant, les champs étaient plus petits. Véra ne connaît pas cet endroit. Elle insiste sur l'immensité de l'espace et le travail du labour. Nous retirons le casque et elle remarque la petitesse de l'espace de son logement en comparaison avec le champ qu'elle vient de voir. La brièveté de cette observation, mais aussi l'absence d'éléments associatifs me poussent à proposer à Véra de visionner autre chose. Elle regarde le *champ 1* qu'elle décrit beaucoup plus facilement que le premier. Elle n'aime pas cet endroit qui « *n'est pas en ordre* ». Elle porte encore le casque quand je lui propose de comparer avec le premier champ qu'elle a vu mais elle ne s'en souvient pas. Elle accepte de le revoir et garde les yeux fermés pendant que je lui retire le casque et sélectionne le premier champ. Elle rouvre les yeux à ma demande et regarde à nouveau cet espace sans transition avec l'endroit réel de sa chambre. Elle le trouve mal labouré : le travail n'a pas été bien fait. Après avoir retiré le casque, Véra trouve que cela ne lui a « *pas fait l'effet d'un champ de maintenant parce que les agriculteurs aujourd'hui font du bon travail* ». Elle pense plutôt que c'est un « *champ imaginé* ». Je propose à Véra de chercher un lieu plus « ordonné » dans les photographies. Elle choisit la salle de classe qu'elle estime répondre à ce critère. À travers le casque, elle observe que les allées sont petites et que « *c'est trop serré* » : les élèves pourraient tricher les uns sur les autres ou s'agacer parce qu'ils sont trop près.

Évolution des séances et dynamique transférentielle

Dès le début de nos entretiens, Véra montre un rapport particulier à la mémoire, au souvenir et à la transmission. Sur la base d'une observation qualitative, elle ne semble pas présenter de troubles mnésiques : elle suit facilement le fil d'une discussion, nos échanges sont fluides et elle se souvient aussi bien d'événements récents que de moments anciens. Pourtant, elle se comporte d'une façon similaire aux personnes atteintes de troubles mnésiques rencontrées pour cette recherche : Véra ne se souvient de presque aucun des environnements qu'elle a regardés dans le casque. Elle ne semble pas garder de souvenir conscient de ces lieux, que ce soit d'une séance à l'autre ou lors d'une même séance. Cette position évolue peu au fil des échanges à travers la mémorisation implicite de Véra du fonctionnement du casque et du dispositif thérapeutique. Elle retire spontanément ses lunettes et explique qu'il permet de

visionner des « vues » et d'en discuter ensuite. Pourtant, Véra semble totalement détachée de la composante matérielle de la réalité virtuelle qu'elle oublie d'une séance à l'autre.

L'utilisation de la réalité virtuelle auprès de Véra révèle une certaine peur, notamment après avoir regardé dans le casque. Cependant, elle reste indifférente aux endroits observés qui ne lui font « *absolument rien* ». Elle peut ainsi regarder les environnements jusqu'à la fin sans rien dire sur son impression liée à la réalité virtuelle. Véra considère que le casque montre des « *vues imaginaires* », qu'il permet de voir « *des choses qui n'existent pas* » mais aussi d'observer le passé. Elle reste ambivalente sur ce dernier point : « *le passé, on ne le revoit pas. Il faut que ce soit du présent... ou bien il faut que ce soit reproduit par autre chose... On ne peut pas le revoir par les yeux, mais on revoit surtout le passé avec sa tête* ». Lors de la dernière séance, elle explique que le casque « *rappelle quand même... ça nous met des choses dans la tête parce que nous avons vécu...* ».

La transmission est au cœur des séances avec cette volonté de témoignage et de conservation que Véra retient comme la raison principale de nos entretiens. Elle demande régulièrement si je vais « *écrire un livre* » avec ses histoires et se souvient parfaitement du cadre de recherche dans lequel s'inscrivent les séances. Elle mentionne cette « *enquête* » sur sa vie en rappelant souvent que je pourrai utiliser ce qu'elle dit parce que sa voix est enregistrée par le casque. Elle demande plusieurs fois si elle dit « *les bonnes choses* » en fin de séance et manifeste son envie de « *dire ce qu'il faut* » et d'apporter. D'ailleurs, elle semble élaborer très peu psychiquement : elle dépose seulement. Elle donne dans ces séances qu'elle vit comme une interview, mais ne questionne jamais sa propre responsabilité dans son parcours, ni même dans les séances où elle se positionne passivement. Il n'y a pas de prise de conscience et le dispositif s'inscrit comme un support de projection qui respecte la limite de ses mécanismes de défense. Dans le cas de Véra, l'utilisation de la réalité virtuelle met en lumière ces mécanismes sans lui permettre de les dépasser et illustre à quel point il lui est impensable d'exprimer ses propres ressentis.

À chaque séance, j'ai proposé deux environnements à Véra, ce qui n'a été le cas pour aucun autre participant. Je lui ai même proposé de visionner trois environnements lors de la dernière séance. Surpris de m'en apercevoir seulement à la rédaction de ce cas, c'est également à cette occasion que je remarque la nécessité de reformuler presque chaque phrase liée à la présentation des environnements virtuels. Spontanément, j'ai presque toujours écrit « nous visionnons », alors que ce n'est pas réellement le cas. Je supprime ces « erreurs » en réécrivant le texte, mais leur répétition semble significative à décrire dans l'après-coup. Ces éléments

illustrent également la difficulté d'élaborer le cas clinique de Véra. Cela renvoie à un sentiment de sidération dans une sorte de dépôt psychique. J'ai adopté une position de témoin impuissant qui n'a pas permis la reprise et l'élaboration. Cette position relève possiblement de l'abolition de la continuité des séances, mais aussi du discours de Véra.

Après les séances

Nos entretiens se poursuivent jusqu'à s'interrompre pendant plusieurs mois où je continue cependant à rencontrer Véra au PASA. Son état de santé psychique qui semblait stable jusqu'alors marque un virage inattendu et très préoccupant. Véra formule des propos suicidaires auprès de plusieurs soignantes et se trouve brusquement en grande souffrance psychique. Très anxieuse de se donner la mort pendant la nuit sans en avoir conscience, elle évoque ses rêves qui contiennent des pensées dont « *il ne faut pas parler* ». Les journées se passent sans heurts mais l'arrivée de la nuit inquiète beaucoup Véra qui a peur de ses rêves et se demande ce qu'elle pourrait être capable de faire malgré elle. Au fil des séances, elle approfondit ce « trouble » antécédent au décès de son fils même si – précise-t-elle – cela n'a rien arrangé. Il remonte à ses 16 ans où Véra se souvient qu'elle « *voyait des pêcheurs partout* ». Il s'agit de choses répréhensibles, de mauvaises actions auxquelles Véra accordait trop d'importance selon elle, ce qui a fait naître une grande culpabilité qu'elle décrit lors de notre séance. Aussi loin que sa mémoire lui permet de remonter, Véra s'est toujours sentie coupable. Pour la première fois, elle décrit son enfance et poursuit avec son histoire personnelle. Elle n'a jamais parlé de cela avant et se sent soulagée d'avoir « *déballé son sac* ». Véra évoque ces « *troubles qui [lui] font voir le mal partout* » sans entrer dans les détails et précise qu'elle « *partira avec* ». Elle semble s'être souvenue de quelque chose qu'elle préfère ne pas dire. Il reste quelques jours avant que je ne quitte l'EHPAD et je considère alors qu'il est préférable de ne pas aller plus loin.

Juste après la fin de notre entretien, je suis rattrapé par une soignante qui m'interpelle au nom de Véra. Cette dernière souhaite me revoir « *parce qu'elle n'a pas tout dit* ». De retour à son chevet, elle explique que sa crainte de se suicider est toujours là. Elle y pense beaucoup et précise que « *l'enfer attend celui qui se suicide* ». Je lui fais part de mon association avec la notion de culpabilité : elle a pu se sentir coupable et que cette culpabilité s'exprime à nouveau. Véra répond « *oh, à mon âge...* » et se plonge dans une grande réflexion. Elle se souvient : « *vous savez, quand j'étais jeune, au confessionnal, j'ai inventé des histoires* ». Elle pense avoir fait du mal et se souvient de cette « *mauvaise chose* » : deux brins d'herbe formaient une croix sur le sol. Elle a placé son pied pour cacher la croix. Quand je la rencontre pour la dernière fois, quelques jours après cet entretien, Véra évoque ses « troubles » tout en précisant qu'elle ne

souhaite pas aller plus loin, puis parle de son fils décédé. Véra se donne une apparence joyeuse et insiste beaucoup sur notre relation de confiance. Nous terminons ce dernier entretien sur ces choses « *jamais dites à personne* » et l'importance pour elle d'avoir pu les exprimer. L'équipe soignante ne relève plus d'idées suicidaires et Véra n'en parlera pas jusqu'à mon départ de l'établissement.

Éléments d'interprétation du cas clinique

Le cas de Véra est marqué par le traumatisme du décès de son fils. Cette dernière semble vivre un deuil pathologique dont l'échec de la symbolisation produit ces répétitions qui « ennuient » la plupart de ses interlocuteurs. Cela se produit également lors des séances où son discours est majoritairement creux et ne fait pas émerger de contenu significatif. Il semble que nous nous trouvions mutuellement inintéressants, moi avec ce casque et elle avec ce discours creux et répétitif. Cela traverse le cas clinique, notamment lorsqu'elle demande si son propos m'intéresse, mais surtout dans mon transfert où je pourrais lui répondre que non. Le jeu autour du casque apporte plus de matière que le contenu manifeste des séances, mais reste pauvre et lassant. Véra oublie le casque presque à chaque fois, comme s'il était incorporé sans laisser de trace. Elle ne lui attribue pas de sens thérapeutique comme peuvent le faire d'autres participants mais questionne son utilité. Mis en difficulté par cette indifférence, je suis influencé par l'idée que l'utilisation de la technologie devrait produire des effets. Dans l'espoir qu'elle se mette à observer et à décrire pour associer, je réponds à mes propres attentes en multipliant les tentatives pour produire un changement chez Véra.

Celle-ci n'apprécie pas le casque et ce qu'elle voit qui ne correspond jamais à son désir (« *ce n'est pas un endroit où j'ai vécu, ce n'était pas comme ça ; il n'y a pas de comparaison ; de toute façon, il y a rien ; c'est pas du tout ça* »). Quand ils ne produisent pas d'indifférence, ils peuvent même lui faire peur. Cela ne lui convient pas et tout ce qui l'intéresse, c'est notre relation. Elle observe d'ailleurs une certaine méfiance à l'égard de cet objet qui lui fait peur dès le début des séances. La puissance qu'elle lui attribue pourrait relever de ma propre projection dont j'ai chargé l'objet. Elle le qualifie d'« *appareil pour enregistrer* » qui « *met des choses dans la tête* », ce que j'interprète comme une crainte de se faire voler des souvenirs précieux. Il est plausible qu'elle soit résistante au casque en raison de sa crainte qu'il ne prenne des morceaux de sa mémoire pour les afficher à l'écran. Véra ne se représente pas les environnements qu'elle voit dans le casque comme de vrais endroits extérieurs mais comme des formations créées par le casque pour elle. Ce rapport à la mémoire et au souvenir s'articule avec la notion de trace qu'elle semble vouloir laisser. Véra a peur d'oublier et semble vouloir

dire et répéter aux autres afin qu'ils se rappellent si elle-même n'y parvenait plus. Elle cherche à déposer cette trace avec l'espoir qu'elle s'inscrive enfin, comme une tentative d'élaboration psychique de ces éléments traumatiques non symbolisés.

Les notions d'ordre et de justice représentent les deux thématiques principales qui construisent son discours. Véra exprime d'ailleurs sa volonté de mettre de l'ordre et son aversion au désordre à partir de l'observation de plusieurs environnements. Elle pourrait vouloir que ce soit rangé précisément à cause de ces souvenirs récurrents qui sèment le désordre dans son esprit. Véra n'est jamais parvenue à mettre cet ordre chez elle, même si elle a tenté de le faire à l'extérieur. La notion de justice fait écho à l'injustice de sa situation traumatique. À ce propos, l'analyse de mon vécu transférentiel permet de comprendre à la fois ma fonction de dépôt, mais surtout de témoin impuissant et sidéré. Cela pourrait tout à fait traduire le ressenti de Véra lorsque le décès de son fils lui a été annoncé. L'environnement de la casse automobile est d'ailleurs si proche de ce traumatisme que j'hésite à le lui proposer. Il semble que Véra ait vu les voitures cassées avant de refouler cette image et d'aller chercher son fils au ciel. Elle dit qu'elle attend quelque chose mais ne mettra pas de mot sur ce dont il s'agit. Il est d'ailleurs surprenant de constater qu'après son observation, elle craint que je ne lui fasse voir « *des choses qui [lui] feraient mal* ». Ce n'est qu'après avoir oublié les environnements de la séance que Véra essaie véritablement d'adopter une position réflexive.

Véra semble « bloquée » dans le passé. Elle n'est jamais vraiment avec les soignants qui la trouvent « dans sa bulle », ni avec moi lors de nos entretiens. J'interprète mes tentatives d'exploration des environnements comme la volonté qu'elle puisse voir les environnements comme je les ai vus moi-même afin de réussir à nous rencontrer dans un espace commun. C'est aussi une explication à mon écriture lorsque je rédige « nous visionnons » alors qu'elle reste seule à regarder l'environnement. Je cherche à rejoindre Véra, ce qui n'arrive pas tant que nous utilisons le casque de réalité virtuelle. C'est après les séances de médiation thérapeutique que les entretiens s'enrichissent et que nous « réussissons » à nous rencontrer. Ses phobies d'impulsion traduisent la grande souffrance psychique de Véra. Ses associations amènent à cette culpabilité qui m'évoque celle d'une mère qui n'aurait pas pu protéger son enfant. Bien que ce ressenti précède le décès de son fils, il peut être interprété comme un souvenir écran rétrograde : le souvenir de ces mensonges au confessionnal et de ces mauvaises choses qu'elle voyait vient recouvrir celui du traumatisme de la mort de son fils. Véra a pensé à de mauvaises choses, mais elle l'a surtout fait après en envisageant le suicide. Elle aspire pourtant à retrouver son fils au ciel, ce qui est interdit par la religion à ceux qui se donnent la mort.

6.7 Charline

Charline découvre l'établissement dans lequel elle est entrée il y a environ deux mois. Elle n'arrive pas à se souvenir pourquoi et depuis combien de temps elle est ici, ce qui va dans le sens des « troubles cognitifs » mentionnés dans son dossier d'admission. Aucune information supplémentaire n'est disponible à l'exception de son refus de réaliser un bilan diagnostique. Le dossier médical de Charline n'est pas rempli et je n'en sais pas plus lorsque je rencontre pour la première fois cette femme de 90 ans afin de faire sa connaissance et de me présenter. Charline fait preuve d'un franc parler tranchant et n'hésite pas à critiquer ce qui ne lui convient pas. Elle aborde brièvement une résidente qu'elle qualifie « *d'emmerdeuse* ». Elle s'excuse de ses propos tout en ajoutant : « *mais bon, c'est le mot* ». Charline précise qu'elle « *dit les choses* » et induit rapidement un sentiment d'insécurité chez moi. Cette dernière parle facilement et son discours est fluide. Elle me comprend sans aucune difficulté et notre échange est riche tant sur le plan du contenu que sur celui du sens. Elle semble pourtant avoir d'importants troubles mnésiques qu'elle justifie par un réveil tardif juste avant que je n'arrive. Elle le rappelle lorsqu'elle cherche à se souvenir d'événements récents : « *je ne me souviens plus mais vous savez, quand on vient de se réveiller...* ».

Trouver sa place

Quelques jours plus tard, Charline semble ne pas se souvenir de moi et ne comprend pas pourquoi je viens la voir. J'évoque notre précédent entretien et son invitation à revenir la rencontrer. Charline valide cela comme si elle s'en rappelait et me propose d'entrer. Le son de la télévision est très envahissant et bloque ma concentration. Après avoir échangé un peu avec elle, je demande s'il est possible de le diminuer et elle décide d'éteindre le poste. Charline s'estime en excellente santé corporelle et précise ne pas « *[se] rendre compte* » de son âge, bien qu'elle le mentionne plusieurs fois « *j'ai 90 ans mais je m'en fous, ça ne fait rien* ». Pourtant, elle se sent « *mal dans [sa] peau* » et ressent un « vide » qu'elle associe avec sa désorientation : « *j'ai besoin de retrouver des repères ; j'ai besoin de repères* ». Ses oublis fréquents alimentent en permanence le sentiment qu'il « *manque quelque chose* ». Charline a besoin de s'intéresser à quelque chose et la télévision remplit cette fonction : elle cherche à ce que son esprit soit « *capté* » pour s'évader de cette chambre dans laquelle elle a « *l'impression d'être coincée... enfermée...* » (elle fait le mouvement de serrer contre elle, comme si elle faisait un câlin à une personne invisible).

Je lui propose de découvrir la réalité virtuelle dont je suggère qu'elle pourrait « capter » son esprit. Motivée pour utiliser ce matériel, Charline regarde l'installation d'un œil attentif. Je réponds alors à ses interrogations sur l'utilité des différents éléments. Depuis mon arrivée, elle est restée allongée dans son lit et je l'invite à se redresser. Elle s'assoit bien droite face à moi pour regarder dans le casque. Malgré l'absence de réglage optique et le retrait de ses lunettes, Charline parvient à lire le texte de réglage avec une fluidité impressionnante. Elle décrit cette grande colonne blanche en faisant le geste de rotation avec ses mains sans parvenir à retrouver le nom des éoliennes, ce qu'elle trouve pénible. Charline trouve que « *ça fait près* ». Elle exprime longuement la trop grande proximité de l'objet et ajoute que cela ne correspond pas du tout à la réalité. Je décide de l'inviter à retirer le casque. Charline décrit une nouvelle fois l'endroit observé avant de se demander à haute-voix : « *où ça se trouve ?* ». Elle poursuit : « *non, je ne sais pas... je cherche où je suis... pourquoi... qu'est-ce que je fais ici...* ». Elle se demande : « *c'est le pourquoi... pourquoi je suis là... qu'est-ce qui a fait que je sois dans une maison... je sais pas c'est pas une maison de retraite ? C'est quoi ? Je peux pas rester toute seule chez moi paraît-il... j'en sais rien... à la limite je suis perdue...* ». Elle ajoute « *j'en sais rien, c'est ce qu'on me dit... parce que je ne peux pas me faire à manger ou je ne sais pas quoi... il y a un vide... j'en sais rien* ». Nous terminons la séance et Charline accepte que je revienne pour poursuivre la réflexion à propos de cette impression de vide. Elle est d'accord pour voir d'autres endroits dans le casque dans le cadre d'entretiens réguliers.

Charline m'a oublié la semaine suivante. Je me présente et réintroduit les séances dans un objectif de continuité. Je rappelle notre discussion à propos de son envie d'être captée et intéressée. Allongée sur son lit, elle joue aux cartes pendant que la télévision bruyante répond à cette fonction de « *présence* ». Charline ne se souvient pas du casque et des entretiens précédents. Je lui propose de choisir parmi les images un lieu qui lui semble familier. Elle les prend et les regarde très rapidement, une par une. Elle les trouve sans intérêt. L'image de plage (planche 14) lui rappelle vaguement sa ville de naissance, Deauville. J'installe donc cet environnement dans le casque et Charline décrit immédiatement la précision avec laquelle elle voit le sable, « *mais en plus gros quand même* ». Il lui est difficile de trouver les mots pour décrire ce qu'elle observe. Assise sur son lit, Charline regarde autour d'elle sans se retourner complètement. Elle décide finalement que cette plage est sans intérêt. Elle ne la « *capte* » pas et « *ne rappelle certainement pas la plage de Deauville* ».

Après avoir retiré le casque, nous échangeons sur Deauville où Charline a vécu jusqu'à ses dix ans. En 1942, elle a déménagé à Paris et a vécu très difficilement cette période marquée

par la guerre. Elle souligne plusieurs fois combien il est difficile pour un enfant de ne pas pouvoir manger à sa faim et surtout, de ne pas comprendre pourquoi il est privé. Le regard dans le vide, elle raconte son souvenir de Deauville en décrivant ce village dans lequel son père passait avec son fiacre : il ne fallait surtout pas lui parler quand elle le voyait « *parce qu'il ne mélangeait pas la famille et le travail* ». Elle n'a pas plus de souvenirs que cette scène. Il n'est pas possible de lui demander des précisions car cela la met immédiatement en difficulté. Je lui propose alors de visionner un environnement de village – qui semble correspondre à son propos – et le recherche dans le casque. Charline continue de parler et change de sujet. Elle parle maintenant du jardin de sa maison... et tout en portant le casque pour sélectionner l'environnement, je décide de lui montrer le *terrain de pétanque* qui montre aussi un jardin et une maison⁹⁶. Elle trouve que ce lieu n'est pas réaliste parce qu'il est « *trop gros, trop près* ». Charline estime que « *ce n'est pas possible* » et que c'est cause de cela que ça ne la « *capte pas* ».

Au cours de notre entretien, Charline se lève pour se rendre aux toilettes. Elle est surprise à son retour parce qu'elle avait oublié que j'étais là. Je suis debout et elle trouve que je suis très grand. Elle se souvient que son mari faisait 1.85m et raconte qu'elle a divorcé après une dizaine d'années de mariage. Il était journaliste et Charline se trouvait « *diminuée* » ; « *pas à [sa] place* » vis-à-vis de lui. Elle n'a d'ailleurs jamais réussi à trouver sa place auprès de cet homme. Je suis marqué par le regard bienveillant et apaisé qu'elle dépose sur moi quand je quitte son logement. Il contraste nettement avec l'air de méfiance qu'elle affichait à mon arrivée. Charline sourit et me regarde partir. Pourtant, elle ne se rappelle pas de moi la semaine suivante et je dois me présenter à nouveau à cette femme qui accepte de me faire entrer chez elle. Elle a oublié le casque et les séances précédentes mais se montre intéressée par l'objet, curieuse de découvrir de nouvelles choses. Charline est allongée sur son lit, entourée de nombreux objets comme son téléphone, son sac, mais aussi des papiers, des vêtements... La télévision est toujours allumée à plein volume.

Un écho virtuel trop réel

Je lui propose de regarder l'environnement « échelle » et Charline se redresse pour regarder dans le casque : « *il y a une maison dans le coin, les arbres, une échelle de l'autre côté... un jardin, c'est peut-être un potager, je ne sais pas... je suppose. Il y a un truc, je n'arrive*

⁹⁶ Je ne fais pas preuve de continuité en lui proposant de voir un village alors que je lui montre finalement un jardin. J'essaie de suivre son discours, mais il change très vite et je fais ce choix en regardant le casque. Je suis alors isolé de la relation. Charline est d'ailleurs la seule à parler pendant ce moment.

pas à savoir ce que c'est... un truc en hauteur... je ne sais pas... ». Elle demande : « *c'est chez moi ça ?* » avant d'estimer l'absence totale de ressemblance et de poursuivre : « *mais c'est chez qui là ?* ». Elle n'aime pas cet endroit et répète que ce jardin ne l'inspire « *pas du tout* » en continuant de regarder autour d'elle. Charline se penche tellement qu'elle finit par se rallonger. Elle termine son observation allongée sur son lit et demande : « *qu'est-ce que c'est que cet endroit ?... Ça m'intrigue* ». Après avoir retiré le casque, Charline se souvient d'avoir vu « *un jardin, une maison...* » qui ne l'a pas « *inspirée* » : « *ça ne [la] captive pas* ». Elle ajoute ne plus s'intéresser à rien et évoque sa désorientation : « *qu'est-ce que je fais là ?* ». Elle poursuit : « *je vois un jardin enfin... un arbre... je voudrais bien savoir où je suis... c'est le vide dans mon esprit* ». Elle se demande si elle a pu être malade mais ne croit pas : « *j'ai pas eu d'opération, je sens pas* ». Elle se met à regarder attentivement autour d'elle : « *là, c'est l'éclairage... il y a une pendule là... la télé bien sûr...* » et commence à s'agacer « *pourquoi je suis là... oh je n'aime pas ça !* ». La tension devient palpable dans l'entretien, même si Charline reste plutôt calme⁹⁷. Sa voix est douce et elle ne s'agite pas, mais elle tient fermement à trouver une réponse à cette question. Notre tentative de chercher ensemble reste infructueuse.

Elle pense être allée quelque part – peut-être à l'hôpital – avant d'arriver ici dans cette « *sorte de maison de repos* », mais ne comprend pas pourquoi car n'a pas de problème médical. Cette incompréhension lui est très difficile et laisse entendre qu'il pourrait s'agir de la raison de son entrée. Consciente de l'avoir oublié, elle cherche des indices pour « *reprendre la mémoire* ». Elle décide alors d'allumer la télévision pour voir si quelque chose lui « *rappelle un souvenir* », pourrait la réorienter ou lui permettre de savoir pourquoi elle est là. Elle change de chaîne mais ne trouve pas de réponse. Malgré la volonté très forte de lui répondre, je m'entends à l'objectif de l'aider à trouver des indices, des éléments qui pourraient l'aider à mettre du sens sur sa recherche⁹⁸. Cette séance est particulièrement éprouvante et je crains de lui avoir fait du mal en réactivant ce ressenti de perte. Quand je quitte le logement de Charline, je lui témoigne mon souhait de l'aider et mon intérêt pour sa situation. Elle se demande si elle va aller manger quelque part et si quelqu'un va venir l'aider. Je lui explique qu'en général, cela se passe ainsi pour les gens que je rencontre ici. Charline se rassure un peu et espère pouvoir

⁹⁷ Mon souvenir de ce moment est particulièrement déformé à posteriori. L'enregistrement audio laisse entendre un entretien plutôt calme alors que je l'avais considéré très animé. Cette déformation semble en lien avec un ressenti subjectif difficile de ce moment passé avec Charline.

⁹⁸ La question de la place dépasse clairement celle de l'endroit et semble symptomatique (« *trouver ma place* »). J'estime que lui répondre directement pourrait ne pas produire de changement thérapeutique, et seulement l'apaiser jusqu'à la minute suivante où elle s'interrogerait encore sur cet endroit et les raisons qui l'ont amenée à y entrer. J'exclus l'hypothèse de l'anosognosie parce que Charline reconnaît ses troubles : elle les considère indépendamment de son entrée en EHPAD.

demander aux autres personnes si elles savent pourquoi elle est ici. Je lui propose de revenir prendre de ses nouvelles afin de savoir si elle aura pu avoir des éléments de réponse, ce qu'elle accepte volontiers.

Prendre de la hauteur et se déplacer

Lors de la séance suivante, Charline semble plus indifférente à mon arrivée dans son logement. J'ignore si elle me reconnaît mais elle se comporte comme si ma présence lui était familière. Elle m'invite à m'asseoir et éteint la télévision dès que je prends une chaine⁹⁹. J'ai l'impression qu'elle se souvient du casque mais Charline estime ne jamais l'avoir vu. Elle regarde l'environnement « salon d'une personne âgée » et demande « *c'est où ça ?* ». Elle ajoute « *j'ai pas habité peut-être ici... j'en sais rien...* » et déclare se sentir mal. La sensation d'être « *trop haut* » la gêne beaucoup et Charline demande à retirer le casque. Je le dépose immédiatement sur l'adaptable qui nous fait face et elle commence à aborder ce ressenti malgré un manque du mot handicapant qui l'agace.

Elle s'est sentie « *trop haut* » et cela l'a mise très « *mal à l'aise* » car elle a eu peur de tomber. Charline s'est sentie « *ailleurs... c'est comme si [elle] visitait quelque chose et que on... on me met dans cet endroit mais... je... c'est pas normal c'est... comme...* ». Elle poursuit « *je suis quelque part, mais pas normalement... c'est quelque chose que je vis... euh... je n'arrive pas à trouver les mots... Je suis quelque part, que je n'ai pas l'habitude ça, c'est sûr. Et cette sensation me gêne... me perturbe... j'aime pas ça, je me sens pas bien* ». Je l'invite à préciser cette sensation et Charline décrit « *un malaise* » ressenti à l'intérieur en désignant son ventre : « *cet emplacement où je suis il n'est pas normal. Ce n'est pas mon habitude d'être... perchée et puis euh...* ». Charline regrette de ne pas réussir à être plus précise. Je lui propose de revenir sur son observation. Elle décrit une maison dans laquelle il y avait deux pièces, enfin, plutôt une grande pièce séparée en deux précise-t-elle. Charline a l'impression de « *ne pas être chez [elle]. C'est agaçant... je suis quelque part mais... ce n'est pas mon habitude, je me sens pas bien* ». Elle ajoute : « *j'ai l'impression d'être peut-être dans une maison... Je vois une pièce avec... comme une bibliothèque* ». Elle voit le meuble mais devine seulement les livres. Le regard fixe, elle poursuit : « *et puis je descends* » en décrivant une pente sur le sol qui la mène à une autre pièce : « *on peut pas dire que je vis dans cette pièce tout en y vivant c'est... en y allant comme si c'était... je vis à moitié dans cette pièce... j'y mange je crois* ».

⁹⁹ J'ai voulu dire « chaise ». Je conserve l'erreur en la considérant comme un lapsus : j'aurais pris une chaine de la télévision pour la mettre dans le casque afin de « capter » Charline avec ce dispositif comme la télévision, ce qui renseigne sur la fonction que je donne au dispositif de réalité virtuelle.

Elle décrit ces deux pièces, l'une « *pour manger* » et l'autre pour « *s'occuper l'esprit* ». Charline se voit se déplacer pour aller manger « *j'y vais, j'y vais certainement plusieurs fois* ». Elle souligne l'importance des deux pièces et explique aimer les livres parce qu'ils la « captent ». Elle ajoute qu'elle aime bien manger et repense à ses parents : sa mère qui aimait préparer de bons petits plats et son père qui était gourmand. Elle associe à la période de la guerre où elle n'a pas pu manger à sa faim. Elle se souvient des soldats Allemands qui donnaient à manger à sa mère pour elle, sans toutefois la rassasier. Charline avait dix ans et se rappelle combien cette sensation de faim l'a marquée : « *vous voyez, j'ai toujours ce souvenir à 90 ans* ». Nous terminons la séance et elle se dit heureuse d'avoir discuté avec moi. Charline me « *trouve sympa* » et porte sur moi un regard bienveillant pendant que je quitte son logement.

Retrouver ce qui n'existe plus

Lors de notre séance suivante, elle m'invite à entrer sans afficher la méfiance des premiers entretiens. Si Charline ne se souvient pas de moi, elle apprécie mon attention d'avoir pensé à elle pour utiliser le casque. Elle sourit en évoquant sa curiosité de le découvrir. Elle visionne l'environnement « *casse automobile* » et décrit ces voitures cassées de façon très pragmatique : « *c'est des bagnoles à la casse. Il y a tous les capots qui sont ouverts...* ». Elle trouve que les voitures sont très proches « *comme si elles étaient à côté* », même si elles restent trop loin pour les toucher. Charline considère qu'il s'agit de « *rebuts* » de voitures, d'une « *poubelle* » où les « *bagnoles cassées sont réunies* ». Je l'invite à retirer le casque pour continuer la discussion. Charline semble prendre du plaisir à expliquer le fonctionnement de la casse : il s'agit de voitures dont on récupère les pièces pour en réparer d'autres. Elle attribue une certaine valeur à cet endroit qui permet de trouver les pièces de voitures qui ne sont plus fabriquées : « *les pièces détachées, ça vaut cher* ». Charline considère que les voitures qu'elle a vues « *ne se font plus ou [...] ne sont vraiment pas réparables* ». Elle associe avec le fait de se débrouiller et estime cette capacité comme une valeur qui la caractérise avant de souligner qu'ici, elle « *ne fait pas grand-chose* ». Elle poursuit : « *ce matin, je me posais des questions, je me disais qu'est-ce que je fais là...* » et pense que le temps va l'aider à « *reprendre la mémoire* ». Même si Charline se souvient du nom de l'EHPAD, elle se sent perdue et « *il manque quelque chose... [elle a] l'impression [qu'elle] ne vit pas...* ». Elle trouve précisément à ce moment que ses lunettes lui manquent. Je les lui tends et elle poursuit « *j'ai l'impression qu'il me manque quelque chose quand j'enlève mes lunettes* ». Elle trouve que c'est idiot et cela lui rappelle qu'elle « *perd la mémoire* ».

Elle poursuit « *j'ai l'impression d'arrêter de vivre, de ne plus savoir où je suis... non... ça me... c'est fatigant et ça ne me plait pas du tout* ». Charline n'arrive pas « *à se débrouiller* » parce que « *c'est nouveau* ». Pour elle « *il faut que ça bouge, il faut [qu'elle] s'intéresse... il y a quelque chose qui me manque j'aime pas ça... j'aime savoir ou m'occuper... un sujet quelconque mais... avoir quelque chose de... d'intelligent surtout pas des... des conneries... Bien sûr c'est bien les conneries, je ne dis pas le contraire, ça... que la vie c'est pas que du sérieux...* ». Pour elle, la vie « *passé comme ça* » et Charline se souvient d'avoir vécu de belles, mais aussi de mauvaises choses : « *celles-ci elles marquent à tout jamais* ». Elle poursuit : « *la perte d'un enfant... c'est une chose qu'on ne peut pas oublier* ». Charline a accouché prématurément d'un garçon à six mois et demi de grossesse et « *la vie, c'était pas pour lui* ». Son « *petit bébé* » est décédé à deux ans et demi, ce qui est resté insupportable pour elle. Elle trouve cela injuste et aurait « *préféré qu'il s'en aille à la naissance* ». Charline s'arrête tout à coup : « *oh j'ai... une sensation de... ça sent non ? Oh j'ai l'impression que je ne peux pas respirer... je ne sais pas ce que j'ai... ça me monte à la tête...* ». Un instant de repos plus tard, après avoir bu un verre d'eau, Charline se sent mieux. Elle évoque le repas du midi qui arrivera d'ici quelques minutes et nous terminons l'entretien sur des banalités d'usage.

De la fausseté virtuelle à une réalité maquillée

Lors de cette dernière séance, Charline demande ce que j'ai pour elle. Je lui parle du casque et elle est intéressée pour regarder. Je le sors de mon sac et elle le prend immédiatement dans ses mains avant de déposer près d'elle, sur le lit. Une fois le reste du matériel installé, je lui demande le casque. L'objet change ainsi de main jusqu'à ce qu'elle regarde l'environnement « *champ 1* » qu'elle trouve rapidement irréaliste et sans intérêt : « *c'est très loin* ». En regardant autour d'elle, Charline remarque un arbre et une maison un peu plus loin. Elle ne trouve pas cela agréable car il ne lui semble « *pas naturel* ». Elle regarde au sol et trouve que « *la terre est... c'est près et c'est pas près... c'est loin, mais amplifié... c'est comme si la terre elle est... comment définir...* ». Elle n'aimerait « *pas vivre là-dedans* ». Elle n'est pas gênée physiquement par ce casque que je propose tout de même de retirer. Pour la première fois, elle aborde la transition liée au retrait du casque. Elle trouve que sa chambre « *fait naturelle, comme si c'était vrai alors que l'autre était faux* ». Elle voit maintenant les choses « *normalement* » de manière moins amplifiée.

Elle aborde essentiellement l'aspect technique de la réalité virtuelle qu'elle tente de décrire malgré la difficulté de ne pas trouver ses mots. Elle trouve que cela faisait « *trop* », « *trop près, trop grossi* » et toujours cette impression « *que c'était faux* ». Elle aurait pu se

déplacer dans cet endroit, mais cela ne « *l'inspirait pas* ». Charline se demande si autre chose pourrait « *être plus explicite* » et l'intéresser davantage. Je lui propose alors de visionner un autre endroit, choisi à partir de ses nombreux objets et détails. Bien qu'elle le regarde avec attention, Charline décrit l'environnement « cuisine » de façon détachée : « *là il y a un frigidaire, un petit micro-ondes... sur le côté, il y a la porte...* » puis s'arrête sur son impression « *d'être à trois mètres de hauteur* » et de tout voir de très près. Afin d'éviter cet effet négatif d'une proximité trop importante, nous retirons le casque et abordons ce qu'elle a vu.

Charline décrit à nouveau le champ, comme si le fait d'avoir réutilisé le casque avait été totalement occulté. Elle ne le mentionne pas et décrit cet arbre, cette maison et ce champ. Elle regarde autour d'elle et commence à décrire ce qu'elle observe derrière sa fenêtre : « *la maison je la vois, là aussi... en face. C'est celle-là que vous m'avez fait voir non ?* ». Elle décrit un arbre et cette maison¹⁰⁰. Je lui demande comment elle trouve cet endroit, comme si elle portait le casque à nouveau. Charline le décrit une nouvelle fois et je lui demande si cela correspond à ce que je lui ai montré précédemment. Elle pense que c'est bien cet endroit qu'elle a vu, « *mais dans le casque, il était amplifié* ». Elle compare la maison qu'elle regarde à l'endroit où elle habite actuellement et trouve que « *c'est à peu près la même maison* ». Elle pense qu'il s'agit d'une maison de retraite et ajoute « *j'aime bien être chez moi mais je sais que je pourrais pas y rester... toute seule... pour y vivre pour... est-ce que je pourrais me faire à manger ? Est-ce que je pourrais... y vivre quoi... Sinon, j'ai toute ma tête* ». Charline se sent « *plus en sécurité ici* » et apprécie de voir d'autres personnes.

Elle évoque sa mémoire qu'elle trouve « *moins bonne qu'avant* » mais se rassure de bien se souvenir de sa vie, son métier par exemple. Son travail de secrétaire en maroquinerie était très important pour Charline car elle tenait à rester active et indépendante. Elle commence à évoquer ses problèmes de mémoire et indique brusquement : « *oh ça me manque mes lunettes... c'est terrible, je ne vois pas normalement* ». Cette demande inopinée coupe son propos. En remettant ses lunettes, elle trouve que « *c'est plus naturel* » et précise que sinon, « *[elle] voit un peu flou...* ». Je décide de la relancer après que nous ayons parlé de ces lunettes et Charline explique alors qu'elle n'a pas de souci de mémoire. L'heure tourne et elle s'apprête à aller prendre son déjeuner. Elle me remercie pour la visite et nous concluons les entretiens par ce moment apaisé.

¹⁰⁰ Depuis la fenêtre de sa chambre, nous pouvons voir une partie de la maison de retraite et un arbre.

Évolution des séances et éléments transférentiels

Chaque séance avec Charline est « une première » et il est difficile d'inscrire une continuité dans le cadre de ces entretiens. Pourtant, un changement semble se produire et sa méfiance vis-à-vis de moi se dissipe totalement à partir de la quatrième séance. Charline oublie le casque et pourrait refuser de l'utiliser à chaque entretien. Je ressens cela comme une forme d'insécurité relationnelle qui aurait traversé l'objet de médiation. Au lieu de mettre en péril la relation, c'est l'objet qui se retrouve sur la sellette. Cela me fait craindre qu'elle refuse d'utiliser cette médiation thérapeutique. Malgré cela, j'apprécie beaucoup les moments passés avec Charline. Un enjeu de séduction est manifeste tout au long de ces entretiens, principalement à la fin des séances où elle me complimente parfois directement en disant par exemple « *vous avez un beau sourire* ». Les difficultés soulevées lors de la deuxième séance me questionnent et sont près de me faire mettre fin aux entretiens. J'appréhende beaucoup la séance suivante de peur de réactiver l'angoisse liée à cette impression de perte. Péniblement, je respecte le déroulement classique du dispositif et décide de poursuivre les séances sans modifier le cadre, afin d'éviter qu'il ne réponde à mes propres craintes. Ces ressentis illustrent la tension permanente, cette force qui tend à faire éclater le cadre des entretiens avec Charline. Je déploie beaucoup d'énergie à le maintenir en place jusqu'à la dernière séance après laquelle je ressens un certain soulagement.

Après les séances

Nous ne poursuivons pas les entretiens avec Charline après ces séances. Je la rencontre régulièrement dans le cadre des activités du PASA et elle ne formule pas de demande de suivi thérapeutique. Elle n'évoque pas non plus le dispositif de réalité virtuelle qu'elle semble avoir oublié. Les transmissions écrites par l'équipe à propos de Charline concernent principalement les activités auxquelles elle participe, quelques épisodes douloureux et surtout les collations qu'elle demande au cours de la nuit. Presque systématiquement vers minuit, cette dernière sort de sa chambre pour se restaurer. L'équipe souligne que Charline « a toujours faim » et continuera à exprimer cette demande jusqu'à mon départ de l'institution, environ huit mois après nos séances.

Éléments d'interprétation du cas clinique

La notion de proximité traverse largement le cas de Charline. L'impossibilité de trouver la bonne distance se traduit autant dans la relation que dans ses expériences de la réalité virtuelle. Dans notre relation, je suis assez près pour lui donner envie de quelque chose, mais pas assez pour le lui donner, ce qui suscite le manque. Son sourire à mon départ pourrait traduire

son soulagement que je me sois éloigné parce que j'étais trop près. En même temps, elle m'oublie à chaque fois, ce qui lui évite d'être confrontée au manque concret de notre relation. Cette problématique de proximité est manifeste chez cette femme et s'exprime également à travers l'investissement des environnements virtuels : ils sont soit trop près, soit trop loin. Cette proximité perceptive semble correspondre à une proximité psychique dans le cas de Charline : les environnements très près psychiquement seraient « trop près », comme s'ils étaient trop réalistes. Charline tente de mettre de la distance avec sa réalité psychique et ne supporte pas cette proximité. Elle veut oublier quelque chose et cherche en même temps des indices pour se souvenir, ce qui la pousse à utiliser le casque. Mais Charline ignore ce qu'elle doit chercher : il lui est impossible d'élaborer la perte. Je suis d'ailleurs traversé et même agi par ces mouvements transférentiels qui me font craindre de lui faire du mal. Mon changement de choix lorsque je lui montre le *terrain de pétanque* au lieu du *village* est significatif sur ce point. Alors qu'à partir de mon association, je considère pertinent de lui montrer le village, je lui montre autre chose en réalité. Ce village était peut-être trop près pour elle, autrement dit, trop « pertinent ». J'ai moi-même pu proposer autre chose parce qu'il était trop proche de la réalité psychique de Charline que nous avons voulu éviter tous les deux.

La dimension du manque est très présente, y compris dans mon écriture où je semble combler le vide en répétant des propos de Charline. Le travail stylistique a lissé cette particularité qui rendait la lecture longue et pénible, mais le besoin de remplir représente un aspect important de ce cas clinique. Il ne s'exprime pas seulement dans le transfert, mais aussi dans le rapport à l'alimentation de Charline. Celle-ci accorde une grande importance à la possibilité de manger à sa faim et associe avec la période de guerre où elle n'a pas pu comprendre ce manque de nourriture. Le manque rappelle aussi largement la perte du bébé qui marque l'imperfection : rien ne s'est déroulé comme prévu de sa naissance à son décès. Dans son discours, la mort de son enfant apparaît comme la perte d'un morceau d'elle-même. Elle voudrait être comblée et je réponds à ce désir de remplissage en apportant un objet destiné à lui permettre de voir de belles images ou retrouver des souvenirs. Mais son imperfection réactive le manque et les pertes que Charline ne symbolise pas. Elle voudrait voir l'idéal dans le casque et se faire capter par l'objet parfait placé à la bonne distance, mais cela ne marche jamais. Si ce n'est pas l'objet parfait, il n'y a pas de fantasme.

Le cas de Charline illustre la dimension de séduction à l'œuvre dès la présentation du dispositif de médiation thérapeutique. C'est après avoir identifié l'intérêt que pourrait avoir le casque de réalité virtuelle que je le propose à Charline dans une modalité qui lui correspond

parfaitement. Cette séduction grâce à l'objet est difficile à admettre mais traverse un certain nombre des rencontres cliniques réalisées dans le cadre de cette thèse. Elle pose la question de la capacité à rester objectif en utilisant une médiation que le thérapeute a construit lui-même¹⁰¹. C'est parce qu'elle est « séduite » par l'objet que Charline accepte de l'utiliser. Ce choix témoigne ainsi de l'attraction et du rejet que suscite le casque. Cette séduction par l'objet se construit initialement à partir de la fonction que je lui attribue, c'est-à-dire de « capter », comme la télévision. Mais à l'instar de celle-ci, la réalité virtuelle échoue dans cette entreprise, ce qui pose la question de ses effets si sa fonction attribuée avait été différente. En réalité, Charline ne regarde pas la télévision parce qu'elle ne la « capte pas ». Il était prévisible que cette fonction du casque allait déboucher sur le même échec. Par ailleurs, en interprétant le fait d'être captée comme une volonté d'être absorbée, comme hypnotisée pour se libérer d'une pensée pesante, mon approche de la réalité virtuelle ne pouvait qu'être menaçante en produisant exactement le contraire. Ce cas clinique montre à quel point je me laisse prendre par la volonté que la réalité virtuelle soit efficace sur le plan thérapeutique en créant des attentes auxquelles Charline ne répond pas.

Cela s'articule avec la dynamique relationnelle des entretiens car la séduction et le rejet marquent l'histoire de Charline autant que nos séances. Elle suscite le manque chez moi en me privant du casque lors d'une séance, mais surtout en n'investissant pas l'objet comme un support d'expression fantasmatique et en signalant clairement son imperfection. Les séances s'organisent selon une ambivalence entre cette séduction de Charline à mon égard et cette possibilité de me rejeter selon son désir en refusant de poursuivre les entretiens. La problématique de Charline s'exprime ainsi jusque dans son consentement à participer à la recherche. Mon investissement de la réalité virtuelle et la crainte que cette recherche n'aboutisse pas offrent à Charline la possibilité d'exercer pleinement un effet de séduction sur moi à travers l'objet de médiation. La fin des séances rappelle d'ailleurs sa séparation avec son mari. Il est possible d'imaginer Charline soulagée de s'être libérée de cet homme auprès duquel elle ne parvenait pas à trouver sa place.

¹⁰¹ L'absence de fascination sur l'objet des personnes âgées n'a pas permis à cette opération de séduction d'advenir spontanément. De plus, certains chercheurs ou psychothérapeutes sont eux-mêmes fascinés par l'objet sans l'avoir développé. Enfin, le cadre de recherche induit des effets d'attentes susceptibles d'expliquer cette séduction.

6.8 Cédric

Cédric participe à de nombreuses activités et aux ateliers de groupe proposés à l'EHPAD. Son franc-parler et ses remarques à propos des troubles des autres résidents sont fréquemment relevés par l'équipe soignante qui trouve qu'il « *donne trop de conseils* » et s'occupe de ce qui ne le regarde pas. Ces comportements abordés lors des transmissions m'interrogent, tant à propos du positionnement de l'équipe que d'une difficulté potentielle de Cédric dans ses relations avec les autres résidents. Je le rencontre pour évaluer s'il exprime une demande, mais aussi pour comprendre les enjeux institutionnels liés à sa situation. Cédric m'invite à entrer. Il est occupé à colorier soigneusement un dessin qu'il met de côté pour libérer l'espace devant lui. Il range soigneusement ses crayons de couleur et se présente : il est entré dans l'établissement depuis moins d'un an suite à l'amputation de sa jambe gauche l'année précédente. Cédric décrit ce « *mal perforant* » qui n'a laissé d'autre choix aux médecins que de l'amputer en raison de l'échec d'autres stratégies thérapeutiques comme une greffe. Je suis marqué par l'absence d'émotion associée à ce discours. Cédric ne semble pas affecté : il sait que c'était la meilleure chose pour être sauvé et n'a pas réfléchi à d'autres possibilités.

Cédric s'exprime aisément, d'une voix forte et affirmée. Il articule bien et parle rapidement. L'échange est facile et agréable, autant sur le plan de l'expression que sur celui du contenu qui – sans que je puisse expliquer pourquoi – ne ressemble pas au discours que j'ai l'habitude d'entendre et me donne l'impression que Cédric n'est pas le résident d'un EHPAD. Il paraît particulièrement jeune et je suis étonné d'apprendre qu'il a 83 ans. Il s'est fait « *mécaniser* ¹⁰² » ; c'est-à-dire qu'il a une jambe artificielle qui lui permet de descendre avec un déambulateur pour venir manger ou participer à des activités. Il passe beaucoup de temps dans son fauteuil roulant mais vise l'utilisation d'une canne pour se déplacer. Il fait beaucoup d'efforts pour retrouver « *le plus d'autonomie possible* » et s'investit totalement dans son travail kinésithérapique. Pour l'instant, Cédric a besoin d'aide pour sa toilette parce qu'il n'arrive pas à tenir debout, mais il espère pouvoir s'en passer prochainement. Il se perçoit comme une personne particulièrement résiliente qui a toujours surmonté les épreuves de la vie. Cédric considère qu'il n'y a pas lieu de se morfondre et qu'il faut aller de l'avant.

Il est heureux de participer à une recherche et accepte avant même de savoir d'en savoir plus. Il a déjà entendu parler de la réalité virtuelle et sait qu'il faut utiliser un casque. Pour lui, il s'agit d'une « *réalité meilleure que celle qui existe* ». Cédric oppose le virtuel au réel sous

¹⁰² Cette perspective froide et mécanique rappelle notamment son absence d'émotion.

l'angle du mieux, du meilleur. Il entend le terme de virtuel au sens d'une vertu¹⁰³. Lors des premiers réglages avec le casque, Cédric repositionne le casque et le place correctement sur ses yeux pendant que j'ajuste les sangles de maintien. Il me dit de ne pas m'inquiéter car il le tient. Sa description de l'environnement des éoliennes est précise et ne traduit aucun ressenti émotionnel. Cédric n'hésite pas sur les mots et détaille méticuleusement la ligne d'éoliennes, puis de la gauche à la droite, chaque arbre, chaque buisson... Nous sommes dérangés par une infirmière qui entre malgré le panneau sur la porte. Cédric porte toujours le casque et réagit « *ah ! quelqu'un frappe à la porte* ». Elle entre spontanément et s'adresse à moi : « *tu en as encore pour longtemps ?* ». Je lui demande de revenir plus tard et la soignante quitte la pièce.

Après avoir retiré le casque, Cédric trouve cette expérience « *très bien* » et « *agréable* ». Nous abordons le cadre des séances et choisissons un jour et un horaire pour nous rencontrer chaque semaine. Le vendredi suivant, il dit avoir attendu ce jour pour me voir. Cédric évoque brièvement la semaine qui « *s'est bien passée* » et le fait qu'il a participé à toutes les activités. Il rappelle l'importance d'être stimulé et « *même si ça n'a pas d'effet sur [sa] rééducation* », Cédric aime se mobiliser : « *il ne faut pas s'engourdir* ». Il aborde également son vécu dans l'établissement : « *on sait très bien qu'ici, c'est notre dernière étape, alors autant la vivre dans la gaieté, que dans la tristesse... alors j'essaie de ramoner un peu autour de moi les gens qui ont tendance à s'endormir pour dire bah non ! Les faire jouer à la belote ! Euh... les pousser à jouer à la belotte... les pousser à descendre aux jeux... parce qu'il y'en a qui restent dans leur chambre et qui peuvent très bien jouer avec nous ! On le sent quand une personne elle peut mais elle reste dans sa tristesse... elle veut pas participer ! Alors ça, j'essaye de combattre* ».

Cédric regarde les images avec attention afin de sélectionner ce qu'il regardera dans le casque. Il reconnaît parfaitement chaque image et ne commet aucune erreur, même pour identifier les photographies les plus difficiles comme le potager, la chambre d'enfant en désordre ou encore le garage automobile¹⁰⁴. Il choisit finalement la rivière et retire spontanément ses lunettes pour se préparer à mettre le casque. Il est assis dans son fauteuil, face à sa table et ajuste le casque sur sa tête.

Cédric regarde presque uniquement devant lui. Il oriente peu la tête et ne se retournera pas bien qu'il sache qu'il peut le faire avec ce matériel. Il décrit précisément la rivière et la forêt face à lui. L'observation de cet endroit lui donne « *l'idée et l'envie d'aller faire un tour dehors* ».

¹⁰³ La réalité « virtuelle » ?

¹⁰⁴ Ces photographies font très majoritairement l'objet de fausses reconnaissances auprès des participants de cette recherche.

D'aller se promener et voir cet endroit de visu... naturel ». Il ajoute que ce serait un plaisir de s'y trouver pour « *retrouver [sa] passion d'antan – c'est à dire pêcher* ». Nous retirons le casque et Cédric évoque cette « *rupture* » qui le fait passer « *de la pleine campagne à cette pièce* ». Il ajoute « *de ce qu'on peut espérer voir, on arrive dans la réalité après* ». Cédric raconte ces sessions de pêche avec son beau-père : à marée basse, ils plaçaient un filet avec des hameçons sur lesquels ils installaient des vers de la mer. La marée recouvrait le dispositif et les poissons s'accrochaient. Ils revenaient à la marée basse suivante pour les prendre. Cette méthode a été interdite progressivement en raison du risque pour les baigneurs et les planchistes de se prendre les pieds dans les filets. Désormais, il n'est plus possible de pratiquer cette pêche. Cédric « *regrette ce temps-là* ».

Il se souvient de ce moment particulier, une sorte de temps hors du temps qui le faisait sortir de ce quotidien éprouvé par le travail à l'usine. Cédric précise que l'ensemble des images imprimées ainsi que le casque lui ont fait penser à cette période et à la pêche. Je remarque pourtant qu'il n'a pas choisi des images de la mer mais celle d'une rivière¹⁰⁵. Ses yeux sont un peu larmoyants. Il n'en dit rien et les frotte en disant qu'il a aimé « *revivre* » ces souvenirs et que cela lui a fait du bien. Il évoque « *ces années passées...* » et poursuit « *on pourrait difficilement retrouver maintenant parce que cette pêche-là doit être interdite maintenant euh... ça ne se fait plus... on retrouverait pas* ». Cédric a aimé ces beaux souvenirs « *c'était une autre vie que j'ai maintenant mais bon... c'était la vie... d'actualité... qui était présente à cette époque-là... peut-être qu'elle est plus maintenant. Peut-être plus de difficultés maintenant. Certainement que pour circuler en voiture il y a plus de difficulté maintenant, il y a plus de monde sur les routes, il y a plus de... de handicap disons sur les routes qu'on en avait dans ce temps-là* ».

Retrouver le calme après une journée de travail

La semaine suivante, les coloriages de Cédric retiennent particulièrement mon attention au début de la séance. Il sort plusieurs carnets et décrit chaque dessin, colorié avec une grande précision plusieurs heures chaque jour. Je remarque particulièrement un dessin de tomates que Cédric a colorées en vert, exceptée quelque unes qui sont orange « *parce qu'elles sont à peine mûres* ». Nous installons le casque après cet échange. Cédric range ses dessins et ses stylos puis je pose le casque sur la table. Il regarde l'environnement « *échelle* » silencieusement avant de le décrire : « *c'est... disons un parc, avec des massifs, des arbustes, des fleurs. Ah, on a commencé à élaguer les arbres. Il y a une échelle dedans...* ». Il se demande si l'échelle a pu

¹⁰⁵ Cinq photographies présentent directement un environnement maritime.

servir pour cueillir des fruits mais n'en voit pas. Il entend aboyer des chiens et suggère qu'un zoo se trouve derrière. Le bruit du vent dans le micro lui évoque l'orage qu'il mentionne plusieurs fois. Il observe l'environnement dans le casque jusqu'à la fin et trouve que c'est un endroit « *qui détend* » et apporte un « *calme apaisant* » qui « *serait agréable de voir après une journée de travail* ».

Cédric commente la transition lorsque nous retirons le casque : « *on se retrouve là dans... le réel disons... on était bien dans... quelque chose dans... où on peut rêver... d'être... un jour...* ». Il associe sur son impression de repos : « *peut-être que j'aurais aimé, quand je rentrais du travail, me retrouver dans un parc... idéal... euh de ce modèle-là disons* ». Il compare l'endroit observé à celui dans lequel il habitait : « *ce n'était pas les mêmes choses. C'était pas les mêmes bruits, c'était pas le même repos* ». Il pense que cet environnement « *aurait été plus agréable* » quand il rentrait de son travail à l'usine « *enfermés dans les murs* » pour arriver dans cette cité ouvrière, « *un enclos entouré de maisons* ». Cédric se souvient de ce travail à l'usine qu'il décrit très précisément. Depuis ses quatorze ans et pendant 43 ans, il a été employé par une usine de fabrication de sucre. Il semble particulièrement enjoué de décrire les spécificités de son ancienne activité professionnelle, ainsi que les différents postes de travail et la transformation du sucre dans chacune de ses étapes.

Il évoque sa jeunesse passée à travailler douze heures chaque jour jusqu'à son service militaire – une période qu'il dit avoir « *passé sous silence* » à la fin de notre entretien. Cédric remonte chronologiquement le temps. Après avoir développé les détails de son métier, il en arrive à la retraite et son choix de venir s'installer en Vendée avec son épouse afin d'y trouver du calme. Ils ont pu profiter d'un environnement agréable pendant plusieurs années, jusqu'au décès de sa femme voilà environ cinq ans. Cédric n'a pas pu continuer à vivre seul à cause de cette maladie qui a nécessité de « *se faire couper la jambe* ». Il est entré à l'EHPAD parce que « *ça a été difficile de rester tout seul* ». Pour lui désormais, c'est un soulagement de se trouver ici et de « *se laisser vivre* » sans se préoccuper de la cuisine ou des courses. Maintenant, il a besoin de repos et « *se détend* » avec ses crayons de couleur.

Cédric regrette que son métier n'existe plus aujourd'hui. Ses anciennes fonctions professionnelles sont désormais réalisées par une machine. Il estime que les évolutions technologiques ont posé un véritable problème au niveau de l'emploi et que le fait d'avoir remplacé des postes de travail a laissé plus de temps aux jeunes pour faire n'importe quoi. Il craint que cela évolue vers une période très négative à cause de ces automatisations. Pourtant, il salue le progrès technologique car il aime utiliser sa radio, sa télévision ou encore son

téléphone portable pour contacter ses enfants. Il apprécie beaucoup ce casque qui lui permet de voir des choses agréables. Pourtant, il reste sceptique quant au progrès technologique qu'il perçoit comme une lourde machine dont l'inertie nous entraîne autant vers notre plaisir que notre perte : « *C'est dans l'ampleur du mouvement, on ne s'en aperçoit pas parce qu'on est dedans. On agit, on travaille avec ce mouvement, on s'en aperçoit pas, mais quand après, vous avez un moment de stabilité comme moi j'ai, de réflexion, on s'en aperçoit* ». Il ajoute : « *Moi je dis que c'est malheureux parce qu'on a été trop vite. Et dans un sens, je bénéficie quand même de tous les avantages... [...] Je ne sais pas comment ça va s'arrêter mais on va vers un gouffre* ».

Lors de la séance suivante, Cédric présente le dessin qu'il est en train de réaliser. Il s'agit d'un loup qu'il trouve un peu « *trop noir* ». Il range le dessin et libère l'espace du bureau afin que j'installe le matériel devant lui. Il visionne l'environnement « *salon* » qu'il décrit très factuellement : « *C'est un salon. Avec son dressoir, des assiettes gravées, décorées. Il y a des tableaux sur les murs, une pendule murale au-dessus de la télé, avec son meuble télé. A côté, il y a deux sansevierias en fleurs...* ». Il continue ainsi en décrivant chaque élément de la scène. Il trouve que « *ça doit être une pièce accueillante, un salon pour se détendre* ». Cédric estime « *qu'on s'y trouve bien* ». Il remarque la grande table et suggère qu'une famille pourrait se réunir pour partager le repas. Je lui propose de retirer le casque et nous poursuivons sur ce sujet. Cédric rappelle combien il est important d'avoir un endroit agréable pour se reposer, surtout après une journée de travail.

Je lui propose d'imaginer ce qui peut se passer dans ce lieu et d'approfondir sur son ou ses occupants. Cédric décrit une femme d'environ 40 ans, « *bien instruite parce qu'elle a des choses électriques dans sa maison... des choses que je n'ai pas reconnues* ». Il précisera par la suite qu'elle n'est pas jeune mais pas encore à la retraite. Il la considère comme active et occupée à son travail. Elle travaille dans un bureau, « *elle a un travail qui n'est pas dans la lumière, c'est pour ça qu'elle le recherche dans son appartement* ». La présence de fleurs lui laisse croire qu'elle « *doit aimer la nature et le calme* ». Elle vit seule dans cet appartement mais a conservé une grande table pour recevoir ses enfants. Son mari est décédé dans un accident et elle a dû faire face et continuer à vivre « *il faut beaucoup de volonté pour... reprendre une vie... réelle. Il faut du courage* ». Cédric remarque que l'intérieur n'évoque pas le deuil. D'après lui, cela témoigne de la force d'esprit de cette femme : « *elle n'a pas été trop déprimée par ses mésaventures. Elle a un caractère fort, parce que sa salle à manger ne*

représente pas une maison de deuil, de recueillement. C'est quelque chose de libéré de... c'est une femme qui a fait cas de sa vie mais qui la prend en main ».

La lumière est éteinte et le temps pluvieux n'éclaire pas la chambre de Cédric. Ce dernier n'a pas remis ses lunettes après avoir retiré le casque. Il fixe le vide pendant qu'il imagine la vie de cette femme, jusqu'à ce que je le questionne sur un lien possible avec sa propre histoire. Cédric estime qu'il n'a pas du tout vécu comme cette femme : il a perdu son épouse récemment et explique qu'il a aussi gardé cette grande table pour recevoir ses enfants et amis lors de parties de cartes. Il évoque des souvenirs dans cette maison avant qu'il ne la quitte pour entrer à l'EHPAD : son petit jardin qu'il aimait entretenir ainsi que ses deux voisines âgées qu'il aidait régulièrement. Nous terminons la séance sur ces éléments et la fin de cet entretien est difficile car j'ai l'impression de *ne plus rien avoir*, comme si nous avions tout dit.

Perdre le contrôle

Lors de la séance suivante, Cédric observe l'environnement « casse automobile » : « *ah me v'la arrivé à la casse !* » et reste d'abord relativement silencieux. Il évoque ensuite la météo nuageuse, ces pièces qui jonchent le sol, les voitures qu'il entend passer sur la route voisine et la ligne à haute tension. Il remarque « *un moteur qui a été enlevé, démonté... en pièces détachées* » et poursuit : « *on dirait que les airbags ont fonctionné derrière la vitre là...* ». Cédric se demande : « *Est-ce que c'est notre voiture qui a été accidentée ?* ». Il la considère irrécupérable et ajoute « *peut-être qu'on vient euh... reprendre des souvenirs qui auraient pu rester dedans... constater les dégâts...* ». Il évoque la possibilité de « *se remémorer l'accident... est-ce qu'on est près du lieu de l'accident ? Est-ce que la casse est proche du lieu de l'accident ?* ».

S'il était dans cet endroit, Cédric « *serait revenu vers la voiture pour récupérer des choses qui [lui] appartiennent et qui sont restées dedans et peut-être aussi revoir et [se] remémorer l'accident... est-ce qu'il a été grave ? Se souvenir du motif, des suites aussi...* ». Nous retirons le casque et continuons cette conversation. Je lui partage mon impression qu'il a lui-même vécu un accident, ce qu'il confirme avant de le raconter. Ils étaient en voiture avec sa femme quand un tracteur leur a coupé la route. Poussée vers le bas-côté, la voiture s'est retournée : « *on a été blessés légèrement mais ce n'a pas été tellement grave... [...] La voiture on ne l'a pas récupérée non plus, c'est un casseur qui est venu la récupérer* ». Il n'est jamais retourné la voir, ce sont les pompiers qui ont ramené les choses qui étaient restées à l'intérieur. Cédric explique que « *la casse, l'accident, [lui] a remémoré ce qu'ils ont eu* » et il se demande si les personnes qui ont eu un accident avec la voiture qu'il a observée ont eu autant de chance

qu'eux : « *peut-être qu'ils ne s'en sont pas sortis complètement... [...] Peut-être qu'il y aurait pu en avoir un des deux qui aurait été tué... dans la voiture... on ne sait pas... et on revient des fois sur le lieu pour se remémorer mieux... enfin... sur la voiture accidentée pour se remémorer mieux l'accident. Voir ce qu'on aurait pu éviter... à l'occasion... faire une réflexion disons* ».

Cédric évoque cette possibilité de se remémorer et de réfléchir car « *il a pu rester un doute sur la culpabilité de l'accident... dans l'esprit... un doute dans la culpabilité de l'accident* ». Je demande s'il a pu ressentir de la culpabilité en lien avec cet accident et Cédric m'apprend que c'est sa femme qui conduisait. Il pense qu'elle a fait tout son possible. Lui ne conduisait plus depuis qu'il avait « *risqué un accident grave* » sur le périphérique parisien plusieurs années auparavant : alors qu'il était en train de conduire sur la voie de gauche, ses deux jambes se sont bloquées. À cause de la circulation importante, il n'a pas pu se placer sur la voie de gauche pour se garer sur le bas-côté et sa femme a pris le volant. Elle s'est mise à la place du conducteur tout en roulant et ils sont allés directement aux urgences. L'examen médical a révélé que les artères des jambes étaient totalement bouchées, ce qui a nécessité un double pontage. Cédric a eu très peur et n'a plus jamais reconduit : « *j'étais coupable dans un sens, mais c'était en dehors de ma volonté parce que c'était ma santé qui était en jeu et que j'étais pas prévenu* ». Il explique qu'il ne pouvait pas savoir avant de prendre le volant qu'une telle chose aurait pu arriver et qu'ils auraient pu avoir un accident grave. Il n'a pas voulu prendre le risque de mettre en danger les autres ou lui-même en reconduisant.

Pour Cédric, la casse est un « *fait divers* ». Elle représente « *les aléas de la vie : vous avez une voiture qui est accidentée... on a met à la casse et c'est tout. Il faut changer après et c'est tout* ». À propos de ces voitures « *cassées* », « *abîmées* » ou encore « *malades* » qu'il a vu dans le casque, Cédric pense qu'il « *n'y a que l'avant d'abîmé... il y aurait possibilité que cette voiture roule* ». C'est en raison du calcul de l'expert que ce n'est pas le cas et elle servira à faire des pièces détachées. Il raconte comment certaines voitures sont « *ressuscitées* » par les garagistes et revendues illégalement. Même si la voiture peut rouler, Cédric estime qu'il y a toujours « *quelque chose qui aurait pu échapper à l'expert* ». Pour lui, il vaut mieux ne plus rouler avec parce qu'elle « *pourrait provoquer un nouvel accident* ». Cédric évoque son propre accident à la fin de l'entretien en disant « *ça ne me touche pas. Pour moi, ça n'a pas été tragique...* ». Il ajoute que cela reste un souvenir neutre pour lui mais que « *si on avait été blessé ou amputé... ou quelque chose qui ne marchait plus sur le corps, on pourrait avoir de mauvais souvenirs* ».

Le monde a changé

Pour la dernière séance, je laisse la possibilité à Cédric de choisir lui-même un environnement ou de le choisir à sa place. Il préfère me confier la sélection et je décide de lui montrer le champ¹⁰⁶. Sa description est fine et précise : « *On est dans une pâture. Un pré disons... un pré clos. C'est-à-dire qu'il y a une barrière, c'est un fil tendu tout autour pour pas que les bêtes s'en aillent [...] là, c'est ouvert* ». En pleine nature, Cédric trouve cet endroit calme et agréable. Il imagine se promener, loin des bruits de la ville pour « *retrouver de l'air libre* ». Cédric ne sait pas quoi ajouter et nous décidons de retirer le casque. Je partage son impression que « *tout a été dit* » et demande si ce qu'il a vu a évoqué un souvenir particulier.

Cédric se rappelle qu'il se rendait dans ce genre d'endroit le weekend avec sa femme pour cueillir des champignons. Un jour, ils étaient dans un pâturage comme celui qu'il a vu et se sont rendus compte qu'il y avait un taureau et des vaches dans le champ. Le taureau les a chargés et ils ont juste eu le temps de sortir et de fermer la barrière. Cédric allait souvent chercher des champignons. Désormais, les agriculteurs traitent les sols et les champignons peuvent « *devenir nocifs* ». Il ne prendrait plus ce risque aujourd'hui. Il ajoute que si cela arrivait, le cueilleur serait considéré comme responsable – à la place de l'agriculteur – de s'être trompé de champignon. Cédric se souvient de ces moments comme des instants de liberté « *après avoir passé la semaine entre quatre murs* ». Il aborde plus généralement les souvenirs : « *on les emmagasine et quand la mémoire est là, ça revient. Et puis finalement quand on perd la mémoire on les perd aussi* ». Il estime que « *quand ça revient, ça revient toujours dans le bon sens : on se rappelle pas des misères mais on garde les meilleurs souvenirs [...] les souvenirs malheureux sont plus ou moins distincts parce qu'on a essayé de les oublier* ».

La réalité virtuelle

Nous abordons régulièrement la réalité virtuelle qui représente pour Cédric « *la belle face* » de l'évolution technologique. Il l'oppose aux évolutions numériques qu'il estime globalement négatives, notamment parce qu'elles ont fait disparaître des emplois. Il ajoute qu'aujourd'hui, il lui faudrait une solide formation informatique pour pouvoir faire son ancien travail. En revanche, il trouve que le casque est un objet très intéressant. Il s'amuse de remarquer que c'est exactement l'inverse de ce qu'il dit à propos de l'évolution technologique. Toujours assis dans son fauteuil lorsqu'il l'utilise, Cédric retire ses lunettes avant chaque observation et ne les remet généralement qu'à la fin de l'entretien. Lorsqu'il porte le casque, il

¹⁰⁶ Qui correspond à la cinquième séance habituellement.

n'oriente qu'un peu la tête pour regarder autour de lui. Ses descriptions concernent donc essentiellement des éléments situés dans son champ visuel direct.

Cédric considère le casque de réalité virtuelle comme une évolution plus « *vivante* » de la diapositive « *en plus nette et plus durable* ». Il trouve que cela permet « *faire prendre conscience de certaines choses. L'image reste, le temps qu'on puisse réfléchir dessus. Ça vous amène à réfléchir plus sur la vue qui est proposée* ». Il explique que c'est différent de l'image qu'il pourrait avoir dans la conscience parce « *c'est plus approfondi en la voyant à l'extérieur. On a le temps de plus réfléchir que si elle était à l'intérieur. À l'intérieur il faut que ça revienne. Alors ça revient, mais ça... a des bouts d'un côté ou de l'autre... tandis que là, on aurait peut-être une image plus nette. À l'intérieur, c'est plus flou. Ça se trouve noyé dans d'autres... tandis que là, ce serait plus fixé* ». De cette façon, Cédric considère que le casque « *permet de retrouver des souvenirs plus nets des choses* ». S'il le pouvait, il aimerait d'ailleurs voir dans le casque la période de son mariage, quand il avait environ 23 ans.

Évolution des séances et éléments transférentiels

Cédric se montre particulièrement investi dans ces séances. Il se dit « *bien heureux de notre rencontre* » davantage que d'avoir utilisé ce casque. Mon ressenti des séances est agréable et marqué par une impression de sécurité. Il est sensible au fait de participer à une recherche, ce qui facilite souvent les entretiens. Il note les rendez-vous dans son agenda et indique attendre le vendredi en raison de nos séances. Son attitude le distingue beaucoup des autres résidents et laisse un sentiment plutôt rassurant : il serait plutôt le grand-père, l'adulte expérimenté que la victime persécutée par la sénilité ou la dépendance. Cette position de protecteur imprègne également son discours et son comportement, notamment dans cette volonté de stimuler les autres résidents afin qu'ils « *soient bien* ». Elle laisse croire à un remplacement du *mauvais* par du *bon*, à l'image de ces mauvais souvenirs qu'il ne veut pas voir, contrairement aux souvenirs agréables. Cédric semble écarter de lui toute forme de difficulté.

Il se distingue également très nettement des autres résidents par cette impression de jeunesse. Il serait facile de lui donner une bonne quinzaine d'années de moins. Cette impression est probablement accentuée par sa prosodie, inhabituelle dans un EHPAD. Pour autant, cette impression est si prégnante qu'il est difficile de ne pas s'interroger sur son rapport au vieillissement. Les séances soulèvent d'ailleurs cet axe qui s'articule notamment avec les évolutions technologiques et les pertes qu'elles ont engendrées. Au fil des entretiens, cette *jeunesse* s'atténue, ce qui correspond notamment au développement d'éléments d'ordres

affectifs, absents au début des séances. Cédric paraît progressivement moins rationnel et pragmatique et laisse entrevoir une perception du monde plus sensible et émotionnelle.

Les entretiens se déroulent selon un schéma similaire en termes de ressentis : au début des séances, une sorte de flottement s'installe. Le silence est difficile à supporter, tout comme l'inaction auprès de Cédric et je me sens obligé de parler de quelque chose. Cette sensation n'est plus présente lorsque nous utilisons le casque. La fin des séances inscrit également une impression semblable. Elle concerne ce sentiment de vide, une impression de ne plus rien avoir, comme si tout avait été dit (souvent, Cédric le verbalise à propos des environnements : « *voilà... je pense avoir tout dit...* »). Ce ressenti rend l'entretien difficile en fin de séance car je n'arrive plus à associer, je ne sais plus quelle direction donner à l'entretien et une nouvelle forme de flottement commence à s'installer avant que nous ne terminions la séance.

Après les séances

Cédric souhaite poursuivre les échanges de façon informelle après la fin des séances. Je passe donc le saluer régulièrement sur des temps brefs qui lui conviennent bien. Ses relations avec les autres résidents se sont apaisées et l'équipe soignante ne transmet plus de remarques à ce propos. Une petite plaie apparaît sur son pied et se dégrade rapidement. La cicatrisation ne se fait pas et les soins médicaux se multiplient. Cédric est amputé de sa seconde jambe environ deux mois après la fin de nos séances. Pendant cette période, les soins sont intenses et vecteurs d'une activité incessante autour de Cédric. Il est alors difficile de le rencontrer et ce dernier adopte un discours résilient qui échoue tout de même à convaincre l'équipe soignante. Cédric est clairement affecté par cette situation et semble à bout de force psychiquement. Pourtant, il soutient qu'il « *garde le moral* », même s'il a perdu l'appétit et qu'il ne sourit plus.

Cédric n'adopte pas cette attitude lors de nos entretiens. Au contraire, il est submergé par les émotions lorsqu'il décrit les conséquences physiques et psychiques de cette amputation. Il se sent responsable de ce qui lui est arrivé mais ne parviendra pas à en dire plus. Cédric aborde très doucement son « *manque de physique* » et nous utilisons ses coloriations comme médiation pour éviter d'aborder frontalement sa souffrance. Il souhaite poursuivre chaque semaine ces entretiens qu'il investit beaucoup. La dynamique des séances se trouve brutalement interrompue par la crise sanitaire de la Covid-19 et je tente de maintenir un contact avec Cédric en utilisant le téléphone. Celui-ci n'investit pas cette nouvelle modalité d'entretien et adopte le même discours qu'il tient à l'équipe soignante : il va bien et s'est remis de son amputation. Je le rencontre physiquement avant de quitter l'établissement, mais à l'approche de la fin de mon contrat, je m'en tiens à saluer Cédric, ce qui semble lui convenir également.

Éléments d'interprétation du cas clinique

Cédric semble se défendre contre un effondrement dépressif en valorisant l'action et en évitant d'exprimer ses émotions et ses souvenirs. Sa manière de regarder dans le casque semble signifiante du désir de ne pas se retourner. Elle pose déjà la question de ce qui menace Cédric s'il venait à regarder derrière lui, autrement dit, dans ses souvenirs. D'ailleurs, il raconte sa semaine seulement en listant ses activités de façon très rationnelle. Il donne l'impression qu'il n'y a plus rien à ressentir, comme s'il n'avait plus de vie à raconter. Cela fait écho à la fin de des entretiens où les temps de flottement semblent signifier que tout aurait été dit, comme s'il ne restait plus rien. J'interprète ainsi que raconter sa semaine pourrait produire une souffrance inacceptable. Cela rappelle la situation de Paul qui décrivait sa chambre comme un « trou à rat ». Cédric n'a pas accès à cette représentation. Il donne l'impression qu'il n'y a « plus rien à faire » uniquement dans le transfert, sans le verbaliser comme le fait Paul. Cela est également perceptible quand il évoque le fait de « *retrouver de l'air libre* » quand il regarde le *champ*. Les coloriages qui occupent son temps métaphorisent d'ailleurs une dynamique de remplissage de l'espace vide : Cédric ne dessine pas, il recouvre les blancs par de la couleur. J'interprète cette activité comme une tentative de changer l'apparence d'un dessein dont les contours sont immuables. Son histoire est la même, représentée par les contours que Cédric ne peut nier. Pourtant, il prétend ne pas en avoir souffert : en inversant les couleurs, il réécrit les affects ingérables contenus dans les lignes de son parcours de vie.

Le retrait émotionnel de Cédric est visible dans ses descriptions. La sélection de la rivière plutôt que de la mer témoigne du décalage entre son choix et son désir. Ici, il semble adopter la même stratégie de mise à distance de son souvenir tout en gardant la possibilité de le raconter. Cette interprétation semble également s'appliquer à propos de sa sensibilité aux autres résidents en souffrance. Les difficultés que ces derniers expriment parfois sans filtre font vivre à l'autre un profond sentiment d'impuissance. Cela est insupportable pour Cédric dont on peut lire son comportement vis-à-vis de ces résidents comme une forme d'identification projective : il veut les bouger et les changer pour ne pas se confronter, comme il le fait lui-même. Cela se produit au cœur du dispositif lorsque Cédric décrit la vie de la femme qui habite dans le « salon d'une personne âgée ». Il utilise la réalité virtuelle comme un support d'identification projective : il considère n'avoir rien de commun avec cette femme, même s'il réside une ambivalence avec cette table destinée à accueillir les enfants.

L'environnement de la casse automobile semble produire un écho tout à fait significatif dans la problématique de Cédric. L'accident qu'il décrit ressemble à un souvenir écran de

l'accident qu'il aurait pu avoir lorsque ses jambes se sont bloquées. Il est probable que Cédric ait ressenti une culpabilité massive même s'il n'y a pas eu d'accident véritable. Il s'autorise à penser cette culpabilité et cette responsabilité dans la scène observée. Il l'associe même à sa propre histoire en évoquant sa culpabilité, mais rappelle immédiatement après qu'il n'était pas responsable. Ce souvenir est aussi marqué par l'émotion avec cette grande peur. Cédric a cessé de conduire après cet accident, ce qui pourrait également éclairer les processus d'évitement encore à l'œuvre aujourd'hui, mais sur un registre émotionnel : il n'a plus pris aucun risque de ressentir cette peur ou cette culpabilité.

Cédric projette dans la réalité virtuelle le fantasme de ne pas être concerné par le passage du temps. Selon lui, ce dispositif permet de recréer un temps hors du temps. Cédric ne parvient pas à s'approprier son vieillissement. Il semble l'ignorer, par exemple quand il parle de son travail. Il explique qu'il faudrait faire une formation pour le reprendre, mais c'est bien à cause de son âge qu'il ne pourrait plus travailler. Cela s'exprime également lorsqu'il estime ne plus pouvoir ramasser des champignons, non pas à cause de son handicap physique, mais à cause de leur nocivité. Ce n'est pas lui qui a changé, c'est le monde autour de lui qui a évolué. Son rapport à la technologie marque d'ailleurs une ambivalence intéressante avec la question du vieillissement. Cédric parle d'un mouvement de grande ampleur dans lequel il s'est fait prendre sans s'en apercevoir. Ce mouvement rapide le conduit inexorablement vers « un gouffre ». Sa métaphore de la technologie lui permet d'aborder ce ressenti du vieillissement. Cédric semble tenter de négocier son état de santé et son entrée en EHPAD qui ne l'a certainement pas soulagé comme il cherche à s'en persuader. Il négocie la remise en état de la voiture avec l'expert qui, comme le médecin, décide de sa « réparabilité ». Cet expert choisit s'il restera à la maison ou s'il ira en EHPAD et Cédric rappelle que quelque chose peut toujours lui échapper. Cela renvoie peut-être à l'idée insupportable que l'amputation aurait pu être évitée.

Les premiers entretiens avec Cédric sont marqués par son absence d'expression émotionnelle. Ce dernier valorise une posture rationnelle et pragmatique. Il ignore ses émotions, comme si rien ne pouvait l'atteindre. Cette organisation sera ébranlée par sa seconde amputation qui signe ainsi le retour de mouvements dépressifs. Ses défenses ne tiennent plus, même auprès de l'équipe soignante. Son association avec la responsabilité est significative du retour d'un souvenir plus ancien. Sa mise en mot reste pourtant trop difficile pour Cédric qui ne l'évoquera jamais plus et adoptera à nouveau un fonctionnement défensif à travers cette stratégie d'évitement. Une réaction qui s'adapte d'ailleurs parfaitement à un environnement soignant qui valorise la capacité des résidents à mettre leur souffrance sous silence.

6.9 Hélène

Hélène a 90 ans et habite l'EHPAD depuis un accident vasculaire cérébral qui l'a laissée paralysée du côté gauche l'année passée. Je la rencontre à la demande de l'équipe qui remarque qu'elle « *n'a pas le moral* » et pleure beaucoup depuis son entrée dans l'établissement. La dépendance physique d'Hélène est importante mais elle semble disposer de bonnes ressources cognitives. En revanche, il est nécessaire de parler très fort et de se répéter car Hélène entend très mal. Cette condition brise la fluidité des échanges et explique en partie les difficultés de compréhension verbale qui s'établissent entre nous. Elle se souvient bien de cet AVC et de ses conséquences, ainsi que du médecin qui lui a annoncé qu'elle ne marcherait plus jamais. Il lui est difficile de vivre dans cet EHPAD car ses amies lui ont tourné le dos depuis son arrivée. Hélène voudrait pouvoir oublier ces événements qui la font encore « *beaucoup souffrir* ». Elle fait référence à un parcours de vie difficile comme la faillite de l'entreprise de son mari, ses relations tendues avec une belle-famille qui la déteste ouvertement et le décès de son mari un an après sa retraite. Hélène trouve que « *la vie n'a pas été belle* » et se demande si les jeunes d'aujourd'hui ont plus de chance qu'elle.

Dès notre deuxième entretien, elle explique que son « *moral est bon* » même s'il lui arrive encore de se sentir en difficulté. Elle ne précise pas ce vécu et l'entretien manque rapidement de substance, Hélène ne sachant pas trop quoi dire. Elle préfère éviter d'aborder des affects négatifs quand elle se sent bien par crainte de les ressentir à nouveau. Je suppose alors que l'utilisation d'une médiation pourrait fournir un support d'étayage suffisamment sécurisant pour l'aider à s'exprimer. Je lui présente le casque de réalité virtuelle dès la semaine suivante. Hélène explique que son humeur est fluctuante mais qu'elle se sent souvent très mal. Elle n'arrive pas à comprendre cela, ni à mettre des mots sur ce ressenti. Elle se met à pleurer et retire ses lunettes en décrivant sa situation, ce fauteuil roulant dans lequel elle restera bloquée toute sa vie, tout comme cet endroit duquel elle ne sortira plus. Elle est assise dans un fauteuil « confort » face à une télévision allumée muette. Malgré le télétexte, Hélène ne parvient pas à lire les sous-titres. Elle décide d'éteindre l'appareil pendant que j'installe le casque de réalité virtuelle qu'elle découvre pour la première fois.

Elle est surprise de réussir à lire la phrase de réglage optique rapidement et sans problème : « *c'est gros, les lettres sont très grosses* ». Elle souligne la netteté de la vision : « *si seulement je pouvais voir comme ça dans mes lunettes...* ». L'environnement virtuel de présentation lui évoque le cinéma « *mais encore plus gros* ». Après avoir retiré le casque, Hélène demande : « *vous croyez que je pourrai lire les lettres à la télé ? Là, je peux pas lire* »

hein...¹⁰⁷». Elle trouve que « *c'est comme si c'était des jumelles, on voit tout gros tout gros* » et ajoute : « *vous voyez comme ça aussi vous ?* ». Hélène répète plusieurs fois « *c'est beau... c'est beau...* » et demande à poursuivre nos entretiens. Nous validons le jour et l'horaire pour la prochaine séance. Elle ajoute : « *vous m'avez remonté le moral* » et me demande de l'appeler par son prénom lorsque je quitte son logement.

Des émotions inattendues

Quelques heures avant la première séance, je croise inopinément Hélène dans le couloir. Elle m'interpelle : « *je ne sais pas si je vais pouvoir regarder dedans, j'ai eu mal aux yeux* ». Nous convenons de reprendre cela pendant l'entretien mais sa porte est verrouillée à mon passage. Nous abordons cette absence quelques jours plus tard, lors de la première séance. Hélène suggère que j'ai dû me tromper parce qu'elle ne ferme jamais sa porte à clé et qu'elle était disponible ce jour-là. Elle me propose de prendre une chaise et décrit sa dernière séance de kinésithérapie lors de laquelle elle est parvenue à se tenir debout. Le détachement émotionnel dont Hélène fait preuve quant à cet événement me surprend¹⁰⁸, mais je la laisse poursuivre son propos qui s'oriente rapidement des banalités d'usage comme la météo ou le menu du repas à venir. Je signifie à Hélène que j'ai apporté le casque mais elle trouve que « *ça tire sur les yeux* » et ne souhaite pas « *le prendre* ». Elle demande si je le vends et je lui réexplique le cadre de la recherche. Nous échangeons sur l'appareil et notre entretien précédent : Hélène se souvient des éoliennes et trouve que cela « *remonte le moral* ». Elle souhaite continuer à l'utiliser et je lui propose de choisir l'endroit qu'elle pourra observer.

Hélène choisit l'environnement « vaches » et s'exclame de joie en regardant dans le casque : « *oh les voilà ! On dirait qu'elles sont tout près là !* ». Elle semble fascinée par cet environnement qu'elle décrit très brièvement : « *là, il y a des vaches, là des veaux...* ». Émerveillée, elle répète de nombreuses fois : « *elles sont belles, ce n'est pas croyable comme c'est beau* ». Elle trouve que « *ça fait drôle, on se croirait là, dedans... avec eux* ». Après quelques minutes, je lui propose de retirer le casque. Hélène accepte et pointe alors du doigt une vache devant elle et de dire combien elle la trouve belle. Elle veut continuer de voir et nous attendrons finalement que la durée de l'environnement soit écoulée pour retirer le casque.

¹⁰⁷ Elle allume sa télévision presque instantanément après avoir retiré le casque, comme pour vérifier si elle pouvait maintenant lire le texte.

¹⁰⁸ Une transmission de l'équipe décrit la joie d'Hélène d'avoir pu bouger sa jambe en qualifiant cela de *miracle*. Pourtant, elle n'en parlera pas lors de l'entretien, excepté dans cette forme informative peu teintée émotionnellement. Cela montre un contraste saisissant avec l'environnement virtuel qu'elle observe dans cette même séance.

Hélène revient sur son observation : « *ça fait tout drôle, on se croirait vraiment dans une étable... pareil hein !* » Elle rit et insiste sur sa joie d'avoir pu observer cet endroit « *magnifique* ». Elle se souvient être allée voir des vaches dans une étable quand elle vivait dans les Vosges : « *ah là vraiment c'est formidable, vous avez vu comme elles mangent ? Comme si c'était là !* » Hélène aurait « *aimé rester là, dans l'étable. Ça fait une drôle d'impression... quand on revient là on ne trouve plus si beau [...] pourtant on ne peut pas vivre dans une étable... on n'est pas des bêtes !* ».

Hélène remarque qu'elle n'a pas eu mal aux yeux aujourd'hui. Elle ajoute « *pourtant, j'ai toujours mal... il faudrait que je change mes lunettes* ». Elle les replace sur son nez et évoque l'aspect « *incroyable* » de ce qu'elle a vu : « *il n'y en a pas beaucoup qui l'ont vu hein ?* ». Elle trouve l'environnement magnifique et en parlera à son fils pour lui dire que c'est tout de même autre chose que ses diapos ! Quand nous terminons la séance, elle annonce avec enthousiasme sa visite prochaine au zoo avec l'animatrice de l'EHPAD. Cette perspective la ravit jusqu'au jour de la sortie où elle se lève très tôt ne pas manquer le départ.

Le bien-être inaccessible

Elle me fait part de sa déception lors de notre séance suivante, parce qu'elle pensait voir « *de plus grosses bêtes... mais alors ils étaient loin, loin ! Moi je croyais voir plus gros* ». Elle se souvient bien « *de l'appareil* » dans lequel elle a beaucoup aimé observer les vaches et semble pressée de l'utiliser à nouveau. Hélène éteint la télévision et retire ses lunettes pendant que j'installe le matériel. Elle observe l'environnement « *échelle* » et décrit : « *une échelle avec un arbre... voilà, c'est tout ce que je vois... je vois rien d'autre... non... quel immense arbre ! Il y a quelque chose qui bouge dans l'arbre, c'est des petites roses non ?* ». Elle évoque la beauté de ces roses et suppose qu'il s'agit d'un « *rosier sur tige* ». Elle rappelle combien elle trouve cet endroit « *beau, magnifique...* » mais se demande pourquoi une échelle se trouve dans l'arbre : « *il n'y a rien dans l'arbre à aller chercher...* ».

Nous retirons le casque et continuons à échanger sur l'échelle. Hélène estime qu'il n'y a rien à cueillir dans cet arbre : « *il n'y a pas de fruit, pas de fleur, rien du tout* » et suggère que l'échelle a été placée là par quelqu'un qui est venu pour tailler les branches : « *il montait peut-être trop haut, ils ont voulu le...* ». Il aurait laissé l'échelle pour revenir plus tard. Selon elle, cet arbre est « *si gros, si gros* » qu'il est impossible de le tailler d'une seule fois. Elle insiste sur sa beauté et souligne combien l'endroit est agréable : « *ça mérite d'aller voir* ». Hélène regrette de ne pas savoir le situer : « *c'est bien joli, mais on peut pas y aller* ». Elle aimerait pourtant se reposer, prendre une chaise longue et respirer longuement à l'ombre de cet arbre. Elle évoque

le calme et la sérénité qu'elle aspire à trouver dans ce lieu : « *être là, ça ferait du bien* ». Elle regrette qu'il ne soit pas possible de s'y rendre et suppose les bénéfices de ce « *bon air* » pour la santé.

La perspective d'une autre histoire de vie

La semaine suivante, Hélène observe l'environnement « salon ». Elle le décrit très précisément en partant de la vue de face, puis vers la gauche en revenant jusqu'à la droite. Elle regarde très attentivement autour d'elle, en haut et en bas et remarque chaque détail comme les deux lustres identiques. Elle décrit la grande table, le buffet mais aussi l'horloge dans cet « *intérieur magnifique* » dont elle mentionne chaque objet. Elle répète de nombreuses fois que c'est très beau et qu'elle « *aimerait rester là* ». Elle semble s'émerveiller à regarder ce salon : « *c'est un bel appartement... si seulement c'était le mien...* ». Elle pointe des doigts chaque objet et termine « *ce serait un miracle si je pouvais rester là... ce serait beau... ce serait beau...* ».

Dès que nous retirons le casque, Hélène soupire : « *ah ! je suis revenue chez moi. C'est pas si beau...* ». Elle se souvient n'avoir pas pu apporter ses propres meubles dans son logement actuel parce qu'ils étaient trop volumineux et ajoute : « *tant pis... je vivrai comme ça jusqu'à la fin de mes jours* ». Elle regrette l'endroit observé et trouve qu'il « *faisait luxueux et riche* ». Hélène imagine les autres pièces comme les chambres ou la cuisine. Elle considère qu'il faut de l'argent pour avoir un tel intérieur et trouve que dans ce logement « *ça fait pauvre... mais c'est comme ça quand on n'a pas eu de chance* ». Elle associe avec la faillite de l'entreprise de son mari et se souvient du jour où toutes leurs affaires ont été sorties et présentées par le commissaire-priseur. C'est la première fois qu'elle voyait son mari pleurer. Tout a été vendu et ils ont ensuite décidé de quitter les Vosges¹⁰⁹. Elle se souvient qu'il n'a vécu qu'un an ici : « *il est tombé de la chaise [...] et s'est cassé le col du fémur. Il avait beaucoup de diabète et ça ne guérissait pas...* ». Hélène précise qu'il est décédé depuis 22 ans et qu'il aurait fêté ses 97 ans hier. Elle se met à pleurer abondamment. Elle s'excuse et explique entre deux sanglots que sa belle-fille la gronde régulièrement à ce propos et lui demande de ne pas pleurer. Elle craint une réaction similaire de ma part et s'inquiète du regard des autres à table, s'ils voient qu'elle a pleuré. Elle tente de sécher ses larmes sans y parvenir. Elle me caresse doucement le visage puis prend mes deux mains et demande : « *vous m'aidez à tenir hein ?* ». Elle s'inquiète que je sois dérangé de venir la voir dans cette chambre d'EHPAD si laide. Cette séance est marquée par les pleurs d'Hélène qui ajoutent à la difficulté de communiquer. Elle semble ne pas

¹⁰⁹ J'essaie de demander à Hélène si l'environnement qu'elle a observé aurait pu être localisé dans les Vosges ou en Vendée, mais elle n'entend pas ma question et change de sujet.

m'entendre et après plusieurs tentatives de relances infructueuses, je me résous à rester plus passif. Quand je suis sur le point de sortir, elle me salue « *au revoir Olivier. J'ai enlevé le « monsieur », ça ne fait rien ?* ».

La vie est belle

La semaine suivante, Hélène visionne l'environnement « casse automobile » dans le casque. Elle reste silencieuse puis : « *c'est des voitures... c'est plein de voitures !* ». Elle remarque « le père Noël » accroché au rétroviseur intérieur de l'une d'entre-elles. Elle se souvient que sa petite-fille « *a quelque chose aussi* » accroché derrière son pare-brise. Hélène s'étonne de voir autant de voitures et pense être dans un garage. Après une longue observation, elle évoque ces « *belles voitures neuves* » avant de préciser que son petit-fils travaille dans un garage, mais elle n'y est jamais allée. Elle n'ajoutera rien avant d'avoir retiré le casque. Hélène remarque la différence avec cette chambre tout en continuant de s'interroger : « *mais alors pourquoi il y avait autant de voitures ?* ». Elle suppose que ces voitures neuves étaient à vendre. Pourtant, « *en entrant ce n'était pas marqué à vendre* ».

Elle s'imagine acheter une « *belle voiture comme ça pour ma petite-fille* » parce que la sienne est « *toujours en panne* ». Elle précise « *on pourrait toujours les aider... mais on peut pas...* ». Nous revenons sur le père Noël accroché au rétroviseur. Hélène trouve que « *ça fait beau. Ils ont de la chance parce dans notre temps, on n'avait pas ça* ». Elle se souvient que son père n'avait pas de voiture et qu'elles étaient encore rares à l'époque. Son frère en a acheté une pendant la guerre : « *on a roulé très vite avec, si bien qu'on a eu un accident. La voiture a été écrasée, mon frère a eu la jambe cassée et moi j'ai rien eu* ». Aujourd'hui, elle trouve que « *quand il n'y a pas d'accident, ça va tout seul* » et remarque que l'automobile est devenue indispensable au quotidien. Elle ajoute : « *c'est comme ça la vie... elle est quand même belle... plus belle que nous on l'a eue...* ». Hélène se souvient de la guerre : « *on n'était pas heureux, on a tremblé tellement qu'on avait peur... ça n'a pas été tout seul... maintenant la vie est belle pour tout. Pourvu que ça continue... j'espère que oui... moi je serai plus là mais ça continuera* ».

La possibilité de voir

Dès le début de notre dernière séance, Hélène se demande ce que feront « *les enfants* » quand elle sera morte et s'ils vont la pleurer. Elle ajoute vouloir rejoindre son mari et s'interrompt : « *il ne faut pas penser à des choses comme ça...* » avant de lâcher dans un souffle : « *mais on y pense quand même* ». Elle attribue ce mal-être à son histoire : « *c'est à cause de mon enfance* ». Elle décrit une période d'environ deux ans pendant laquelle elle perdu

totallement la vue. À l'âge de huit ans, elle a passé plusieurs mois à l'hôpital : « *j'ai été longtemps au lit, avec les persiennes fermées. Un rayon de soleil et je hurlais. Des copines venaient me lire des histoires. Elles s'en allaient en courant tellement elles avaient peur* ». Par la suite, elle a pu rentrer chez elle, mais sa vue restait très mauvaise : « *Maman me prenait par le bras pour aller à l'hôpital faire des piqûres* ». Sa vision est revenue progressivement, sans que les médecins ne comprennent ce qu'il lui est arrivé. Elle ajoute que « *c'est pour ça que maintenant, j'ai peur quand je ne vois pas trop clair...* ».

Elle souhaite voir des animaux aujourd'hui et nous sélectionnons l'environnement « vaches » qu'elle a déjà vu lors de la première séance. Elle s'exclame dès qu'elle voit dans le casque : « *oh revoilà les vaches ! Oh là là ! jusqu'à là-bas il y en a ! Oh les belles vaches !* » et se comporte comme si je pouvais également les voir aussi (« *vous voyez bien !* ») ou encore « *regardez par ici* ». Hélène remarque qu'elles sont « *propres et entretenues* » et considère le travail « *du fermier* ». Elle s'étonne que les vaches soient à l'intérieur mais suppose que c'est en raison du mauvais temps¹¹⁰. Elle remarque la différence¹¹¹ quand elle retire le casque et regarde dans sa chambre « *ça fait drôle, il n'y a plus rien* ». Sans le casque, son discours semble s'élaborer davantage. Elle revient sur le fermier qui « *entretient bien* » ses vaches et « *doit ramasser beaucoup de lait* ». Hélène estime qu'il doit gagner beaucoup d'argent grâce à cette activité. Elle ajoute que la propreté et l'organisation de l'étable témoigne de la richesse de l'agriculteur. Elle imagine « *un homme bien* » qui doit « *avoir du cœur* » parce qu'il aime les animaux. Elle suppose qu'il travaille avec des ouvriers compte-tenu du nombre de vaches et aimerait le féliciter pour la qualité de son travail. Elle se souvient qu'enfant, elle habitait à côté d'une ferme où allait souvent voir les vaches et d'une religieuse « *qui avait une bourrique* ». Hélène aurait aimé « *avoir des bêtes* » mais n'en a jamais eu. Elle ajoute à demi-mots : « *j'aurais dû me marier à un fermier...* ».

Je lui propose de regarder un dernier endroit et nous choisissons ensemble l'environnement « forêt » car il répond à son souhait d'observer « *un paysage naturel* ». Pendant que je prépare le matériel, elle ajoute « *la forêt comme dans les Vosges, notre forêt. Je verrai peut-être des champignons !* ». Je lui installe le casque et Hélène s'exclame : « *Oh là là les arbres, il y'en a jusqu'au plafond ! Oh c'est pas vrai... Oh ça c'est beau !* ». Elle regarde attentivement autour d'elle et remarque l'absence de champignons : « *c'est dommage* ». Elle trouve l'environnement « *immense et beau* » puis indique « *c'est pas dans les Vosges, parce*

¹¹⁰ Elle se positionne comme si elle était temporellement dans cette ferme : nous en reparlons ensuite, mais je ne parviens pas à comprendre sa perception du temps avec la réalité virtuelle en raison de ses difficultés d'expression.

¹¹¹ Il pleut et fait très sombre, à l'inverse de l'environnement qu'elle vient de voir.

qu'il n'y a pas de champignons ». Elle ne sait pas où cet endroit se trouve : *« je ne connais pas... »*. Elle remarque *« la clarté »* de l'endroit : *« les arbres sont pas tous touffus »*. Elle termine : *« c'est pas croyable, on croirait qu'on va aller dans le bois... On va y aller, se promener ? Ce serait bien de se promener là-dedans... »*. Nous retirons le casque : *« oh ça fait drôle quand on revient ici ! On était dans la forêt puis maintenant... c'est une belle forêt quand même pour aller se promener... avec les enfants qui courraient là-dedans... »*.

Quand nous terminons l'entretien, elle rappelle que le casque va lui manquer et demande si je vais pouvoir continuer à venir la voir. Nous revenons sur le cadre de l'étude et Héléne trouve dommage de ne pas continuer à utiliser le casque *« c'était bien, c'est si beau... c'est dommage que personne peut le voir... »*. Elle précise qu'elle ne peut pas *« le montrer »* à son fils parce qu'elle n'a pas d'appareil. Si elle pouvait le choisir, Héléne aimerait observer dans le casque *« des intérieurs... de belles maisons... oui... des jardins... il y en a des beaux des jardins... »*. Elle explique qu'elle sortait très peu de chez elle, surtout après s'être fait opérer : *« après j'avais une canne, donc j'allais pas loin... puis maintenant je suis enfermée ici pour le restant de mes jours »*. Elle évoque les sorties et les animations de l'EHPAD auxquelles elle apprécie participer. Héléne regarde le casque : *« on lui dit au revoir ? Mon pauvre... il va me manquer hein... mais vous l'avez toujours ? »*. Je lui explique que je vais le garder avec moi : *« oh oui, c'est trop beau »*. Elle demande de continuer les entretiens, ce que j'accepte en me levant pour quitter la chambre. Aussitôt après avoir rangé ma chaise, Héléne éclate en sanglots. Elle demande si je lui promets de revenir et se trouve *« bête »* de pleurer ainsi : *« surtout que vous aviez dit que vous reviendriez »*.

Le casque de réalité virtuelle

Héléne paraît souvent pressée de commencer et formule parfois explicitement sa volonté de regarder dans le casque. Elle retire ses lunettes spontanément pendant que j'installe le matériel et les remet quand je quitte son logement. Elle en fait de même avec la télévision qu'elle éteint à mon arrivée pour la rallumer à mon départ. Pendant l'observation, elle reste assise dans son fauteuil roulant et oriente nettement la tête pour regarder autour d'elle. Elle parle du casque de réalité virtuelle à chaque séance. Selon elle, *« on est enfermé dedans, alors on ne voit plus que ça »*. Héléne trouve que ce *« bel appareil »* permet de *« voir plus gros »* et lui évoque les diapositives à placer dans le projecteur, comme je place le téléphone dans le casque. Elle est impressionnée de la rapidité de ces évolutions et du progrès : *« ils font toujours des choses plus en avance [...] c'est bien pour les enfants, mais ils avancent trop vite... c'est plus des enfants maintenant. Ils en savent de trop »*. Elle les trouve *« bien plus malins »* qu'elle

ne l'était à leur âge. Pourtant, elle regrette qu'ils ne puissent plus s'amuser comme elle le faisait : « *les enfants d'aujourd'hui ne jouent plus à la poupée... [...] C'est plus pareil, plus la même vie du tout* ». Hélène estime qu'elle « *ne verra plus rien* » quand elle sera morte. Elle associe au décès d'une résidente de l'EHPAD : « *ce sera chacun son tour* » et poursuit : « *la vie continuera et les gens sont toujours plus haut, plus d'argent, plus malin, toujours... il y aura toujours du progrès... seront-ils heureux un jour ?* ».

Hélène compare le dispositif de réalité virtuelle à la télévision sur laquelle elle trouve l'image moins nette. Elle constate que dans le casque, « *ça fait plus gros* » et qu'il permet de « *s'instruire* » car on voit très bien. Elle suppose que ce matériel « *coûte cher* », et si elle en possédait un, regarderait dedans souvent « *mais pas sans arrêt. Seulement une ou deux fois par jour* ». Au-delà, elle estime risquer de s'abimer les yeux. Elle pense que cela permettrait « *de voir quelque chose de beau...* » parce que cela « *remonte le moral* ». Elle aimerait voir « *nos Vosges* » mais estime que ce n'est pas possible parce que c'est trop loin. Je lui demande ce qu'elle verrait si cela pouvait être le cas et Hélène décrit des villes et l'usine dans laquelle a travaillé son mari. Elle précise « *je la vois encore devant moi, ça ne s'oublie pas* ».

Éléments de transfert

Les premiers entretiens avec Hélène me laissent une impression d'absence émotionnelle, voire d'une forme d'ennui, inhabituel lors des séances réalisées dans ce contexte de recherche. Ce ressenti est négatif et correspond à un sentiment d'abattement associé à un vécu d'impuissance. Il laisse la place à un sentiment de surprise très marqué face aux signes d'implication d'Hélène dans notre relation thérapeutique : elle se souvient de mon prénom, me demande de l'appeler par le sien et trouve dès la séance de présentation que cela lui a « *remonté le moral* ». Sa demande de fixer une date et une heure pour l'entretien suivant confirme cette implication et majore ma surprise de trouver porte close. La disponibilité d'Hélène sera un point difficile pendant les séances et je comprends au fil des entretiens que cela ne relève pas de sa volonté mais de celle de l'animatrice qui vient la chercher chaque jour pour participer aux activités¹¹². Hélène confond facilement les jours de la semaine, mais elle m'attend dans son logement quand je la préviens de la séance quelques heures plus tôt.

Je suis une nouvelle fois surpris de son consentement à utiliser le casque compte-tenu de son positionnement initial. Ce mouvement de rejet traduit l'incompréhension qui s'avère un marqueur essentiel des entretiens. Hélène est en difficulté pour comprendre mes propos car elle

¹¹² Il arrive également que la séance de kinésithérapie soit réalisée juste avant notre séance, ce qui nécessite de décaler l'horaire ou de remettre l'entretien à un autre jour.

entend très mal. Pourtant, certaines phrases prononcées à voix basse lui restent audibles. Il est laborieux de me faire comprendre, ce qui produit un effet très significatif dans mon positionnement. Il est délicat de hausser la voix en conservant une tonalité douce et le fait de répéter plusieurs fois une phrase mal comprise crée une rupture dans la fluidité de l'échange. Ces difficultés se révèlent croissantes au fil des entretiens, ce qui me laisse perplexe quant à l'attribution unique à un problème auditif. Elles sont également accentuées quand Hélène porte le casque. Elle n'entend pas mes relances ou les comprend mal. Elle répond à des questions que je ne pose pas, ce qui rend l'entretien particulièrement imprévisible. Cette particularité m'oblige à laisser beaucoup de place à la spontanéité d'Hélène. Je dois accepter de laisser se dérouler l'entretien en perdant la maîtrise de mon ajustement clinique. En parlant très proche de son oreille, je simplifie aussi beaucoup mon discours, ce qui fait perdre de la teneur à mes propos alors qu'elle pourrait en comprendre la complexité. Cela participe à conserver une sorte de discours sémantiquement creux auquel j'essaie de m'extraire au prix d'un effort cognitif intense. Enfin, Hélène articule peu et il est parfois difficile de la comprendre. J'ai l'impression de ressentir un sentiment similaire au sien quand j'opine un propos que je n'ai pas compris.

L'impression de ne rien pouvoir faire avec Hélène génère en moi un sentiment d'incapacité. Pourtant, elle me remercie à la fin de chaque séance et signifie qu'elle m'attend avant les entretiens. Elle évoque même plusieurs fois le bien-être que cela lui apporte. Les séances se déroulent dans une tonalité agréable, mais mon sentiment qu'Hélène dispose de solides ressources cognitives et de bonnes capacités d'élaboration psychiques est infirmé par son discours répétitif sur la *beauté* des environnements. Elle semble avoir l'impression de voir des choses de plus en plus belles au fur et à mesure des séances : « *la prochaine fois, vous me montrerez quelque chose d'encore plus beau ?* ». Cela participe à mon impression de créer artificiellement une rupture à chaque fois que je lui propose de retirer le casque, mais aussi dans l'arrêt des séances dans le cadre de ce dispositif à médiation : comme si je lui avais montré de belles choses avant de les lui avoir retirées. La proposition d'un second environnement lors de notre dernier entretien peut s'interpréter comme une tentative de réduire ce sentiment.

Après les séances

Je continue de rencontrer Hélène chaque semaine après ces entretiens de recherche. La fin de ces séances cadrées par l'utilisation du dispositif de réalité virtuelle marque une rupture que nous abordons ensemble. Elle voudrait utiliser le casque lors des entretiens suivants et évoque les environnements qu'elle a trouvés si beaux. Cette demande se poursuit pendant plusieurs mois où les entretiens s'avèrent pauvres en contenu. Il s'agit d'éléments factuels

comme la météo ou le menu qui ne permettent pas de reprise et ne suscitent d'autres élaboration que l'agréable ou le désagréable avant de passer au sujet suivant. Hélène semble se contenter de ma présence et souligne combien nos rencontres sont importantes pour elle. Progressivement, elle parle moins du casque de réalité virtuelle, jusqu'au jour où elle demande : « *je vais pouvoir voir mes vaches ou pas ?* ». Non, elle ne verra plus *ses* vaches et nous n'utiliserons plus le casque. Elle demande à la fin de cet entretien : « *vous reviendrez me voir ? Même s'il n'y a pas l'appareil ? De toute façon, c'est vous que j'aime, je suis attachée à vous* ».

Cet entretien marque l'entrée dans la dernière période de nos rencontres. Hélène ne fait plus remarquer que je n'ai pas apporté mon « appareil » et cesse de demander à regarder dans le casque. Elle se souvient de chaque environnement et les décrit précisément six mois après la fin des séances. Elle se rappelle aussi des Vosges dont elle décrit les paysages, l'ambiance et quelques anecdotes. Le contenu des entretiens s'enrichit considérablement et oriente la dynamique de nos échanges sur la problématique du deuil et du regret : Hélène a perdu quelque chose de beau qu'elle ne verra plus jamais. Elle regrette que son histoire se soit soustraite à « *la beauté de la vie* ». Ces éléments alimentent les entretiens jusqu'à ce que j'apprenne à Hélène mon départ de l'institution. Plusieurs séances seront nécessaires pour qu'elle accepte cette séparation qu'elle vit comme un abandon. Elle finit par demander ce que je vais faire et se dit heureuse quant à mes projets. Quand nous terminons l'entretien, elle s'attriste : « *on ne se reverra plus* » et ajoute combien elle a été contente de notre rencontre.

Éléments d'interprétation du cas clinique

La notion de beauté est centrale dans le cas d'Hélène. Cette résidente se sent très mal dans cet EHPAD. Elle ne peut plus marcher, ses amies ne viennent plus la voir, son mari est décédé et pourtant, tout est beau et agréable. La moindre activité est un émerveillement, ce qui semble relever d'une compensation maniaque. L'environnement « casse automobile » éclaire ces processus : Hélène n'a pas le choc initial des voitures cassées¹¹³. Elle parle d'ailleurs d'accident sans remarquer que les voitures sont cassées. Elle décrit ainsi des voitures neuves, ce qui témoigne ici encore d'un renversement complet qui accrédite l'hypothèse d'une défense maniaque. Au-delà de cette défense contre des éléments psychiques internes, une dimension protectrice externe semble à l'œuvre à partir de cette notion de beauté. Hélène se protège des menaces des autres en disant que tout est beau et agréable : elle n'est plus la résidente pénible qui ne marche pas ou qui exprime un avis potentiellement confrontant. Cela pourrait signer le

¹¹³ Généralement, les participants disent quelque chose de ces voitures cassées, du fait que la casse automobile soit un dépôt de voitures hors d'état.

début d'un processus de démentification, comme si Hélène désinvestissait sa réflexion. À force d'expérience, elle comprend que son discours ne compte pas, ne produit rien et désinvestit sa vie psychique pour se conformer à cette position adaptée et même valorisée en EHPAD. Elle est d'ailleurs considérée comme une résidente qui a des troubles cognitifs. Hélène sollicite largement ma neutralité et je pourrais bien être la première personne à l'écouter sans jugement. Bien que notre relation permette le retour d'éléments de l'ordre du désir, il lui est difficile de les penser. Alors qu'elle en a la possibilité, elle ne sait pas quoi faire et quoi dire. Finalement, le flou autour de son discours et de sa compréhension rend impossible de savoir s'il s'agit de troubles cognitifs. Hélène pourrait réussir à donner l'impression d'une personne handicapée psychique qui apprécie simplement une présence.

La notion de beauté fait également écho à son enfance, lorsque Hélène a perdu la vue. Il se pourrait qu'elle l'ait alors interprété comme si la vision lui avait été retirée : tout le monde pouvait voir sauf elle. Le simple fait de voir aurait été beau et lui aurait peut-être évité ses premières moqueries, comme la cousine qui l'a poussé sur les marches de l'église pour l'humilier. Ses copines qui devaient venir la voir pour lui raconter des histoires s'en allaient, ce qui laisse imaginer qu'elles pouvaient se moquer d'elle. Elles ont d'ailleurs cessé de venir la voir, tout comme ses amies lorsqu'elle est entrée à l'EHPAD. Encore actuellement, sa belle-famille reste manifestement violente à son égard. Hélène s'est débattue toute sa vie contre l'hostilité des autres. Cela est si prégnant que je ne peux m'empêcher d'interroger sa responsabilité inconsciente dans cette réponse hostile et la raison pour laquelle ses proches finissent par la quitter. Ces questions restent sans réponse, faute d'une meilleure connaissance de la vie relationnelle d'Hélène. Cependant, les éléments transférentiels apportent une meilleure compréhension de cette organisation psychique.

Nos entretiens avec Hélène m'ennuient. Elle est heureuse que je vienne la voir et lui propose d'utiliser le casque, mais les séances me paraissent inintéressantes : Hélène trouve simplement qu'elle voit de belles choses. Une fois les séances terminées, cette dynamique se maintient. Elle souhaite continuer à me rencontrer tout en ayant rien de particulier à dire. Tout se passe comme si Hélène m'invitait à venir pour *me* regarder, comme elle a regardé dans le casque. Sa mauvaise audition me force à simplifier mon discours et à l'appauvrir considérablement. Au-delà de mon sentiment d'impuissance, je me sens obligé de me placer très proche physiquement et de lui hurler dessus pour qu'elle comprenne un mot. Cette situation est particulièrement désagréable pour moi et contraint mon positionnement en substituant une certaine douceur. À l'inverse, Hélène me prend les mains et me caresse le visage. Elle accorde

d'ailleurs une grande importance à « mon appareil » en demandant régulièrement si je le lui ai bien apporté. Je me trouve pourtant en difficulté pour élaborer ce caractère sexuel que je n'identifie pas à ce moment. Ce cas suscite de la peine avec d'un côté son attachement amoureux et de l'autre, ma volonté d'arrêter. Cela engage ainsi la question de la rupture très tôt dans les séances. Je ne l'identifie seulement quand nous cessons d'utiliser le casque. Hélène ne montre aucune agressivité, mais en étant gentille avec moi, elle réussit quand même à me faire vivre une sensation désagréable. Elle me force à hausser la voix, à lui infliger de la douleur en donnant et en retirant le casque ou en la quittant, alors qu'elle me demande de revenir. Dans une relation sadomasochique, elle me fait sentir que je lui fais du mal mais qu'elle aime bien donc elle me demande de rester.

J'ignore ce qu'Hélène a compris de mon intervention. Dans la mesure où la communication est difficile, la manière dont elle répond à ce que je lui propose semble intéressante à interroger. Hélène pourrait comprendre qu'il faut être séduite et ne plus vouloir me quitter. Je lui propose ainsi un dispositif qui la séduit comme je pourrais lui acheter une belle voiture ou offrir un bouquet de fleurs. Elle qui aurait aimé vivre dans le luxe rappelle d'ailleurs combien le casque doit être onéreux. Je la valorise en lui faisant vivre une expérience séduisante (le casque, la technologie et la jeunesse), ce qui interroge la portée thérapeutique de ce positionnement et, de ce fait, l'importance du cadre. C'est seulement après avoir arrêté d'utiliser le casque qu'un travail thérapeutique autour de la rupture s'engage avec Hélène. J'introduis une rupture dans la relation qui ne menace pas la relation elle-même. Autrement dit, j'offre un cadeau que je retire ensuite. Nous reproduisons dans la relation une dynamique largement décrite par Hélène à propos de sa vie entachée de regrets : il y a eu quelque chose de beau qu'il n'y a plus désormais. Le manque que suscite le retrait du casque de l'espace thérapeutique est primordial dans le cas d'Hélène. Il montre l'importance de considérer l'ensemble du dispositif depuis l'utilisation du casque jusqu'à la fin de nos entretiens réels, plutôt que de se focaliser uniquement sur le temps de médiation. Cette médiation se poursuit d'ailleurs dans l'après-coup en s'inversant, c'est à dire en passant du plein au manque. Même s'il n'est plus disponible physiquement, la représentation du casque de réalité virtuelle reste présente dans les séances. Enfin, le casque favorise dès le début des entretiens l'alliance thérapeutique autant pour elle que pour moi. Elle est séduite par ce beau matériel qui m'aide aussi à comprendre son parcours de vie et ouvrir l'entretien sur des éléments plus intéressants de son histoire. Sans cela, l'entretien est long et monotone. Tout ce qui intéresse Hélène est ma présence et l'introduction de cette médiation va permettre de donner une direction aux entretiens sans quoi, il m'aurait probablement été difficile de les poursuivre.

Les regrets sont particulièrement marqués dans le cas d'Hélène. Celle-ci considère que sa vie n'a pas été belle et rappelle combien les jeunes d'aujourd'hui doivent être plus heureux. La faillite de son mari est un événement marquant de sa vie que j'interprète comme un échec personnel d'Hélène, comme si cette dernière n'avait pas choisi le bon mari. Sa description du *salon* et des *vaches de la ferme* laisse entendre qu'elle aurait aimé vivre dans le luxe, avoir de l'argent et des animaux. Mais Hélène ne s'est pas mariée avec un fermier, elle n'a pas vécu la vie qu'elle voulait et pourrait se sentir « gâchée » d'avoir vieilli ainsi. Elle semble d'ailleurs davantage regretter les Vosges que son mari. Je suppose qu'Hélène s'autorise à voir dans la réalité virtuelle la vie qu'elle aurait pu avoir. Elle observe la vie réussie qu'elle n'a pas eu. Elle trouve bien-sûr cela magnifique et exprime fréquemment des regrets de ne pas pouvoir s'y trouver (échelle) ou sa volonté d'y rester (la ferme et le salon). Ceux-ci constituent les seules tentatives d'élaboration en dehors desquelles Hélène ne fantasme pas. Les environnements sont seulement beaux, superbes, magnifiques.

Un mouvement répétitif articule cette beauté avec le passage du temps. Cela se produit autant dans les environnements qu'en réalité. Hélène trouve magnifique ce qu'elle observe au moment où la scène se déroule sous ses yeux. Cependant, il semble que ce sentiment soit assez nettement entravé dans l'après-coup qui se trouve fréquemment marqué de déception. Je suppose que c'est le cas de son expérience du zoo. Hélène était très impatiente, j'ignore son attitude lors de la sortie mais elle affiche clairement sa déception après-coup¹¹⁴. Cela est également le cas à propos de la marche quand elle parle de « miracle » aux soignants alors qu'elle semble détachée de cela pendant notre échange. Dans l'espace des séances, Hélène adopte un positionnement similaire à propos de l'environnement échelle où elle s'émerveille d'abord devant un grand rosier fleuri. Ce n'est qu'ensuite qu'elle regrette qu'il n'y ait rien à cueillir dans cet arbre. Chez elle, il semble que l'expérience soit belle sur le coup mais qu'elle ne le soit plus après. Cela pose la question des effets à long terme de ces entretiens avec Hélène et de ce qu'elle pourrait en penser aujourd'hui.

¹¹⁴ Comparé aux vaches dans le casque, elle trouve que le zoo n'est pas terrible, ce qui vient aussi dire quelque chose du dispositif.

6.10 Christophe

Christophe est l'un des rares résidents à avoir formulé une demande pour me rencontrer. Depuis quelques jours, il s'inquiète de ses insomnies et des « *souvenirs difficiles qui remontent* ». Il m'invite prendre place à côté de lui, face à sa table sur laquelle il a ouvert un livre et disposé de nombreux papiers et photos de la seconde guerre mondiale. D'emblée, Christophe se lance dans un récit très dense, comme s'il l'avait préparé à l'avance. À ses 20 ans, il a été envoyé en Allemagne pendant la guerre pour réaliser des travaux forcés entre 1943 et 1945. Les classes 40, 41 et 42 devaient partir et Christophe faisait partie de la classe 43. Il a pourtant été appelé. Il était le seul de cette classe et n'a jamais compris cette convocation. Maintenant âgé de 96 ans, Christophe indique – en aparté du fil de son récit – qu'il n'a plus repensé à cette période de toute sa vie. Quand il est rentré de la guerre, il a terminé sa formation de tailleur avant de se marier. Il a eu deux enfants avec son épouse qui est décédée en 2002. Seul chez lui, l'âge aidant, le quotidien est devenu plus difficile et Christophe a décidé d'entrer en EHPAD. Il s'y sent très bien et évite de rester inactif : il s'impose chaque jour 30 minutes de sport en enchaînant la gym, le vélo et le rameur, puis sort marcher la demi-heure suivante. Je suis surpris quand il annonce son âge parce qu'il semble très alerte physiquement et paraît plutôt jeune. Il participe aux animations et sort régulièrement se balader à l'extérieur. Il en vient à sa demande et explique que depuis une quinzaine de jours, il n'arrive plus à dormir. Il repense de plus en plus à cette période passée en Allemagne et aux horreurs qu'il a vues. Il est préoccupé par ces images qui lui reviennent et explique cet épisode d'insomnie par le fait qu'il *pense beaucoup plus* depuis qu'il est en EHPAD. Christophe souhaite engager un travail thérapeutique.

Dès notre deuxième entretien, Christophe remarque qu'il « *dort nettement mieux* » et ne se sent plus obnubilé la guerre. Ravi d'avoir vu disparaître ses symptômes, il trouve cela « *merveilleux* ». Alors qu'il ajoute – à demi-mot – la crainte de se mettre en difficulté en évoquant cette période, il revient sur sa préoccupation d'avoir été envoyé en Allemagne alors qu'il « *n'aurait pas dû être appelé* ». Aujourd'hui, il se dit que les personnes qui l'ont envoyé sont toutes décédées et que ses questions resteront sans réponse. Pendant l'entretien, il cherche ses mots et présente de nombreux documents comme des livres, des brochures ou des cahiers de notes. J'ai l'impression qu'il essaie de « remplir » l'entretien. L'ambivalence de Christophe à *ne pas dire tout en disant* pourrait rendre pertinente l'utilisation d'une médiation thérapeutique. La conversation seule n'offre pas un écran suffisamment protecteur et je suppose alors qu'un support d'étayage extérieur pourrait l'aider à exprimer son vécu. Après plusieurs mois, je retourne le voir pour lui présenter le dispositif de réalité virtuelle. Christophe est

immédiatement intéressé pour participer à la recherche. Abonné à la revue *Science et Avenir*, il aime s'informer sur les nouveautés technologiques et a déjà lu des articles sur la réalité virtuelle. Curieux de découvrir le matériel, il m'écoute attentivement lui en expliquer le fonctionnement.

Il se lève ensuite pour regarder dans le casque et décrit les éoliennes sans aucune hésitation. Je lui explique qu'il peut regarder tout autour de lui : Christophe fait un tour sur lui-même et continue de faire la liste de ce qu'il observe. Il trouve l'image « *pas tout à fait nette* » mais de qualité suffisante pour voir correctement. Il s'interroge après avoir retiré le casque : « *c'est la vérité que je vois... je... j'ai vu des paysages, des éoliennes... et c'est ça le virtuel ?* ». Il essaie de comprendre le fonctionnement de l'appareil : « *les endroits qu'on voit, ils doivent bien être quelque part ?* ». Il suggère enfin qu'ils doivent être « *enregistrés* » dans le téléphone¹¹⁵.

Remonter le fil

Christophe a préparé un article de *Science et Avenir* qu'il souhaite me montrer dès le début de la séance suivante. En lisant cette présentation de la réalité virtuelle, il a remarqué que « *c'est exactement ce que [je fais]* ». Christophe sélectionne la photographie d'une tente de camping. Il regarde l'environnement dans le casque : « *ça me rappelle avec mes enfants quand on était en camping... on avait une petite caravane... en forêt comme ça... ça fait plusieurs fois que je les vois encore courir dans le... quand ils avaient cinq ou six ans... ça me rappelle ça !* ». Il regarde autour de lui et remarque les arbres et les autres emplacements. Cet endroit lui inspire du calme et de la sérénité : « *j'aime la nature et je me sens très bien là-dedans* ». C'est aussi pour lui un lieu propice aux rencontres entre les campeurs. Lorsque je lui demande s'il aimerait faire quelque chose dans ce lieu, il répond « *maintenant, ce n'est plus possible ! Non je ne vois pas ce que je pourrais faire...* ».

Après avoir retiré le casque, Christophe évoque ces périodes de vacances à la mer et à la forêt dans les années 1960 : « *ça me rappelle exactement les bons moments que j'ai passés avec les enfants* ». Il ajoute : « *je me rappelle [...] on était sur la plage, j'avais un ballon... le vent soufflait et mes deux filles couraient après le ballon... j'ai cette photo encore qui me... c'est des bons moments que j'ai passé... je les revois courir après le ballon* ». Il se souvient des week-end en famille quand ils partaient avec leur petite tente de camping : « *c'est vraiment des bons souvenirs, ça me fait plaisir d'y repenser* ». Il associe ces vacances à son travail de tailleur. Il revient longuement sur son parcours professionnel, lui qui a regretté toute sa vie de ne pas

¹¹⁵ Je laisse Christophe libre d'imaginer la provenance de ces supports et ne précise pas qu'il s'agit de vidéo que j'ai filmées moi-même afin d'éviter que cette information ne produise d'effet.

avoir eu son bac. Ses parents connaissaient un tailleur. Par commodité plus que par volonté, il a appris le métier avec lui avant d'aller à la guerre. Il se concentre pour compter les années de chaque événement important de sa vie : *« j'avais pas 20 ans quand je suis parti en Allemagne... oui je suis parti en 43 et j'allais avoir 20 ans à la fin de l'année... »*. La précision des années et des dates semble avoir une grande importance pour lui. Il insiste sur la rupture provoquée par ces deux années avant qu'il ne termine sa formation. Après avoir obtenu son diplôme, il a monté son entreprise. L'affaire a bien marché mais les dernières années ont été difficiles : seuls les clients fortunés ou les personnes qui avaient besoin de vêtements adaptés passaient commande. Christophe ajoute qu'aujourd'hui, *« ce métier a disparu »*. Il poursuit le fil de son histoire jusqu'à sa retraite. Il évoque le décès de sa femme puis son entrée en EHPAD et termine : *« voilà, tout ce que je peux vous dire... ma vie [...] c'était une vie normale quoi... à part l'Allemagne, c'était une vie normale »*.

Après notre précédente séance, Christophe a cherché dans son dictionnaire la définition de *virtuel* et l'a notée sur un papier : *« qui n'est pas réalisé »* et en dessous *« pas d'effet actuel »*. Il essaie de comprendre : *« le virtuel qui n'est pas réalisé encore... sur mon dictionnaire ! Mais maintenant, dans les nouveaux dictionnaires, c'est sûrement réalisé »*. Il n'est pas d'accord avec cette définition parce qu'il est certain que ce qu'il a vu existe bel et bien. Il pointe la définition et ajoute *« c'est bien réalisé puisque je l'ai vécu »*. Il évoque la naissance de l'électricité et les évolutions technologiques. Il a trouvé cela positif mais *« maintenant, on ne peut pas continuer comme ça, c'est pas possible ! On peut pas toujours aller de l'avant comme ça ! Construire des autoroutes, des aéroports etc... Moi je crois qu'on est arrivé à une fin de civilisation »*. Il se demande ce que verront ses petits-enfants : *« on peut pas toujours progresser progresser... c'est pas possible ça... on est bien obligé de suivre mais... on ne peut pas continuer comme ça »*. Il imagine *« une catastrophe quelconque... une révolution... »* et précise qu'il espère se tromper. Il ajoute : *« je me demande comment ça va finir... »*.

« Là, c'était mort »

La semaine suivante, Christophe commence par se remémorer la tente de camping. Il observe attentivement le casque de réalité virtuelle pendant l'installation, puis regarde l'environnement « échelle ». Il pointe du doigt chaque élément et se tourne plusieurs fois sur lui-même : *« ça rappelle la campagne... avec des arbres, une échelle... dans le fond il y a une petite cabane... la forêt tout le tour... »*. Il poursuit sa description et ajoute *« j'ai l'impression que... il n'y a pas de vie... à part les taupinières ! Je ne vois pas d'oiseaux ni... aucune vie... c'est un peu impressionnant d'être seul comme ça dans... »*. Il regarde autour de lui et remarque

un mouvement dans une zone sombre. Il se penche en avant et regarde l'endroit plus précisément : « *est-ce que c'est quelqu'un ? Une bête quelconque ? Je ne sais pas...* ». Il mentionne l'étang et les peupliers et souligne combien cela amplifie cette impression de solitude dans cet endroit.

Après avoir retiré le casque, Christophe précise ce sentiment « *vraiment impressionnant de solitude* ». Ce ressenti est plutôt désagréable alors que Christophe vit habituellement la solitude comme une condition agréable. Il « *aime être seul* » et se souvient d'avoir aimé travailler seul dans son atelier, notamment pour prendre ses propres décisions. En évoquant cette période, il précise : « *au départ, le métier me plaisait pas tellement... mais c'était au début... et la guerre est venue... et voilà... enfin j'estime que j'ai réussi à me débrouiller en revenant d'Allemagne* ». Il associe la solitude à sa situation actuelle en rappelant qu'il s'occupe toujours, même s'il est seul dans son petit logement. Christophe se sent différent des « *autres résidents qui se plaignent beaucoup de s'ennuyer* » car il apprécie le calme de la solitude. Pourtant, il n'a pas aimé cet endroit : « *ce n'était pas la même solitude. Je me trouvais seul mais sans rien voir de vivant dans la nature* ». Il revient sur ces taupinières : « *j'imaginai les taupes en dessous* » et ajoute : « *c'est pas normal de voir cette nature sans vie* ». Il n'a jamais rien vu de tel et considère que cet endroit n'existe pas car il ne fait « *pas réel* ». Il ajoute : « *c'est virtuel n'est-ce pas ? Ce n'est pas normal* » et considère qu'en réalité il y aurait eu de la vie : « *il y aurait forcément des oiseaux ou des animaux, comme des canards sur l'étang... quelque chose de vivant ! Là, c'était mort* ».

Je propose de revenir sur l'échelle et l'invite à imaginer les raisons de sa présence dans l'arbre. Il « *ne voit pas du tout l'utilité de cette échelle* » parce qu'il n'y a pas de fruit, que les branches ne nécessitent pas de taille : « *peut-être aller chercher un nid d'oiseau...* ». Je demande ce qu'il pourrait faire dans cet endroit : « *j'aurais peut-être monté à l'échelle pour voir ce qu'il y avait là-haut !* ». Nous imaginons ce qu'il aurait pu voir d'en haut : « *j'aurais pu voir un nid... autrement... j'aurais même pas vu le paysage... il y avait rien au-dessus... il y avait rien à voir à part le sommet des arbres. Au-dessus des arbres, il n'y a rien. Le ciel... le ciel est gris* ». Il regarde dans le vide comme s'il voyait vraiment quelque chose qu'il était incapable de décrire. Christophe réfléchit longuement et demande à voix basse : « *je pouvais pas monter au ciel avec l'échelle hein ?* ». Il ajoute : « *non je vois pas, je vois pas...* » avant de revenir sur l'aspect anormal de cette observation. Il conclut : « *c'est impressionnant de se sentir seul dans... dans cette immensité... il y avait que l'échelle et le coin où je sentais que quelqu'un bougeait... non c'est vraiment... pas normal* ». Christophe se souvient également de la petite

cabane qu'il a vu dans le fond et réfléchit : « *il y a eu quelqu'un sûrement [...] pour mettre l'échelle d'abord... pour mettre la petite cabane qu'il y avait là, pour construire la maison...* ».

Cette réflexion se poursuit jusqu'au début de la séance suivante. Christophe lit ses quelques phrases écrites sur un petit papier : « *la semaine dernière, la vie avait disparu de... il n'y avait plus de vie... il n'y avait de la vie que sous la terre : la taupe... la taupinière que j'avais vu... maintenant je ne sais pas si c'est une taupinière... et puis l'échelle. Est-ce que c'est pas pour aller dans l'espace ?* ». Il montre des mains le haut et le bas et semble imaginer l'endroit comme s'il le voyait à nouveau : « *Comme il n'y a plus d'insecte, il n'y a plus d'oiseau... à cause des insecticides... alors il va falloir changer de vue parce que ça pourra pas rester comme ça... sans vie...* ». Christophe revient sur ses notes : « *ça m'a travaillé un peu... l'esprit... alors j'ai cherché pourquoi l'échelle était là, pourquoi il n'y avait plus de vie... c'est ça qui me tracassait un peu...* ». Il en a conclu qu'il faut « *changer de vie... de vue parce que ça va pas pouvoir continuer comme ça* ».

L'intérieur vertigineux

Christophe observe ensuite le *salon d'une personne âgée* : « *C'est une chambre. Comme on en voit un peu partout. Il est cinq heures moins cinq* ». Il signale : « *ça me paraît bas là ! Le sol me paraît très bas, très bas* » avant de poursuivre sa description de la pièce « *je vois un salon, avec un fauteuil... mais ça me paraît très très bas [...] ça me paraît enfoui* ». Il se tourne sur la gauche et continue : « *le fauteuil est énorme... il y a une cheminée qui paraît énorme... une bougie très grosse... il semble que je suis un peu... perdu l'équilibre là... ça me donne le vertige* ». Il commence à vaciller et s'agrippe à son lit : « *je sais plus où je suis là !* ». Je lui retire immédiatement le casque et Christophe s'assoit avant de poursuivre : « *je sais pas ça me paraît... je vous dis ça donnait un peu le vertige... c'est pas normal... je me demandais où j'étais... je me retrouve quand même chez moi* ».

Christophe se sent mieux maintenant : « *là, je me trouve bien mais tout à l'heure, j'étais mal* ». Il explique avoir eu « *l'impression de voir le vide... d'avoir eu le vertige* » et rappelle que « *ce n'est pas normal* ». Il précise : « *une cheminée énorme, des bougies énormes... au départ ça allait mais plus j'allais par-là [vers la gauche], plus ça devenait gros, énorme* ». Christophe a eu l'impression « *d'être en hauteur* » et se souvient s'être agrippé à son lit, « *mais je savais pas où j'étais, je ne savais pas que c'était au juste [...] je me cramponnais à quelque chose mais croyais pas que c'était mon lit* ». Il précise ce sentiment de désorientation : « *j'étais pas chez moi... [...] dans une pièce qui n'était pas normale... tout était énorme... les objets étaient déformés... grossis...* ». Il ajoute : « *J'étais vraiment dans un autre monde... c'est pas*

possible de voir de choses pareilles ». Christophe se sentait « *tout petit* » par rapport à ces objets énormes. Il insiste sur sa « *peur de tomber* » et son besoin de se « *cramponner à quelque chose* » sans quoi, il estime que la chute aurait été possible. Il se remémore l'observation dans une perspective chronologique : il ne distingue pas les objets dans l'espace à gauche ou à droite, mais selon le temps : « *au début, c'était à peu près normal oui* ». Il insiste sur cette différence entre le début « *normal* » et la fin « *vraiment anormale* ».

Christophe estime que la vie est impossible dans un tel endroit : « *le fauteuil, on aurait pu mettre trois personnes dedans ! Le canapé, c'est pareil ! Non c'est vraiment pas... pas normal. J'aurais pas pu vivre là-dedans [...] c'était un appartement fait pour des géants, pas pour des humains normaux...* ». Je l'invite à réfléchir aux moyens pour rendre la vie possible dans ce lieu. Christophe propose : « *on commence par remonter le sol... ensuite, le fauteuil, on le diminue... la cheminée, la diminuer comme une cheminée normale... les bougeoirs, ça se serait facile à changer [...] on les remplace. On diminue aussi la cheminée* ». Finalement, il estime que vivre dans ce lieu est impossible et « *ferait trop de frais* » avant d'ajouter que « *c'est même impossible de remonter le sol... [...] non ce n'est pas pour des humains comme nous* ».

Lors du bilan de cette séance, Christophe trouve « *inutile* » ce qu'il a vu aujourd'hui : « *ça ne correspond à rien... de voir des objets déformés... pour vous peut être ça vous dit quelque chose mais pas pour moi... [...] vous pourriez regarder et vous verriez les mêmes images que moi* ». Il a discuté avec Bertrand qui a vu les images d'une « *casse de voitures* » et remarque que lui n'a pas vu cela. Il évoque la séance précédente : « *par contre, la dernière fois, ça m'a plus impressionné de voir cette vie qui... on est obligé de changer de vie, on va pas rester comme ça, c'est pas possible* ». Il décrit à nouveau l'environnement qu'il a observé la dernière fois et ajoute « *ça m'apporte quand même quelque chose de vous connaître, de connaître un psychologue que je connaissais pas... mais je sais pas si ça va m'apporter* ».

« Elles sont bloquées et ne peuvent pas partir »

Christophe regarde aujourd'hui l'environnement « *casse automobile* ». Bien qu'il en ait déjà parlé la séance précédente, il n'évoquera jamais la notion de « *casse de voitures* ». Il décrit l'environnement autour de lui : « *c'est un garage avec plein de voitures. Le sol me paraît très bas là. Et les voitures, énormes aussi. Celle-là surtout oui... Ah il y en a plein. Elles sont en réparation [...] sûrement parce que le capot est ouvert* ». Christophe les trouve « *monstrueuses* ». Il estime que « *ce n'est pas normal de voir des voitures aussi grosses [...] ce n'est pas naturel* ». Il remarque qu'il n'y a personne dans cet endroit : « *il n'y a aucun mouvement. Il n'y a pas d'ouvrier, de réparateur de voiture...* ». Il se tourne et pointe une

direction du doigt : « *il me paraît drôle ce moteur... c'est pas comme un moteur normal de voiture* ». Il se tourne : « *là non plus* ». Avant de retirer le casque, Christophe conclut : « *ça me paraît tout à fait anormal ça* ».

Il revient sur cette anormalité qu'il associe principalement à la taille des voitures : « *même des grosses voitures ordinaires, il n'y en a pas qui sont comme ça, c'est pas possible* ». Il souligne leur aspect « *monstrueux* » et estime les moteurs irréparables. Christophe semble à nouveau plongé dans l'environnement, il se tourne sur lui-même et signale qu'une partie des voitures « *étaient réparées étaient presque normales, elles étaient plus petites... et le sol est très bas* ». Il insiste sur cette notion de normalité puis revient sur l'absence d'une personne dans cet endroit alors qu'« *il y avait du travail à faire ! Je me demande pourquoi... c'était un garage d'accord mais enfin... on ne voyait pas d'animation, rien du tout* ». Christophe suggère qu'il s'agit d'un garage en faillite : « *depuis pas très longtemps parce qu'il y a des voitures prêtes à partir* ». Il n'en dira pas beaucoup plus jusqu'à ce qu'il propose en souriant : « *le patron était peut-être mort...* ». Christophe ne voit pas d'autre explication : « *quand il n'y a plus de direction, ça ne peut pas marcher* ».

Christophe considère que le garage pourrait être repris : « *il y en a pour de l'argent mais... et puis les voitures qui étaient prêtes elles étaient prêtes à marcher. Elles étaient bloquées là... je sais pas pourquoi... oui on peut envisager une faillite de l'entreprise qui attendait un repreneur* ». Il explique que « *le garage étant bloqué, elles ne pouvaient pas partir. Il y avait personne* » et précise que le sol était « *de niveau* » pour les voitures prêtes à partir : « *le sol était très bas seulement sous les voitures en réparation* ». Il estime qu'il est possible de reprendre un tel garage à condition d'avoir de l'argent et « *d'être capable* ». Il imagine : « *si j'étais le patron de l'endroit, j'aurais essayé de trouver des ouvriers pour réparer les voitures et puis les... il y a quelque chose qui n'était pas normal... sans vie... [...] elles étaient là, à attendre un repreneur, mais c'était possible de les remettre en route* ».

Je lui propose de réfléchir à une explication quant à l'état des voitures. Christophe ne « *voit pas ce qui a pu se passer... elles étaient vraiment à l'abandon... à part les carrosseries qui étaient à peu près normales, mais les moteurs non...* ». Il réfléchit beaucoup avant de suggérer l'idée d'un sabotage où quelqu'un serait venu casser les moteurs : « *on voit tellement de choses maintenant qu'on peut imaginer tout [...] une vengeance contre le patron...* ». Il associe ce sabotage à la guerre : « *quand j'étais en Allemagne – ça me revient toujours – il y avait soi-disant du sabotage. Ils avaient pendu deux trois... c'étaient des Russes ou... je ne sais pas... un matin on avait vu trois pendus comme ça... on pensait qu'il y avait eu du sabotage...* ».

c'est pour ça que ça me revient... ». Il se souvient de ce moment très éprouvant : « c'était pour faire voir qu'il ne fallait pas faire de sabotage ». Il revient sur le dispositif : « ce n'est peut-être pas ce qu'il faut dire [...] j'ai dévié... ça m'est revenu... je sais pas pourquoi... ça marque... ». Je précise que nous pouvons continuer d'en parler mais Christophe répond « revenons à nos voitures ». Il se remémore l'environnement et remarque : « il n'y avait pas de toit... les voitures n'étaient pas protégées des intempéries ». Il questionne également l'importante quantité de voitures qui se trouvaient là. Il ne trouvera pas d'explication franche mais passera à la fin de la séance à réfléchir sur cette question.

Un endroit bouleversé

Pour la dernière séance, je propose à Christophe de choisir une image ou de me laisser sélectionner l'environnement qu'il regardera aujourd'hui. Il décide de me laisser ce choix et observe l'environnement « champ ». Dès qu'il regarde dans le casque, il remarque : « ah il y a de la nature là ! Il y a des arbres là... une clôture, des arbres partout... une prairie avec au milieu un... ça a été bouleversé là ». Il observe que « la terre a été remuée » et suggère qu'il s'est « passé quelque chose ». Il continue sa description en faisant un tour sur lui-même et en arrive à un « poteau de clôture [...] qui est tombé sûrement ». Christophe a l'impression de connaître ce lieu : « c'est un endroit que j'ai vu souvent en me promenant... ». Il estime que ce « beau terrain » est une parcelle de culture bien entretenue, mais reste préoccupé par cet espace bouleversé : « je ne sais pas ce qui s'est passé là... ou alors il y avait un arbre qui est peut-être... ou les sangliers qui ont peut-être bouleversé le terrain. Il y a sûrement quelque chose qui s'est passé ».

Christophe se trouve « un peu désorienté » par ce passage de l'environnement virtuel à sa chambre quand nous retirons le casque. Sans préciser davantage, il revient sur son observation : « c'est comme si je connaissais le coin... dans la campagne quand je vais me promener ». Il pense avoir déjà vu le chemin : « c'est un coin que je connais... que normalement j'ai vu... sûrement ! ». Cet « endroit bouleversé » le questionne et Christophe propose qu'un arbre a pu être arraché à cet endroit parce qu'il « gênait les gens pour exploiter le terrain ». Il resterait les traces laissées par les racines. Il évoque également le poteau qui serait tombé : « c'est bizarre qu'il soit là... [...] c'est pas normal que ce poteau soit tombé... ou alors il était... il devait être en réparation... autrement c'était une campagne normale... ». Ce champ rappelle à Christophe combien les choses ont changé. Il se souvient que les parcelles étaient plus petites dans sa jeunesse. Il décrit longuement sa visite d'une ferme récente et avoir été

impressionné par la modernité par ces changements, il pense qu'il n'est pas possible de revenir en arrière et trouve « *qu'on est allé trop vite dans la modernisation* ».

Déroulement des séances

Christophe se montre accueillant et chaleureux à chacune de nos rencontres. Il note les entretiens dans son agenda et prépare deux chaises, l'une en face de l'autre, avant mon arrivée. Il commence par mettre ses appareils auditifs et m'invite à m'asseoir avant de s'installer sur sa chaise. Le début des entretiens est marqué par une sorte de flottement. Comme si Christophe ne savait pas quoi dire et cherchait à combler le vide créé par le silence. Ce flottement se trouvera progressivement comblé par le dispositif : Christophe engage les séances par une discussion sur l'article de magazine lors de la première séance, puis aborde systématiquement la séance précédente lors de chacun de nos entretiens. À mesure du déroulement des séances, ce « flottement » finit par disparaître ce qui apaise le début de nos entretiens. Les souvenirs qu'il raconte à ce moment semblent toutefois plaqués et ne laissent pas de place à une reprise, Christophe les remémore puis engage lui-même la séance : « *alors, qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui ?* ».

Je dispose ainsi de peu d'éléments du quotidien de Christophe qui ne décrit pas le reste de sa journée et son vécu dans l'institution. Si le début des entretiens semble comblé par ces souvenirs, certains sujets significatifs lui échappent à la fin de nos échanges. Christophe aborde souvent son âge à ce moment : « *je vais bientôt avoir 96 ans...* ». C'est toujours quand je suis sur le point de quitter la pièce qu'il apporte des précisions, comme lors de la deuxième séance : « *J'aurais jamais cru ! Et je suis encore à peu près en bon état... j'en vois pas beaucoup comme moi. Je vais mourir en bonne santé. Bon à la semaine prochaine !* ». C'est aussi le cas lors d'une autre séance où : « *le médecin m'a dit que je ferai un centenaire. D'accord, mais si je ne souffre pas, sinon c'est pas intéressant* ».

La réalité virtuelle

Christophe exploite les possibilités techniques du casque de réalité virtuelle de façon optimale : il se lève systématiquement et n'hésite jamais à se tourner complètement sur lui-même. Dès la seconde observation, il place le dossier d'une chaise devant lui pour se sécuriser. Il se positionne ainsi entre son lit et cette chaise retournée. Il est le seul participant à critiquer la qualité de l'image qu'il ne trouve pas parfaitement nette lors de la séance de présentation. Cela illustre un positionnement critique envers ce casque de réalité virtuelle qu'il n'apprécie finalement pas beaucoup. Il considère qu'il s'agit de « *loupes qui déforment un peu... c'est des photos qui sont prises et qui sont déformées...* ». Pendant qu'il explique le fonctionnement du

casque, il le saisit et regarde à l'intérieur¹¹⁶. Christophe fait un tour sur lui-même et décrit : « *je vois des niches... un mannequin là... là je sais pas ce que c'est, un objet d'art... des feuilles, des arbres... c'est bizarre...* ». Il continue de manipuler le casque et demande ce qu'il verra s'il retire le téléphone. Lorsque nous le retirons, Christophe constate : « *ah oui là, je ne vois rien du tout* ». Il saisit alors le téléphone : « *tout est là-dedans* ».

Il associe le retrait du casque au « *retour à l'état normal* » et attribue à la réalité virtuelle cette anormalité selon un raisonnement logique : « *il n'y a pas besoin de casque pour voir une image normale [...] c'est par rapport à l'image qui est dedans... vous pourriez mettre quelque chose de normal mais ça marcherait pas...* ». Pendant les séances, Christophe semble encore dans l'environnement après avoir retiré le casque, comme si d'une certaine manière, il restait *collé* à son observation : il regarde dans le vide et pointe parfois le doigt dans la direction de l'objet qu'il décrit. Quand les premières séances se terminent, je formule des paroles d'ancrages pour l'aider à sortir de cet état d'évocation¹¹⁷. Cela n'est toutefois plus nécessaire lors des deux dernières séances où Christophe parvient lui-même à en sortir. La fin de nos entretiens est également marquée par son questionnement à propos de l'utilité du casque de réalité virtuelle. Selon lui, « *n'importe qui ne peut pas se servir de choses comme ça* ». Il estime d'abord que cela « *ne sert à rien* » puis, après une longue réflexion, lui suggère un usage pour l'armée. Il évoque ces drones qui « *peuvent envoyer des bombes* » et pense que ce casque pourrait servir « *pour des choses comme ça* ». Il ajoute : « *ça servira sûrement à quelque chose... maintenant, est-ce que c'est pour le bien ou...* ».

Éléments de transfert

Malgré un climat relationnel agréable, chaque séance avec Christophe est très éprouvante¹¹⁸. Il déploie un matériel clinique très riche qui me sidère pendant les séances¹¹⁹. Les relances sont difficiles et j'ai souvent l'impression d'avoir « tout dit », ce qui rend les séances laborieuses : je vis mal les silences et remarque que la médiation permet de canaliser une angoisse qui envahit l'espace. Comme pour combler ces vides désagréables, je « puise » l'environnement virtuel au maximum pour alimenter l'entretien, ce qui s'avère particulièrement coûteux et difficile. Cela peut aussi créer des ruptures dans la construction associative du discours de Christophe, s'il s'est interrompu pour réfléchir et que je l'ai relancé sur un autre

¹¹⁶ Je n'ai moi-même aucune idée de ce qui est affiché dans le casque qui est resté allumé pendant l'entretien.

¹¹⁷ Par exemple lors de l'observation de l'échelle : « *Nous allons à présent revenir dans cette chambre, où se trouve votre lit, votre bureau... où je me trouve également...* ».

¹¹⁸ Il s'agira du cas clinique le plus difficile à rédiger des participants à cette recherche.

¹¹⁹ Après notre première séance, je remarque que je pense assez nettement à la mort. Je suis inhabituellement préoccupé par cette question et repense beaucoup à cet entretien plusieurs jours après.

aspect de son observation. Je crains de le mettre en difficulté en posant des questions auxquelles il lui est difficile de répondre. Christophe a pourtant apprécié nos séances : « *d'une manière générale, ça m'a plu... c'est des choses qu'on ne voit pas habituellement* ». Il a été « *très intéressé* » par ce dispositif et bien qu'il estime que le casque de réalité virtuelle soit inutile, Christophe a aimé « *notre contact* ». Il a trouvé que la dernière séance n'était « *pas impressionnante* » contrairement aux deux précédentes parce qu'il s'agissait « *de photos normales, pas déformées* ».

Après les séances

Christophe ne formule pas de demande d'entretien après les séances. Nous continuons à échanger brièvement quand je le croise au détour d'un couloir mais n'engagerons pas de suivi thérapeutique jusqu'à mon départ de l'établissement. Ces séances se terminent à la fin de l'année 2019. Christophe qui souffrait de troubles du sommeil associé à un syndrome des jambes sans repos et à d'importantes douleurs aux membres inférieurs n'évoque plus ces difficultés. Dans la période qui suit nos entretiens, il y a très peu de transmission à propos de Christophe excepté celles des animations auxquelles il participe. À partir du mois d'avril, il se plaint à nouveau de ses jambes qui le réveillent la nuit et de ses douleurs. Nous sommes alors dans une période de tension dans l'établissement en raison de la crise sanitaire de la Covid-19 et je ne reverrai Christophe qu'en juin afin de le saluer une dernière fois avant de quitter l'EHPAD.

Éléments d'interprétation du cas clinique

Dès notre première rencontre, Christophe évoque les images de la guerre qui hantent ses nuits sans toutefois pouvoir les préciser. Lors des séances de médiation thérapeutiques, bien qu'il ne parle plus de ces souvenirs, il associe sur la guerre en décrivant une sorte de champ de bataille à partir des environnements virtuels. Christophe ne relève pourtant pas de lien direct avec son expérience. Il formule ainsi une description et exprime l'émotion de ces souvenirs qu'il ne pourrait aborder consciemment. L'environnement de l'échelle montre un endroit immense, anormal dans lequel la vie a disparu. Sa description traduit une atmosphère macabre qui s'inscrit dans le même sens que son observation de la séance suivante : la vision du *salon d'une personne âgée* le fait rapidement vaciller. Christophe se sent désorienté. Il le décrit comme un lieu dans lequel un « humain normal » n'aurait pas pu vivre et exprime ainsi la perception d'un endroit inhumain et invivable. Enfin, il décrit un champ bouleversé par des sangliers qui m'évoque un champ de bataille détruit par des brutes. La *casse automobile* est la seule à produire des associations conscientes avec la guerre, même si Christophe s'en défend

en demandant à « revenir à nos voitures ». Lors de son observation, il évoque l'énormité des véhicules et leur aspect monstrueux. Cela rappelle certains véhicules d'intervention militaires, mais pourrait également être interprété dans une perspective plus métaphorique de la menace que représente l'image d'un énorme monstre.

À partir de la *casse automobile*, il développe cette notion de normalité et d'anormalité en les reliant par la réparabilité. En effet, il considère que les voitures réparées sont « *presque normales* » alors que celles qui sont cassées restent monstrueuses. J'entends une certaine culpabilité dans le discours de Christophe qui pourrait se sentir responsable d'avoir commis des actes monstrueux à cette période de guerre. Selon cette hypothèse de la culpabilité, nous pourrions imaginer que ce serait lui l'énorme monstre, ce qui relèverait alors d'une identification projective. L'absence d'animation dans ce garage m'évoque la mort à laquelle Christophe associe lui-même pour expliquer le départ du patron. Il relève la valeur des voitures de ce garage en précisant qu'elles pourraient être réparées. Sa précision des moteurs cassés contrairement aux carrosseries intactes laisse entendre une atteinte psychique malgré une enveloppe corporelle préservée. Cela fait largement écho à l'impression, lorsque j'ai rencontré Christophe, d'une personne très alerte physiquement mais intérieurement troublée. C'est en réfléchissant sur les causes de la casse de ces moteurs qu'il associe avec la notion de vengeance. Lui qui s'était proposé comme patron de l'endroit donne une direction à cette vengeance : elle est orientée contre le patron. Autrement dit, quelqu'un se venge de lui ou – pour reprendre l'hypothèse de la culpabilité – il mériterait une certaine vengeance. Son association avec les personnes pendues pour sabotage est très éprouvante, comme si Christophe rappelait le sort qui pourrait lui être réservé tout en décrivant une scène terrible et choquante qui me bouleverse. Il évoque finalement le fait d'avoir « dévié » de l'expérience de réalité virtuelle sur laquelle il préfère se concentrer. J'entends cette dimension de dé-vié, comme si la vie avait été retirée par Christophe : « *j'ai dé-vié* ».

Ce dernier évoque l'inutilité de l'expérience de réalité virtuelle, notamment après avoir observé le *salon d'une personne âgée* dont l'émotion a pourtant été très intense. Il dira la même chose à propos du dispositif global dont il considère qu'il ne « sert à rien », excepté pour l'armée. Sans le formuler directement, il attribue au casque un usage néfaste, comme le pilotage de drones pour envoyer des bombes¹²⁰. Il y a au-delà de cette perspective militaire une métaphore d'explosion (dans cette intensité émotionnelle maximale) puis de destruction (avec

¹²⁰ C'est mon interprétation à partir des associations de Christophe entre la réalité virtuelle et les drones qui envoient des bombes.

l'idée de revenir sur les ruines et de regarder un lieu réduit en miettes, comme un espace psychique réduit à néant). Christophe exprime ainsi à quel point sa vie psychique est anéantie par les souvenirs de guerre et la réalité virtuelle le confronte à cette partie qui « n'a pas de sens ». Il évoque de cette manière ces éléments traumatiques non symbolisés qui reviennent sous forme de sensations non transformées. Son discours à propos de ces sensations s'avère d'ailleurs ambivalent : après avoir vu le salon qu'il trouve inutile, il décrit la séance de l'échelle comme celle qui l'a le « plus impressionné ». Ces expériences n'étaient pas « sensationnelles » précise-t-il, lorsque que les environnements n'arboraient pas ce caractère anormal et déformé. Christophe semble ainsi attribuer une utilité au dispositif s'il est impressionnant et difficile à supporter. Cela va dans le sens d'une volonté inconsciente de rejouer la scène traumatique dans l'espoir de l'élaborer psychiquement. Je comprends ainsi cette impression de collage à l'expérience de réalité virtuelle. Christophe refait l'expérience d'un état de désorganisation psychique et de sidération qui marque la dynamique transférentielle de nos entretiens. Ces éléments m'amènent ainsi à considérer le diagnostic d'un trouble de stress post-traumatique.

Malgré un cadre externe agréable et investi, je ressens un certain effroi à l'intérieur de l'espace thérapeutique. Les sensations produites par l'observation des environnements virtuels sont bien réelles pour Christophe qui vit pleinement cette « anormalité ». Il semble « pris » dans ces sensations dont il ne parvient pas toujours à sortir même en retirant le casque. Cela est très éprouvant pour moi aussi et je suis traversé par ces mêmes sensations très intenses. Ma réaction ambivalente qui fait écho à la problématique de Christophe : je continue de lui proposer des environnements virtuels dont nous voulons pourtant éviter de parler. Ils ne parviennent pas à lever l'angoisse de ces espaces de vide en les remplissant. L'intensité de ces sensations bloque ma pensée comme celle de Christophe à tel point qu'il est possible d'interpréter mes ancrages à la fin des séances comme des tentatives destinées à nous sortir tous les deux d'un état de sidération. L'utilisation de la réalité virtuelle ouvre ainsi au partage par Christophe de ces sensations non transformées et s'avère pertinente à ce propos. Il ne peut pas mettre en mot son expérience traumatique et investit bien le dispositif pour tenter de le représenter. Cependant, la dynamique transférentielle est si intense que je ne parviens pas à la canaliser, ce qui pointe à la fois la richesse de ce dispositif et sa dangerosité.

PARTIE III : ANALYSE THÉORICO-CLINIQUE

Chapitre VII : Théorie du dispositif de réalité virtuelle

« De ce qu'on peut espérer voir, on arrive dans la réalité après »

Cédric, 83 ans

Les cas cliniques condensent l'ensemble des effets produits par l'utilisation de la réalité virtuelle comme médiation thérapeutique auprès de personnes âgées qui vivent en EHPAD. Il s'agit à présent de les « décondenser » afin de comprendre plus précisément les effets de ce dispositif. La sélection de points significatifs et leur description précise pourra ainsi permettre d'explicitier les éléments implicites contenus dans les cas cliniques afin de réaliser une théorie du dispositif. C'est à partir de cette théorie qu'il sera possible d'élaborer des hypothèses heuristiques. Ce préalable fondamental concerne les problématiques du grand-âge, la dynamique institutionnelle dans laquelle elles s'expriment et la façon dont ce dispositif technologique les met en exergue. L'identification et la description des éléments transférentiels sont également centrales dans la construction de cette théorie du dispositif car c'est à travers le transfert que se joue la réflexivité.

7.1 Avant : cadre et découverte

Dans le contexte d'un EHPAD, les personnes âgées en souffrance psychique ne bénéficient pas souvent d'un cadre propice à l'accompagnement psychothérapeutique. La rencontre avec le clinicien se déroule au sein d'un espace aménagé pour vivre, tout en respectant les nécessités institutionnelles. Les objets sont disposés selon ces critères qui brident l'appropriation subjective de l'espace. Malgré les meubles et les objets personnels du résident, le lit électrique comme d'autres objets typiquement médicaux laissent une impression mitigée qui donne rarement l'impression de se trouver véritablement chez quelqu'un. De plus, certaines personnes âgées se déplacent difficilement, ce qui les empêche de se préparer à recevoir le psychologue. Elles restent dans leur fauteuil dont le positionnement impose une posture physique lors de l'échange. Ce dispositif doit donc préparer le résident au travail de symbolisation. Il est nécessaire que l'espace dans lequel se déroule l'entretien devienne temporairement un lieu sécurisant dans lequel le patient se sentira libre de dire tout ce qui lui vient à l'esprit. Pour cela, il doit s'engager dans l'accompagnement thérapeutique et dépasser ses résistances au changement comme tout autre patient. Mais pour ces résidents, le dispositif

thérapeutique doit davantage favoriser cette mise en condition à la symbolisation. Cela peut être considéré comme une façon de compenser les effets institutionnels qui pèsent sur l'investissement psychothérapeutique.

PREMIÈRE HYPOTHÈSE : DE L'OBJET ATTRACTEUR

Le casque de réalité virtuelle représenterait un objet attracteur du transfert qui facilite l'engagement thérapeutique des patients et les aider à contourner certaines résistances.

7.1.1 La découverte de la réalité virtuelle

Le casque de réalité virtuelle se distingue des médiations thérapeutiques utilisées classiquement dans la mesure où une partie significative du médium se trouve « cachée » dans le casque. Lorsque j'explique au résident le fonctionnement de la réalité virtuelle, celui-ci ne peut qu'imaginer son contenu. Dès sa présentation, cet objet soulève des représentations sur le fait qu'il ne se dévoile pas directement. Il semble notamment produire un appel à la prudence en indiquant implicitement qu'il ne faut pas tout dire tout de suite. Cela pourrait expliquer la réaction de réserve observée chez certains participants. Hélène ignore ainsi le casque de réalité virtuelle jusqu'à ce qu'elle regarde dedans et Jade questionne son utilité en évoquant de possibles propriétés diagnostiques (« *là, tu peux savoir les douleurs que je peux avoir ?* »). Enfin, les doutes exprimés par Bertrand quant à l'utilité du dispositif pourraient également être interprétés comme une forme d'inquiétude.

Cet objet qui ne se dévoile pas d'emblée semble ainsi exposer à un potentiel énigmatique. Chez certains participants, il suscite un effet d'inquiétude ou d'appréhension qui pourrait relever de leur rapport au risque : faut-il prendre le risque d'utiliser ce casque ? Véra exprime son appréhension à utiliser le casque sans que cela ne constitue un frein, contrairement à Perrine, Paul ou Léonie qui semblent craindre de ne pas réussir quelque chose. Perrine rappelle son parcours scolaire : « *je ne suis pas très intelligente et j'ai loupé une année d'école quand j'étais jeune. Ça a toujours été difficile après...* », quant à Paul et Léonie, ils évoquent une mauvaise vue pour laquelle leurs lunettes correctrices ne sont pas efficaces. Pour eux, le casque de réalité virtuelle ressemble à un dispositif médical. Au-delà de ce rapport au risque, cela pourrait traduire la dimension de soin dans laquelle il s'inscrit en dévoilant la centralité du corps et de ses fonctions. Comme Hélène, Paul et Léonie attribuent à ce dispositif la possibilité de leur permettre de *voir mieux*, ce qui pose la question de savoir s'ils le souhaitent ou non.

Dans ce cas, que verraient-ils ? Que risquent-ils de voir ? Concernant cette réaction de défense contre un échec possible, Perrine, Paul et Léonie semblent aussi considérer le casque comme un moyen d'action qui pourrait être réussie ou ratée. Cette dynamique de performance pourrait ainsi faire écho à un contexte de vie orienté vers la stimulation cognitive et l'injonction à « réussir » son vieillissement (Puijalon & Trincaz, 2014).

Le potentiel énigmatique du casque éveille la curiosité de Charline, Cédric et Christophe. Ces trois participants formulent des questions sur l'objet, réfléchissent à son fonctionnement et adoptent une attitude particulièrement attentive pendant l'installation du matériel. Christophe et Cédric ont déjà entendu parler de la réalité virtuelle mais seul ce dernier en propose une définition avant d'avoir utilisé le casque. Son explication témoigne d'une représentation positive de la réalité virtuelle qu'il considère comme une « *réalité meilleure que celle qui existe* ». Cédric définit le virtuel comme une vertu, ce qui laisse transparaître son intérêt pour l'utilisation d'un tel dispositif, mais aussi son besoin de cerner l'objet d'une définition plutôt que de se risquer à une expérience inconnue. L'intérêt de ces participants pour le casque de réalité virtuelle pourrait ainsi répondre à une tentative de le comprendre afin de limiter les risques auxquels il confronte.

La plupart des personnes rencontrées pour cette recherche ont considéré le casque de réalité virtuelle comme un représentant des technologies et de la modernité. Ainsi, le dispositif a posé la question du rapport subjectif au monde moderne dans lequel les technologies ont une place centrale. Les participants ont pu interroger leur propre place dans la société en l'associant avec leur vieillissement. Perrine, Cédric et Hélène, se représentent les technologies modernes de façon négative (« [...] *jusqu'où va-t-on aller ? Plus ça va, plus ça se perfectionne de tous les côtés [...] mais nous, on va devenir zéro... on ne va plus pouvoir discuter...* » ; « [...] *les gens sont toujours plus haut, plus d'argent, plus malin, toujours... il y aura toujours du progrès... seront-ils heureux un jour ?* »). Pour ces trois participants, une inversion s'opère au fil des séances et le casque n'est plus associé aux représentations négatives des technologies modernes. Bertrand, Paul et Christophe associent également la réalité virtuelle aux objets technologiques, mais selon une perspective plus neutre, voire positive pour Christophe. Ils l'associent à la nouveauté et à la modernité, un lien qu'explique Bertrand pour justifier son désengagement : « *je suis trop vieux pour vous répondre, demandez à des plus jeunes* ». Cette réponse rappelle d'ailleurs le positionnement de Perrine, Paul, Léonie, Cédric et Hélène pour qui l'usage de la réalité virtuelle nécessite certaines compétences. Celles-ci concernent essentiellement la vision (Paul, Léonie et Hélène regrettent leur très mauvaise vue), la

compréhension (Perrine souligne sa crainte de ne plus comprendre ces objets et de perdre un lien précieux avec les plus jeunes) mais encore de coûteuses adaptations (Cédric estime que l'informatisation du secteur professionnel ne lui permettrait plus d'exercer son métier). Ils semblent associer ces technologies modernes à leurs compétences « perdues » au cours du processus de vieillissement biologique, cognitif ou social.

Le dispositif de réalité virtuelle semble ainsi produire un effet de nouveauté qui représente la découverte et l'engagement. Chez les personnes âgées, cela trouve un écho particulièrement fort avec leur rapport au vieillissement en termes de compétences, mais aussi avec leurs perspectives d'avenir. La proximité de la mort semble se représenter à travers cette expérience nouvelle qui pose la question de la perte et de la limite : faut-il commencer quelque chose qu'on ne finira peut-être jamais ? Faut-il prendre quelque chose qui pourrait être retiré ensuite et produire un manque ? L'effet de nouveauté de la réalité virtuelle semble ainsi exposer à l'angoisse de castration, au-delà du contexte institutionnel où le rapport à la limite est déjà particulièrement investi. Le lien avec la vie en EHPAD se trouve ainsi contenu dans cette proposition d'investissement dans une activité nouvelle. En matérialisant ce que la personne âgée refuse désormais d'investir, l'objet technologique utilisé dans un contexte psychothérapique devient une représentation de l'investissement lui-même. Il favorise ainsi la symbolisation de ces expériences de pertes et de limites liées au vieillissement.

Pour autant, la question de l'investissement ne relève pas uniquement de cet effet de nouveauté du casque de réalité virtuelle et se manifeste également à travers la valeur financière attribuée à l'objet. C'est à travers la dimension du coût que le dispositif soulève aussi la notion d'investissement. En EHPAD, les résidents sont susceptibles de perdre leurs repères sur le plan financier : la facture unique du loyer comprend tout et ils ne savent plus ce qu'ils payent. D'une certaine manière, tout devient gratuit ou payant. Il n'est plus possible de déterminer précisément ce qui leur coûte et ce qui ne leur coûte pas, ce qui exerce un effet sur leurs investissements. La question des finances se résume généralement au paiement de l'EHPAD et se trouve associée à la perte du précédent lieu de vie. La présentation d'un objet de valeur symbolise ainsi les possessions des résidents, mais aussi la dépossession liée à l'entrée en institution. La séance de présentation lors de laquelle les participants ont pu découvrir le casque de réalité virtuelle a d'ailleurs été considérée par certains participants comme une incitation à leur vendre quelque chose. Cela s'inscrit dans ce questionnement relatif aux finances, mais surtout au choix d'investissement. Léonie et Paul mentionnent directement leur refus d'acheter le matériel de réalité virtuelle. Hélène est moins directe, mais elle souhaite interrompre les séances en

évoquant tardivement sa crainte que je ne lui vende. Après de ces trois participants, une reformulation du cadre de la recherche a permis de clarifier les objectifs des séances.

Illustration clinique : Hélène

Quelques heures avant notre première séance, je croise Hélène dans le couloir. Elle m'interpelle : « *je ne sais pas si je vais pouvoir regarder dedans, j'ai eu mal aux yeux* ». Lors de l'entretien suivant, Hélène trouve que le casque « *tire sur les yeux* » et ne souhaite pas « *le prendre* ». Elle demande si je le vends et je lui réexplique le cadre de la recherche. Nous échangeons sur l'appareil et notre entretien précédent : Hélène se souvient des éoliennes et trouve que cela « *remonte le moral* ». Elle souhaite finalement continuer à l'utiliser dans ce cadre psychothérapeutique.

Au-delà des propriétés directes du matériel, il semble que ces réactions soient relatives au dispositif et à ses éléments contre-transférentiels de l'ordre de la séduction. Il a été nécessaire de préciser mon intention thérapeutique d'utiliser le casque de réalité virtuelle, ce qui souligne encore combien la dynamique du caché et du visible est à l'œuvre dans ce dispositif. Comme pour le casque, ce dispositif semble ainsi avoir suscité des réactions transférentielles initiales de l'ordre de la réserve et de la méfiance. Tout comme l'utilisation d'un tel matériel, la proposition de participer à une recherche est exceptionnelle. Cela a pu éveiller certains soupçons associés à une perception des personnes âgées vulnérables et abusées, auprès desquelles de nombreuses arnaques sont perpétrées. En réagissant ainsi, ces participants ont pu valoriser leur capacité à réagir et ne pas se faire avoir. Perrine et Hélène ont d'ailleurs souligné l'importance d'informer leurs enfants de cette recherche. L'approbation de ces derniers semble avoir renforcé leur motivation à participer.

La découverte du matériel de réalité virtuelle dans un cadre thérapeutique auprès de personnes âgées en EHPAD produit ainsi des réactions contrastées. Son appartenance à la catégorie des nouvelles technologies et son contenu caché semblent participer à des mouvements transférentiels qui s'étendent de l'attrait à la méfiance. Finalement, dès la présentation du dispositif, les problématiques du grand-âge et le contexte institutionnel sont représentées dans le rapport à l'objet des participants, mais aussi du clinicien-chercheur. Ce dispositif fondé sur la réalité virtuelle n'est donc pas initialement neutre et semble déjà représentatif de quelque chose de la subjectivité¹²¹. Cela le distingue nettement d'autres médiums plus classiques qui nécessitent d'être mis en œuvre (manipulés, déformés,

¹²¹ L'inscription de ce dispositif dans le cadre d'une recherche alimente également ces effets transférentiels à travers les attentes supposées de son potentiel. Il ne s'agit pas uniquement d'un dispositif thérapeutique, mais aussi d'un dispositif de recherche qui porte d'autres enjeux susceptibles de s'exprimer dans le transfert.

transformés...) pour relancer le processus de symbolisation d'expériences traumatiques. Avant de voir le contenu de la réalité virtuelle, ce médium représente déjà ces éléments transférentiels significatifs du vécu des personnes âgées en EHPAD, mais aussi des soignants qui interviennent auprès d'eux.

7.1.2 L'engagement dans les séances

L'utilisation du casque de réalité virtuelle s'inscrit dans le cadre thérapeutique qui organise la rencontre autour de l'objet tiers. Cependant, il s'agit d'un objet doté d'une caractéristique essentielle pour la psychothérapie : isoler du dehors pour concentrer l'attention sur le dedans. Le visiocasque dispose ainsi de propriétés externes et internes. Son externalité concerne l'enveloppe matérielle qui lui permet d'être manipulé. Il s'agit des matières qui le constituent comme le plastique, le tissu et le verre. Cela concerne également sa taille, son poids mais aussi son affordance (Gibson, 1977). Cette externalité lui permet d'être saisi, montré, caché, regardé ou délaissé. Elle est complétée d'une propriété interne qui correspond à ce qui est montré dans le casque. Cette propriété, inhérente à la modalité externe, constitue une condition à l'utilisation de ce casque : il s'agit de le placer correctement devant les yeux et de respecter l'usage pour lequel il a été conçu. Ce qui est projeté sur cet écran intérieur n'est d'ailleurs pas visible de l'extérieur¹²². La perception ainsi isolée matérialise un espace *en dedans* inaccessible à l'autre, qui ne peut qu'être transmis par le langage. Cette conception de la réalité virtuelle dans l'entretien clinique la rapproche de la notion d'enveloppe psychique définie par Didier Anzieu :

« L'enveloppe psychique comprend deux couches différentes dans leur structure et leur fonction. La couche la plus externe, la plus périphérique, la plus durcie, la plus rigide, est tournée vers le monde extérieur. Elle fait écran aux stimulations, principalement physico-chimiques, en provenance de ce monde. C'est le pare-excitation. La couche interne, plus mince, plus souple, plus sensible, a une fonction réceptrice. Elle perçoit des indices, des signaux, des signes, et elle permet l'inscription de leur trace. C'est à la fois une pellicule et une interface : une pellicule fragile à double face, l'une tournée vers le monde extérieur, l'autre vers le monde intérieur : une interface donc séparant ces deux mondes et les mettant en relation » (Anzieu, 1995, p. 258).

Anzieu conçoit le pare-excitation et la pellicule sensible comme les deux parties d'une membrane dont il considère la structure dissymétrique. Le pare-excitation est tourné vers

¹²² Il s'agit d'une propriété inhérente à ce dispositif. Il aurait été possible d'avoir un accès extérieur à l'environnement présenté dans le casque, en diffusant l'écran du smartphone sur un ordinateur par exemple.

l'extérieur mais pas vers l'intérieur. Cela explique selon lui « *la plus grande difficulté à affronter l'excitation des pulsions que celles qui proviennent des stimuli exogènes* ». L'effet produit par la réalité virtuelle sur les participants pourrait ainsi être potentialisé par une sensibilité plus grande du fait de sa constitution en membrane. Pour faire le lien avec les propositions d'Anzieu, le casque représente l'enveloppe externe pare-excitation et l'environnement virtuel sa pellicule interne qui ne dispose pas de cette protection. Le sujet se trouve isolé des stimulations extérieures lorsqu'il le porte et l'environnement virtuel est projeté sur son enveloppe sensible. Cette double fonction de pellicule et d'interface permet de mettre en relation le contenu projeté sur l'environnement virtuel et le monde extérieur.

Les deux couches de la membrane renvoient à deux enveloppes qui peuvent être indistinctes et s'articuler selon les situations. Elles correspondent à deux catégories d'enveloppes complémentaires et opposées : celle d'excitation et celle de signification. Selon Anzieu, cette opposition-complémentarité relève de la règle fondamentale qui soutient l'opérativité de la psychanalyse. Le cadre psychanalytique fournit le pare-excitation nécessaire pour protéger le patient de l'effervescence des stimuli extérieurs et les règles de non-omission¹²³ et d'abstinence¹²⁴ formulées dans ce cadre en constituent la pellicule interface. Selon lui, ce cadre :

« présente une homologie avec la structure topographique de l'appareil psychique. À chacune des deux consignes correspond en effet une enveloppe psychique différente. L'emboîtement des deux consignes au sein d'une même règle fondamentale reflète l'emboîtement originare des enveloppes constitutives de la psyché, qui font de celle-ci un appareil à penser les pensées, à contenir les affects et à transformer l'économie pulsionnelle » (Anzieu, 1995, p. 259).

Anzieu décrit le cadre psychanalytique à partir de cette notion d'enveloppe psychique comme il est possible de décrire celui de la réalité virtuelle. Les deux faces de la pellicule sensible du psychisme, l'une réceptrice de l'excitation et l'autre surface inscriptible sont mises à l'œuvre par ce dispositif : il estompe les stimulations du monde extérieur pour concentrer l'attention sur l'excitation interne dont l'environnement virtuel en fournit le support. En tant qu'enveloppe psychique spécifique, le dispositif de réalité virtuelle ressemble à une métaphore du cadre thérapeutique dans son articulation entre ces éléments externes et internes. Le casque

¹²³ Cette règle correspond à la demande d'association libre et de verbalisation. Elle s'articule à l'attitude d'attention flottante du psychanalyste qui en constitue la réponse.

¹²⁴ Cette règle stipule l'exclusivité de la relation verbale entre le patient et son psychanalyste. Sa réponse est l'attitude de neutralité bienveillante.

matérialise un passage de l'extérieur vers l'intérieur, comme l'entrée dans le cabinet du thérapeute ou l'installation sur le divan. Il ajoute cette dimension dans l'espace thérapeutique qui permet de jouer sur le cadre sans le menacer directement. Le choix d'en sortir et de considérer le passage de l'intérieur vers l'extérieur traduit également le rapport au cadre du sujet. Ce dernier peut refuser de porter le casque, visionner un temps très court ou à l'inverse, regarder longtemps à l'intérieur et ne pas avoir envie de le retirer. Dans le cadre thérapeutique classique, le patient ne peut pas entrer et de sortir librement du cabinet et doit respecter les contraintes et les horaires du thérapeute. Il en va même de la responsabilité légale de ce dernier, dans le cas d'un enfant par exemple.

L'inscription de la réalité virtuelle à l'intérieur de l'espace thérapeutique, ce cadre dans le cadre, peut s'avérer bénéfique dans le contexte d'un EHPAD où le psychologue intervient essentiellement dans le logement des résidents, un espace potentiellement poreux et insécurisé par les entrées inopinées du personnel soignant. Le clinicien se rend auprès des personnes âgées, ce qui modifie le rapport au cadre spatial de l'entretien. Ce n'est pas le patient qui se déplace jusqu'au cabinet du thérapeute, mais l'inverse. Cette intervention à domicile marque les appropriations subjectives de la disponibilité, de l'accueil ou des propositions faites au psychologue. Toutefois, il ne permet pas au résident de *ne pas venir* ou entrave nettement cette possibilité. Il revient ainsi au thérapeute d'apprécier l'investissement du résident à chaque séance en interprétant d'autres signes d'alliance ou de refus. L'utilisation de la réalité virtuelle permet alors au patient d'expérimenter le cadre thérapeutique à travers son rapport à cet objet : il accepte ou refuse de l'utiliser, décide de le délaisser après quelques tentatives ou le couvre de critiques qu'il n'aurait pas osé formuler à l'encontre du cadre.

Illustration clinique : Léonie

Lors de la première séance, Léonie considère qu'elle va devoir trouver quelque chose en regardant dans le casque. Malgré la consigne de « laisser venir ses idées », cette crainte de « ne pas voir quelque chose » l'inquiète trop pour pouvoir utiliser le casque plus longtemps. Léonie exprime une sensation de « cœur pressé » et de mal-être qu'elle approfondit lorsque nous décidons que nous n'utiliserons pas le casque. Elle précise : « *avant, je savais... je voyais et ça venait mais maintenant plus...* ». Elle explique que « *c'est venu d'un coup* », qu'elle était « *normale* » qu'elle ne l'est plus désormais : « *plus j'essaie de trouver, de chercher, plus ça va mal alors ce n'est pas la peine...* ». Léonie développe : « *c'est triste de perdre la mémoire... on n'est plus rien... [...] ça me rend malheureuse... la mémoire ne revient pas et la jeunesse non plus... c'est du passé n'en parlons plus* ».

La possibilité de remettre en cause le casque de réalité virtuelle permet ainsi à Léonie de décrire son sentiment de perte et les effets du vieillissement. Il est probable que la formulation d'une consigne plus proche de la « règle fondamentale » de la psychanalyse ait produit un effet de résistance trop massif qui l'aurait conduit à désinvestir les séances. Si Léonie avait cherché volontairement quelque chose à dire, elle aurait sans doute ressenti des effets physiques similaires. Le dispositif dans lequel s'inscrit notre échange a permis d'orienter cette résistance sur le casque de réalité virtuelle plutôt que sur les entretiens cliniques. Les résistances semblent ainsi détournées de l'engagement dans la séance, de la méthode de la thérapie ou de la personne du thérapeute : pendant que le patient critique et dénigre le casque, il continue de s'investir dans la séance.

Illustration clinique : Christophe

Christophe est le seul participant à critiquer la qualité de l'image qu'il ne trouve pas parfaitement nette lors de la séance de présentation. Cela illustre un positionnement critique envers ce casque de réalité virtuelle qu'il n'apprécie finalement pas beaucoup. La fin de nos entretiens est également marquée par son questionnement à propos de l'utilité du casque de réalité virtuelle. Selon lui, « *n'importe qui ne peut pas se servir de choses comme ça* ». Il estime d'abord que cela « *ne sert à rien* » puis, après une longue réflexion, lui suggère un usage pour l'armée. Il évoque ces drones qui « *peuvent envoyer des bombes* » et pense que ce casque pourrait servir « *pour des choses comme ça* ». Il ajoute : « *ça servira sûrement à quelque chose... maintenant, est-ce que c'est pour le bien ou...* ».

Sans le recours à cette médiation, Christophe n'aurait probablement pas trouvé de sens aux séances, comme lors de notre deuxième rencontre où les résistances au travail thérapeutique étaient majeures. Dans son article « Remémoration, répétition et perlaboration » rédigé en 1914, Freud indique qu'il faut « *laisser au malade le temps de se plonger dans la résistance qui lui est inconnue, de la perlaborer, de la surmonter tandis que, défiant la résistance, il poursuit le travail selon la règle fondamentale de l'analyse* » (p.21). Cela offre, selon lui, la plus grande possibilité de changement pour le patient. Il est difficile de laisser le malade défier la résistance en EHPAD où le transfert négatif est susceptible d'être interprété par l'équipe comme une réaction à l'incompétence du psychologue. Le dispositif de réalité virtuelle permettrait ainsi d'organiser les résistances dans une modalité adaptée à la pratique clinique dans ce type d'institution.

Le constat d'une concentration des résistances autour de l'objet de médiation amène alors à interroger la dynamique du transfert spécifiquement à partir de ce support. Celui-ci

constitue un véritable attracteur du transfert qui favorise et articule les liens transféro-contre-transférentiels. Les spécificités du transfert observées à partir de ce dispositif à médiation correspondent au modèle métapsychologique des médiations thérapeutiques proposé par Anne Brun et ses collaborateurs (2013). Les auteurs considèrent le transfert sur le médium comme une modalité du transfert sur le cadre. À partir des travaux de José Bleger, ils décrivent l'effet de diffraction du transfert sur le cadre, le médium malléable, le thérapeute mais aussi l'institution. Cet effet relève de la constellation transférentielle (Delion, 2022). Ainsi, « *la fonction d'attraction du médium consiste à attirer la sensorialité des patients et à mobiliser ainsi une part de leur constellation transférentielle* » (Brun et al., 2013, p. 173).

Dans ce dispositif, la réalité virtuelle semble produire cet effet d'attraction du transfert. Cependant, l'excitation psychique produite par l'utilisation de cet objet semble telle qu'elle sollicite les processus de pare-excitation du patient, mais aussi du thérapeute. Ils se font « embarquer » par cette technologie qui répond aux fonctions nécessaires à son utilisation comme médiation thérapeutique, mais présente le risque d'une trop grande proximité avec l'objet. Cela rappelle la notion de symbiose proposée par Bleger (1981) pour penser le cadre de la séance psychanalytique : le patient et l'analyste s'engagent dans une relation où s'entrecroisent les projections des parties du soi déposées chez l'autre. Dans le cadre de ce dispositif à médiation, ces parties ne sont plus seulement déposées chez l'autre mais aussi sur l'objet. Il deviendra alors possible de les discriminer dans l'objet et non plus uniquement dans la relation avec l'autre, cette dernière possibilité étant difficile à réaliser auprès des personnes âgées qui vivent en EHPAD. Dès sa découverte, la réalité virtuelle semble réactiver quelque chose de la relation symbiotique : cela ne s'organise plus seulement dans le transfert comme lors d'une séance analytique classique, mais aussi autour du dispositif à médiation. La proximité du visiocasque avec les yeux n'est probablement pas étrangère à cette organisation. Le patient se voit présenté un appareil qu'il va devoir coller sur son visage, ce qui pourrait le préparer plus ou moins consciemment à l'expérience fusionnelle que cela produit.

Le rapprochement du dispositif de réalité virtuelle avec la notion d'enveloppe psychique a permis de considérer la nature pare-excitation de l'enveloppe externe du casque, à l'instar de celle du cadre de l'entretien. Rappelons que la face interne de l'enveloppe n'est cependant pas protégée par ce mécanisme. En effet, dans « au-delà du principe de plaisir », Freud (1920) explique que le pare-stimuli n'agit pas sur les excitations provenant de l'intérieur. Il en résulte une tendance à les traiter comme si elles venaient de l'extérieur et à appliquer à leur rencontre les moyens de défense du pare-stimuli. La projection proviendrait de cette tendance et serait

ainsi potentiellement déviée sur le dispositif de réalité virtuelle. Il semble ainsi qu'en cas d'attraction trop forte du transfert, toute la responsabilité des effets produits lors de la séance soient attribués à cette technologie. Côté patient, il peut considérer que si c'est l'objet, alors ce n'est pas lui qui est concerné, ce qui bloque toute possibilité associative. Côté thérapeute, l'oubli de l'importance d'analyser et de discuter le transfert sur l'objet l'emporte avec la possibilité de décliner toute sa responsabilité en l'absence d'effets thérapeutiques. Si le patient n'a pas pu associer, cela relève de l'objet et non de son positionnement clinique. Finalement, l'expérience de réalité virtuelle ne concerne personne et s'émancipe de tout lien relationnel. L'attention du patient et du thérapeute convergent vers cet objet qui tend à écarter tout effet de résonance psychique potentiellement menaçant. La projection d'une partie du soi dans l'objet n'est pas reprise par le travail de discrimination (Bleger, 1981), ce qui marque l'impossibilité de l'élaboration psychique et donc, de l'expression du potentiel thérapeutique de la séance.

Cependant, ces effets peuvent s'assouplir du côté du patient pour faire émerger progressivement une appropriation du matériel psychique projeté sur la réalité virtuelle. Le travail de discrimination de ces parties du soi observées dans l'environnement virtuel respecte alors le rythme du patient.

Illustration clinique : Cédric

Alors qu'il observe un environnement virtuel qui représente le salon d'une personne âgée, il imagine la personne qui vit dans cet endroit. Cédric décrit une femme en proie à la solitude depuis le décès de son mari. Il évoque la façon dont cette dernière vit son deuil et fait le lien avec le décès de sa femme. Il précise toutefois que sa situation est tout à fait différente, même si – comme cette femme – il a conservé une grande table pour recevoir ses enfants. Cédric utilise ainsi l'environnement virtuel pour décrire une situation à laquelle il s'identifie, mais qui n'est pas la sienne. Cela lui permet de ne pas s'exposer trop brutalement tout en exprimant son vécu de deuil, la situation de cette femme imaginaire étant particulièrement significative de sa propre histoire.

Comme Bleger (1981) parle du respect du rythme de discrimination des parties projetées chez l'autre, le transfert sur l'objet favorise ce temps auprès des personnes âgées chez qui la proposition du cadre classique de la psychanalyse ne pourrait être envisagée. Le sens premier d'utiliser la réalité virtuelle dans ce contexte institutionnel gériatrique correspond ainsi au respect du rythme des patients. Cela s'inscrit dès la première rencontre avec le clinicien lors de laquelle l'objet constitue un motif à l'échange. Il favorise ainsi l'expression d'une demande manifeste du patient et donne un sens à la séance avec le psychologue. La demande de

traitement psychique par les résidents en EHPAD est très rare et impose un rythme adapté aux entretiens pour qu'ils aient une portée thérapeutique.

L'attraction du transfert sur la réalité virtuelle facilite alors l'expression de cette demande : au début des échanges, elle se trouve masquée par le matériel et le patient peut utiliser une justification rationnelle de sa présence dans un cabinet de psy : « *j'étais curieux de voir comment cela fonctionnait* ». Il tient à distance les aspects menaçants de la thérapie. En évitant d'assumer l'investissement de la relation, le patient est susceptible de formuler une demande détournée sur l'objet : « *je n'ai pas de problème, mais vous pourriez peut-être faire quelque chose pour moi. J'ai lu que la réalité virtuelle pouvait aider...* ». S'il chemine vers l'impression d'avoir effectivement une difficulté ou une pathologie, c'est d'abord l'objet qui soigne quand la relation est menaçante¹²⁵. Il soutient une action concrète, quelque chose de palpable et discutable, mais aussi critiquable qui justifierait la relation en lui donnant un sens actif et rationnel. Progressivement, la relation peut se construire à l'abri de certaines craintes ou préoccupations non formulées, comme l'idée que le psychologue pourrait juger ce qui lui est dit. La construction de l'alliance thérapeutique abolit ces craintes lorsque le patient se trouve rassuré par le positionnement de son thérapeute¹²⁶. L'objet réalité virtuelle reste sur le devant de la scène le temps qu'il faut pour soutenir l'émergence d'une demande latente : « *à propos, maintenant que je suis là, je me demandais si...* ».

Pourtant, lorsque le matériel technologique soutient la motivation et l'implication du patient dans la thérapie, ce dernier risque de constater que l'objet ne comble pas complètement ses attentes. Son inévitable confrontation au manque pourrait aussi se matérialiser par l'objet : le casque de réalité virtuelle n'est finalement pas si merveilleux... Le rapport à l'objet devient représentatif des autres relations d'objet et notamment, celle qui se construit entre le patient et son thérapeute. Il se peut qu'il soit nécessaire de délaissier l'objet dans la suite de la thérapie¹²⁷,

¹²⁵ À l'image du traitement médicamenteux tel qu'il est parfois prescrit : « *vous prendrez ceci et vous irez mieux* ».

¹²⁶ Cela pourrait être considéré comme un manquement du thérapeute à poser son cadre contractuel (Houzel, 2009). Si le patient ne lui dit pas ce qu'il ressent, le psychologue ne peut reprendre ses craintes avec lui. Toutefois, il n'est pas rare qu'en pratique, même si le cadre est effectivement clair, le patient conserve des craintes qui ne se lèvent qu'au fil de la construction de l'alliance thérapeutique, mais surtout, certaines personnes ne sont pas sensibles à ce cadre. C'est le cas des personnes âgées qui peuvent avoir une conception erronée du psychologue qu'il est difficile de faire évoluer, ou encore qui peuvent considérer que l'expression émotionnelle et la confiance sont des signes de faiblesse. Même si le cadre est clair, ces représentations restent présentes et influencent le parcours thérapeutique. Cette réflexion renvoie notamment à un idéal psychanalytique où il serait nécessairement mieux de tout dire au thérapeute. La souplesse permise par l'objet apporte une nuance à cette conception et illustre notre positionnement clinique quant à cette perspective.

¹²⁷ Il s'agit d'une conception de l'objet technologique comme objet transitionnel. Ce dernier tend à être écarté ou prend le risque de devenir un fétiche.

cela étant une façon de travailler la perte et la confrontation au manque¹²⁸. Il faut pour cela que le patient, mais aussi le thérapeute, soient prêts à abandonner l'objet autour duquel ils se sont rencontrés et sur lequel ils placent parfois de grandes attentes. Il s'agirait alors d'un objet de relation et non plus d'un objet de médiation (Brun et al., 2013).

Dans un contexte plus large de psychothérapie, l'utilisation de la réalité virtuelle peut ainsi constituer un élément motivant dans la consultation psychothérapique en levant une résistance majeure, celle de la première rencontre avec le thérapeute. Comme d'autres objets technologiques, elle peut être investie avant l'entretien clinique et constituer un support de projection préalable à la relation. La construction de l'alliance thérapeutique permettra ensuite de transformer la demande en la « décrochant » progressivement de l'objet. Le patient pourra s'approprier sa demande et s'engager dans un suivi psychothérapique, avec ou sans le concours de l'objet. Le contexte de cette recherche peut avoir créé un effet similaire de support d'une demande en inscrivant la participation à une étude comme motivation principale¹²⁹. Cela n'a pas permis de constater si l'objet réalité virtuelle aurait pu constituer une motivation à part entière, ce qui semble toutefois peu probable chez les personnes âgées qui vivent en EHPAD. Auprès de ces résidents, l'intérêt de la réalité virtuelle s'est révélé après la phase de rencontre, dans la construction relationnelle médiatisée par l'objet. Perrine et Hélène ont même raconté à leur famille qu'elles utilisaient ce matériel, ce qui traduit une valorisation sociale de l'usage d'un l'objet avant celle de leur participation à une recherche.

7.1.3 Le choix de l'environnement virtuel

Ce dispositif a permis aux participants de choisir l'environnement qu'ils souhaitaient visionner. La réalité virtuelle impose ainsi ce choix sans quoi le casque reste vide. Cette propriété du dispositif n'est pas sans lien avec le processus de symbolisation qui nécessite déjà de choisir de remettre en jeu certaines choses plutôt que d'autres. Ainsi, ce choix d'image renvoie à des éléments de pré-symbolisation. Certains résidents n'ont plus accès au choix et leur proposer une sélection représente déjà une action d'une intensité considérable. Pour un dispositif utilisé dans un contexte institutionnel gériatrique, cette propriété semble tout à fait centrale. Les effets transférentiels qui en résultent en témoignent, à commencer par la réduction des choix possibles dans la seconde version du dispositif. Ce remaniement relève d'éléments

¹²⁸ Lorsque le thérapeute lui-même considère l'objet comme indispensable pour la thérapie, il risque de ressentir une insatisfaction comblée temporairement par le renouvellement de l'objet matériel.

¹²⁹ Pour Perrine, Véra, Cédric et Christophe, la possibilité de participer à une recherche a été la motivation principale de notre rencontre. Cela pourrait s'interpréter comme l'opportunité d'apporter leur aide, ce qui s'inscrit à l'inverse du contexte d'un EHPAD qui marque souvent le sens unique de la dépendance et de l'aide à apporter.

de contre-transfert issus de la pratique clinique auprès de personnes âgées en EHPAD. Ils se manifestent particulièrement par la tension que génère le libre choix et le soulagement de choisir à leur place.

La perte d'autonomie qui a provoqué l'entrée en institution est au cœur de cette problématique : le contexte institutionnel induit une réduction des choix possibles par rapport aux possibilités antérieures. Bien que les personnes rencontrées dans cette recherche disposent de toute leur autonomie psychique, il est possible que l'habitude de se voir proposer des « faux choix » sur des petites choses du quotidien, comme « *vous préférez le bleu ou le vert ? Ah oui ? je trouve que l'autre est peut-être mieux mais je vous laisse choisir...* », ou l'absence fréquente de ces choix ait pu favoriser le désengagement dans la sélection des photographies. De plus, le contexte de ce choix pourrait ressembler à des situations quotidiennes où un soignant demande au résident de choisir librement, mais vite et bien. L'absence de choix pourrait ainsi être lue comme une manifestation passive du refus de se conformer à ces règles. La demande de choisir un environnement est l'occasion de faire valoir une capacité de décision dans un contexte de vie où cette dernière est plutôt réprimée : choisir de ne pas décider, c'est ne pas se conformer aux attentes, ce qui, dans un cadre comme celui de l'EHPAD, pourrait s'avérer significatif. En effet, les résidents disposent de peu de possibilités de manifester un refus, actif ou passif. Lorsque s'ouvre la possibilité de réellement se positionner, le résident pourrait choisir de refuser pour rappeler qu'il est une personne douée de volonté et de ses propres souhaits (Balard & Somme, 2011). Le confort d'adopter cette position dans un contexte sans conséquences, comme celui de nos séances, pourrait même favoriser cette attitude. L'espace de jeu ouvert par ce cadre thérapeutique a pu offrir aux participants la possibilité de simuler un positionnement de choix ou de non choix tout en ne menaçant pas son adaptation à la vie institutionnelle.

Le dispositif est également fondé sur l'utilisation de photographies imprimées pour que les participants puissent choisir les environnements virtuels. Cela interroge la sélection opérée par les participants et ses conséquences, mais aussi mon propre positionnement quant à la façon de choisir ou de laisser choisir le participant. Cette description clinique du rapport au choix est particulièrement riche dans la première version du dispositif qui a été proposé à Bertrand, Perrine et Jade avant d'être modifié. L'étape de sélection des environnements virtuels s'est avérée significative dans ces trois premiers cas. Elle permet à Bertrand de dire l'inutilité de choisir une image dans la mesure où « *ce n'est pas possible* » de se trouver dans l'endroit présenté. Selon lui, si c'est impossible, alors c'est inutile. Il utilise ainsi cette étape de sélection pour projeter sur le dispositif son désinvestissement des activités au quotidien, mais aussi de sa

propre perception psychique de sa situation : il est inutile de se battre parce qu'il n'ira jamais mieux. Perrine souligne également cette notion d'impossibilité dans le choix de l'environnement. Mais à la différence de Bertrand, une reformulation de la consigne lui permet finalement de choisir une photographie.

Illustration clinique : Perrine

Lors de la sélection des environnements, Perrine regarde d'abord les photos « *la mer* », « *la montagne* », et « *la forêt* ». Elle commence à les décrire jusqu'à ce que je lui rappelle qu'il s'agit seulement de les choisir. Lorsqu'elle voit l'intérieur de la voiture (photo 30), elle dit « *là, c'est la voiture, mais je n'en serais quand même pas capable alors ce n'est pas la peine... d'insister comme on dit* ». Elle saisit ensuite l'image qu'elle sélectionnera par la suite, elle indique « *là, c'est la mer avec un... un ponton. Un petit peu comme à Royan* ». Quand il reste cinq images, je reprends la consigne « *est-ce que dans ces cinq images que vous avez choisies, il y a un endroit où vous souhaiteriez particulièrement vous trouver aujourd'hui* ». Elle indique « *c'est difficile* » et ajoute « *là, j'aime bien à Royan (photo 13) mais je me trouverais pas aujourd'hui avec le temps qu'il fait* ». J'ajoute à la consigne « *si c'était possible* » et Perrine estime que « *si c'était possible, oui* ». Il reste trois images. Elle réfléchit longuement : « *c'est difficile... mais celle où j'aimerais aujourd'hui, c'est à Royan là* ».

Cette illustration clinique montre plusieurs éléments qui ont participé à la modification du dispositif. D'une part, cette sélection apporte une complexité et semble mettre Perrine en difficulté dès le début de la séance. Une situation déjà présente avec Bertrand qui a commencé à me faire douter de sa pertinence. D'autre part, cette sélection nécessite un temps important car Perrine commence déjà à décrire les photographies. C'est aussi le cas de Jade dont l'observation de chaque image engage un temps de réflexion assez long. Il ne s'agit plus seulement d'une pré-sélection et cette étape fait courir le risque que le choix ne devienne l'objet central du dispositif à médiation.

Illustration clinique : Jade

Quand je présente les images et demande à Jade de choisir un endroit familier, elle répond « *je ne sais pas si je connais tous les endroits* ». Elle reconnaît le garage automobile et cherche le garage duquel il s'agit. Elle réitère la même recherche avec les autres images : « *c'est la mer là... mais c'est pareil : à quel endroit... je ne sais pas...* » ou encore : « *là, c'est la ferme... j'en connais mais enfin... pour trouver la ferme... je ne vois pas l'endroit non plus* ». Elle fait régulièrement des propositions de villes et cherche sur chaque environnement l'endroit potentiel où il pourrait se trouver. Elle a tendance à éliminer les

images dont elle considère ne pas connaître l'endroit. Une fois que quelques images sont mises de côté, Jade saisit l'image de la forêt pour la regarder à nouveau. Je lui propose de la voir avec le casque. Elle approuve avant d'ajouter « *et puis, si je ne trouve pas, je ne trouve pas hein, c'est pas sûr...* ».

Jade comprend la consigne comme une demande de trouver la localisation exacte de l'endroit présenté. Dès la sélection de la photographie, elle s'inquiète de faire le bon choix, autrement dit, de réussir à choisir un endroit « facile à trouver ». Elle risque de se sentir en difficulté, comme Perrine, avant même d'avoir utilisé le casque de réalité virtuelle¹³⁰. À partir de ces premières observations, je considère que cette sélection n'est pas adaptée et susceptible de produire des effets indépendants de la réalité virtuelle. Je décide alors de réduire le choix de l'environnement à la seule première séance auprès des participants suivants. Cela a permis d'observer différentes attitudes chez les autres participants. Léonie et Charline ont une réaction similaire lors de cette étape du choix. Elles ne se souviennent pas de la séance précédente et ne font pas le lien entre la sélection d'une image et le fait de la visionner dans le casque. Les troubles cognitifs liés à la maladie d'Alzheimer dont souffrent les deux femmes font perdre le sens de cette sélection et produisent très rapidement des ressentis négatifs : Charline trouve les images sans intérêt et Léonie évoque des problèmes de vue quand elle ne reconnaît pas l'objet de la photographie. Il semble ainsi que l'oubli de la séance de présentation induise la nécessité de faire un choix sur la base de leur propre représentation de la réalité virtuelle. Précisément, celle-ci s'est principalement révélée inquiétante et potentiellement risquée chez les résidents qui ne connaissaient pas cette technologie. Seule Véra ne se souvient pas de la séance de présentation et choisit une photographie sans aucune difficulté. Elle semble plutôt adopter une stratégie d'acceptation qui correspond à sa motivation à participer à une étude, conformément à son positionnement lors de notre rencontre précédente. Quant à Paul, Cédric, Hélène et Christophe, ils sélectionnent aisément une photographie et comprennent qu'ils vont l'observer dans le casque. Ils se souviennent de la réalité virtuelle et l'étape de choix ne produit pas d'effet spécifique dans la séance.

Finalement, cette proposition de choix induit des réactions de l'ordre du désinvestissement (Bertrand et Véra) mais aussi de la mise en échec et de l'inquiétude (Charline et Léonie) notamment liée à la recherche du *bon* choix (Perrine et Jade). Dans cette situation de choix, Bertrand, Véra, Perrine, Jade, Charline et Léonie associent immédiatement à partir des photographies et n'attendent pas de voir le contenu du casque de réalité virtuelle. Ce choix

¹³⁰ Jade aurait pu dire « *je ne trouverai pas, ce n'est pas possible. Laissons donc tomber cela* ».

provoque une réaction vive susceptible de mettre à mal le dispositif en détournant son objet de médiation. En revanche, Paul, Cédric, Hélène et Christophe investissent le choix sans que les photographies ne soulèvent trop d'associations liées à ces éléments de pré-symbolisation.

Afin de poursuivre la description cette propriété du dispositif, il s'agit à présent d'interroger mon propre rapport au choix. Les éléments transférentiels inconscients qui se manifestent sur la construction du dispositif nécessitent d'être interprétés pour compléter la théorie de ce dispositif dans son ensemble¹³¹. La crainte que le choix des environnements virtuels ne soit désinvesti par les participants me fait réagir sur un registre contre-transférentiel de l'ordre de la séduction. Ces manifestations transférentielles m'ont amené à refuser et à empêcher ce désinvestissement plutôt que d'en interroger le sens. La représentation trop directe et trop vive d'éléments transférentiels de mise en échec et d'inquiétude produit une réaction de retrait similaire. Je crains que les participants ne se sentent en difficulté avant même d'avoir utilisé le casque. Je refuse alors de les laisser vivre ces difficultés et mon désir de protection me conduit à réduire ce qui pourrait produire de la souffrance. Il y a une confusion entre le fait que ce dispositif produise une représentation de ces éléments et le fait que je le produise moi-même. En proposant ce dispositif, je me sens responsable, comme les soignants se sentent inconsciemment responsables du système dans lequel ils se trouvent alors qu'ils sont traversés par des mouvements transférentiels qui les dépassent. Cela donne un sens à la dynamique de sécurité qui traverse les actions des soignants. Je ne comprends pas que la souffrance psychique n'est pas produite par moi mais prête à se représenter dans le cadre du dispositif. Cette représentation demeure intolérable et je saisis alors l'occasion de modifier le dispositif pour le rendre plus acceptable.

Le fait de maintenir cette situation de choix uniquement lors de la première séance réduit cette tension pour la suite des entretiens, mais le reste des séances n'est pas épargné par ces manifestations transférentielles. En décidant à la place des participants de l'environnement à observer, ce sont mes propres choix qui deviennent significatifs des mouvements de transfert qui traversent la relation. Cela explique l'absence de régularité dans le nombre d'environnements proposés aux participants. Paul, Léonie, Cédric et Christophe visionnent un seul environnement par séance quand Bertrand, Jade et Hélène en observent un deuxième. Charline et Perrine se voient présenter deux fois un second environnement et Véra visionne

¹³¹ Cette analyse a été fastidieuse et plusieurs versions de ce travail de thèse ont été nécessaires pour faire émerger ces manifestations du transfert.

systématiquement un deuxième environnement¹³² et même un troisième lors de la dernière séance¹³³. Je remarque ainsi que la plupart des participants qui n'ont pas manifesté de réaction associative trop marquée lors de la première phase de choix (Paul, Cédric et Christophe) n'auront observé qu'un seul environnement par séance. La pluralité des environnements proposés aux autres participants semble ainsi résulter d'une manifestation contre-transférentielle. Le problème du choix n'est pas réglé mais traverse le transfert : personne n'a finalement réussi à choisir car sans m'en rendre compte, j'ai déplacé ce rapport au choix en multipliant les propositions d'observation. Il s'agit alors de considérer la malléabilité du dispositif qui a permis d'éviter la confrontation à cette représentation du désinvestissement et de la mise en échec manifestement insupportable pour certains patients comme pour moi-même.

La multiplication des propositions d'environnements peut également être interprétée comme une manifestation de mouvements contre-transférentiels de l'ordre de la répétition. La difficulté de restreindre le choix à un seul environnement pourrait ainsi relever d'un surinvestissement pour l'objet de soin et de son attribution de vertus thérapeutiques. En raison de l'attente que le patient réussisse à exploiter tout le potentiel du matériel, ce dernier serait alors tenu pour responsable en cas d'échec thérapeutique. Mon propre rapport à la réalité virtuelle et mes attentes en lien avec son utilisation auprès des personnes âgées a pu s'exprimer de cette manière. De nombreuses recherches actuelles présentent les pratiques thérapeutiques fondées sur la réalité virtuelle comme particulièrement efficaces et prometteuses. Même dans le cadre d'une médiation thérapeutique où la construction du dispositif nécessite une certaine sensibilité aux propriétés de l'objet, ce contexte est susceptible de lui faire perdre sa neutralité. Cela peut être interprété comme une propriété inhérente à la réalité virtuelle qui ne s'exprime pas seulement chez les patients mais aussi chez les thérapeutes et rappelle ainsi la réaction contrastée des participants de cette recherche.

7.2 Pendant : éléments perceptifs et sensoriels

Les éléments perceptifs et sensoriel sont fondamentaux dans l'expérience de réalité virtuelle. Ce dispositif thérapeutique présente ainsi la particularité d'être en appui sur la perception selon deux modalités : celle de couper du monde extérieur et celle d'observer un autre environnement à l'intérieur. Cela exercerait un effet sur la relation thérapeutique en facilitant une expérience de l'ordre de l'endormissement. C'est ainsi que le dispositif de réalité

¹³² Je remarque cela longtemps après les entretiens, lors de la phase d'analyse clinique.

¹³³ Un tableau résumé des environnements sélectionnés est disponible en 5.2.3

virtuelle pourrait constituer une mise en condition destinée à favoriser l'entrée dans un état de rêverie partagée entre le patient et le clinicien.

DEUXIÈME HYPOTHÈSE : DE LA RÉGRÉDENCE

Le casque de réalité virtuelle induit une rupture sensorielle qui favoriserait les processus de régrédience et le travail de figurabilité.

7.2.1 La première transition : mise en place du casque

Les entretiens en EHPAD se déroulent le plus souvent dans le logement des résidents. Ces derniers s'installent dans un fauteuil confortable et j'emprunte une chaise pour me placer face à eux. Généralement, une petite table mobile (appelée « adaptable ») est disposée auprès du résident, sur le côté ou devant lui. Les entretiens se déroulent parfois autour de la table, notamment auprès des personnes qui se déplacent plus facilement. Il s'agit ainsi d'entretiens menés en face-à-face avec la plupart de ces patients. L'introduction de la réalité virtuelle dans ce cadre thérapeutique produit un changement majeur dans cette façon de mener les entretiens. Son utilisation coupe le contact visuel du face-à-face avec les patients lors des séances. De cette manière, le dispositif fait vivre une rupture au patient dans un registre sensoriel. Le contact avec la voix du thérapeute se mêle au bain sonore de l'environnement virtuel qui sort de enceintes du dispositif. Le patient entend aussi les sons de l'espace physique de son logement. Ce dernier vit une expérience où l'autre est à la fois présent et absent. Il sait que l'autre est près de lui, mais il ne le voit plus. Cela fait écho à la capacité d'être seul en présence de l'autre. Le dispositif pose alors la question de la distance qui le sépare de l'autre : où est le thérapeute ? Que fait-il ? Son corps est-il encore là ? Ce rapport au corps est déterminant dans un espace où le corps du patient lui-même n'est plus représenté.

Ce dispositif fait également vivre cette expérience de rupture du contact visuel au thérapeute qui perd l'accès au regard du patient. Cela ouvre un rapport sensible à l'intimité du résident car l'accès visuel à sa chambre devient totalement libre. En le quittant visuellement, le patient laisse son « espace cabane » (Pluymaekers, 2006) occupé par le psychologue. Il s'agit d'une expérience de l'intermédiaire entre la présence et l'absence du résident dans sa propre chambre du point de vue du thérapeute. Ce dernier est seul dans la chambre du résident en sa présence. Ce dispositif permet d'être auprès du patient tout en faisant comme s'il n'était pas là, ce qui pose – là encore – la question de la distance avec l'autre. Il semble permettre une expérience qui symbolise l'aire intermédiaire entre la présence et l'absence de l'autre, ce qui

rappelle ainsi les processus de transitionnalité (Winnicott, 1971). Le patient est confronté à la différenciation entre lui et l'extérieur sans qu'il ne soit nécessaire de déterminer la provenance de cette expérience.

Le patient et le thérapeute sont ainsi confrontés à la perspective différente d'une même expérience de rupture du lien visuel induite par le casque de réalité virtuelle. Dans ce contexte, la mise en place du casque de réalité virtuelle semble favoriser la représentation d'expériences de l'ordre de l'intimité et de la sécurité. Le casque de réalité virtuelle pourrait finalement accroître l'impression d'intimité en raison de la proximité de l'écran avec les yeux du patient, car rien ne peut être placé entre lui et ce casque. Cet espace pourrait représenter l'intimité dans un contexte institutionnel où le logement échoue à cela. L'intimité du résident serait réduite à l'espace entre ses yeux et l'écran, mais elle existerait de nouveau dans ce dispositif thérapeutique. C'est peut-être la raison pour laquelle le fait de me savoir dans leur lieu de vie a pu être possible pour tous les participants. Cette intimité traverse le transfert et pose également la question de la position du thérapeute par rapport à cette rupture du lien visuel qui le laisse libre d'observer le lieu de vie, l'espace censé être intime, auquel il a accès. Cette notion d'intimité s'articule avec celle de la sécurité qui relève autant de la solidité du monde interne que de la fiabilité de la réponse apportée par l'environnement. Il s'agit justement de problématiques particulièrement sensibles chez les personnes âgées qui vivent en EHPAD. Au départ, la porosité des limites du logement semble relever davantage du contexte de vie institutionnel que de dispositions internes. Pourtant, cet effet exercé par l'environnement risque de fragiliser les limites du monde interne. La recherche d'une certaine sécurité pourrait alors s'interpréter comme une tentative de restaurer l'intimité et la solidité des frontières de l'espace psychique interne.

De plus, cette transition permet de mettre le patient dans un état psychique favorable à l'opérativité thérapeutique de la séance. Cette « mise en disposition » du patient par le dispositif de réalité virtuelle n'est pas sans rappeler l'effet produit par le dispositif divan-fauteuil de la psychanalyse. C'est pour faciliter l'association libre que Freud élabore le dispositif du divan qui constitue un pilier du cadre de la cure analytique classique :

« Sans chercher à les influencer d'autre manière, il les fait s'étendre commodément sur un divan, tandis que lui-même, soustrait à leur regard, s'assied derrière eux. Il ne leur demande pas de fermer les yeux, et évite de les toucher comme d'employer tout autre procédé capable de rappeler l'hypnose. Cette sorte de séance se passe à la manière d'un entretien entre deux personnes en état de veille dont l'une se voit épargner tout effort

musculaire, toute impression sensorielle capable de détourner son attention de sa propre activité psychique » (Freud, 1904 cité par Mijolla et al., 2013, p. 269).

Houzel (2009) précise que cette privation de stimulations sensorielles et d'activité motrice favorise le fonctionnement associatif ainsi que la pensée analogique et facilite l'émergence de fantasmes inconscients. La transition sensorielle induite par la réalité virtuelle constituerait ainsi une propriété fondamentale de ce médium en raison de sa proximité avec le dispositif analytique. En effet, le casque de réalité virtuelle présente cette particularité de masquer la vue de son utilisateur. Celui-ci n'a plus d'accès visuel au cadre spatial dans lequel se déroule la séance. Il peut ignorer la présence du thérapeute ou utiliser cette disposition pour le représenter différemment : le thérapeute n'est plus qu'une voix qui répond. Le casque de réalité virtuelle est placé *physiquement* entre le patient et le thérapeute. Cet effet de masque a marqué mon contre-transfert dans un certain nombre de cas, où j'ai ressenti davantage d'aisance à suivre le discours et le fil associatif du patient, libéré du contrôle conscient et coûteux de mon comportement non-verbal¹³⁴.

Ce rapport sensoriel au patient est présent dans le dispositif analytique dès 1913, lorsque Freud énonce la règle fondamentale de la libre association en utilisant la métaphore du train :

« Dites donc tout ce qui vous passe par l'esprit. Conduisez-vous par exemple à la manière d'un voyageur, assis côté fenêtre dans un wagon de chemin de fer, qui décrit à quelqu'un d'installé à l'intérieur le paysage se modifiant sous ses yeux » (p.106).

Dans son analyse de la métaphore ferroviaire de Freud, Barreau (2004) constate que la sphère visuelle est centrale dans ce dispositif alors que Freud se soustrait au regard de ses patients en se positionnant dans un fauteuil placé derrière le divan. Il se comporte ainsi comme un aveugle qui se ferait décrire le paysage. Cette volonté de détourner le regard renvoie à la dimension apotropaïque du dispositif analytique qui protège de la violence traumatique du pulsionnel, mais elle permet surtout de « *s'abstraire d'une certaine forme du sensible qui est, ici, confiée à l'analysant* » (p.120).

« Du paysage qui défile derrière la fenêtre, l'oreille écoute les éléments discrets qui le composent, leur assemblage aussi bien que leur dispersion, comme un « Fort-Da » dont l'enjeu est la symbolisation de l'absence » (p.125).

Sur le registre visuel, il réside cependant une différence notable entre le casque de réalité virtuelle et le divan, car le patient met le casque « pour voir quelque chose » et non pour

¹³⁴ Freud précise lui-même qu'il n'aime pas être regardé pendant les séances (Quinodoz, 2004, p. 132).

soustraire la vue. En cela, l'expérience de réalité virtuelle produit un effet de suggestion qui dirige les investissements vers son contenu. Le divan induit de ne pas voir une partie de la pièce, quand la réalité virtuelle « force » à voir ce qui n'est pas dans la pièce. Dans cette recherche, aucun participant n'a mentionné de cassure relationnelle dans le fait de mettre ou d'enlever le casque, à l'inverse de l'évocation fréquente d'une rupture spatiale. L'objet de médiation a produit une stimulation perceptive qui a attiré leur attention sur le contenu de la réalité virtuelle plutôt que sur la relation thérapeutique.

Si Freud cherche à orienter l'attention de l'analysé vers sa propre activité psychique, l'utilisation de la réalité virtuelle ne respecte pas directement cette perspective. Ce dispositif exerce un effet attentionnel sur l'environnement virtuel qui stimule la perception du sujet. Ces processus perceptifs seraient infiltrés des fragments de réalité psychique du patient qui se trouve ainsi directement exposé à une modalité acceptable de son activité psychique. Cette particularité s'est avérée pertinente dans la rencontre de personnes pour qui la focalisation attentionnelle directe sur leur activité psychique aurait pu s'avérer contre-productive et générer un transfert négatif et des résistances susceptibles de créer une rupture irrémédiable du cadre¹³⁵. Auprès de Cédric et Christophe, j'ai d'ailleurs ressenti une sorte de flottement désagréable et difficile à supporter au début des séances. Le vide laissé par le silence semble avoir produit une angoisse trop intense. La présence de l'objet a permis de canaliser cette énergie et dissiper cette sensation en constituant un support d'échange et d'intérêt entre nous. Dans les deux cas, non seulement le vécu difficile n'était plus présent pendant que la personne portait le casque, mais cet effet s'est inscrit dans le temps. En effet, le souvenir des séances précédentes a pu constituer un sujet d'échange suffisamment riche pour être sollicité au besoin.

Ce moment de transition induit par la mise en place du casque de réalité virtuelle pourrait également être rapproché de l'expérience de l'endormissement. Cela expliquerait pourquoi les participants n'en ont rien dit sur le coup. Ce n'est qu'au réveil qu'il est possible de parler de l'endormissement, à moins de ne pas réussir à s'endormir. Cela reviendrait à ne pas réussir à porter le casque, ce qui n'est pas arrivé dans cette recherche. En situation

¹³⁵ Il est difficile de travailler le transfert négatif dans la pratique clinique en EHPAD. D'abord, parce que c'est le thérapeute qui se rend auprès du patient. Ce dernier n'a pas la liberté choisie de venir ou non à la séance. Il ne peut pas venir en disant « *je n'aurais pas dû venir* », ou « *j'ai pensé à ne pas venir aujourd'hui* ». Il est d'ailleurs difficile de gérer cela lorsque le psychologue détermine lui-même s'il retourne voir le patient car cela pourrait réellement constituer une intrusion. Ensuite, parce que si le résident témoigne d'un vécu négatif lié à l'entretien auprès des soignants, ceux-ci risquent de rediriger ce transfert négatif sur la fonction psy. Le patient « est censé aller mieux », ce qui invalide la possibilité de passer par des phases négatives dans les séances. Confrontée à un tel discours, l'équipe institutionnelle pourrait craindre pour le patient et décrédibiliser le psychologue. Si elle n'ose pas le lui dire, elle pourrait même s'organiser pour éviter la poursuite du suivi.

écologique d'endormissement, le sujet se prépare au sommeil. Il est toujours seul lorsqu'il s'apprête à quitter le monde extérieur (Miollan & Bisson, 2003). Il n'a toutefois pas conscience d'entrer dans un monde onirique. Il passe en douceur du relâchement au monde des rêves, ce qui n'est pas le cas de l'expérience de réalité virtuelle. Ce dispositif *assiste* la transition vers le monde virtuel et rappelle ainsi les dispositifs plus classiques de « rêverie assistée par ordinateur » (Vlachopoulou & al., 2014). Il fait vivre un changement d'état de conscience, ce qui est particulièrement déstabilisant à la fois pour le patient et pour le thérapeute. La tension produite par cette situation traverse la relation transférentielle et se manifeste dans mon attitude de retenue auprès de certains participants. Je ne propose pas le casque à Léonie lors de plusieurs séances car cette dernière est déjà particulièrement déstabilisée. Il est alors probable que je craigne une certaine désorganisation liée à la proposition d'utiliser la réalité virtuelle dont je pourrais me sentir responsable.

Le dispositif de réalité virtuelle amènerait ainsi à « endormir »¹³⁶ les patients les poussant vers ce « retrait intérieur » (Bonilo, 2016). Paradoxalement, il pourrait ainsi être comparé aux stratégies destinées à contourner l'endormissement pour faire passer le sujet de l'éveil au sommeil sans transition¹³⁷. Certaines thérapeutiques médicamenteuses sont ainsi destinées à faire « tomber de sommeil » afin d'empêcher l'insomniaque d'être confronté à ces pensées qui l'empêchent de s'endormir. En rapprochant la transition induite par la mise en place du casque avec l'endormissement qui représente l'accès au sommeil, la réalité virtuelle devient le symbole du sommeil. Ce dispositif représente alors autant l'expérience hypnique que celle de l'endormissement qui peut être redoutée par certains patients. La mise en place du casque pourrait finalement symboliser l'expérience de l'endormissement sans la faire vivre au sujet. L'endormissement serait « induit » par le réveil, c'est parce que le sujet se réveille qu'il constate son endormissement. En plaçant le casque de réalité virtuelle sur la tête du patient, celui-ci est englouti par le sommeil. Dans cette expérience virtuelle, l'endormissement n'a donc pas les mêmes propriétés qu'en situation naturelle : sa rapidité l'affranchit de la temporalité subjective, il est provoqué plutôt que spontané et il permet de ne pas quitter le langage. Ces propriétés hypniques du dispositif thérapeutique définissent de nouvelles conditions à l'endormissement.

¹³⁶ La tromperie et la ruse pour parvenir à ses fins correspondent aussi à une définition de l'endormissement. Cet angle de lecture pourrait à nouveau traduire des effets transférentiels de l'ordre de la séduction déjà décrits précédemment. Ce terme s'avère particulièrement significatif dans la pratique clinique en institution gériatrique : l'idée « d'endormir » les résidents fait écho à l'asymétrie relationnelle où le discours du sujet ne trouve pas toujours d'écoute sensible. Les personnes âgées en EHPAD sont souvent les « endormies » de la société, isolées dans leur institution.

¹³⁷ Le rapport à la mort pourrait bien relever de cet évitement de l'expérience d'endormissement. Il est d'ailleurs fréquent de dire qu'une personne est « endormie » pour signifier qu'elle est décédée.

Le casque de réalité virtuelle semble faciliter cette expérience : il permet de s'endormir indépendamment de l'heure, du lieu, de la fatigue ou encore de la capacité de relâchement du sujet. Cependant, son utilisation s'inscrit dans un contexte thérapeutique qui doit être suffisamment sécurisant pour que le patient « se dispose » à la réalité virtuelle, comme il « se dispose » au sommeil (Bonilo, 2016). Cette condition inhérente à tout dispositif thérapeutique ne fait pas exception ici.

7.2.2 L'observation de la réalité virtuelle

Observer un environnement dans le casque de réalité virtuelle n'est pas une expérience classique. Cette sensation ne ressemble pas à la perception du monde extérieur et présente ses propres caractéristiques. La description de l'expérience du spectateur de cinéma par Roland Barthes (1975) se rapproche de celle de la réalité virtuelle :

« L'image filmique (y compris le son), c'est quoi ? Un leurre. Il faut entendre ce mot au sens analytique. Je suis enfermé avec l'image comme si j'étais pris dans la fameuse relation duelle qui fonde l'Imaginaire. L'image est là, devant moi, pour moi : coalescente (son signifiant et son signifié bien fondus), analogique, globale, prégnante : c'est un leurre parfait : je me précipite sur elle comme un animal sur le bout de chiffon « ressemblant » qu'on lui tend ; et bien entendu, elle entretient dans le sujet que je crois être, la méconnaissance attachée au Moi et à l'Imaginaire. Dans la salle de cinéma, si loin que je sois placé, je colle mon nez, jusqu'à l'écraser, au miroir de l'écran, à cet « autre » imaginaire à qui je m'identifie narcissiquement [...] : l'image me captive, me capture : je colle à la représentation, et c'est cette colle qui fonde la naturalité (la pseudo-nature) de la scène filmée (colle préparée avec tous les ingrédients de la « technique ») ; le Réel, lui, ne connaît que des distances, le Symbolique ne connaît que des masques ; seule l'image (l'Imaginaire) est proche, seule l'image est « vraie » (peut produire le retentissement de la vérité) » (p.106).

Comme l'image du cinéma, l'environnement de réalité virtuelle ne peut être réduit à son contenu. La particularité de sa présentation participe à l'expérience vécue par le sujet qui regarde dans le casque. Son observation de la scène virtuelle est contenue dans ce casque qui présente une image très proche des yeux et captivante comme l'écran du cinéma décrit par Barthes. Sa description interroge surtout le rapport subjectif à l'image, ce qui traverse également l'expérience des participants de cette recherche. En effet, le discours et les réactions des participants qui regardent dans le casque de réalité virtuelle sont traversés par des effets d'appropriation subjective de la scène observée. L'environnement virtuel n'est pas décrit de la même manière par les participants, ce qui pose la question d'une différence d'ordre perceptif

des images présentées dans le casque. De plus, les propriétés des environnements n'induisent pas la même chose : ce n'est pas pareil de visionner un immense champ que de voir l'intérieur d'une maison. Chaque environnement virtuel possède donc des propriétés spécifiques en tant que contenu observé dans le casque. La reprise des quatre environnements les plus observés de cette recherche permet de dégager une tendance à propos de ces spécificités inhérentes aux environnements.

La casse automobile a été observée par dix participants. Cet environnement virtuel suscite d'abord la question du lieu où sont garées les voitures. Les participants considèrent qu'il s'agit d'une casse automobile (Cédric et Charline), d'un garage (Jade, Hélène et Christophe), d'un entrepôt (Paul) ou d'une cour (Bertrand). Charline le qualifie même de « poubelle ». Ils soulignent tous le nombre important de voitures à l'exception de Véra, et que leurs capots sont ouverts (Bertrand, Charline et Christophe). Les participants se questionnent ensuite sur l'état des voitures. Elles sont considérées comme cassées (Bertrand, Perrine, Charline et Cédric), accidentées (Paul et Léonie) ou à l'inverse, belles et neuves (Hélène). Leur réparabilité est également interrogée à travers le destin réservé à ces voitures. Elles seraient ainsi en attente d'être réparées (Bertrand, Paul et Léonie), en cours de réparation (Perrine) ou irrécupérables (Cédric). Leur histoire peut aussi être imaginée comme le fait Perrine en décrivant l'accident qui a précédé la scène. Par ailleurs, le fait que personne ne soit présent dans ce lieu est remarqué par Bertrand et Christophe. L'environnement semble ainsi soulever des éléments d'ordre relationnel à travers un éprouvé de solitude. Des souvenirs associés à l'automobile sont exprimés par Bertrand (faire réparer sa voiture), Jade (le lieu d'achat de sa voiture) et Cédric (retourner voir sa voiture accidentée). Enfin, les voitures représentent des êtres vivants monstrueux pour Christophe et tristes pour Paul.

Ces propriétés peuvent être résumées en cinq thématiques principales qui concernent le lieu, l'état, le passé (l'histoire), l'avenir (le destin) et les relations sociales. Ces thématiques forment le potentiel d'associativité de l'environnement virtuel qui est susceptible de faire écho à des vécus significatifs des résidents en EHPAD à propos du lieu de vie, de l'état de santé, du vieillissement (dans le rapport entre le passé et l'avenir) et du lien social. Que s'est-il passé pour que ces voitures se retrouvent dans un tel état ? Vont-elles pouvoir reprendre la route ? Pourquoi sont-elles regroupées ? L'enveloppe extérieure des voitures rappelle le corps et ses blessures. Leur réparabilité évoque directement l'espoir de guérison et la responsabilité du réparateur. Finalement, pour les participants, ces voitures symbolisent les personnes âgées en EHPAD : elles sont regroupées sur la base de leur âge et de leur « inaptitude », elles sont en

attente d'être détruites et posent frontalement la question de leurs parties « récupérables ». A ce propos, leurs capots ouverts sont évocateurs d'une intimité ouverte au grand air, mais aussi d'une introspection susceptible de rappeler nos entretiens. La casse automobile ne représente pas un cimetière de voitures, mais l'endroit où les voitures sont stockées avant de ne plus exister.

L'environnement « salon d'une personne âgée » présente des caractéristiques tout à fait différentes de la casse automobile. Il est identifié comme un lieu de vie par les neuf participants qui l'ont observé. Certains ne le précisent pas au-delà d'un espace d'habitation (Charline) ou d'un appartement (Hélène). Cependant, la plupart des participants reconnaissent une pièce de vie. Il s'agit d'un salon (Perrine, Paul, Cédric), d'une salle à manger (Jade), d'une chambre avec un espace salon (Christophe) ou encore d'une chambre d'étudiant (Véra). Les objets présents dans la pièce sont largement mentionnés et semblent correspondre au niveau de précision le plus élevé dans la reconnaissance de l'endroit. Cet environnement virtuel semble ainsi s'inscrire sur un continuum de précision qui s'étend du lieu de vie général (imprécis) en passant par la pièce spécifique et jusqu'aux objets qu'elle contient (très précis). La fonction de la pièce est aussi évoquée. Elle permettrait de recevoir des invités (Perrine et Cédric) mais aussi de se reposer (Paul et Cédric). Son attractivité est mentionnée à travers des qualificatifs positifs comme le fait qu'elle soit accueillante (Cédric) ou magnifique (Hélène), mais aussi négatifs d'après le caractère démesuré des objets qu'elle contient (Christophe) ou le désordre qu'elle abrite (Véra).

Cette polarité est aussi présente dans la sensation que décrivent les participants en visionnant cet environnement virtuel. Certains éprouvent un sentiment agréable (Cédric et Paul), voire très agréable (Hélène) quand d'autres signalent un ressenti désagréable (Christophe, Charline et Léonie). Ces sensations sont même particulièrement visibles chez ces trois derniers participants et peuvent être interprétées comme des manifestations somatiques permettant de sortir de ce lieu (Charline, Léonie ressentent une grande gêne et Christophe est désorienté au point de perdre l'équilibre). Au contraire, Hélène ne voudrait jamais quitter cet endroit. Enfin, il rappelle des souvenirs en lien avec les meubles et les objets possédés. Perrine et Jade se rappellent ainsi de l'aménagement de leur maison et Paul revit le souvenir d'un moment agréable. À l'inverse, Charline et Véra semble se défendre de toute ressemblance entre le lieu observé et leur propre ex-domicile. Elles affirment toutes deux ne pas reconnaître leur maison et n'avoir pas habité à cet endroit. Les caractéristiques spécifiques du « salon d'une personne âgée » concernent ainsi la dimension du lieu de vie à travers son aménagement, sa

fonction et son attrait. Cet environnement semble surtout représenter le changement de lieu de vie en actualisant la position d'y rester ou d'en partir. Il produit des effets défensifs tout à fait visibles qui se manifestent sur un registre primaire ou secondaire. En évoquant des souvenirs du domicile perdu, la présentation de ce lieu favorise la représentation d'expériences de l'ordre de la rupture, notamment en lien avec l'entrée institutionnelle.

L'environnement « échelle » est observé par sept participants. L'endroit dans lequel se trouve cette échelle est qualifié de jardin (Charline) ou de parc (Paul et Cédric). Jade, Paul et Charline en cherchent la localisation. Cependant, la considération de ce lieu semble moins importante que les détails qui le composent. Parmi ceux-ci, les taupinières décrites par Christophe ou les roses observées par Hélène semblent significatifs car ils ne sont décrits par aucun autre participant. L'ambiance de l'environnement est centrale. Le calme et l'apaisement (Paul et Cédric) qui s'en dégagent vont jusqu'à évoquer l'isolement et la solitude (Véra et Christophe) et même la mort (Christophe). Tout comme Véra qui exprime un sentiment de peur, Charline n'aime pas cet endroit. Seule Hélène en apprécie la beauté. Elle remarque un mouvement que signale aussi Christophe. Pour ce dernier, cela pourrait témoigner d'une présence invisible. La raison pour laquelle l'échelle est présente est questionnée par Véra et Hélène qui réfléchissent ainsi à sa fonction : elle servirait à *chercher* quelque chose mais elles ne voient rien à prendre dans l'arbre. Cédric considère que cette échelle a servi pour l'élagage de l'arbre. Paul évoque également la possibilité de cueillir des fruits mais ne mentionne pas l'échelle. Il exprime ainsi les actions possibles dans cet endroit jusqu'à exprimer son propre sentiment d'impossibilité. Cet environnement semble finalement représenter quelque chose de l'ordre de la mort et reste suffisamment évocateur sans être trop éprouvant. La mort peut être représentée comme un repos, un apaisement total. La solitude et l'isolement renvoient à l'expérience de deuil, tout comme l'impression de présence qui apaise la brutalité d'une disparition et la rudesse de l'absence.

L'environnement « champ » est le quatrième plus observé de la recherche. Présenté à sept participants, il est décrit comme une parcelle agricole (Bertrand), un espace champêtre (Véra), un pré (Cédric) ou une prairie (Christophe). Bertrand et Cédric évoquent sa fonction (accueillir les vaches, faire un pâturage ou de la culture) et interrogent sa localisation. Cet environnement questionne l'ouverture de l'espace pour Cédric qui remarque une barrière ouverte et pour Christophe qui signale la clôture. Ces éléments semblent symboliser les limites extérieures de ce champ dans lequel Charline voit une maison, Christophe un poteau de clôture

tombé au sol et Jade un plan d'eau¹³⁸. Les participants perçoivent un environnement tout à fait différent, ce qui suscite des réactions particulièrement diverses : Perrine évoque immédiatement un souvenir, Charline exprime son refus d'y vivre et Cédric apprécierait se promener dans ce lieu pour retrouver l'air libre. En effet, quelque chose de l'ordre de la liberté semble se manifester à travers cet environnement. Perrine se souvient de la responsabilité de nourrir les chèvres, ce qui relève ainsi de la liberté qu'elle avait alors. Christophe et Véra sont sensibles à l'entretien du terrain et le considèrent respectivement bouleversé et en désordre. Ils associeront à partir de la raison pour laquelle le champ se trouve dans cet état. Les descriptions de cet environnement présentent peu de points communs, ce qui pourrait relever de sa neutralité : le champ est vide et offre un espace de projection plus libre que les environnements saturés d'objets comme le salon d'une personne âgée. Toutefois, la notion de liberté semble centrale. Elle est suggérée par un espace en plein air dans lequel tout est possible. Cette liberté est d'ailleurs soulevée plus ou moins directement par Cédric, Perrine, Christophe et Charline¹³⁹. Finalement, il s'agit de la liberté symbolique de projeter des éléments subjectifs sur cet endroit. Cela pourrait ainsi expliquer l'impression qu'ont Perrine et Christophe de reconnaître cet endroit.

L'observation de ces quatre environnements semble avoir favorisé la représentation de la vie institutionnelle (la casse automobile), la rupture créée par cette situation dans la vie du sujet (le salon d'une personne âgée), la mort (l'échelle) ou encore la liberté (le champ). Ces expériences sont particulièrement significatives chez les personnes âgées et s'inscrivent plus globalement dans un vécu de pertes et de ruptures. Les propriétés matérielles du casque de réalité virtuelle permettent d'ailleurs de représenter la perte de certaines capacités. C'est le cas d'Hélène qui l'investit comme un moyen de recouvrer des capacités « perdues ». Elle pense avoir vu des petites roses bouger dans l'arbre, mais aussi un père Noël¹⁴⁰ accroché au rétroviseur d'une voiture. Concernant cette participante dont la vue est très mauvaise, ces petits détails semblent témoigner d'une précision recouvrée dans l'espace virtuel. Cela rappelle une période ancienne de son histoire, lorsqu'elle était petite fille et qu'elle a perdu la vue. En regardant dans le casque, il est pourtant difficile de déterminer l'objet rouge à travers ce pare-brise. Ce n'est donc pas la qualité optique du casque dont il s'agit, mais bien de la représentation que lui a accordé Hélène : cet objet lui a permis de mieux voir.

¹³⁸ La description de cette observation n'est pas présente dans le cas clinique de Jade car elle n'apportait pas d'élément clinique particulièrement pertinent.

¹³⁹ En refusant de vivre dans l'endroit, Charline exprime la liberté de se positionner et de faire valoir son avis.

¹⁴⁰ Le père Noël symbolise assez bien la notion de cadeau, significatif pour Hélène qui regrette que la vie ne lui ait pas fait de cadeau.

Le rapport entre l'observateur et l'environnement présenté dans le casque pose ainsi la question des conduites d'exploration : comment le sujet regarde-t-il dans le casque ? La réalité virtuelle mobilise la façon d'observer du participant qui peut orienter son regard dans toutes les directions. Certains participants semblent regarder uniquement face à eux quand d'autres se retournent pour visionner l'ensemble de la scène. Le cas de Véra est significatif sur ce point lorsqu'elle observe la *cassee automobile* et oriente exclusivement son regard en hauteur. En décrivant le ciel, Véra ignore les voitures accidentées. Cette réaction peut être interprétée sous l'angle d'une conduite d'évitement dans l'espace de réalité virtuelle. Les environnements dotés d'un potentiel de représentation trop menaçant pourraient ainsi être contournés au sein même de l'espace virtuel. Ce dispositif permet à Véra de ne pas regarder les voitures cassées. Elle peut faire sortir de son champ visuel ces voitures impossibles à voir tout en utilisant le casque dans le cadre de la séance.

Lorsqu'il observe ce même environnement, Cédric décrit également des éléments de contexte comme la météo nuageuse, les pièces qui jonchent le sol, les voitures qu'il entend passer sur la route voisine ou encore la ligne à haute tension avant d'explorer son propre souvenir d'un accident. Il utilise ce même potentiel d'évitement rendu possible par le déplacement du regard dans l'espace virtuel pour mettre à distance la représentation de l'accident. Cependant, à la différence de Véra, ce dernier parvient à verbaliser cette expérience dans un second temps. Ces deux situations relatives à l'exploration visuelle semblent traduire l'action de mise à distance permise par la réalité virtuelle. Ce dispositif thérapeutique pourrait ainsi permettre au sujet de trouver une proximité *suffisamment bonne* avec l'objet pour faciliter son appropriation.

Ces remarques à propos des conduites d'exploration dans l'environnement virtuel doivent toutefois être nuancées. Certains éléments contre-transférentiels ont pu exercer une certaine influence sur l'observation des participants. Ils concernent notamment les suggestions de réaliser une observation complète de l'environnement (« *vous pouvez regarder autour de vous* »). Le contre-transfert de l'ordre de la séduction – déjà repéré dans le contexte du choix de l'environnement – semble à nouveau répondre à une crainte de désinvestissement du participant. L'absence de balayage visuel de l'environnement a produit une certaine tension chez moi. Cela m'a donné l'impression que le casque de réalité virtuelle était mal utilisé et que les participants n'investissaient pas ce dispositif. Les tentatives de guidage de l'expérience résultent de ce contre-transfert. Ces réactions sont d'autant plus importantes à interroger qu'elles concernent beaucoup d'interventions des soignants auprès des résidents. Ces derniers

sont invités à participer à de nombreuses activités, ils sont stimulés, ils sont sollicités pour s'investir dans la vie active de l'établissement. Cela pourrait relever d'une réaction défensive au travail de renoncement des sujets âgés, pourtant nécessaire aux nouveaux investissements et au cheminement vers une nouvelle identité (Kafoa & Roumilhac, 2012).

Contrairement à Véra dont la conduite d'exploration témoigne d'une mise à distance de la réalité virtuelle, d'autres participants sont confrontés par leur observation. Les réactions de Charline et Christophe mettent ainsi en exergue un autre effet de la réalité virtuelle sur la distance entre l'observateur et l'environnement présenté dans le casque. Charline souligne la perception d'une proximité très grande des objets et l'impression de se sentir en hauteur. Ces motifs l'amènent à regarder brièvement dans le casque avant de le retirer. Elle décrit une sensation de malaise qui lui fait craindre de tomber lorsqu'elle observe le *salon d'une personne âgée*. Christophe évoque également cette crainte de perdre l'équilibre lorsqu'il visionne ce même environnement. Comme Charline, il a la sensation que le sol est très bas au point d'être pris de vertige avant de retirer le casque. Christophe insiste sur la taille démesurément grande des objets. Le fauteuil, la cheminée ou la bougie lui paraissent énormes, comme les voitures de la *casse automobile*. Les descriptions de ces deux participants sont particulièrement négatives et rendent éprouvantes ces séances de médiation sur le plan physique et émotionnel. De plus, ces derniers soulignent l'absence de réalisme de ces expériences qui rendent ces environnements virtuels « faux » et « anormaux ».

Le casque de réalité virtuelle semble ainsi autoriser la confusion entre des perceptions issues de l'extérieur (ce qui est présenté dans le casque) et de l'intérieur (ce qui est observé subjectivement). Charline et Christophe ne remettent pas en cause leur propre perception dans le casque mais bien ce qui aurait été objectivement présenté : Christophe n'est désorienté qu'à cause de ce qu'il a vu dans le casque, et selon lui, pour aucune autre raison. En appui sur l'environnement présenté dans le casque, cette expérience de réalité virtuelle lui permet d'exprimer cette sensation de désorientation, mais aussi d'irréel ou encore de malaise. Il en est de même pour Charline ou Léonie qui attribuent à la réalité virtuelle la cause de leur mal-être. La réaction de ces trois participants semble ainsi montrer une propriété potentielle de la réalité virtuelle à symboliser le mal-être et le malaise. Cela s'avère particulièrement pertinent pour engager un travail psychique d'appropriation sur un registre primaire de symbolisation. Que vient dire ce malaise ? Que signifie cette sensation qui s'actualise lors de l'observation ? Cependant, l'éprouvé de telles sensations dans un contexte insuffisamment sécurisé pourrait

s'avérer dangereux pour ces résidents. Ces remarques invitent ainsi à la prudence en cas d'utilisation de cette technologie auprès de personnes âgées qui la découvrent.

Au regard de ces différentes remarques liées à l'observation de la réalité virtuelle, il semble que les environnements présentés dans le casque aient constitué un objet à la fois flou et suffisamment défini pour que les participants y projettent des éléments de leur vie psychique. Pour un même environnement, ils ne décrivent pas la même scène. Cela semble aller dans le sens d'une perception différente : les participants n'observeraient pas la même chose dans le casque. En présentant des mécanismes similaires à ceux qui participent au travail du rêve, la réalité virtuelle semble favoriser une régression formelle similaire à celle de l'expérience du sommeil (Fain, 2020) :

« Qui dit régression formelle dit la spécificité de la démarche suivie par les activités mentales qui la composent, démarche décrite sous le nom de processus régrédient, qui va de la source pulsionnelle vers le pôle sensoriel apte à fournir par le biais d'hallucinations (ou de vécus hallucinés perceptibles par les affects qu'ils provoquent) des satisfactions substitutives. À travers l'étude des procédés qui la construisent (travail du rêve), elle apparaît plus comme étant le témoin de la richesse des processus secondaires, témoin complémentaire, que se posant comme terme d'un conflit » (p.178).

L'état de satisfaction hallucinatoire du désir retrouvé dans le sommeil pourrait aussi concerner l'expérience de réalité virtuelle. La divergence entre l'environnement objectivement présenté dans le casque et l'environnement perçu par les participants pourrait ainsi relever d'une dimension hallucinatoire du dispositif dont le gradient serait variable d'une personne à l'autre.

7.2.3 Les particularités de la posture clinique

L'expérience de réalité virtuelle crée une rupture avec le monde concret qui se produit lorsque la personne place le casque devant ses yeux. Cette rupture correspond au repli des perceptions visuelles à l'intérieur du casque plutôt que dans la pièce où se déroule la séance. Le patient est plongé dans l'environnement qu'il observe et le psychologue doit être attentif à sa façon de le traduire en mots. Ce dernier se trouve également plongé en lui-même pour rejoindre le sujet dans sa construction verbale qui est le seul accès à l'environnement qu'il observe. Cela n'est pas sans rappeler la position de régrédience qui ouvre la voie aux processus primaires et tend à la régression formelle du mot à l'image (Lavallée, 2005). L'activité de sommeil représente la position régrédiente par excellence. Elle traduit cet état introjectif dans lequel le sujet se laisse aller à son monde intérieur marqué par l'hallucinatoire. Le dispositif clinique fondé sur l'utilisation de réalité virtuelle conçu pour cette recherche semble inviter le

patient ainsi que le thérapeute à adopter une position régrédiente. Ces éléments rappellent la « règle fondamentale de la médiation numérique » proposée par Tordo (2017). Ce dernier précise combien le thérapeute se trouve lui-même absorbé par le médium (le jeu vidéo dans son cas) en même temps qu'il est avec son patient dans l'espace de la séance. Il ajoute que cette position d'attention flottante analytique permet ainsi d'ouvrir un espace de jeu, de discours sur le jeu et de liberté d'expression des formations de la psyché. Elle prépare au mouvement de régrédience qui ouvrira ensuite au travail de figurabilité (Botella, 2001).

Le visiocasque utilisé représente l'unique écran du dispositif car il n'existe pas de retour visuel extérieur de l'environnement observé par le patient. Cela constitue un élément fondamental de la boucle intersubjective sans lequel le thérapeute bénéficierait moins, voire pas du tout, de cette invitation à la régrédience. Ce dernier doit se laisser traverser par le discours du patient pour « observer » son environnement virtuel. L'utilisation d'un écran de « contrôle » le pousserait à adopter la posture inverse, ce qui renverrait plutôt à une position progrédiente marquée par les processus secondaires. Le thérapeute risquerait ainsi d'appréhender certaines descriptions comme des erreurs et de tenter d'écarter son implication transférentielle de la dynamique relationnelle. Dans ce dispositif, l'absence de retour visuel externe favorise l'état de régrédience du thérapeute. Il en est tout à fait autrement de cette même position régrédiente adoptée par le patient, et ces implications seront discutées dans les points suivants. Pour l'heure, attardons-nous sur ses effets dans la dynamique intersubjective. Lavallée (2005) le signale lui-même :

« l'activité régrédiente n'est pas seulement le fait du patient, écouter un patient implique bel et bien, pour une part, une activité réceptive-passive qui fait intervenir la régrédience : c'est une des grandes difficultés de l'écoute psychanalytique » (p.2).

Ce dispositif clinique fondé sur l'utilisation de la réalité virtuelle exercerait un effet facilitateur de la position régrédiente et répond à une partie de la difficulté décrite par Lavallée. Ogden rappelle pourtant combien ses effets concrets peuvent s'avérer difficiles à accueillir dans le cadre clinique, comme le fait de s'endormir en séance (Ogden, 2005). Si la position régrédiente est pertinente sur le plan clinique, encore faut-il que le thérapeute puisse accepter d'adopter une telle posture et de s'en ouvrir à son patient. Le dispositif de réalité virtuelle apporte un bénéfice thérapeutique par rapport à la situation analytique classique sur ce point : il permet au thérapeute d'accepter ses rêveries. Celui-ci ne peut que passer par l'état de rêverie pour se représenter la scène décrite. Il accepte cette rêverie car c'est le seul moyen de travailler avec le patient. L'exemple utilisé par Ogden en témoigne : penser à chercher sa voiture au

garage pendant la séance n'est pas une idée facilement accueillie comme pertinente lors d'une séance d'analyse (Ogden, 2005). L'expérience de réalité virtuelle vécue dans le cadre de ce dispositif favoriserait ainsi des éléments de rêverie acceptables pour le thérapeute en ce qu'elles se concentrent majoritairement sur le contenu (l'environnement virtuel) ou sur le contenant (le visiocasque). Ce sujet de discussion est plus facilement considéré comme adéquat par le thérapeute qui adopte une posture assumée de rêverie partagée avec le patient.

Cela n'est pas sans évoquer la capacité de rêverie maternelle (Bion, 1965) qui concerne la façon dont la mère reçoit les projections identificatoires de son bébé. Cette capacité relève des réactions imaginaires qu'elle peut mettre en œuvre pour les métaboliser (Mijolla et al., 2013). La capacité de rêverie maternelle permet de transformer les éléments bêta en éléments alpha afin de les rendre symbolisables pour l'enfant. Elle est indispensable car « *si l'enfant ne peut pas transformer son expérience émotionnelle en éléments alpha, il ne peut pas rêver* » (Mijolla et al., 2013, p. 1560). Cela correspond au processus analytique dans lequel le thérapeute transforme les éléments bêta du patient en éléments alpha grâce à sa capacité de rêverie. La rêverie de l'analyste restitue ainsi cette situation primordiale du lien entre la mère et le bébé (Mijolla et al., 2013). Celle-ci s'avère tout aussi indispensable en séance pour permettre au patient de rêver à partir de l'environnement virtuel qu'il observe, mais aussi du contenant physique de cette scène matérialisé par le visiocasque.

La considération de cet état de rêverie partagée entre le patient et le thérapeute permet de comprendre la dynamique transférentielle dans la séance. Ogden soutient l'idée que l'analyse du contre-transfert permet au thérapeute d'accéder à la « *nature des états d'être du patient dont est faite la matrice du monde interne du patient* » (Ogden, 2014, p. 137). Il conçoit la matrice transférentielle comme le reflet de la conception des temps primordiaux du développement de la subjectivité (Desveaux, 2016). La nature de l'expérience vécue dans la relation mère-bébé se réactualise ainsi dans la relation entre l'analyste et l'analysant : « *L'analyste participe à la création de l'expérience qui rend vivant le passé de l'analysant, et il prête sa voix à celle-ci* » (Ogden, 2014, p. 14). Ogden souligne alors la nécessité du travail analytique de décrire et d'interpréter la nature spécifique de cette expérience.

7.3 Après : de l'espace virtuel à la réalité concrète

Le moment qui suit le retrait du casque représente le troisième temps de la réalité virtuelle. Le patient quitte cette disposition spécifique dans laquelle l'expérience de réalité

virtuelle l'avait placé. La fin de l'utilisation du casque produit ainsi un effet majeur qui participe à la pertinence de ce dispositif.

TROISIÈME HYPOTHÈSE : DE L'ONIROÏDE

Le casque de réalité virtuelle produirait une expérience oniroïde dont l'élaboration après-coup se fera lors des échanges entre le patient et le clinicien.

7.3.1 La seconde transition : retrait du casque

L'utilisation du casque de réalité virtuelle est marquée par deux transitions : la première concerne l'instant où le casque vient recouvrir la perception visuelle de l'extérieur et la seconde où celle-ci redevient perceptible. La construction de ce dispositif a limité la présentation des environnements à cinq minutes. Le retrait du casque s'est toujours produit avant que ce temps ne soit totalement écoulé, que ce soit à mon intention ou à celle du participant. Dans la majorité des séances, le moment choisi pour retirer le casque s'est imposé naturellement dans la dynamique de l'échange. Cependant, dans certains cas, j'ai proposé aux participants de cesser l'observation malgré l'absence de signes qui auraient pu évoquer le souhait du patient. Cela s'est produit notamment avec les participants qui avaient déjà exprimé un éprouvé désagréable. La crainte que le casque ne produise d'effet négatif m'a amené à leur proposer de le retirer notamment pour Charline ou Léonie. La situation inverse s'est également produite avec Hélène qui – se sentant très bien dans l'environnement – n'a eu aucune envie de retirer le casque. Je l'ai invitée à le retirer pour éviter que le temps de visionnage ne dépasse les cinq minutes prévues¹⁴¹.

Au-delà de ces raisons de retirer le casque, les participants ont réagi tout à fait différemment à ce retrait. Dans la majorité des séances, le passage de l'espace virtuel du casque à la réalité concrète du logement se déroule de façon fluide, sans que la transition ne soit remarquée. Le cas de Perrine lors de la première séance en est un exemple. L'environnement lui rappelle les parties de pétanque en famille pendant son observation : « *on faisait des parties de palais ou de boules. Mon fils, lui, les boules dans le sable c'est... oh oui c'est... c'est curieux !* ». Après avoir retiré le casque, elle poursuit ce souvenir sans transition : « *c'est curieux parce que ça m'a rappelé les joueurs de boules et... de pétanque là, dans le sable* ».

¹⁴¹ Il s'agit d'un écueil de ce dispositif : après cinq minutes d'un environnement, le logiciel enchaîne automatiquement sur un autre environnement. Cela m'a parfois amené à intervenir pour retirer le casque de crainte que le participant visionne un autre endroit, ce qui aurait pu couper assez nettement le fil associatif alors pleinement déployé.

Bien sûr, Perrine remarque le retrait du casque, mais l'intensité de ce souvenir semble plus importante à évoquer pour elle. Le cas de Jade témoigne également de cette transition « transparente », avec cette recherche de la localisation du lieu qui peut se poursuivre presque à l'identique une fois le casque retiré. Ce type de transition témoigne d'une sorte d'oubli du casque lors de la séance, ce qui place cet objet en second plan par rapport à ce qu'il a fait émerger. Cela semble témoigner de la construction d'un espace intermédiaire entre l'espace virtuel et l'espace physique de l'entretien.

Dans d'autres situations, les participants décrivent brièvement la transition avant de continuer à élaborer un souvenir ou une impression liée à l'environnement virtuel observé. L'espace virtuel est alors susceptible de représenter un temps antérieur à la séance qui se révèle pendant l'observation, mais également au retrait du casque. Lors de la première séance, Véra a l'impression d'observer un environnement qui se situe dans une période passée. Elle évoque d'ailleurs son enfance et la ferme où elle vivait avec sa famille. Quand elle retire le casque, elle considère la transition comme un retour au présent. À propos de l'environnement, elle indique alors : « *c'est passé, c'est autre chose. Il n'y a pas de comparaison* ». Pour autant, cela n'empêche pas Véra de continuer à associer librement à partir de l'environnement virtuel observé. Ce sera également le cas de Perrine, de Cédric ou de Paul dont le discours témoigne d'un « *retour à la réalité... au temps normal* » au retrait du casque.

Le passage d'un lieu à un autre est également remarqué à l'occasion du retrait du casque. Lors de la première séance, Cédric décrit ce changement qui le fait passer « *de la pleine campagne à cette pièce* ». Il précise même que « *de ce qu'on peut espérer voir, on arrive dans la réalité après* ». Hélène le mentionne aussi : « *On était dans la forêt puis maintenant...* » avant de poursuivre sans transition « *... c'est une belle forêt quand même pour aller se promener... avec les enfants qui courraient là-dedans...* ». Bertrand signale également ce changement de lieu lors de la dernière séance en expliquant la différence entre la réalité virtuelle et l'espace de l'entretien : « *je vois naturellement. Je vois la chambre, je vous vois, je vois l'environnement dans lequel je suis. C'est un autre lieu... il n'y a pas de rapport avec là où je suis* ». S'il évoque une notion de différence spatiale, il souligne également un changement lié à l'aspect artificiel de la réalité virtuelle. Cet aspect est également évoqué par Charline qui remarque moins le changement de lieu que la différence de réalisme mis en exergue par la transition. Elle indique que sa chambre « *fait naturelle, comme si c'était vrai alors que l'autre était faux* » et estime voir les choses « *normalement* » maintenant qu'elle a retiré le casque. La transition qui s'opère lors du retrait du casque semble ainsi ouvrir sur une dimension de rupture temporelle et spatiale.

Cela s'articule particulièrement avec le vécu des personnes âgées en EHPAD, notamment les résidents atteints de troubles de l'orientation spatiotemporelle. Il est fréquent de rencontrer des résidents qui ne peuvent indiquer correctement la date et le lieu dans lequel ils se trouvent. Cet état de désorientation peut être interprété autrement que sous l'angle d'un trouble. En effet, il n'est pas nécessairement associé à une souffrance psychique et semble parfois même préserver le sujet d'une réalité douloureuse. Le rapport au temps et à l'espace en EHPAD s'inscrit souvent dans une dynamique subjective riche de sens auprès de ces personnes très âgées qui vivent dans un lieu généralement non choisi. La réalité virtuelle semble induire une expérience similaire à cet état de désorientation spatiotemporelle. Cela permettrait ainsi de représenter les éléments subjectifs associés à ce vécu afin d'en faciliter l'appropriation psychique.

Par ailleurs, le retrait du casque est susceptible de produire une impression de disparition de l'objet perçu dans l'espace virtuel. Après avoir observé les vaches lors de la dernière séance, Hélène regarde sa chambre et indique : « *ça fait drôle, il n'y a plus rien* ». Bertrand mentionne cette transition lorsqu'il cesse de regarder les voitures accidentées de la casse automobile : « *les bagnoles sont parties... je me retrouve dans ma chambre* ». Au-delà de la rupture spatiale, l'impression qu'un objet leur a été retiré est prédominante. Bertrand et Hélène sont d'ailleurs tous deux particulièrement éprouvés par leur situation de dépendance qui leur a « enlevé » leur autonomie physique. Dans ces situations, c'est moins l'espace observé que le passage de la réalité virtuelle à la réalité actuelle qui est concerné. La transition fait écho à cette problématique de perte et de retrait. Elle se réactualise ainsi dans le cadre thérapeutique au travers de cette utilisation de l'objet de médiation.

Enfin, le retrait du casque met en exergue la similarité de l'expérience de réalité virtuelle avec celle du rêve. Cédric l'évoque lors de la deuxième séance : « *on se retrouve là dans... le réel disons... on était bien dans... quelque chose dans... où on peut rêver... d'être... un jour...* ». Dans l'après-coup, il remarque que cet environnement a favorisé cet état de rêverie qu'il distingue du « réel ». Cette perspective onirique correspond aussi aux propos de Bertrand à travers la notion de sommeil qu'il mentionne après son observation, dès la première séance. Le casque est tout juste reposé sur la table qu'il indique : « *vous allez me faire dormir* » avant d'ajouter en réponse à mes sollicitations : « *je dors* ». À l'inverse de Cédric, Bertrand semble plutôt craindre de rêver et il insiste sur l'aspect concret et rationnel de l'action de dormir. En précisant qu'« *il va falloir se réveiller pour aller à table* », Bertrand associe le retrait du casque au réveil.

L'expérience de réalité virtuelle ressemblerait ainsi à un rêve qui se situe entre l'endormissement (première transition) et le réveil (seconde transition). Cela rapproche l'expérience du virtuel de celle du rêve où l'endormissement peut être considéré comme une illusion (Miollan & Bisson, 2003) et le réveil comme une désillusion (Koretzky, 2012). Cette interruption traduit le retour de l'angoisse qui interrompt l'état de régression au narcissisme primaire. Lorsque les participants retirent le casque, ils cessent de rêver. Ils quittent ce stade de satisfaction hallucinatoire du désir et « se réveillent » dans cette chambre d'EHPAD qui est loin d'être neutre. Cet espace porte le poids de leur vieillissement et de ses conséquences, leur dernière demeure, la fin du chemin, là où tout s'arrêtera. Il n'est plus vraiment permis de rêver dans la chambre d'un EHPAD. Ces considérations reviennent à la formule de Lacan : « on se réveille pour continuer à rêver dans la réalité » qui repose sur l'idée que l'homme ne veut pas se réveiller mais conserver le principe de plaisir de son sommeil (Koretzky, 2012).

En effet, lorsqu'ils retirent le casque, plusieurs participants considèrent l'espace virtuel comme plus agréable que leur chambre. Paul mentionne ce « *lieu restreint* » en opposition au plein air observé dans le casque et Véra, la petiteesse de cet espace en comparaison avec la grandeur du champ. Ces derniers témoignent d'une transition vers un sentiment désagréable. Les propos d'Hélène s'inscrivent aussi dans cette dynamique mais cette dernière est particulièrement affectée par la transition. Elle aurait « *aimé rester là, dans l'étable. Ça fait une drôle d'impression... quand on revient là on ne trouve plus si beau [...] pourtant on ne peut pas vivre dans une étable... on n'est pas des bêtes !* ». Quand elle observe le salon, elle insiste également sur son envie d'y rester : « *ce serait un miracle si je pouvais rester là... ce serait beau... ce serait beau...* ». Hélène évoque déjà la transition à venir, ce qui souligne l'importance de cette expérience pour elle. Le changement enrichit le fil associatif construit sur cette anticipation : « *ah ! je suis revenue chez moi. C'est pas si beau...* ».

Le retrait du casque se rapproche également du réveil d'un sommeil rompu par le cauchemar. L'expérience de réalité virtuelle est alors associée à un rêve au contenu angoissant et désagréable. Dans leur définition issue des travaux de Freud, Mijolla et ses collaborateurs (2013) rappellent que :

« les cauchemars sont des rêves au contenu sexuel dont la libido s'est transformée en angoisse. Leur contenu est en général exempt de toute déformation et représente la réalisation non voilée d'un désir refoulé qui s'est montré plus fort que la censure. L'angoisse qui accompagne le rêve prend alors la place de celle-ci » (p.298).

Ils décrivent les situations dans lesquelles le cauchemar est suivi du réveil :

« le sommeil se trouve alors interrompu avant que le désir réprimé du rêve ait atteint, à l'encontre de la censure, sa complète réalisation. Dans ce cas, il s'agit d'un échec de la formation de compromis qu'est le rêve qui, du coup, échoue dans sa fonction de gardien du sommeil » (p.298).

Léonie, Charline et Christophe s'accordent à considérer l'espace virtuel comme un lieu désagréable. Le retrait du casque leur permet de « revenir » dans un environnement moins angoissant et apparaît comme un changement susceptible de produire un certain soulagement. Lorsqu'ils observent le *salon d'une personne âgée*, Charline et Christophe se sentent mal. Ils ont besoin de retirer le casque pour recouvrer leurs esprits. Cette situation pourrait ainsi s'apparenter au réveil provoqué par le cauchemar. Pour Charline, il est alors nécessaire de décrire cette sensation qui s'est déchargée au retrait du casque. Elle associe dans l'après coup à partir du souvenir de l'environnement. Christophe se sent mieux sans le casque mais son éprouvé a été si intense que le retrait du casque ne suffit pas : sa perplexité demeure jusqu'à la fin de la séance. Léonie demande également à retirer le casque en mentionnant son mal-être physique. Cet éprouvé très intense se dissipe complètement lorsqu'elle ne regarde plus l'espace virtuel. Comme Charline, elle poursuit son discours à partir de son souvenir. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer de ces deux participantes interroge d'ailleurs le lien entre les troubles mnésiques et cette réaction à la sortie de l'espace virtuel : toutes deux se sentent rapidement mal pendant qu'elles regardent l'environnement dans le casque. Le retrait du casque les soulage et leur observation construit une trace en mémoire. Après cette transition, elles reconstruisent un souvenir et associent sur la base de cette trace, ce qui garantit la fonction de symbolisation de la réalité virtuelle.

La réalité virtuelle semble ainsi pouvoir être associée à un rêve dont la personne voudrait ne pas se réveiller, mais aussi à un cauchemar dont le réveil produit un soulagement tout en maintenant un certain état de perplexité. Le retrait du casque symbolise ainsi une expérience de l'ordre du réveil qui présente des particularités spécifiques : le patient se réveille dans un espace thérapeutique et non pas dans son lit. Il se réveille dans la séance de psychothérapie et peut raconter son rêve, son cauchemar, mais aussi l'endormissement ou le réveil. Ces expériences sont bordées par le cadre de l'entretien clinique et participent à l'originalité de l'utilisation de la réalité virtuelle comme médiation thérapeutique. Elles se déroulent en deux temps majeurs – la vision de l'environnement virtuel et son souvenir lorsque le casque est retiré – qui rappellent la chronologie de toute expérience dans le fonctionnement psychique. La sensorialité soutenue par la perception de la réalité virtuelle correspond à une première inscription psychique de l'expérience. Elle laisse une trace dont l'énigme pourra être réinterprétée après l'utilisation du

casque. Le souvenir de l'observation virtuelle correspond ainsi à la réactualisation de la trace laissée par cette expérience. Celle-ci devient cependant soumise au contexte de l'EHPAD, contrairement à la réalité virtuelle qui s'en émancipe. Ce qui se produit à la suite de l'utilisation du casque de réalité virtuelle correspond ainsi à l'après-coup tel qu'il est défini par la psychanalyse. L'expression du souvenir de l'environnement virtuel complète l'expérience thérapeutique en favorisant la représentation de l'observation. L'environnement est présenté une première fois dans le casque, puis il est re-présenté dans l'échange avec le clinicien. Il est d'abord mis en forme avant d'être mis en mot. Ce dispositif correspond ainsi aux processus de symbolisation sur un registre primaire pendant l'observation et secondaire lors de l'échange qui la suit.

7.3.2 Le souvenir de l'observation

La discussion qui suit le retrait du casque de réalité virtuelle représente un moment clé des séances. Quelle que soit la description formulée lors de leur observation, après la seconde transition, le souvenir des participants correspond rarement à l'environnement présenté dans le casque. Si la notion d'après-coup permet de préciser la façon dont s'inscrit et se représente l'expérience, elle rend moins compte des propriétés de celle-ci. L'hypothèse des propriétés hypniques du dispositif de réalité virtuelle apporte des éléments complémentaires pour comprendre ces souvenirs en les considérant alors de la même façon qu'un rêve. L'expression du souvenir correspondrait ainsi à l'expression du rêve en analyse. Rappelons à ce propos que Freud s'intéresse au rêve comme une « voie royale » d'accès à l'inconscient et non pas à sa signification pour le rêve lui-même (Freud, 1900). Il estime que l'interprétation du rêve est soumise à la cure analytique et que son récit adressé à l'analyste s'inscrit dans la dynamique transférentielle. L'interprétation du message porté par le rêve n'est ainsi possible qu'en tenant compte du contexte dans lequel il est raconté (Gori, 2009). De la même manière que le rêve trouve son sens dans le contexte associatif de l'espace analytique, le souvenir de la réalité virtuelle apparaît comme une partie constitutive de l'expérience en elle-même. Sans espace pour être raconté, le message porté par la réalité virtuelle pourrait demeurer indéchiffrable.

Ce postulat amène à mettre l'accent sur le souvenir de la réalité virtuelle plutôt que sur l'expérience en elle-même et apporte des éléments de compréhension aux différences entre l'environnement présenté dans le casque et la description qui en est faite par les participants. Ces différences pourraient provenir de déformations similaires à celles du rêves, destinées à protéger le moi du rêveur de la manifestation trop forte du désir. Rappelons que pour Freud, le sommeil induirait une baisse de la censure qui permet l'expression du désir refoulé de la veille.

S'il n'y avait pas de déformation, l'expression du désir risquerait de réveiller le rêveur. Le rêve ne remplirait alors plus sa fonction de gardien du sommeil. Pour rester acceptable par le moi, le rêve est alors fragmenté en plusieurs éléments avant d'opérer une recombinaison de ceux-ci. Il en découle deux contenus distincts que sont les contenus manifestes et les contenus latents. Les premiers concernent le souvenir du rêve et les seconds portent les désirs inconscients susceptibles d'être interprétés.

Située entre l'endormissement et le réveil, l'expérience de réalité virtuelle pourrait s'apparenter à celle du dormeur. L'environnement observé serait concerné par les mêmes mécanismes que le rêve pour rester acceptables par le sujet. La mise en place du casque abaisserait ainsi le niveau de censure et favoriserait l'expression d'un désir refoulé à partir de l'environnement présenté. La réalité virtuelle fournirait au sujet le même support que les restes diurnes de la veille d'un rêve : un terreau au semblant inoffensif susceptible de cacher des éléments inconscients significatifs. Gori (2009) explique :

« Dans le rêve, ces pensées de transfert sont la plupart du temps des pensées préconscientes qui proviennent des restes diurnes de la veille et qui se trouvent transformées par le désir inconscient. Les « petites transformations » subies par les pensées préconscientes proviennent des désirs inconscients qui les modifient à leur guise pour faire passer son message en contrebande » (p.55).

Dans la réalité virtuelle, l'environnement virtuel offrirait un support favorable à l'expression de ces pensées préconscientes. Elles trouvent cette occasion de se manifester à travers cette expérience dont la verbalisation a lieu dans l'espace de l'entretien. La monotonie du quotidien de l'EHPAD pourrait expliquer l'aspect favorisant de la réalité virtuelle. Les résidents expriment souvent que leur vie est « derrière eux » et qu'ils ne créent plus de souvenirs. Les participants observent parfois des éléments qui leur rappellent l'EHPAD, mais ces environnements virtuels constituent surtout une base de souvenir, comme s'ils venaient de revivre un événement de vie (comme la pêche pour Perrine) qui s'était déroulé la veille et qu'ils racontaient le lendemain. En quelque sorte, c'est comme si Perrine était allée pêcher, qu'elle avait rêvé de cela la nuit suivante et raconté son rêve lors de la séance. L'observation de la réalité virtuelle a pu produire une impression d'avoir été à la pêche directement apparentée au rêve que Perrine a décrit dans la phase de discussion (Elle aurait pu dire : « j'ai rêvé que je pêchais »). La réalité virtuelle pourrait ainsi représenter une expérience similaire à celle du travail du rêve et concerner les mêmes matériaux décrits par Freud qui sont les stimuli corporels, les restes diurnes et les désirs inconscients. Ceux-ci seraient fragmentés et recombinaisonnés dans

l'expression de ce souvenir dont la déformation relèverait de mécanismes de condensation, de déplacement, de figurabilité et d'élaboration secondaire (Tisseron, 2016a).

Lorsqu'il est invité à parler de son observation, le participant n'a plus accès au support visuel de l'environnement virtuel et son souvenir de l'expérience devient le seul matériel disponible. Il ne semble cependant pas nécessaire de se rappeler objectivement de l'observation pour en dire quelque chose, ce qui préserve des difficultés liées aux troubles cognitifs. Il est probable que Léonie ait oublié le *salon d'une personne âgée* et la *casse automobile* lorsqu'elle évoque les maisons de vacances et les accidents de la route. Elle ne sollicite donc pas son observation effective dans le casque mais bien le contexte associatif dans lequel l'expérience de réalité virtuelle est racontée. Tout comme Charline, elle n'est pas affectée par ses troubles de la mémoire. Il s'agirait même d'un effet inverse où elle considère s'être souvenu de l'environnement, ce qui pourrait favoriser un sentiment de confiance. Charline n'a pas besoin de son souvenir, la prédominance sensorielle forme la base de ses associations ultérieures à l'observation. Cela l'amène notamment à décrire une impression de fausseté, d'absence d'intérêt, mais aussi de désorientation et de malaise qui rappellent une sensation d'irréalité et de déconnexion provoquées par les affections neurocognitives de la maladie d'Alzheimer, ou dans une lecture plus clinique, des éléments traumatiques clivés, tellement inconcevables qu'ils en sont irréels. Ce rapport à la mémoire donne à l'oubli une valeur de symptôme car il n'est plus soumis aux capacités cognitives. À ce propos, Véra oublie le ciel qu'elle avait décrit pendant son observation de la *casse automobile*. Si la déformation lors l'expérience de réalité virtuelle pouvait déjà être une manifestation défensive, l'oubli de cette perception s'inscrit dans ce sens également. Les quelques mots formulés par Véra à propos du ciel et de l'attente d'un miracle pourraient avoir produit un objet encore trop menaçant qu'il était préférable de détruire par l'oubli.

Certaines séances semblent d'ailleurs marquées par une prédominance de la sensorialité en lien avec l'écho à des expériences traumatiques des participants. Tout se passe alors comme si les expériences traumatiques fixaient les sensations perceptives de l'observation, ce qui bloquerait le processus de symbolisation à une expérience sensorielle. Les sensations pourraient ainsi faire écho aux expériences d'effraction psychique antérieures (accidents, déménagement, désorientation et troubles cognitifs...). L'intensité de ces sensations semble déborder les capacités de représentation d'expériences traumatiques comme lorsque Christophe qui, après avoir retiré le casque, ne parvient pas à sortir de ces sensations de bizarrerie et d'anormalité.

C'est seulement après les avoir verbalisées qu'il commence à associer à partir de sa description de l'environnement virtuel en quelque sorte désensorialisée.

La réalité virtuelle pourrait ainsi servir de support à une production subjective oniroïde mise en mot lors de la séance. La régression formelle induite par la réalité virtuelle pourrait situer cette expérience dans un registre primaire de symbolisation. La primauté d'expériences sensorielles pour les participants de cette recherche en témoigne. La mise en mot de ces sensations engage des processus de symbolisation secondaires, comme pour l'expression d'un rêve. L'observation des participants se trouve inévitablement déformée par la recombinaison du souvenir de l'environnement présenté avec les éléments préconscients en attente d'un support favorable à leur manifestation. Leur description du souvenir de l'expérience de réalité virtuelle constituerait ainsi une manifestation de leur réalité psychique susceptible de prendre la forme d'une sensation (Charline, Christophe), d'une histoire (Bertrand, Paul, Cédric), d'un souvenir ancien ou récent (Jade, Perrine, Léonie) ou encore d'un regret (Hélène). Cette production oniroïde peut aussi être détruite (Véra).

La notion de souvenir-écran prolonge ce rapprochement entre le rêve et l'expérience de réalité virtuelle en raison de la similarité des processus de transformation appliqués au contenu observé dans le casque. En psychanalyse, le souvenir-écran peut être défini comme :

« un compromis entre les éléments refoulés et la défense. Paradoxe de la mémoire, c'est un souvenir sur l'enfance plus que d'enfance, se caractérisant à la fois par sa netteté particulière et l'apparente insignifiance de son contenu. Les faits importants ne sont pas retenus, leur valeur psychique se voit déplacée sur des éléments adjacents moins importants. Le mécanisme prévalent y est, comme dans le symbole mnésique et l'oubli d'un nom propre, le déplacement, quoique s'y trouve aussi à l'œuvre une certaine condensation » (Mijolla et al., 2013, p. 1703).

Freud considère le souvenir-écran comme une « *défectuosité de la mémoire, laquelle reproduit non le souvenir exact, mais quelque chose qui le remplace* » (1923, p. 59). La déformation imprimée à l'environnement virtuel pourrait ainsi permettre de masquer un point central du souvenir qu'il évoque. L'environnement déformé servirait de souvenir-écran destiné à cacher ce qui a été refoulé du souvenir de la scène observée. Il montre le compromis entre ces éléments refoulés et la défense : l'environnement virtuel pourrait s'être avéré trop éprouvant pour nécessiter ce type de formation afin d'éviter de se confronter à une perception inacceptable. En précisant les particularités temporelles des souvenirs-écrans, Freud en décrit trois sens de déplacement possible : le déplacement rétrograde dans lequel le souvenir-écran

(également appelé souvenir de recouvrement) « *est une sorte de superposition de deux moments, dont l'un est conscient et appartient aux premières années de l'enfance mais représente, maintenue à peu près inconsciente, une époque postérieure à la vie du sujet* » (Wiener, 2010, p. 55). Il décrit également le déplacement en avant où le souvenir-écran anticipant est « *une impression indifférente d'une époque postérieure* » (Freud, 1923, p. 58). Enfin, le souvenir-écran contemporain ou simultané qui « *se rattache à l'impression qu'il recouvre non seulement par son contenu, mais aussi parce qu'il lui est contigu dans le temps* » (Ibid, p. 58). Pour résumer, le souvenir-écran peut recouvrir un souvenir caché qui lui est ultérieur (rétrograde), qui lui est très proche (simultané) ou le précède (anticipant).

Certaines descriptions correspondent ainsi au souvenir-écran anticipant ou simultané, destiné à cacher un souvenir¹⁴². Son versant anticipant renverrait à cacher des souvenirs antérieurs à l'environnement virtuel, toutefois réactivés par sa perception, alors que son versant simultané pourrait correspondre à un souvenir-écran de l'environnement virtuel lui-même, comme s'il *était* le souvenir. Dans le premier cas, le sujet est conscient d'associer sa perception à son souvenir alors que dans le second, il considère directement la situation en ignorant tout de ses associations. À ce propos, l'évocation fréquente de souvenir d'enfance par les participants semble s'articuler avec les caractéristiques du dispositif thérapeutique. Ils peuvent être attribués aux propriétés visuelles de la réalité virtuelle, mais aussi à son abolition de l'espace et du temps qui favoriserait le souvenir infantile en raison de ses aspects similaires. Freud décrit en effet le souvenir d'enfant comme visuel et indépendant de l'espace et du temps (Freud, 1923). Ce dernier souligne d'ailleurs des aspects des souvenirs d'enfance particulièrement similaires à certaines descriptions des scènes virtuelles, comme ceux d'être « *incontestablement déformés, incomplets ou [d'avoir] subi un déplacement dans le temps et dans l'espace* » (Ibid, p. 61). Ces descriptions déformées semblent également recouvrir des souvenirs plus récents, par exemple en lien avec la situation d'entrée ou de vécu institutionnel.

La considération des souvenirs-écrans comme des résistances (Mijolla et al., 2013, p. 1539), corrobore également l'hypothèse d'une résistance organisée à partir du dispositif de réalité virtuelle. Ce n'est pas le souvenir d'une scène vécue qui est déformé mais celui de l'environnement virtuel visionné lors de la séance. Ce souvenir-écran s'inscrit dans le dispositif psychothérapeutique comme une résistance qui ne se produit qu'à l'occasion de la significativité

¹⁴² Le dispositif de réalité virtuelle est également susceptible d'appeler un souvenir-écran rétrograde (notamment par ses propriétés visuelles et temporelles), mais il résulte plutôt d'une association sur la base du matériel thérapeutique de la séance qui se forme dans l'espace clinique de l'entretien.

du médium malléable. C'est parce qu'il est très proche du souvenir refoulé que le souvenir de la réalité virtuelle ne reste pas intact. La résistance est de nouveau orientée vers le dispositif de réalité virtuelle plutôt que vers le travail thérapeutique. Celui-ci se poursuit donc et laisse au patient le temps de se plonger dans ce souvenir. La perlaboration de ce souvenir-écran rapproche progressivement l'attention consciente du patient vers le souvenir associé inconsciemment à l'environnement de réalité virtuelle.

Le rapport au souvenir des participants de cette recherche s'avère particulièrement riche sur le plan clinique. À l'évocation d'une période passée, beaucoup se sont interrompus, préférant oublier ces moments difficiles. Ils semblent ainsi considérer ces souvenirs comme des éléments négatifs qu'il vaudrait mieux taire comme si leur évocation pouvait les faire souffrir. Le refus de réévoquer certains épisodes du passé semble motivé par la peur que cela ne leur soit préjudiciable¹⁴³. La difficulté de vivre en EHPAD s'articule avec ce premier constat de retrait affectif (et parfois cognitif) des souvenirs difficiles. Cet évitement arrange aussi bien les soignants que les résidents qui tentent de s'en libérer par l'oubli. Beaucoup de résidents admettent toutefois l'échec de cette stratégie et repensent fréquemment aux épisodes douloureux de leur vie. Ils refusent pourtant de remettre en cause cette organisation qui relève autant de leur adaptation à l'EHPAD que de leur propre crainte de souffrance psychique. Par ailleurs, certains résidents expriment leur réticence à raconter des souvenirs anciens en soulignant que « *ce n'est plus possible aujourd'hui* ». Ce témoin du vieillissement peut s'interpréter comme une tentative de mettre à distance le passé : moins il y a de souvenirs anciens, moins la personne serait âgée. La mémoire de l'ancien souligne le grand âge, le résident peut être tenté de la réprimer pour éviter cette confrontation. L'attribution d'une étiquette de risque – voire de menace – sur les souvenirs anciens trop sensibles pourrait ainsi recouvrir un large pan de l'histoire de vie du sujet âgé, surtout si le contexte institutionnel dans lequel il vit tend à nier le vieillissement et ses effets.

L'entrée en institution semble produire un effet révélateur du vieillissement et de ses conséquences (pertes, incapacités, dépendance...), possiblement accentuées par d'autres

¹⁴³ Cette observation s'oppose à la valorisation de l'expression des souvenirs chez les personnes âgées dans l'institution concernée par cette recherche. L'accent est mis sur les souvenirs récents à travers de nombreuses activités de réminiscence qui ne respectent pas toujours la dynamique psychique des participants. Souvent, ces activités sont menées par des soignants qui n'y sont pas formés et mis en tension par l'évocation de souvenirs difficiles. Nous observons une tendance à valoriser les souvenirs positifs, même s'ils s'avèrent souvent assez creux en raison du temps réduit qui ne permet pas d'entrer dans les détails, pour éviter d'être confronté aux souvenirs difficiles dont ils ne savent pas quoi faire. Dans ce contexte, une bonne activité est une activité où le participant a pris du plaisir. Les activités de réminiscence s'inscrivent dans cette catégorie et les résidents sont invités à choisir les *bons souvenirs*, c'est-à-dire adaptés à cette perspective « thérapeutique ».

facteurs subjectifs (ex. état dépressif) mais aussi environnementaux (ex. fonctionnement institutionnel défaillant). Cette rupture avec la « vie d'avant » pourrait amener le nouveau résident à éviter les souvenirs qui la précède, considérés comme des témoins de cette situation intolérable. Cela peut passer à la fois par l'attribution d'une tonalité négative à ces souvenirs anciens jusqu'à étendre cette formation à la majorité des souvenirs. Ils deviennent enchevêtrés en un ensemble négatif dont il vaut mieux éviter de parler. Dans le même mouvement, la nouvelle vie institutionnelle est susceptible de valoriser l'actuel en stimulant les capacités cognitives jusqu'à faire espérer des progrès, en créant de nouveaux groupes sociaux et de nouvelles habitudes marquées par les efforts qui visent à faire de l'EHPAD un endroit dans lequel tout va bien et où il fait bon vivre. Cela accentue la différence entre le passé et l'actuel, mais contribue surtout à renforcer la rupture entre l'ancienne vie et la nouvelle. En survalorisant l'actuel, le passé semble perdre de sa valeur. Son attribution négative se trouve ainsi validée par le nouveau rythme de vie du résident. Finalement, l'utilisation de la réalité virtuelle auprès des résidents d'EHPAD semble tendre à restaurer une continuité entre le passé et l'actuel afin d'intégrer l'expérience de la rupture dans le déroulement chronologique de l'histoire des personnes âgées, mais aussi de recréer un lien fondamental entre ces pans qui renvoient à l'unique réalité psychique du sujet. Cela favoriserait la relance des processus de symbolisation d'expériences de l'ordre de la perte et de la discontinuité qui jalonnent l'histoire de ces personnes âgées. Les transitions imposées par la réalité virtuelle depuis la mise en place du casque jusqu'à son retrait symbolisent cette expérience de discontinuité et catalysent sa réactualisation dans l'espace de l'entretien.

L'exemple clinique de Perrine illustre la façon dont l'expérience de réalité virtuelle stimule la remémoration de souvenirs à la fois antérieurs et postérieurs à l'entrée institutionnelle. Ce rapport au souvenir est aussi bien décrit par Cédric qui explique à la fin des séances que la réalité virtuelle l'aide à « fixer » des images de souvenirs dans sa tête qui se seraient mélangées sans ce support. Bien que cette stimulation soit limitée aux quelques environnements choisis, elle semble attirer l'attention des participants sur des événements significatifs de leur histoire de vie. La réalité virtuelle pourrait ainsi favoriser une levée du clivage et une réorganisation des souvenirs afin qu'ils assurent une continuité historique du sujet. Ce dispositif doit permettre la réactualisation des souvenirs dans la réalité concrète de l'entretien pour que le participant puisse le « revivre » dans l'ici et maintenant. Cela correspond à la remarque d'Ogden qui estime que « *l'analysant ne revit pas son passé ; il en fait pour la première fois l'expérience, au sens où ce passé est en train de se créer au sein du processus qui lui donne vie et par le tiers analytique* » (Ogden, 2014, p. 14). C'est une autre manière de lire

le rapport des participants aux souvenirs qu'ils déploient à partir de leur observation de la réalité virtuelle : ceux-ci pourraient ainsi faire l'expérience de ces souvenirs pour la première fois grâce au soutien du dispositif thérapeutique.

7.3.3 La fin de la recherche

Cette perspective chronologique du déroulement des séances de médiation thérapeutique s'achève sur la fin des entretiens dont la description des mouvements psychiques va contribuer à renseigner sur l'intérêt du dispositif. La période de la fin de la recherche débute à la fin de la dernière séance et se poursuit jusqu'à mon départ de l'établissement. Cet intervalle de temps soulève une partie du potentiel thérapeutique de la réalité virtuelle. En effet, son utilisation comme objet de médiation étend la considération de l'objet dans la relation et ne la réduit pas aux moments où le patient porte le casque. Ce temps est donc marqué par l'effet de la séparation avec l'objet dans l'espace thérapeutique. Quelle que soit la situation clinique, les participants ont tous dû gérer le fait de terminer cette modalité d'entretien. Cela marque la dernière rupture dans le déroulement de l'accompagnement psychothérapeutique qui a pu se poursuivre ou s'interrompre après les cinq séances préalablement proposées dans le protocole de cette recherche.

Quatre participants ont souhaité poursuivre nos entretiens immédiatement après les séances. Nous avons donc maintenu une organisation thérapeutique similaire. Ainsi, le changement provoqué par la fin des séances a concerné uniquement l'arrêt de l'utilisation du casque de réalité virtuelle, ce qui l'inscrit comme un objet de relation et non plus de médiation thérapeutique. Chez Bertrand et Héléne, ces changements marquent la dynamique globale des entretiens. Bertrand évoque le traumatisme de son cancer et ses conséquences fonctionnelles. Il aborde son opération et les croyances autour de ses capacités de récupération. Il regrette de ne pas avoir reçu d'explication médicale ou du moins, de ne pas en avoir le souvenir¹⁴⁴. C'est à partir de ce point qu'il réinterprète sa perspective de vieillissement autrement que sous l'angle de la perte et de la dégradation. Sa volonté de faire don de ses organes après son décès marque la fin de nos entretiens et témoigne d'une considération nouvelle pour son propre corps : ses organes pourraient finalement continuer à fonctionner même après sa mort. La fin des séances marque également un virage significatif dans les entretiens avec Héléne. Celle-ci continue à investir le casque de réalité virtuelle dont elle regrette clairement l'absence. Elle ne verra plus

¹⁴⁴ Ces informations ont pu lui être formulées lors d'un état de sidération psychique ou ne pas être transmises. Un certain temps après nos séances, Bertrand demande à réaliser un bilan cognitif. Il se rend dans un centre d'évaluation de la mémoire où il passe toutes sortes de tests. Pourtant, ce dernier ne recevra jamais les résultats de son bilan.

la beauté des environnements, ce qui place la question du manque au centre de la thérapie. La problématique psychique d'Hélène se manifeste au cœur de nos entretiens : elle a perdu quelque chose de beau et désire le retrouver. Ce n'est qu'après m'avoir déclaré son amour qu'elle désinvestit le casque. Celui-ci ne canalise plus le désir d'Hélène qui se reporte sur moi par le mécanisme du transfert. Nos entretiens prennent alors une direction plus classique d'interprétation du transfert tout en s'étayant sur les éléments cliniques déployés lors des séances de médiation thérapeutique.

Perrine et Jade ont également souhaité poursuivre nos entretiens directement à la suite de la recherche. Comme Bertrand et Hélène, elles ont été confrontées à la séparation de l'objet de médiation mais pas à la séparation relationnelle. Jade semble d'ailleurs interroger l'alliance thérapeutique en évoquant des insomnies qui « guérissent » après quelques entretiens. J'interprète cela comme une demande de poursuivre nos échanges afin de continuer à « la guérir ». La suite des entretiens s'organise autour de cette volonté d'être sauvée qui recouvre une peur de mourir que Jade pourra progressivement formuler. Contrairement à Bertrand et Hélène, je ne remarque cependant pas de changements significatifs après avoir cessé d'utiliser le casque de réalité virtuelle. Jade n'en parlera pas plus que Perrine, même si elles s'en souviennent toutes les deux. Dans le cas de Perrine, ses tentatives d'inversement des rôles ne sont toutefois plus canalisées par le casque et le contexte de la recherche. Elle se met à formuler des conseils de vie et adopte une attitude plus familière. Il est plus difficile d'adopter une posture thérapeutique auprès d'elle et les environnements qu'elle a observés ne produisent pas d'étayage après-coup.

Six participants ont souhaité cesser les entretiens après les séances de médiation thérapeutique. Véra et Paul sont les seuls à avoir poursuivi quelques entretiens avant d'arrêter. Léonie, Charline et Christophe ne me sollicitent plus et la fin de la recherche marque également celle de nos entretiens. En revanche, après une période de latence de quelques mois, Paul, Véra et Cédric demandent à reprendre un suivi psychologique. Aucun d'entre-eux n'évoque les environnements virtuels. La demande de Paul semble significative car ce dernier souffre précisément de ne faire que répondre au désir de l'autre. L'expression de sa propre volonté s'inscrit dans une continuité thérapeutique dans laquelle la période de latence a pu lui être nécessaire. La poursuite des entretiens auprès de Véra répond à sa phobie d'impulsion de passage à l'acte suicidaire, plusieurs mois après la fin des séances. Elle évoque la confiance qu'elle m'accorde à plusieurs reprises avant d'exprimer l'idée qu'elle « n'a pas tout dit ». Véra exprime les propos les plus significatifs à la toute fin de nos entretiens. Enfin, Cédric investit

largement nos entretiens après le choc de sa seconde amputation. Bien que ces rencontres soient facilitées par notre connaissance mutuelle, il reste essentiel de recourir à une médiation auprès de lui. Cédric ne peut appréhender sa situation frontalement et les entretiens sont marqués par une expression émotionnelle qu'il s'autorise alors dans ce cadre, contrairement à son quotidien dans l'institution.

L'analyse théorico-clinique de la recherche amène à interroger le contexte global dans laquelle elle s'est déroulée afin de réfléchir à l'intérêt de cette médiation thérapeutique. La clinique en EHPAD est fréquemment marquée par un certain immobilisme qui traverse le quotidien de l'institution. Les équipes soignantes proposent aux personnes âgées des activités qui ne visent pas au changement thérapeutique mais répondent à un besoin d'occupation valorisé par le projet d'animation. Pour ces résidents, la question du changement ne se pose parfois même plus, comme s'ils se demandaient « à quoi bon changer quand on va mourir ? ». Une participante du PASA répétait souvent, lorsque je lui demandais ce qu'elle pensait des activités : « *ça fait passer le temps* ». Ce contexte pose la question des changements produits par le dispositif pour les participants, mais aussi pour l'institution. Les situations cliniques décrites dans cette recherche montrent le potentiel thérapeutique de la réalité virtuelle. Ce dispositif permet de sortir d'une boucle classique où les entretiens sont pénibles et les patients – bloqués dans des troubles mnésiques – répètent les mêmes choses ou ne savent pas quoi dire. Les entretiens dans lesquels rien ne se passe sont fréquents en EHPAD. Cela doit motiver les cliniciens à adopter une démarche réflexive sur leur pratique, mais aussi sur les outils thérapeutiques qu'ils peuvent mettre en place pour remettre du mouvement dans ce contexte gériatrique figé.

Le contexte d'un EHPAD nécessite d'adapter la pratique clinique au fonctionnement institutionnel. Sans cela, il est très difficile de rencontrer véritablement les résidents. La réalité virtuelle est une proposition d'adaptation du dispositif classique de l'analyse qui correspond à ce contexte. Dans un premier temps, le respect de la règle fondamentale représente une résistance majeure en EHPAD, peut-être même la plus prégnante : les résidents ne parviennent pas à dire ce qui leur vient à l'esprit sans censure, ce qui relève potentiellement de cette situation institutionnelle en ce qu'elle favorise les résistances au changement. Les résidents ne sont plus complètement libres, notamment parce qu'ils dépendent des soignants. Or il est indispensable qu'ils puissent se sentir libres de dire pour symboliser des expériences en souffrance. L'utilisation d'un objet de médiation semble ainsi permettre d'adapter la règle fondamentale en l'énonçant autrement : le résident peut tout dire sur cet objet car cela ne menace pas son intégrité

sociale dans l'institution. Cependant, l'utilisation d'un dispositif à médiation classique répond difficilement à un autre écueil de la clinique en EHPAD, celle du cadre thérapeutique. En effet, l'organisation de l'espace est souvent rigide, le patient se trouve dans son lit ou son fauteuil et invite – ou non – le clinicien à s'asseoir près de lui. Le cadre de la séance est aléatoire et bien souvent, peu propice à la mise en condition du patient et du psychologue pour la thérapie. Bien que cela soit intéressant sur le plan du transfert, la perspective de changement que l'on pourrait attendre du soin psychique s'en trouve affectée. Les propriétés de la réalité virtuelle représentent ainsi une réponse à ce problème de mise en condition. En favorisant une disposition psychique similaire à celle induite par le dispositif divan-fauteuil, cette technologie est une réponse particulièrement adaptée aux résidents en EHPAD.

La réalité virtuelle représente ainsi une occasion d'apporter à la rencontre clinique un support d'abord destiné à enrichir l'échange avant de déployer son propre potentiel. Cette médiation introduit déjà du changement en gériatrie à travers les questions relatives à la découverte d'un objet nouveau et du consentement à l'utiliser. Ensuite, ses propriétés hypnotiques ouvrent sur un espace de rêve chez ces résidents qui ne rêvent plus. L'expérience de réalité virtuelle produirait une régression formelle vers un état de satisfaction hallucinatoire du désir qui favoriserait la capacité de rêver et l'expression de cette expérience lors de la séance. Les environnements présentés dans le casque deviennent des supports à partir desquels les participants peuvent se réapproprier leur histoire. Cela permet de restaurer une certaine cohérence dans leur existence, comme le fil conducteur de leur histoire qui échappait jusqu'alors à leur interprétation (Verdon, 2016). La réalité virtuelle favorise la représentation d'expériences de l'ordre de la perte et de la discontinuité en raison de ses propriétés perceptives et sensorielles.

Ce dispositif produit des changements significatifs après seulement quelques séances. Cependant, son inscription dans le métacadre institutionnel de l'EHPAD vient « recouvrir » les processus de symbolisation qui s'amorcent. Lorsque certains résidents se mettent à changer et se sentent plus en phase avec eux-mêmes, ils risquent de se trouver moins bien dans ce cadre de vie. Il n'est plus possible de dire qu'ils vont mieux : les changements survenus à la suite de la thérapie produisent une tension institutionnelle susceptible de se répercuter sur le patient.

Illustration clinique : Perrine

Le cas de Perrine illustre l'organisation de la dynamique institutionnelle autour de la dépendance. La notion d'aide est centrale en EHPAD quitte à rigidifier la posture de l'aidant et de l'aidé au prétexte de prendre soin. Il est pourtant nécessaire d'accepter d'être

aidé par Perrine pour pouvoir prendre soin d'elle. Son accompagnement par l'équipe est toujours un échec, ce qui pousse à la mise en échec de son accompagnement psychologique et de mon rôle thérapeutique qui se restreint à mettre les résidents à leur place afin qu'ils acceptent de dépendre de l'équipe et donc, d'en recevoir l'aide. Dans ce contexte, les résidents ne peuvent « aller mieux » car ils paient ce changement au prix de difficultés institutionnelles : quand Perrine va bien, plus rien ne va autour d'elle. Cela s'articule bien avec sa problématique qui me pousse à sortir de mon cadre. Elle préférerait me voir quitter cette posture thérapeutique et devenir l'ami, le confident qui vient voir et est aidée par elle. L'institution valorise également cette posture susceptible de satisfaire temporairement Perrine sans produire de changements significatifs.

Cette situation nécessite de réfléchir le contexte institutionnel en tant qu'espace traversé par les problématiques gériatriques de dépendance, d'impuissance et de résistance au changement. Cela semble relever d'une « pénétration agie » des processus du vieillissement et de l'institutionnalisation des personnes âgées (Donnet, 1985). La clinique de l'institution produit des effets transférentiels de cet ordre à partir desquels les réactions défensives sont multiples (Talpin, 2022). J'ai moi-même été confronté à ce vécu transférentiel à travers l'impression initiale que ce dispositif n'avait produit aucun changement. Cette situation souligne l'importance d'une activité réflexive sur la pratique clinique en EHPAD afin de continuer à proposer aux résidents des soins psychiques plutôt que des activités occupationnelles vidées de toute perspective de changement thérapeutique.

Chapitre VIII : Analyse des processus psychiques associés à la réalité virtuelle

« Ça dégage... ça soulage... et ça rappelle... ça renouvelle les vieilles pensées »

Paul, 94 ans

À partir de la théorie du dispositif, il est à présent possible de poursuivre l'élaboration théorico-clinique de ce travail en réalisant une analyse des processus psychiques associés à la réalité virtuelle. Ce chapitre a pour objectif d'approfondir les trois dernières hypothèses de cette recherche. D'abord, le rapport subjectif à la réalité virtuelle, qui nécessite de décrire la façon dont le sujet s'approprie le médium et les effets que cela produit sur son expérience. Ensuite, les phénomènes transitionnels de la réalité virtuelle et la façon dont ces processus sont sollicités dans ce dispositif. Enfin, la dimension hallucinatoire, qui permet de comprendre comment l'expérience d'immersion dans la réalité virtuelle peut prendre la forme d'une hallucination, ce qui témoigne de l'échec de la relance des processus de symbolisation, ou d'un rêve, qui en traduit la réussite.

8.1 Réalité virtuelle et subjectivité

L'une des observations principales de cette recherche concerne la différence entre la description de la réalité virtuelle formulée par le participant et l'environnement effectivement présenté dans le casque. L'appropriation subjective de cette expérience constitue une piste explicative pour comprendre cette différence. L'essence-même de la réalité virtuelle est de faire vivre la sensation particulière de plonger le sujet dans un environnement différent de celui dans lequel il se trouve (Amato, 2014). La sensorialité est donc centrale dans cette expérience dont l'immersion représente la clé de voûte. La description de ses différentes modalités pourra permettre de comprendre l'une des observations centrales de cette recherche : certains participants semblent maintenir un état d'immersion alors qu'ils ne portent plus le casque de réalité virtuelle. Profondément articulées avec leur niveau d'immersion, les sensations procurées par cette expérience sont d'ailleurs plus ou moins éprouvantes selon les participants. Cette différence sur le plan de l'intensité représente un autre signe de l'appropriation subjective

de la réalité virtuelle. Ces questionnements amènent à formuler une hypothèse qui articule l'expérience de réalité virtuelle avec la subjectivité.

QUATRIÈME HYPOTHÈSE : DE L'APPROPRIATION SUBJECTIVE

La réalité virtuelle induit une sensation d'immersion qui favoriserait la relance des processus primaires de symbolisation et façonnerait l'appropriation subjective des problématiques psychiques qui animent les patients.

8.1.1 L'immersion et son appropriation subjective

Les sensations sont au cœur de l'expérience de réalité virtuelle. Cette technologie a été développée pour faire vivre à l'utilisateur un ressenti inédit. Il ne visionne pas simplement un environnement dans le casque, il doit avoir l'impression d'être transporté dans cet espace. Ce dispositif thérapeutique hérite logiquement de cette propriété et catalyse ainsi les ressentis que les participants sont susceptibles de vivre. Cela participe à la différencier de la photographie ou de l'observation d'un film. Ces médias n'induisent pas d'expérience particulière pour accéder à leur contenu. La scène virtuelle en revanche, ne se présente pas immédiatement et nécessite aussi de faire l'expérience de la réalité virtuelle en elle-même.

Illustration clinique : Perrine

Perrine ne décrit pas seulement l'environnement de l'océan qu'elle observe dans le casque. Elle fait part de ses impressions liées à cette expérience de la réalité virtuelle : « *C'est impeccable, je vois bien le pont... là, c'est super ! C'est vraiment super, super, super ! C'est comme si on y était... c'est vrai... le sable, les vagues, la mer... je suis à me promener au bord de la mer... je suis à me promener sur le pont... c'est beau d'être à se promener sur le pont... c'est des choses qui ne sont pas interdites pour nous mais... presque* ». Elle raconte que son fils l'emmène parfois se balader au prix d'une organisation difficile. Ce dernier habite loin et profite des visites à sa mère pour discuter longuement de son quotidien et organiser des réunions de famille. Perrine accorde une grande importance au temps qu'elle peut passer en famille. Elle repense à l'époque où la famille se réunissait pour pêcher sur la plage. Je lui demande si sa famille était présente sur la plage qu'elle a vue, ce à quoi elle répond par l'affirmative sans hésitation : « *oui, à se promener sur le pont... c'était bien, ça rappelait les bons souvenirs...* ».

Le cas de Perrine illustre la place centrale de la sensorialité dans l'expérience de réalité virtuelle. Elle ne décrit pas seulement un endroit comme elle pourrait le faire à partir d'une image. Elle exprime une sensation, un éprouvé qu'elle ressent à partir de ce dispositif. Cela

correspond à la notion d'immersion qui concerne tous les dispositifs de réalité virtuelle (Fuchs & Moreau, 2003). Il reste fréquent de constater qu'elle soit attribuée à l'objet plutôt qu'à la personne qui l'utilise¹⁴⁵ (Ibid.). Il semble toutefois que le réalisme de l'environnement ne soit pas suffisant pour permettre une bonne immersion. Les travaux sur les jeux vidéo apportent des éléments théoriques en faveur d'une appropriation subjective de l'immersion (Gillet & Jung, 2019). Celle-ci correspondrait à l'expérience subjective d'être plongé dans un environnement qui n'est pas celui de la condition ordinaire du sujet (Amato, 2014). Le sentiment d'immersion (Quéau, 1993) relèverait ainsi de l'illusion produite par une image. C'est « l'adhésion subjective » (Le Corre & Latry, 2013) à cette illusion qui conditionnerait l'attribution d'un « sentiment de réalité » au monde virtuel (Virole, 2011).

Inspirés par les travaux d'Ermi et Mäyrä (2005), Arsenault et Picard (2007) distinguent trois types d'immersion vidéo ludique : l'immersion sensorielle, systémique et fictionnelle. Dans sa modalité sensorielle, l'immersion se caractérise par la saturation des sens. Les stimuli prennent le pas sur les informations sensorielles provenant de l'extérieur et empêchent le sujet de les percevoir. L'immersion systémique renvoie à la connaissance du fonctionnement du jeu et à ses règles. C'est, par exemple, celle du joueur d'échec qui se trouve tellement absorbé dans le jeu qu'il ne voit plus le plateau mais la stratégie qu'il développe. Enfin, l'immersion fictionnelle concerne l'histoire dans laquelle le sujet se plonge. Les différentes formes de narration et de représentation sont susceptibles de produire ce type d'immersion.

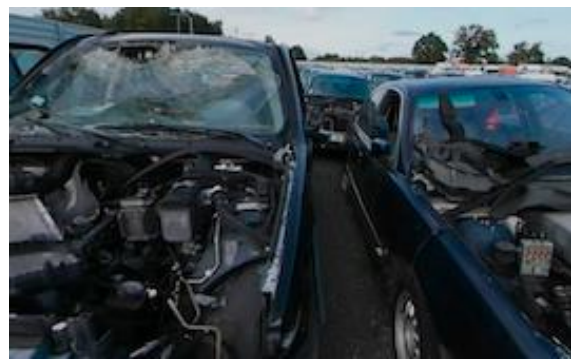
Cette typologie permet de rendre compte des prédispositions de certains jeux vidéo à différents types d'immersion (Leroux, 2012). Elle rend également possible d'identifier la forme d'immersion suscitée par le dispositif de cette recherche. Les propriétés matérielles et techniques de la réalité virtuelle amènent à considérer l'expérience d'immersion sous sa dimension sensorielle. Cependant, dans ce dispositif, l'immersion du participant n'est pas exclusivement sensorielle. La discussion qui suit l'observation de la réalité virtuelle est fondamentale. L'objet décrit par les participants pourrait relever d'une immersion fictionnelle en lien avec l'expérience de la réalité virtuelle. Bien qu'il s'agisse d'une continuité thématique liée à l'environnement virtuel affiché dans le casque, l'expérience immersive est différente. Le participant se trouverait ainsi plongé dans sa propre histoire qui aurait émergé à partir de l'observation de la réalité virtuelle. Ce dispositif de réalité virtuelle permettrait ainsi le passage d'une immersion sensorielle à une immersion fictionnelle. Le passage d'une expérience

¹⁴⁵ Dans cette conception, un environnement parfaitement développé et un matériel exempt de défaut permettrait une immersion totale.

sensorielle à celle de la narration n'est pas sans évoquer la direction du processus de symbolisation dans sa forme primaire puis secondaire. Au cœur de la réalité virtuelle, c'est aussi l'expérience d'immersion qui symbolise la symbolisation.

Arsenault et Picard (2007) distinguent différents degrés d'immersion en complétant cette typologie avec les travaux de Brown et Cairns (2004). Également fondés sur les jeux vidéo, ces derniers établissent trois niveaux de profondeur d'immersion dont le premier est l'engagement. Ce niveau nécessite l'investissement du sujet et l'accessibilité de l'objet. Il tend à engager le sujet à poursuivre cette expérience. Le deuxième niveau est celui de l'absorption. Il repose sur la qualité matérielle du dispositif d'immersion qui doit être suffisant pour permettre au sujet de s'investir émotionnellement dans l'objet jusqu'à ce que le jeu (ou l'expérience) devienne sa principale source d'attention. Le niveau le plus profond est celui de l'immersion totale où le sujet a l'impression d'être présent dans l'univers virtuel et ressent intensément l'atmosphère du jeu. Dans le cas de la réalité virtuelle, la qualité du matériel et de son contenu ne peut être ignorée pour considérer l'immersion. La qualité de l'image présentée dans le casque est dépendante de la prise de vue (qualité de la caméra 360), de la qualité d'affichage de l'écran du téléphone et de la qualité du casque dans sa conception et son fonctionnement. L'environnement vidéo observé par les participants résulte ainsi de ces trois composants matériels principaux. Notre propre appréciation des images vidéo amène à les juger comme d'une qualité relativement faible.

Image 10 : Exemples de la qualité à partir d'images dégradées artificiellement



Il est possible que la faible qualité de l'image ait pu favoriser l'interprétation des participants à partir des zones imprécises. Par exemple, Véra observe des roses dans l'arbre alors qu'il s'agit manifestement de nuances de vert et d'un éclairage naturel. La reconstruction perceptuelle de certains éléments de l'image aurait ainsi pu permettre l'inscription interne de l'environnement, comme s'il était encodé psychiquement afin de pouvoir être décrit. Selon cette hypothèse, la qualité de l'image devrait être suffisamment dégradée pour favoriser l'intégration

psychique de l'environnement, ce qui s'illustrerait concrètement par un sentiment d'immersion plus important. À l'inverse, une qualité parfaite ne permettrait pas ce processus. L'aspect subjectif de l'immersion est particulièrement souligné ici parce que les interprétations à partir des zones imprécises renvoient nécessairement à une certaine appropriation psychique. Dans cette recherche et à partir des spécificités du matériel utilisé, il semble exister une certaine résonance entre le casque de réalité virtuelle, son contenu et l'histoire du participant. Le dispositif proposé permet de reconnaître une voiture tout en laissant la possibilité de lui attribuer des caractéristiques singulières et de compléter les imprécisions de la scène de base. Cela s'avère primordial, notamment dans le cas de Cédric qui pense reconnaître sa voiture à la casse : il ne s'agit pas de son véhicule mais ce dernier a pu lui attribuer cette représentation en interprétant les détails flous de l'environnement. La scène virtuelle doit ainsi être suffisamment « visible » et respecter un équilibre entre sa netteté et son abstraction.

Bien qu'elle soit destinée à s'appliquer aux dispositifs vidéo ludiques et non pas à l'appropriation subjective, la catégorisation des niveaux d'immersion de Brown et Cairns (2004) semble aussi correspondre à l'expérience observées chez les participants. Lors de l'observation dans le casque, Bertrand, Léonie et Véra accèderaient majoritairement au niveau le plus en surface de l'immersion, celui de l'engagement. L'immersion sensorielle de ces participants s'avère particulièrement faible, ce qui pourrait relever d'une organisation défensive face à l'expérience de réalité virtuelle. Ils n'envisagent pas de se trouver ailleurs et craignent de voir des souvenirs qu'ils préféreraient oublier. Ils semblent ainsi résister à l'immersion en maintenant une distance avec l'environnement virtuel observé dans le casque.

Illustration clinique : Bertrand

Je dispose les photographies devant Bertrand et lui propose de choisir un endroit auquel il pense souvent. Sans regarder les images, il répond : « *ma chambre* » puis « *la détente de la salle et puis mon lit, c'est le meilleur* ». Notre discussion met en exergue l'impossibilité pour Bertrand de se projeter dans un autre lieu : « *pour moi, il n'y a plus d'issue... et puis... il n'est pas question de retourner chez moi* ». Pour lui, sa présence à l'EHPAD est « *la meilleure solution* » et il « *n'envisage pas de [se] trouver ailleurs* ». Il souligne l'importance des moments de détente qu'il trouve dans ce lieu et le calme qu'il recherche en restant souvent seul dans sa chambre. Les silences sont longs et pesants. Bertrand garde les yeux clos et reste immobile dans son fauteuil qui me fait face. Nous approfondissons cette notion de détente et je suggère à Bertrand de rêver ensemble. Je lui propose de choisir une image et de l'utiliser pour stimuler l'imaginaire. Lorsque j'évoque la notion de rêve, il semble se réveiller : « *ça n'avance pas beaucoup de rêver* ». Pour autant, il ouvre les yeux

et se met à feuilleter les photographies. Il choisit l'environnement « océan » que je sélectionne dans le casque avant de lui installer sur la tête. Immédiatement, il décrit : « *je vois la mer* ». Je demande comment il se sent dans cet endroit et Bertrand répond « *je suis très bien dans mon fauteuil... ça ne me fait aucune sensation* ».

Le second niveau de l'immersion décrit par Brown et Cairns (2004) correspond à l'expérience de Perrine, de Jade, de Paul et de Cédric qui sont absorbés par l'environnement virtuel. Ces derniers investissent la réalité virtuelle et se laissent aller à ses propriétés immersives. Sur un registre sensoriel, ce niveau d'immersion pourrait correspondre à un certain équilibre entre une expérience édulcorée et un ressenti trop intense. En effet, l'immersion totale, considérée par Brown et Cairns (2004) comme le niveau le plus profond de cette expérience, ne serait pas propice à l'élaboration psychique. Cette forme d'immersion caractérise les cas de Charline, d'Hélène et de Christophe qui éprouvent des sensations tellement intenses qu'ils ne parviennent pas à prendre de la distance sur cette représentation : ils sont totalement absorbés par leur perception.

Le sentiment d'immersion pourrait ainsi correspondre à l'investissement du sujet dans la thérapie. Le niveau le plus faible de l'immersion, celui de l'engagement, renverrait à l'expression des résistances. Le sujet doit investir l'immersion pour se laisser absorber par l'environnement virtuel. Cependant, une immersion totale produirait un effet d'adhésion sensorielle susceptible de produire un état de sidération. Le sujet qui se laisse totalement « prendre » par l'immersion n'est plus en mesure de bénéficier des effets associatifs de l'environnement virtuel. Celui-ci n'est plus un support d'inspiration qui favorise le passage de l'immersion sensorielle à l'immersion fictionnelle. Penser l'immersion nécessite ainsi de comprendre la façon dont les participants acceptent ou non de se laisser entraîner par cette expérience. Autrement dit, comment ces derniers se refusent ou s'autorisent à ne plus percevoir la réalité extérieure.

Les travaux de Freud (1925) sur la négation apportent un éclairage sur ce rapport subjectif à l'immersion (Leroux, 2012). Il décrit une fonction intellectuelle du jugement qui consiste à dénier ou à attribuer une propriété à un objet. Dans un premier temps, le jugement d'attribution répond au principe de plaisir en déterminant si l'objet est bon ou mauvais. Dans le premier cas, il sera introjecté dans le Moi et dans le second, il sera rejeté. Dans un second temps, le jugement d'existence vérifie si la représentation de l'objet existe dans la réalité (Aparicio, 2006). Leroux (2012) suggère que la fonction de jugement d'existence serait temporairement interrompue dans l'immersion vidéo ludique :

« Le joueur ne cherche plus à faire le tri entre ses processus subjectifs et objectifs. Le travail de mise en concordance entre les représentations internes et la réalité ne se fait plus. Peut-être cette mise en attente est-elle favorisée par le fait que le joueur est dans une immobilité relative ? Pour reprendre les choses dans un langage génétique, le fonctionnement prévalent est celui du Moi plaisir » (p.113).

La fonction de jugement d'existence semble également mise en suspens dans la réalité virtuelle. Le sujet ne cherche plus à déterminer les parties de l'environnement qui viennent de lui et celles qui proviennent du monde extérieur. Les éléments subjectifs et les éléments objectifs se mélangent. Leur description de l'environnement virtuel traduit cette ambivalence, comme en témoigne le cas de Jade.

Illustration clinique : Jade

Lorsque Jade visionne le *salon d'une personne âgée*, elle se demande si les objets lui appartiennent. Sa réflexion à haute-voix montre la défaillance du jugement d'existence : *« ah je vois bien... je vois ma pendule, ma télé... pas ma télé mais... Mais qu'est-ce que c'est ça... ah mais ce n'est pas ma pendule ça ! Ce n'est pas à moi. Non ce n'est pas à moi »*. Elle ajoute : *« ce n'est pas la salle à manger là où on mange, c'est quand même pas là non... je vois le parquet qui ressemble beaucoup au PASA... je vois aussi le truc que j'avais chez moi, le petit meuble... j'en avais un comme ça. Et là, c'est une télé, oui mais c'était pas à moi »*.

L'extrait du cas de Jade est significatif de la fragilité des attributions des objets : elle cherche à déterminer si les objets qu'elle observe sont les siens. L'environnement virtuel semble assez proche du souvenir de sa maison pour entretenir cette confusion. Finalement, Jade estimera avoir revu sa maison, ce qui pourrait s'expliquer par le déni d'avoir visionné un environnement virtuel qui n'avait rien à voir avec elle. Ce déni concernerait plus précisément les éléments très différents de la salle à manger de Jade. Cela va dans le sens des remarques de Leroux (2012) qui note que la réalité n'est pas entièrement déniée car le jeu serait alors impossible : *« n'est déniée que la part de la réalité nécessaire pour que le jeu puisse avoir lieu »* (p.113). Il rapproche ce constat à la notion de « pacte dénégatif » que Kaës (1993) identifie dans les groupes.

« J'appelle pacte dénégatif la formation intermédiaire générique qui, dans tout lien – qu'il s'agisse d'un couple, d'un groupe, d'une famille ou d'une institution –, voue au destin du refoulement, de déni, ou du désaveu, ou encore maintient dans l'irreprésenté et dans l'imperceptible, ce qui viendrait mettre en cause la formation et le maintien de ce lien et des investissements dont il est l'objet » (Kaës, 1988, p. 32).

Le lien décrit par Kaës rappelle d'abord qu'un sentiment de sécurité vécu dans la relation favorise l'immersion du participant. La dynamique intersubjective pourrait ainsi constituer un élément central de l'expérience d'immersion. Dans la mesure où cette relation est traversée par le transfert, ce sont aussi les expériences infantiles du patient qui s'actualisent dans sa capacité à se laisser aller à l'immersion. La forme narrative de l'immersion semble particulièrement représentative de ce lien entre le patient et le clinicien car elle ne bénéficie plus du soutien sensoriel de l'environnement virtuel et se réalise dans l'espace physique de l'entretien. La discussion qui suit l'observation invite le sujet à mettre en mot l'expérience qu'il vient de vivre et favoriserait ainsi ce passage d'une immersion sensorielle à une immersion d'ordre fictionnel ou narratif (Arsenault & Picard, 2007; Ermi & Mäyrä, 2005). L'immersion reste au cœur de l'expérience de réalité virtuelle mais change de forme : le sujet ne serait plus immergé dans un environnement virtuel mais dans sa propre production psychique. Il semble même possible de considérer que le principal intérêt thérapeutique de la réalité virtuelle soit de faciliter cette immersion fictionnelle à partir de ses propriétés sensorielles. L'immersion sensorielle constituerait ainsi une expérience de base, préalable à celle de l'immersion fictionnelle. La vignette clinique du cas de Charline illustre la différence entre ces deux types d'immersion dont la première forme (sensorielle) bloque l'élaboration alors que la seconde (narrative) la favorise. Pourtant, c'est bien sur la base de la première immersion que Charline a pu faire l'expérience de la seconde.

Illustration clinique : Charline

Charline éprouve rapidement une sensation désagréable lorsqu'elle observe l'environnement « salon d'une personne âgée ». Après avoir retiré le casque, elle décrit une impression d'anormalité sur la base du sentiment d'avoir été « mise dans un autre endroit ». La description de son observation dans l'après-coup la plonge dans une autre forme d'immersion à partir de son souvenir de la scène virtuelle. Elle décrit une maison dans laquelle une grande pièce était séparée en deux avant de se mettre à parler au présent : « *j'ai l'impression d'être peut-être dans une maison... Je vois une pièce avec... comme une bibliothèque* ». Elle voit le meuble mais devine seulement les livres. Le regard fixe, elle poursuit : « *et puis je descends* » en décrivant une pente sur le sol qui la mène à une autre pièce : « *on peut pas dire que je vis dans cette pièce tout en y vivant c'est... en y allant comme si c'était... je vis à moitié dans cette pièce... j'y mange je crois* ». Elle décrit ces deux pièces, l'une « *pour manger* » et l'autre pour « *s'occuper l'esprit* ». Charline se voit se déplacer pour aller manger « *j'y vais, j'y vais certainement plusieurs fois* ». Elle souligne l'importance des deux pièces et explique aimer les livres parce qu'ils la « *captent* ». Elle ajoute qu'elle aime bien manger et repense à ses parents : sa mère qui préparait de bons

petits plats et son père qui était gourmand. Elle associe à la période de la guerre où elle n'a pas pu manger à sa faim. Elle se souvient des soldats Allemands qui donnaient à manger à sa mère pour elle, sans toutefois la rassasier. Charline avait dix ans et se rappelle combien cette sensation de faim l'a marquée : « *vous voyez, j'ai toujours ce souvenir à 90 ans* ».

L'immersion fictionnelle renvoie au fait de se sentir présent dans une histoire (Ermi & Mäyrä, 2005). La lecture d'un ouvrage ou le visionnage d'un film favorisent ce type d'immersion. Le sujet se trouve coupé du monde extérieur à partir d'un processus de négation qui l'amène à ignorer les stimuli du monde pour se concentrer sur l'histoire qui lui est racontée. Ce type d'immersion est ainsi caractérisé par la suspension du jugement d'existence. Le sujet ne cherche plus à distinguer les éléments objectifs qui proviennent du monde extérieur des éléments subjectifs qui lui appartiennent. Cela favoriserait l'appropriation subjective du contenu de l'histoire dans laquelle il peut effectivement s'imaginer. Dans un contexte psychothérapeutique, la posture adoptée par le sujet lorsqu'il est plongé dans une immersion fictionnelle pourrait s'apparenter à la régrédience. Le patient est immergé dans sa propre histoire qui mêle sans distinction des éléments qui proviennent de l'environnement virtuel et de ses contenus psychiques internes. Contrairement à l'observation de la réalité virtuelle où il est préférable que le participant ne soit pas trop « absorbé » par la scène, l'immersion totale dans la narration de son histoire serait favorable à la représentation de l'expérience. Cette condition permettrait l'élaboration psychique des expériences en sollicitant les processus secondaires de symbolisation.

Illustration clinique : Cédric

Lorsque Cédric observe l'environnement « casse automobile », il remarque « *un moteur qui a été enlevé, démonté... en pièces détachées* » et poursuit : « *on dirait que les airbags ont fonctionné derrière la vitre là...* ». Cédric se demande : « *Est-ce que c'est notre voiture qui a été accidentée ?* ». Il la considère irrécupérable et ajoute « *peut-être qu'on vient euh... reprendre des souvenirs qui auraient pu rester dedans... constater les dégâts...* ». S'il était dans cet endroit, Cédric « *serait revenu vers la voiture pour récupérer des choses qui [lui] appartiennent et qui sont restées dedans et peut-être aussi revoir et [se] remémorer l'accident... est-ce qu'il a été grave ? Se souvenir du motif, des suites aussi...* ». Nous retirons le casque et Cédric raconte l'accident qu'ils ont eu avec sa femme quand un tracteur leur a coupé la route. Poussée vers le bas-côté, la voiture s'est retournée : « *on a été blessés légèrement mais ce n'a pas été tellement grave... [...] La voiture on ne l'a pas récupérée non plus, c'est un casseur qui est venu la récupérer* ». Cédric n'est jamais retourné la voir, ce sont les pompiers qui ont ramené les choses qui étaient restées à l'intérieur. Il explique que « *la casse, l'accident, [lui] a remémoré ce qu'ils ont eu* ».

Cette vignette clinique illustre une situation dans laquelle le patient se plonge dans son histoire (immersion fictionnelle) alors qu'il porte encore le casque. Cédric ne regarde plus l'environnement virtuel présenté dans le casque mais une production subjective projetée dans l'espace de la réalité virtuelle. L'environnement virtuel devient une source d'inspiration, comme le rêve puise dans les événements passés dans la journée du dormeur (Freud, 1900). Le patient n'a plus besoin du support sensoriel de la réalité virtuelle pour élaborer son discours. Le retrait du casque ne produit pas de rupture dans son expérience car il reste plongé dans son histoire. Ainsi, lorsque l'immersion fictionnelle se produit pendant l'observation, le participant peut retirer le casque tout en maintenant un niveau d'immersion total car cette immersion ne repose plus sur un socle sensoriel mais sur sa dimension narrative.

8.1.2 L'intensité de l'expérience de réalité virtuelle

Bien qu'elle soit centrale dans cette expérience, l'appropriation subjective de la réalité virtuelle ne se limite pas à la forme de l'immersion. Les réactions des participants sont aussi particulièrement significatives à propos de leur niveau d'intensité. La sensorialité caractérise l'expérience de la réalité virtuelle. Celle-ci fait parfois vivre aux utilisateurs des sensations d'une très grande intensité lorsqu'ils regardent dans le casque. Leur impression est si éprouvante qu'une telle expérience est même susceptible de produire un état de sidération psychique. Le degré d'intensité du ressenti constitue une autre façon d'appréhender l'appropriation subjective de la réalité virtuelle. Le dispositif peut alors catalyser un état de déplaisir où la réaction et le discours du participant témoignent d'un vécu désagréable, voire insupportable comme dans le cas de Léonie dont la réaction amène à interrompre l'utilisation du casque de réalité virtuelle.

Illustration clinique : Léonie

Léonie choisit de regarder l'intérieur d'une maison. Dès la phrase de calibration du casque, elle s'inquiète : *« il ne faut pas que ce soit trop compliqué parce que je vous le dis toute de suite, j'ai un souffle au cœur, quand je ne vois pas quelque chose, ça me fait mal au cœur... je suis pas bien... parce que j'ai mal au cœur... alors si je m'énerve... que j'essaie de voir... j'insiste pour voir quelque chose, pour comprendre... c'est encore pire »*. Je l'invite à laisser venir librement ses idées sans chercher à se souvenir. Elle accepte de mettre le casque une première fois pour la calibration. Cependant, elle n'est plus sûre de vouloir continuer et se sent fatiguée. Après avoir retiré le casque pour la sélection l'environnement, je l'invite à se détendre en respirant lentement. Elle reprend ensuite le casque pour visionner l'environnement tout en continuant de respirer lentement. Elle évoque à nouveau

la difficulté que génère cette recherche et les symptômes physiques que cela provoque. Nous décidons alors de reposer le casque et de ne pas l'utiliser à cette séance. L'environnement reste calme et détendu. Léonie poursuit : « *avant, je savais... je voyais et ça venait mais maintenant plus...* ». Elle explique que « *c'est venu d'un coup* », qu'elle était « *normale* » qu'elle ne l'est plus désormais : « *plus j'essaie de trouver, de chercher, plus ça va mal alors ce n'est pas la peine...* ». Léonie développe : « *c'est triste de perdre la mémoire... on n'est plus rien... [...] ça me rend malheureuse... la mémoire ne revient pas et la jeunesse non plus... c'est du passé n'en parlons plus* ».

Léonie semble affectée physiquement par l'expérience de la réalité virtuelle avant même d'avoir regardé l'environnement dans le casque. L'étape de calibration suffit à provoquer chez elle une réaction significative qu'elle associe inconsciemment à ses pertes de mémoire. Ce n'est qu'après avoir retiré le casque que la réalité virtuelle sert de support pour exprimer cette problématique centrale pour Léonie. Christophe et Charline relèvent également le caractère particulièrement intense et désagréable de leurs observations. L'aspect irréel qu'ils attribuent aux environnements rappelle d'ailleurs la position paranoïde dans laquelle le sujet refuse la réalité de l'objet persécuteur (Laplanche & Pontalis, 2007). La réaction de Christophe lorsqu'il observe la *casse automobile* illustre la façon dont cet environnement n'est pas seulement désagréable mais véritablement irregardable. La menace qu'il représente est même physiquement éprouvée dans le *salon* où Christophe se sent très mal.

Illustration clinique : Christophe

Lorsque Christophe observe le *salon d'une personne âgée* dans le casque de réalité virtuelle, il remarque : « *ça me paraît bas là ! Le sol me paraît très bas, très bas* » avant de poursuivre sa description : « *je vois un salon, avec un fauteuil... mais ça me paraît très très bas [...] ça me paraît enfoui* ». Il se tourne sur la gauche et continue : « *le fauteuil est énorme... il y a une cheminée qui paraît énorme... une bougie très grosse... il semble que je suis un peu... perdu l'équilibre là... ça me donne le vertige* ». Il commence à vaciller et s'agrippe à son lit : « *je sais plus où je suis là !* ». Je lui retire immédiatement le casque et Christophe s'assoit avant de poursuivre : « *je sais pas ça me paraît... je vous dis ça donnait un peu le vertige... c'est pas normal... je me demandais où j'étais... je me retrouve quand même chez moi* ». Il se sent mieux maintenant : « *là, je me trouve bien mais tout à l'heure, j'étais mal* ». Il explique avoir eu « *l'impression de voir le vide... d'avoir eu le vertige* » et rappelle que « *ce n'est pas normal* ». Il précise : « *une cheminée énorme, des bougies énormes... au départ ça allait mais plus j'allais par-là [vers la gauche], plus ça devenait gros, énorme* ». Christophe a eu l'impression « *d'être en hauteur* » et se souvient s'être agrippé à son lit, « *mais je savais pas où j'étais, je ne savais pas que c'était au juste [...] je*

me cramponnais à quelque chose mais croyais pas que c'était mon lit ». Il précise ce sentiment de désorientation : « j'étais pas chez moi... [...] dans une pièce qui n'était pas normale... tout était énorme... les objets étaient déformés... grossis... ». Il ajoute : « J'étais vraiment dans un autre monde... c'est pas possible de voir de choses pareilles ».

L'expérience de Christophe ressemble à un vécu traumatique marqué par des visions d'horreur irreprésentables. S'il ne précise pas véritablement la teneur de ces visions, la sensation qu'elles produisent est représentée dans le cadre de ce dispositif. Ce même rapport à la sensorialité marque le cas d'Hélène dont la différence avec Christophe concerne la valence. Chez elle, la réalité virtuelle génère un ressenti de plaisir, une sensation très agréable qui suscite le désir de ne jamais l'interrompre. Le retrait du casque représente alors une expérience de l'ordre de la perte et du regret particulièrement significative pour Hélène.

Illustration clinique : Hélène

Hélène s'exclame de joie en regardant dans le casque : « *oh les voilà ! On dirait qu'elles sont tout près là !* ». Elle semble fascinée par cet environnement qu'elle décrit très brièvement : « *là, il y a des vaches, là des veaux...* ». Émerveillée, elle répète de nombreuses fois : « *elles sont belles, ce n'est pas croyable comme c'est beau* ». Elle trouve que « *ça fait drôle, on se croirait là, dedans... avec eux* ». Après quelques minutes, je lui propose de retirer le casque. Hélène accepte et pointe alors du doigt une vache devant elle et de dire combien elle la trouve belle. Elle veut continuer de voir et nous attendrons finalement que la durée de l'environnement soit écoulée pour retirer le casque. Hélène revient sur son observation : « *ça fait tout drôle, on se croirait vraiment dans une étable... pareil hein !* » Elle rit et insiste sur sa joie d'avoir pu observer cet endroit « *magnifique* ». Elle se souvient être allée voir des vaches dans une étable quand elle vivait dans les Vosges : « *ah là vraiment c'est formidable, vous avez vu comme elles mangent ? Comme si c'était là !* » Hélène aurait « *aimé rester là, dans l'étable. Ça fait une drôle d'impression... quand on revient là on ne trouve plus si beau [...] pourtant on ne peut pas vivre dans une étable... on n'est pas des bêtes !* ».

La réaction d'Hélène, tout comme celle de Christophe, correspond à une forme d'immersion sensorielle totale dans la réalité virtuelle qui semble bloquer les processus de symbolisation. Les versants négatifs et positifs de ces ressentis pourraient finalement correspondre à deux pôles antagoniques qui structureraient l'expérience sensorielle de la réalité virtuelle. Celle-ci n'est plus dotée que d'une dimension désagréable ou agréable, ce qui rappelle le concept de position schizoparanoïde décrit par Mélanie Klein (1952). La réaction de déplaisir intense correspond à l'objet phobique et son versant positif à l'objet fétiche. Elles résulteraient

ainsi d'un mécanisme de clivage de l'objet ambivalent en objet partiel. Chez le bébé, l'impossibilité de représenter l'absence du bon sein conduit le sujet à le cliver en un bon sein présent en permanence et un mauvais sein qui ne produit que de l'insatisfaction. L'objet clivé est idéal ou terrifiant, ce qui renvoie assez nettement aux représentations de la réalité virtuelle des participants de notre étude : l'objet phobique est terrifiant et l'objet fétiche est idéal. Dans la position schizoparanoïde, l'absence de l'objet attaque le sujet. Ici, les patients projettent quelque chose dans l'espace virtuel : il les attaque et les rend paranoïdes. S'ils ne parviennent pas à passer de la position paranoïde à la position dépressive, ils ne pourront dépasser une considération clivée de la réalité virtuelle et leur impression reste figée sur un registre de plaisir ou de déplaisir.

La réaction d'Hélène rappelle également le processus de fétichisation de l'objet qui peut manifester l'échec de l'émergence d'une aire transitionnelle. Elle montre comment l'objet fétiche est seulement contemplé à la différence de l'objet transitionnel qui est transformé (Tisseron, 1999b). Dans le cas d'Hélène, il est la cible de projection de fantasmes mais ne supporte pas d'élaboration psychique. L'objet fétiche idéal est censé répondre à toutes les attentes immédiatement : Hélène ne crée aucun espace d'illusion où elle pourrait représenter ses incapacités et l'impossibilité de retrouver ce qu'elle a perdu. Winnicott (1971) rappelle que le même objet peut avoir le rôle de fétiche et le rôle transitionnel, ce qui nécessite de penser le processus plutôt que l'objet (Tisseron, 2016b). Les rapports des participants à la réalité virtuelle en témoignent, autant que les changements qui se produisent au cours des séances, mais aussi d'une séance à l'autre. En effet, les propriétés spécifiques des environnements semblent accentuer cet effet agréable/désagréable. Par exemple, la casse automobile fait émerger une impression unanimement désagréable, à l'inverse du champ qui serait plutôt agréable. Enfin, certains environnements comme l'échelle ou le salon d'une personne âgée font l'objet de réactions diverses qui ne traduisent pas d'effet unanimement positif ou négatif.

Chez certains sujets, l'expérience de réalité virtuelle provoque une sensation excessive, trop positive ou négative susceptible de bloquer la réflexivité. L'objet est alors susceptible de « boucher » la demande avec le risque de le fétichiser lorsqu'il est trop positivement considéré ou de le rejeter dans un mouvement de réaction phobique s'il est trop négatif. Le dispositif thérapeutique contribue alors à la représentation d'expériences sensorielles significatives des problématiques subjectives des patients. Les sensations actualisées par la réalité virtuelle témoignent de la régression formelle des participants à un registre sensoriel de motricité et d'action. Cette technologie devient une matière première psychique destinée à être transformée

par les processus de symbolisation en forme symbolique. À partir de cette expérience, les patients vont pouvoir transmettre leur état interne au sein de l'espace thérapeutique organisé pour l'écouter et le reconnaître.

8.1.3 L'adhésion sensorielle à la réalité virtuelle

Hélène se montre indifférente à la qualité de l'objet externe qui est inconditionnellement parfait. La problématique de séparation est particulièrement présente chez cette participante qui utilise la réalité virtuelle comme un fétiche dont elle ne se sépare que lorsqu'elle m'utilise directement comme objet de son amour. Elle met toute possibilité de dépendance à l'écart en n'établissant aucune distance avec l'objet qui reste une partie d'elle-même indifférenciée et dont la seule présence suffit. Léonie et Christophe semblent aussi totalement adhérer aux environnements virtuels qu'ils observent : ils ne peuvent se décoller sensoriellement des effets produits par la scène présentée dans le casque. Leur perception d'un objet indifférencié est directe et ne produit aucune mise à distance. Comme pour Hélène, Christophe témoigne d'une certaine indifférence à ces objets dont il appréhende surtout les effets sensoriels de proximité.

Le rapport à l'objet de ces participants évoque la période du développement psychique de l'enfant, qui précède la transitionnalité, où la vie psychique interne n'est pas encore différenciée du monde extérieur. L'expérience de la réalité virtuelle semble ainsi provoquer une régression au stade de l'indifférenciation chez certains participants. Ceux-ci adoptent un rapport à l'objet similaire aux sujets chez qui la construction d'un espace transitionnel est défailante. Deux principales problématiques psychiques peuvent ainsi être observées : la toxicomanie et la fétichisation (Saïet, 2011). La fétichisation marque une forme de blocage dans l'illusion primordiale où l'objet primaire se fixe dans le fétiche. Le sujet maintient sa position d'omnipotence, ce qui relève de son déni de la séparation. La rupture provoquée par cette séparation est comblée par l'objet fétiche qui repousse tout état de dépendance. Il alimente ainsi le déni de la castration et se positionne dans une aire transitionnelle figée où l'illusion n'est jamais dépassée. Les éléments contre-transférentiels du cas de Léonie illustrent ce rapport à l'objet.

Illustration clinique : Léonie

Suite aux séances où Léonie se sent mal après avoir regardé dans le casque, j'en viens à réduire au maximum l'utilisation de la réalité virtuelle. Je cherche ainsi à éviter la tension créée par l'absence d'espace intermédiaire entre ses souvenirs (auxquels elle se confronte sans filtre alors qu'elle s'y refuse absolument) et la réalité de l'environnement extérieur (avec sa présence dans cet EHPAD qui génère beaucoup de souffrance). Aucune de ces

positions n'est acceptable pour Léonie qui passe de l'une à l'autre directement avec toute la difficulté que cela produit.

Comme pour Christophe ou Hélène, il n'existe aucun espace entre l'environnement virtuel que Léonie observe et sa vie psychique interne, ce qui participe à l'impression d'adhésion de ces trois participants à la scène observée dans le casque. En revanche, la dynamique contre-transférentielle des séances avec Véra semble s'organiser sur une modalité presque inversée de celle de Léonie, tout en gardant centrale cette problématique de distanciation avec la réalité virtuelle.

Illustration clinique : Véra

Véra oublie presque immédiatement les environnements observés ainsi que le casque de réalité virtuelle. Elle est la seule participante à qui je propose de visionner plusieurs scènes, ce qui traduit une tentative de « renouvellement » qui n'est jamais véritablement satisfaisante. La multiplication des propositions d'observations permet alors de repérer une volonté de combler le vide qui me traverse lors des séances.

Le cas de Véra témoigne d'une autre forme de rapport à l'objet, celle de la toxicomanie qui relève également de l'impossibilité de créer un espace entre la réalité interne et le monde extérieur, mais renvoie plutôt à la mise à distance entre ces deux pôles plutôt qu'à leur fusion. Il ne se forme qu'une représentation fragile et éphémère de l'objet qui disparaît de l'espace psychique lorsqu'il est absent (Saiet, 2011). À la suite des travaux de Winnicott, McDougall approfondit la problématique de l'addiction qu'elle interprète comme une tentative de resituer un espace transitionnel déficient. L'absence d'internalisation amène à renouveler l'activité sans cesse pour combler de manière illusoire le vide laissé par la carence des phénomènes transitionnels. L'impossibilité de le remplir amène à ces répétitions de l'utilisation d'un objet qui ne peut être différée. McDougall évoque ainsi la finalité substitutive de l'objet externe où le transitoire prend le pas sur le transitionnel (McDougall, 2004). Le cas de Charline est également significatif d'un tel rapport à l'objet.

Illustration clinique : Charline

Charline insiste sur sa volonté d'être captée qu'il est possible d'entendre comme une tentative désespérée de remplissage du vide qu'elle décrit également. Le rapport à la distance de Charline peut aussi s'interpréter comme une impossibilité d'élaborer la perte. Son expérience de la réalité virtuelle pourrait ainsi relever d'une défaillance des phénomènes transitionnels : l'objet doit être présent, mais il est soit collé à elle (immédiatement interne) et menaçant, soit totalement extérieur (il n'a aucun intérêt, il ne « capte » pas). Il n'est jamais à la bonne distance, ce qui rappelle cette problématique

toxicomane. Auprès de Charline, la volonté de combler le vide se retrouve aussi à travers les tentatives répétées de la « capter » en lui proposant cet objet.

Parmi les situations cliniques qui correspondent à l'expression de processus psychiques primaires, la notion d'adhésion pourrait ainsi constituer un pivot entre deux positions possibles : celle d'une position schizoparanoïde et celle d'une position encore antérieure, la position autosensuelle ou autistique dont l'identification adhésive est un mécanisme de défense (Marcelli, 1983). Esther Bick parle d'une « position adhésive » antérieure aux positions schizoparanoïde et dépressive (Haag, 2002). Elle se situerait au cours des deux premiers mois de la vie, dans une période d'autisme primaire normal (Tustin, 1986) où l'enfant évolue au sein d'un espace presque hermétique aux stimuli externes. Cette sorte de coquille préserve son homéostasie en dirigeant l'investissement vers l'intérieur de son corps. L'enfant est protégé de l'extériorité jusqu'à ce que son appareil psychique puisse en supporter les expériences, notamment celle de la séparation (Ciccone & Lhopital, 1991). Selon une lecture winnicottienne, c'est à cette période que l'objet est créé par l'enfant. La position autosensuelle correspond ainsi à l'investissement de l'enfant pour cet objet qu'il a l'illusion d'avoir créé. Elle n'est pas totalement hermétique dans le sens où cette position ouvre la conscience au monde extérieur de façon brève et progressive. Selon Haag (1997), le passage de la bi- à la tridimensionnalité est permis par le contact avec le regard entre la mère et l'enfant. L'effet de rupture du contact visuel lié à l'utilisation du casque de réalité virtuelle pourrait produire un effet inverse, c'est-à-dire une régression de la tri- à la bidimensionnalité caractéristique de la position autosensuelle.

Illustration clinique : Hélène

La façon d'Hélène de répéter combien l'environnement est beau rappelle l'écholalie avec un propos creux et plaqué qui n'appelle pas à l'élaboration. Cette attitude correspond à une manifestation langagière de l'identification adhésive. Chez elle, le retrait du casque marque la confrontation à la séparation qui se manifeste par la nécessité de supporter la perte d'objet : « *ça fait drôle, il n'y a plus rien* ». Ce mécanisme de défense ne concerne pas seulement l'utilisation du casque de réalité virtuelle. Les entretiens avec Hélène sont longs et monotones, comme s'il ne se passait rien. La vie psychique semble immobilisée à travers cette impression de vide qui s'étend au-delà des séances de médiation. Tout se passe alors comme si Hélène venait me regarder, comme elle regardait avant dans le casque. Elle entend mal et m'impose de parler très fort. En bloquant le sens de l'audition, elle maintient autour d'elle une bulle isolante, et m'observe comme si je faisais partie d'elle. Son regard est transperçant et pénétrant, comme s'il n'était pas concerné par la différence des corps.

Cela peut s'interpréter comme un effet de l'identification adhésive dont témoigne cette impression de fusion dans le regard d'Hélène.

Les défenses de l'ordre de l'accrochage ou de l'agrippement caractérisent l'identification adhésive et tendent à éviter la menace de l'expérience de séparation. En supprimant l'écart entre le sujet et l'objet, elle produit un état de dépendance où l'existence séparée de l'objet n'est pas admise. La chose ne doit jamais changer pour rester parfaitement identique en apparence car le changement est semblable à la perte et provoque des réactions extrêmes de panique et de malaise. Cette position marque également une absence de la pensée car la chose à laquelle il est possible de penser doit être à l'extérieur. Ainsi, la position adhésive, à travers cette fusion avec l'objet, entrave la pensée et ne lui permet pas d'advenir (Ciccone & Lhopital, 1991). Il n'y a pas d'objet extérieur contenant, ni d'expérience contenant possible. Enfin, en tant que processus psychique, l'identification adhésive ne nécessite pas nécessairement d'objet externe pour advenir. Elle témoigne de la *relation du self aux objets internes* (Meltzer, 1989 cité par Ciccone & Lhopital, 1991) qui déforme les objets internes pour les rendre bidimensionnels : elle les vide de leur intérieur et de leur affect. Il s'agit alors d'objets « autistisés » (Ciccone, 1999). Face à l'insupportable prise de conscience de la séparation où les objets pourront être considérés au dehors, la pauvreté interne est projetée sur ce monde extérieur au prix d'une simplification mutilante (Palacio Espasa, 1980) qui permet de le rendre acceptable. La dimension comportementale se traduit par des difficultés à saisir les objets, comme s'ils étaient brûlants (Haag, 2002), une écholalie et une suspension du regard (Ciccone & Lhopital, 1991). L'inhibition de la « pulsion d'emprise » (Freud, 1905) marque l'impossibilité de la préhension.

Illustration clinique : Christophe

Christophe ressent une perte d'équilibre et un vertige lors de la troisième séance. Il lutte contre un sentiment de chute jusqu'à ce qu'il réussisse à s'accrocher au dossier de sa chaise : « *je me cramponnais à quelque chose mais croyais pas que c'était mon lit* ». La dimension vertigineuse de l'environnement décrit par Christophe peut être interprétée comme un effondrement du monde interne projeté sur l'extérieur (l'écran de la réalité virtuelle). La catastrophe de la séparation est vécue dans l'espace virtuel et la réponse défensive sur un mode identificatoire adhésif en témoigne : ce n'est pas Christophe qui s'effondre, c'est ce monde virtuel alentour auquel il est « collé ». La démesure des objets comme les meubles (troisième séance) ou les voitures (quatrième séance) témoigne d'ailleurs une proximité inquiétante marquée du sceau de l'indistinction et de la fusion. Ces voitures sans toits soulignent encore ce défaut de contenance car rien ne protège des « *intempéries* » de

l'extérieur. Enfin, Christophe insiste sur le sentiment de vide éprouvé lors de la deuxième séance. Il décrit un espace sans vie où il ressent une grande solitude et insiste sur l'ambiance mortifère qui s'en dégage. Cela traduit l'immobilité de la vie psychique relative à l'identité adhésive dans laquelle il ne se passe rien car la pensée est vidée de sa substance. Finalement, quand Christophe évoque le fait d'avoir « dévié » de l'expérience de réalité virtuelle, l'interprétation du dé-vié pourrait rendre compte de la déformation des objets internes pour les rendre autistiques (Ciccone, 1999). La vie a été retirée de ces objets. Il n'en reste qu'une coquille vide inquiétante et impensable.

Les particularités de la dimension transférentielle de l'identification adhésive s'opposent notamment à celles de l'identification projective :

« L'identification projective provoque chez celui qui en est « victime » des sentiments comme celui d'être « pompé », vidé, épuisé, parasité et mobilise des éprouvés hostiles comme celui d'avoir affaire à un « pot de colle » ; l'identification adhésive donne, quant à elle, le sentiment d'être robotisé, inanimé, réduit à un objet utilitaire, ou d'être inexistant » (Ciccone & Lhopital, 1991, p. 142).

Mon vécu transférentiel avec Héléne correspond à cette impression de ne servir à rien et de n'être plus que cet objet utilitaire. La relation avec Christophe renvoie à un transfert de vide douloureux et d'impression de ne plus rien avoir à l'intérieur, ce qui pourrait renvoyer à un l'effet d'avoir été vidé par lui, d'avoir été déshumanisé. Ces éléments transférentiels montrent toutefois que ces phénomènes adhésifs ne sont pas exclusifs et se mêlent à des aspects projectifs. Cela se produit parce qu'ils constituent une voie de passage de l'identification adhésive à l'identification projective (Ciccone & Lhopital, 1991).

Il existerait ainsi une distinction au sein des processus primaires dont témoigne une immersion sensorielle très intense dans la réalité virtuelle. Chez Charline, le « trop près » peut être interprété comme une identification projective (qui relève de la position schizoparanoïde) plutôt qu'une identification adhésive. La proximité à l'autre est toujours questionnée et mise en pensée. Il n'y a pas d'écartement de la pensée chez elle. Ce « trop près » est dérangeant dans son rapport à la distance à l'autre, ce qui nécessite que la séparation avec l'objet soit reconnue. Le « trop près » de Christophe relève d'une projection interne sur l'environnement : il est directement l'environnement (adhésion) et vit cette sensation à travers lui. Charline vit cette sensation en elle *à partir* de l'environnement alors que Christophe vit cette sensation *dans* l'environnement. De plus, les thématiques de vide ou de sensation de mort ne sont pas évoquées pour décrire les environnements mais pour exprimer un ressenti interne propre à Charline. Elle parle de sa vie psychique : « *c'est le vide dans mon esprit* » ; « *j'ai l'impression d'arrêter de*

vivre ». Il faut cependant reconnaître la proximité de ces thématiques avec la position autosensuelle qui semble d'autant plus marquée lorsqu'elle évoque cette sensation de hauteur associée à la peur de tomber.

Enfin, l'utilisation de cet objet de médiation pose la question de savoir si celui-ci traduit un positionnement réactionnel à l'expérience de réalité virtuelle ou s'il renvoie à un positionnement plus global inscrit dans la vie psychique du sujet âgé. La pratique clinique en psychogériatrie permet de mettre ces propositions théoriques en perspective. Charazac (2018) propose que les institutions gériatriques fonctionnent sur un modèle prototypique de la dépendance orale. Il explique que la fonction première de l'EHPAD est celle du sein maternel qui apaise et nourrit (bon sein), ou bien qui prive et frustre (mauvais sein). Ce mauvais sein qui gâche tout ce qu'il y a de bon en ne répondant pas immédiatement à la demande ou en n'apportant pas la satisfaction désirée. Identifiée inconsciemment à un imago maternel, la frustration que l'institution est capable de produire détruit fantasmatiquement le bon sein. Cela se manifeste dans une forme de rage contre le mauvais sein dont la perte ne fait pas grandir la personne âgée comme l'enfant qu'elle a été, mais renforce ses défenses anales déjà sollicitées par les pertes liées à l'entrée institutionnelle. Ces défenses anales dont d'ailleurs particulièrement valorisées dans un environnement qui félicite la propreté et les différentes formes de retenue (Charazac, 2018).

« La régression provoquée par la rupture des relations objectales à l'entrée en établissement ne suivrait pas seulement la voie des fixations individuelles de la libido mais subirait aussi l'influence de la réponse du milieu. Celle-ci est marquée par l'ordre, la propreté et le souci de bienveillance qui s'exprime par une bonté excessive, symptomatique du contre-investissement des pulsions sadiques anales des soignants. [...] la variation de ces proportions reflète la part revenant au caractère d'une personne dans la décision de son entrée en ehpad, soit d'une manière directe selon les tendances qui lui sont propres, soit par l'intermédiaire de la réaction de ses proches à ces mêmes tendances » (Charazac, 2018, p. 131).

S'il souligne l'influence de la réponse du milieu à la régression de la libido, Charazac précise également l'importance de la réponse de l'autre, majoritairement représenté en EHPAD par le soignant ou la famille. Cette régression pourrait aussi être induite par la réalité virtuelle. Son utilisation comme objet de médiation pourrait favoriser une régression à l'organisation orale de la libido. Cette régression transitoire au service du moi serait destinée à faire face au traumatisme de l'entrée en EHPAD ou à des traumatismes plus anciens actualisés par l'environnement virtuel. L'expérience de réalité virtuelle pourrait ainsi favoriser la régression

à un stade antérieur à la différenciation. Cela permettrait d'expliquer pourquoi certaines personnes n'ont pas accès à la transitionnalité dans ce type d'expérience. Rappelons que le sujet vieillissant est confronté à l'épreuve de la perte qui l'amène à élaborer à nouveau le complexe de castration (Joubert, 2002). L'expérience du deuil de soi dans le vieillissement psychique réactive les premiers deuils de l'enfance liés à la séparation maternelle. L'expérience de différenciation permise par l'aire transitionnelle revient, dans l'expérience tardive du deuil, solliciter la capacité du sujet à maintenir un monde interne suffisamment étayé sur l'environnement extérieur avec lequel des échanges sont possibles (Blanché, 2010). Pour les sujets dont cet étayage transitionnel est suffisant, l'expérience de réalité virtuelle ouvrirait sur une aire intermédiaire transformatrice. À l'inverse, l'écho d'une telle expérience chez les personnes fixées au stade oral en induirait la régression lors de la séance de médiation thérapeutique.

La dimension héréditaire de l'objet transitionnel au fétiche apporte une précision chronologique qui s'inscrit dans le sens de cette hypothèse. En effet, aux alentours de cinq ans, l'objet transitionnel est constitué et l'objet fétiche disparaît. Le changement de fonction de l'objet marque ainsi une certaine relation d'hérédité entre ces deux termes (Saïet, 2011). Le fétichisme serait « *le résultat d'une régression partielle devant l'angoisse de castration jusqu'au stade sadique oral, où se situent les phénomènes transitionnels* » (Gillepsie, 1940 cité par Saïet, 2011). Dans la mesure où le sujet âgé se confronte de nouveau à cette angoisse de castration, il est susceptible de régresser au stade sadique oral, ce qui traduit le rapport complexe avec les phénomènes transitionnels observés lors des séances.

8.2 Réalité virtuelle et espace transitionnel

Après avoir décrit les situations cliniques dans lesquelles les participants n'ont pu maintenir une distance suffisante avec l'environnement virtuel, il s'agit d'expliquer comment les autres participants sont parvenus à cela. Dans la mesure où l'adhésion sensorielle relève de l'absence d'un espace transitionnel, il s'agit à présent de développer le lien qui existerait entre la réalité virtuelle et les processus transitionnels.

CINQUIÈME HYPOTHÈSE : DE L'ESPACE TRANSITIONNEL

La réalité virtuelle représenterait une aire transitionnelle et sollicite ainsi la capacité d'illusion. Le patient partagerait avec le clinicien une expérience de jeu et de rêve dont les propriétés évoquent les caractéristiques du tiers analytique.

L'immersion dans la réalité virtuelle correspond à l'impression de se trouver dans un environnement différent de la condition ordinaire du sujet (Amato, 2014). La plupart des participants éprouvent le sentiment de changer d'espace et de lieu lorsqu'ils observent l'environnement virtuel¹⁴⁶. L'ambivalence spatio-temporelle est centrale dans leur description : leurs propos ne permettent pas de déterminer s'ils sont effectivement présents dans l'endroit qu'ils regardent dans le casque, ni l'époque dont ils parlent. Au contraire, leur impression est ambivalente et empêche de parvenir à un positionnement tranché sur la localisation et la temporalité de l'environnement virtuel.

Illustration clinique : Paul

Paul sélectionne le village en pensant reconnaître une ferme : *« la ferme oui ! ça me rappelle ma jeunesse »*. Nous installons le casque : *« ah ! Voilà la cour, voilà la ferme. Oui, en effet, c'est bien une ancienne ferme avec les dépendances, le petit toit... c'est ancien... mais il y a l'électricité tout de même... c'est la campagne... avec un sous-bois... c'est bien... »*. Ce lieu lui rappelle sa jeunesse à la campagne. Paul se demande s'il y a une étable car il n'y a pas d'animaux. Il pourrait s'agir d'un *« lieu de retraite pour personne âgée »* dans lequel il ne se sentirait pas capable d'y faire quoi que ce soit : *« vous savez, à l'âge où j'arrive... »*. Nous retirons le casque et Paul remarque : *« on revient à la réalité... au temps normal... »*. Cet endroit lui rappelle sa jeunesse et sa vie à la ferme *« avec des bons et des mauvais souvenirs... le tout mélangé... »*. Il se souvient d'un *« moment de bonheur »* lorsqu'il avait *« 80 ans de moins »* mais ne parvient pas à le décrire. Il commence brièvement : *« le matin, je partais à l'école... et le soir, je rentrais... »* avant de s'interrompre : *« oh c'est lointain tout ça... c'est lointain... enfin, en voyant cette image, ça me rappelle des souvenirs »*.

Le cas de Paul montre combien l'actuel et l'ancien se mélangent dans son expérience de la réalité virtuelle. La ferme qu'il observe est à la fois ancienne et moderne parce qu'elle possède l'électricité. Il n'y a aucun animal, ce qui alimente l'idée qu'elle a été mais qu'elle n'est plus. Enfin, tout en rappelant la jeunesse, cet endroit évoque paradoxalement un lieu de retraite. Paul évoque alors son âge actuel et ses incapacités. Après avoir retiré le casque, il mentionne lui-même : *« on revient au temps normal »*. Cela ne l'empêche pas de parler à nouveau du passé en évoquant ses souvenirs. Il termine en soulignant combien ceux-ci sont *« lointains »*. Il est possible d'interpréter cela comme un signe de distance entre le souvenir et la période actuelle. Une ambivalence temporelle caractérise ainsi l'expérience de Paul dont les

¹⁴⁶ Les illustrations cliniques (Perrine, Bertrand et Jade) présentées pour décrire l'immersion et son appropriation subjective correspondent aussi tout à fait à cette ambivalence dans l'espace et le temps.

souvenirs sont à la fois proches de lui (actuels) et éloignés (anciens). Cette ambivalence est également prégnante lors d'une séance avec Jade. À la différence de Paul, elle concerne essentiellement la dimension spatiale de l'expérience.

Illustration clinique : Jade

Jade décrit l'intérieur d'une voiture ancienne qu'elle regarde dans le casque : « *je vois une voiture... c'est pas la mienne ? Il y a un parc... c'est pas chez moi ? Enfin, c'est pas chez moi... je sais pas... il semblerait que ce soit ma voiture maintenant. L'intérieur de la voiture... ah oui, elle ressemble. Ah elle ressemble ! Je serais dedans alors* ». Jade reste pensive au retrait du casque : « *à moins que ce serait chez moi...* ». Elle trouve que l'intérieur ressemble à celui de sa voiture : « *les sièges, tout ça... je revois... le levier de vitesses... mon volant... oui... et à gauche, oui mon truc là, je mettais mes papiers dedans... mes sièges... je crois bien que c'était la couleur de mes sièges... ça ressemble beaucoup... forcément, je n'ai pas vu si elle était noire mais à mon idée, je la voyais comme la mienne* ». Elle repense à cet endroit : « *il y avait cette verdure... je ne sais pas si c'était chez moi mais... je rentrais bien dans la cour quand même, puis après mon garage... je rentrais à gauche... elle y est toujours ma voiture... oui... ah... j'avais des arbres et j'en vois devant. Oui, je voyais des arbres... ça, j'en ai vu chez moi, je sais que j'ai beaucoup d'arbres* ». Jade décrit le parcours qu'elle suivait en voiture lorsqu'elle arrivait chez elle : « *je rentrais dans ma cour, après j'allais dans mon garage et après, je rentrais dans ma maison* ». Elle évoque le garage automobile devant lequel elle passait avant de poursuivre sa route et de rentrer se garer. Elle précise : « *c'est pour ça que j'étais dans cette voiture, pour rentrer dans mon garage* ».

Le discours de Jade traduit l'ambivalence de son impression d'être effectivement retournée dans sa maison. Elle utilise la négation pour formuler son doute : « *c'est pas la mienne ?* » ; « *c'est pas chez moi ?* » et les termes qu'elle emploie confèrent une certaine mesure à l'immersion dans sa propre voiture : « *elle ressemble* » ; « *je revois* ». Après avoir retiré le casque, elle explicite même directement l'aspect imaginaire de la scène : « *[...] à mon idée, je la voyais comme la mienne* ». L'idée qu'elle se soit effectivement rendue dans cet endroit reste ainsi ambiguë et le discours de Jade amène à considérer qu'elle ait accepté de jouer à faire semblant de se revoir chez elle, depuis l'intérieur de sa voiture.

Les environnements virtuels ne sont jamais considérés objectivement comme une représentation d'un lieu actuel malgré les signes présents dans la scène. La réalité virtuelle semble ainsi fournir un support perceptif qui favorise l'indécidabilité à propos de sa localisation et de sa temporalité. Les participants ne semblent pas en mesure de déterminer si cette

perception leur est extérieure ou provient de leur propre vie psychique. C'est entre cette perception et la réalité psychique du sujet qu'un espace de représentation spécifique est susceptible de se développer. Les propriétés de cet espace sont celles de l'aire transitionnelle décrite par Winnicott (1971). C'est dans cette aire que se produisent les phénomènes transitionnels alimentés simultanément par la réalité intérieure et le monde extérieur. La réalité virtuelle déploierait une zone d'expérience entre le monde psychique interne et l'environnement présenté dans le casque. Les propriétés perceptives de ce dispositif rappellent l'explication que Winnicott formule à propos de cette aire intermédiaire :

« On a coutume de se référer à l'« épreuve de réalité » et d'établir une nette distinction entre l'aperception et la perception. Je voudrais introduire ici la notion d'un état intermédiaire entre l'incapacité du petit enfant à reconnaître et à accepter la réalité et la capacité qu'il acquerra progressivement à le faire » (Winnicott, 1971, p. 30).

Ces dimensions perceptives correspondent à la différence entre ce que les participants ont observé-décrit et ce qui était objectivement présenté dans le casque de réalité virtuelle. Comme le petit enfant décrit par Winnicott, certains participants ont été incapables de reconnaître la réalité (l'environnement virtuel) comme extérieure tout en se laissant traverser par elle. La réalité virtuelle constituerait ainsi un espace-temps non déterminé qui n'a d'ailleurs pas vocation à le devenir. Le sujet pourra découvrir et attribuer en même temps la localisation de ce lieu et l'époque où il se déroule si cette détermination a du sens pour lui. Il est également possible que l'imperfection de l'environnement virtuel participe à donner à cette matière première la qualité suffisamment bonne d'un objet ni trop abstrait, ni trop précis.

Pourtant, l'expérience de la réalité virtuelle ne peut être systématiquement assimilée à un phénomène transitionnel. En effet, sa proximité avec la transitionnalité constitue d'abord une confrontation pour le sujet qui fait à nouveau l'épreuve de la continuité-discontinuité. La nature des processus psychiques peut alors nous renseigner sur le rapport à la transitionnalité du sujet : les processus primaires signent l'échec de la transitionnalité et les processus secondaires en marquent l'accès. Ce n'est que dans cette dimension secondaire que l'environnement virtuel décrit par le participant pourra être considéré comme un phénomène transitionnel.

8.2.1 Écho à l'illusion primordiale et discontinuité

Au tout début de la vie, la première forme de transitionnalité est assurée par la relation entre le bébé et la mère suffisamment bonne qui soutient l'illusion primordiale : *« La mère doit maintenir l'illusion première de l'enfant d'être à l'origine de sa propre satisfaction, d'être le*

créateur de ce qu'il trouve ou de ce qui lui est reflété dans ou par son environnement » (Roussillon, 2008, p. 17). L'objet premier (la mère) n'existe pas comme un autre-sujet extérieur mais bien comme un objet parfait, corvéable à l'envi pour répondre sans délai à tous les besoins du bébé. La première forme de relation donne ainsi à l'enfant l'illusion de trouver ce qu'il crée, ce que Winnicott appelle « le trouvé-créé » (Winnicott, 1953). La transitionnalité entre l'interne et l'externe agit comme un système anti-traumatique qui évite à l'enfant d'avoir à déterminer ce qui vient de lui ou de ce qui vient de l'autre, alors qu'il ne peut justement pas traiter cette question (Roussillon, 2008). Roussillon suggère que cette capacité à se sentir séparé de l'environnement débute aux alentours des huit mois de l'enfant, ce qui correspond à l'entrée dans la position dépressive. Ce n'est qu'après environ dix-huit mois qu'il peut établir cette différenciation entre lui et l'extérieur, bien que cela ne concerne pas l'ensemble des situations possibles de sa vie. L'enfant reconnaît son image dans tous les contextes où elle se présente seulement vers l'âge de cinq ou six ans (Ibid.).

« Dans toutes les situations de crise, dans toutes les situations traumatiques, dans toutes les situations de réorganisations, la problématique et le trajet de la différenciation sont réactivés et repris, « récapitulés ». C'est aussi pourquoi la transitionnalité ne peut pas n'avoir qu'un temps, et se limiter à l'enfance, elle devra être au rendez-vous de toutes nos élaborations tardives de ces situations si nous ne voulons pas encourir le déclenchement d'un état dépressif, ou la mise en place de clivages moi/non-moi appauvrissants pour la psyché. Dans toutes ces circonstances, la tolérance à une zone de relative indifférenciation du moi et de l'autre est sans doute un passage obligé et inévitable pour que la transitionnalité et son potentiel élaboratif soient au rendez-vous de la rencontre. Tel est le paradoxe d'une différenciation qui ne prend sens que sur un fond non clairement d'emblée différencié ! » (Roussillon, 2008, p. 21).

L'accès à l'espace transitionnel serait possible grâce à la capacité d'illusion¹⁴⁷ qui, en tant que processus, « *reste agissante tout au long de l'existence des individus et « inter-vient » à chaque fois qu'il est demandé à l'individu de mettre en rapport son monde intérieur et des objets de la réalité qui lui est extérieure* » (Janssen, 2014, p. 102). L'illusion permet de faire l'expérience de la continuité entre nous-mêmes et le monde dans lequel nous vivons. Cette continuité est illusoire il existe bel et bien une coupure entre le sujet et le monde. Elle devient

¹⁴⁷ Qui est à distinguer de *l'illusion primaire d'omnipotence*. Celle-ci concerne l'unité mère-bébé et renvoie à la mère suffisamment bonne qui illusionne/désillusionne. L'illusion primaire concerne ainsi la dyade illusion/désillusion qui soutient d'abord le lien entre l'enfant et l'environnement extérieur (illusion) jusqu'à ce que celui-ci découvre qu'il n'y a pas de lien, mais une coupure entre le dedans et le dehors (désillusion). L'illusion secondaire, comme processus, ouvre cette aire intermédiaire qui permet de supporter cette coupure. C'est de cette illusion qu'il s'agit ici.

toutefois supportable grâce à cette capacité d'illusion. L'utilisation de la réalité virtuelle comme objet de médiation a pu matérialiser cette rupture de façon concrète, ce qui a sollicité les processus d'illusion pour la rendre tolérable. La représentation de l'environnement virtuel n'aurait donc pu être construite que par des sujets initialement capables d'illusion, c'est-à-dire ceux ayant fait l'épreuve de la désillusion maternelle car la capacité d'illusion succède la désillusion primaire d'omnipotence (Janssen, 2014).

Illustration clinique : Hélène

Hélène observe l'environnement « salon ». Elle décrit cet « *intérieur magnifique* » en mentionnant chaque objet. Elle répète de nombreuses fois que c'est très beau et qu'elle « *aimerait rester là* ». Elle semble s'émerveiller : « *c'est un bel appartement... si seulement c'était le mien...* ». Elle pointe des doigts chaque objet et termine « *ce serait un miracle si je pouvais rester là... ce serait beau... ce serait beau...* ». Dès que nous retirons le casque, Hélène soupire : « *ah ! je suis revenue chez moi. C'est pas si beau...* ». Elle se souvient n'avoir pas pu apporter ses propres meubles dans son logement actuel parce qu'ils étaient trop volumineux et ajoute : « *tant pis... je vivrai comme ça jusqu'à la fin de mes jours* ». Elle regrette l'endroit observé et trouve qu'il « *faisait luxueux et riche* ». Hélène imagine les autres pièces comme les chambres ou la cuisine. Elle considère qu'il faut de l'argent pour avoir un tel intérieur et trouve que dans ce logement « *ça fait pauvre... mais c'est comme ça quand on n'a pas eu de chance* ».

Hélène a déjà une certaine expérience de la réalité virtuelle lors de cette séance. Alors qu'elle regarde dans le casque, elle anticipe déjà son retrait et le « retour chez elle ». Elle s'expose sans filtre à ce bel appartement qui pourrait être le sien. L'intensité des ressentis d'Hélène témoigne de son implication totale et traduirait une immersion sensorielle très intense : cet appartement aurait *vraiment* dû être le sien. La capacité d'illusion d'Hélène semble mise à mal par l'expérience de la réalité virtuelle. Trop immergée dans l'environnement qu'elle observe, il lui est très difficile de supporter de le quitter. Cette crainte sature ses ressentis et empêche l'élaboration de son impression d'avoir raté sa chance, pourtant actualisée par le retrait du casque. Le retrait du casque agirait ainsi comme une transition marquée entre l'espace interne qui évoque la perfection de l'illusion et cet extérieur différencié, brutal et frustrant. Ce changement symboliserait ainsi le passage de l'illusion à la désillusion. La rupture à laquelle il oblige confronte Hélène à sa propre expérience de la différenciation.

Il existerait donc un lien entre l'intensité de l'immersion sensorielle et le processus d'illusion. Nous avons constaté que l'immersion sensorielle devait être « suffisante » pour préparer l'immersion fictionnelle sans produire d'effet de saturation perceptive. Une forte

intensité d'immersion sensorielle pourrait alors correspondre à des processus primaires de l'ordre de l'illusion primordiale. Les participants qui ressentent ce degré d'immersion sont ceux qui adoptent une position schizoparanoïde vis-à-vis de l'objet. Le sujet voit un lieu qui existe à l'extérieur mais qui vient aussi de lui. Il a trouvé-crée (position d'illusion primaire) cet objet qui existe en tant que partie de lui. Dans ce cas, cela se traduit par l'impression de se trouver totalement dans l'endroit observé, par une adhésion perceptive à l'environnement virtuel. Hélène et Christophe ne sont pas plongés mais véritablement submergés par leurs sensations, quant à Charline, Léonie et Véra, elles ont l'impression de se trouver effectivement dans un autre endroit sans pouvoir critiquer la nature artificielle de cette scène. Elles ne différencient pas le monde extérieur de l'environnement virtuel qu'elles observent dans le casque. À l'inverse, une expérience immersive ressentie de façon modérée témoigne de l'accès aux processus secondaires de symbolisation, comme en témoigne le cas de Perrine.

Illustration clinique : Perrine

Perrine sélectionne l'image du bourg d'une petite ville pour la deuxième séance car elle lui trouve une similarité avec la maison de sa mère. Elle indique sitôt avoir mis le casque : *« je vois la maison à maman... enfin, ce n'est pas la sienne mais bon... »* avant de décrire la scène : *« je vois l'église, les voitures qui sont garées, qui vont à la messe, les pots de fleurs... oh oui c'est... une personne qui descend de sa voiture... oh oui on la voit bien... c'est beau. C'est beau »*. Au retrait du casque, Perrine revient spontanément sur les souvenirs de la maison de sa mère : *« ça évoque bien parce que sa maison n'était pas loin de l'église... et puis ça me met dans mon époque... »*.

Cet extrait du cas de Perrine illustre son impression d'être présente dans la réalité virtuelle tout en gardant conscience de son caractère artificiel. Perrine sait qu'elle ne voit pas la véritable maison de sa mère : *« ce n'est pas la sienne, mais bon »*. Elle accepte de se l'imaginer ainsi. D'autres signes marquent cela : *« ça évoque bien »* ou encore *« ça me met dans mon époque »*. Perrine verbalise l'illusion que produit la réalité virtuelle. Elle ne confirme jamais qu'elle se trouve effectivement dans la scène, mais accepte de s'en souvenir comme si c'était le cas. Cette nuance est fondamentale car elle témoigne de sa capacité à distinguer les éléments subjectifs du contenu présenté dans le casque. Cette immersion plus modérée témoignerait ainsi de la réussite du processus de différenciation. La rupture sensorielle imposée par la réalité virtuelle ne produirait pas d'effet de sidération en raison de sa capacité d'illusion. L'objet conserverait alors une certaine ambiguïté qui témoigne de l'adoption d'une position dépressive : les participants doutent, s'interrogent et surtout, envisagent d'observer une partie de leur propre histoire même s'ils savent que cela n'est pas véritablement possible.

La capacité à s'illusionner serait ainsi sollicitée par l'expérience de réalité virtuelle. L'immersion traduirait alors la façon dont le sujet gère la rupture perceptive imposée par le visiocasque. Une telle expérience est d'autant plus significative que les personnes âgées sont déjà largement confrontées à la discontinuité. L'avancée en âge est jalonnée de ruptures et de changements de vie. L'entrée en EHPAD en signe parfois l'apogée en représentant le dernier lieu et la dernière période de la vie. Par exemple, Paul demande de l'aide pour « *supporter ces quelques temps qu'il [lui] reste à vivre* » et se sent « *reclus* » dans l'institution : « *je n'irais pas jusqu'à prononcer le mot de prison, mais c'est quand même un type de geôle* ». Comme de nombreux autres résidents, sa présence à l'EHPAD semble avoir rompu le fil de sa vie dont il n'aborde désormais plus que les souvenirs. Dans ce contexte, l'expérience de réalité virtuelle pourrait actualiser cette épreuve de discontinuité en lien avec l'entrée en institution et la dépendance, mais surtout inhérente au vieillissement. La capacité d'illusion serait une nouvelle fois sollicitée pour gérer la discontinuité induite par la réalité virtuelle. Cependant, elle serait contenue par le dispositif thérapeutique. L'immersion dans la réalité virtuelle pourrait ainsi constituer une représentation de la discontinuité et participer aux processus de symbolisation de cette expérience. Le recours à cette médiation favoriserait alors les remaniements identitaires nécessaires dans le travail du vieillir (Talpin, 2017) afin de restaurer une certaine continuité dans l'expérience du sujet.

8.2.2 Processus secondaires et accès à la transitionnalité

Les participants dont l'expérience d'immersion n'est ni trop intense, ni trop légère, ressentent une sensation ambivalente concernant leur présence dans la scène observée. Cela témoigne de leur capacité à adopter une position dépressive. Perrine, Jade, Paul, Cédric ou encore Bertrand savent qu'il se trouvent dans un espace virtuel artificiel, mais cet espace leur sert de support d'imagination. Ils (se) racontent des (en) histoires et oublient le caractère artificiel de l'environnement observé. Cette capacité d'imaginer des histoires constitue un élément central de ce dispositif thérapeutique. Le cas de Cédric montre combien cette activité s'avère importante pour exprimer, de façon voilée, une problématique de deuil et de perte.

Illustration clinique : Cédric

Après avoir observé l'environnement « salon », je propose à Cédric d'imaginer ce qui peut se passer dans ce lieu et d'approfondir sur son ou ses occupants. Ce dernier ne porte plus le casque lorsqu'il commence à décrire une femme d'environ 40 ans, « *bien instruite parce qu'elle a des choses électriques dans sa maison... des choses que je n'ai pas reconnues* ». Proche de la retraite, elle travaille dans un bureau, « *elle a un travail qui n'est pas dans la*

lumière, c'est pour ça qu'elle le recherche dans son appartement ». La présence de fleurs lui laisse croire qu'elle « *doit aimer la nature et le calme* ». Elle vit seule dans cet appartement mais a conservé une grande table pour recevoir ses enfants. Son mari est décédé dans un accident et elle a dû faire face pour continuer à vivre « *il faut beaucoup de volonté pour... reprendre une vie... réelle. Il faut du courage* ». Pourtant, l'intérieur n'évoque pas le deuil, ce qui témoigne de la force d'esprit de cette femme : « *elle n'a pas été trop déprimée par ses mésaventures. Elle a un caractère fort, parce que sa salle à manger ne représente pas une maison de deuil, de recueillement. C'est quelque chose de libéré de... c'est une femme qui a fait cas de sa vie mais qui la prend en main* ». Cédric n'a pas remis ses lunettes après avoir retiré le casque. Il fixe le vide pendant qu'il raconte la vie de cette femme, jusqu'à ce que je le questionne sur un lien possible avec sa propre histoire. Cédric estime qu'il n'a pas du tout vécu comme cette femme : il a perdu son épouse récemment et explique qu'il a aussi gardé cette grande table pour recevoir ses enfants et amis lors de parties de cartes. Il évoque des souvenirs dans cette maison avant qu'il ne la quitte pour entrer à l'EHPAD : son petit jardin qu'il aimait entretenir ainsi que ses deux voisines âgées qu'il aidait régulièrement.

Cédric imagine la vie de cette femme à partir de l'environnement. Cette histoire se situe dans une aire intermédiaire entre la scène virtuelle et ses propres souvenirs. Il associe sur son histoire personnelle tout en conservant une attitude ambivalente : il nie le lien entre la vie de cette femme imaginaire et son propre passé. Cédric est ainsi capable de produire une histoire à partir de la réalité virtuelle et de s'en inspirer. La dimension narrative de son expérience renvoie aux processus secondaires de symbolisation qui ne concernent plus la dimension sensorielle de la réalité virtuelle. L'histoire et ses liens associatifs deviennent les objets privilégiés de l'échange. La scène virtuelle se transforme donc en histoire dans l'aire intermédiaire. C'est à partir de cette histoire que les participants associent sur leur propre expérience de vie. Comme pour l'objet transitionnel, la réussite de la fonction transitionnelle de la réalité virtuelle aboutit à l'abandon de l'objet trouvé-créé. Les participants n'ont alors plus besoin de la réalité virtuelle pour raconter leur histoire.

Chez les participants qui ont accès à cet espace intermédiaire, l'objet trouvé-créé à partir de l'environnement virtuel est à considérer comme un phénomène transitionnel. Il permet de s'affranchir de la limite entre l'intérieur et l'extérieur, mais aussi entre la réalité et l'imaginaire à travers la possibilité qu'il offre de faire semblant. En ce sens, l'espace virtuel permet au patient qui n'arrive pas à jouer à le faire, ce qui serait l'objectif même du travail de thérapie selon Winnicott (Janssen, 2014). À ce propos, Janssen rappelle l'importance de la propre capacité de jouer du thérapeute, car elle met au service du patient ses propres capacité d'illusion. La forme

de jeu qu'il décrit semble s'être établie avec les participants dans ce dispositif thérapeutique. Nous avons « joué » à imaginer les univers décrits par les patients, sans jamais les remettre en cause, ce qui serait revenu à détruire l'aire transitionnelle en imposant une réalité trouvée. Certains participants ont d'ailleurs questionné directement la localisation des endroits observés lors des séances. Ils ont ainsi remarqué la confusion produite par la réalité virtuelle à propos de laquelle il est primordial de ne pas répondre en la situant artificiellement. Cette neutralité relève d'un positionnement clinique nécessaire à adopter dans une perspective thérapeutique basée sur la symbolisation (Roussillon, 2008). Cette posture a d'ailleurs été facilitée par la méthodologie choisie pour ce dispositif de ne pas avoir d'accès visuel à l'environnement présenté dans le casque.

Par ailleurs, la proximité de l'expérience de la réalité virtuelle à celle du sommeil amène une nouvelle fois à considérer sa description de la même manière qu'un rêve. Les transitions rappellent celles imposées par le sommeil au dormeur : l'endormissement d'abord et le réveil ensuite. Il ne s'agit pourtant pas du rêve dans son acception biologique et cognitive mais bien de sa modalité psychique. Pourtant, l'expérience du sujet ne semble pas toujours répondre à la description d'un rêve au sens d'une ouverture sur l'inconscient. D'abord parce que les participants qui manifestent des processus psychiques primaires n'ont pas véritablement accès à un espace de rêve¹⁴⁸. Ensuite, parce que les descriptions formulées par certains participants montrent qu'ils ne « rêvent » pas mais adoptent au contraire une position adhésive à l'expérience de réalité virtuelle : pour eux, ce n'est pas un rêve, c'est la réalité. Il semble ainsi préférable de considérer cette expérience comme *d'apparence* onirique : la réalité virtuelle fait penser au rêve. Elle rappelle ainsi le rêve qu'elle n'est pas toujours.

La conception de Bion enrichit cette perspective par la notion de capacité à rêver. Bion ouvre une autre voie que celle de Freud dans l'interprétation des rêves. Ce dernier considère que l'inconscient peut être accessible à travers les contenus manifestes du rêve qu'il interprète comme une transformation des éléments latents (inconscients) grâce au travail du rêve. Pour Bion, les perceptions sensorielles et émotionnelles arrivent à l'appareil psychique qui les digère et les transforme en pensées de rêve (Castel, 2023). Les sollicitations de l'appareil psychique (éléments β) sont transformées par le travail du rêve (dreaming) en éléments rêvables (éléments α). Ainsi, Bion considère que les excitations correctement refoulées par l'appareil psychique et

¹⁴⁸ Cela dit en poursuivant cette proposition de distinguer les processus primaires des processus secondaires dans l'expérience de réalité virtuelle. Les participants qui relèvent d'une position d'illusion ne rêvent pas le sein maternel car il fait encore partie d'eux. En suivant le postulat de Lewin (1972) à propos de l'écran du rêve, ceux-ci n'auraient donc pas besoin de rêver pour recouvrer cette sensation de satiété inhérente au repos du nourrisson après la tétée.

transformées par le rêve ne devraient pas produire de résidus. La présence de tels résidus témoigne donc de l'échec de digestion des éléments β : il s'agit des rêves dans leur caractère onirique, tels qu'ils sont considérés habituellement. Pour Bion, ces rêves sont une manifestation des résidus de cette excitation qui n'a pas été filtrée par l'appareil psychique. Ils sont une « excrétion visuelle » du *non-rêvable* (Castel, 2023).

Castel revient sur le *squiggle*¹⁴⁹ dont il enrichit la lecture de la conception bionienne de la capacité à rêver le *non-rêvable* :

« On s'en souvient, le moment décisif est celui où l'enfant, dans une série d'échanges avec son analyste, parvient à relier son tracé et l'interprétation de ce tracé à une expérience onirique, et à l'expression voilée d'un fantasme. Winnicott observe la chose, et il en fait une ressource dans le cadre d'une théorie du jeu (playing), qui est en son fond une théorie de l'autre, c'est-à-dire de l'autre comme celui à qui on laisse du jeu. Et c'est dans cet espace de jeu (au sens d'une latitude et d'une amplitude laissées à l'autre) qu'une certaine constriction imaginaire surmoïque peut commencer à se dénouer. Une hypothèse à mon avis féconde pour aller encore plus loin, ou plus près encore des opérations effectives, serait d'interroger le tracé initial (que l'enfant ou le psychanalyste doivent dessiner les yeux fermés, recommandait Winnicott) comme une manifestation paradigmatique de l'« excrétion visuelle » du non-rêvable. C'est ce dernier que le procédé des traits supplémentaires complétant le tracé de départ, combinés aux échanges verbalisés (associatifs) du commentaire et de la remémoration, va plus ou moins ramener, ensuite, dans le registre du symbolisable. Les cycles successifs de squiggle, surtout quand l'enfant a pu rêver entre les séances, joint au patient travail du « qu'est-ce que c'est ? » et du « qu'est-ce que tu vois ? », reconfigurent ainsi ses dispositions psychiques, et altèrent pour finir la donne symptomatique : je suggère de les comprendre comme une transition décisive de l'excrétion à l'expression. Il serait ainsi très intéressant d'examiner ce qui se passe, non seulement lorsque l'enfant rêve à ses squiggles, et les réinjecte dans un nouveau cycle à la séance suivante, mais aussi l'analyste (Winnicott, dit-on, dès le réveil, en traçait quelques-uns avant de se mettre au travail) » (Castel, 2023, p. 158-159).

L'analyse de Castel des fonctions du *squiggle* semble aussi bien s'appliquer à la réalité virtuelle dans le cadre de ce dispositif. L'espace de jeu laissé à l'autre est primordial : il ne

¹⁴⁹ Le squiggle est un « tracé libre » considéré par Winnicott comme la construction d'un objet commun, né de la rencontre entre l'enfant et l'analyste : « La plupart du temps, ce qui est proposé par l'analyste est tout simplement que l'un des deux, souvent celui que désigne l'enfant, commence, fasse un gribouillage les yeux fermés en laissant aller le crayon. Une fois le « gribouillage » réalisé par l'un, l'autre poursuit selon l'idée que la trace lui évoque et représente quelque chose et, à son tour, gribouille » (Toesca, 2014, p. 53-54).

s'agit plus tout à fait de la capacité à jouer mais du positionnement thérapeutique adopté pour rendre possible les productions imaginaires des participants. Considérer les environnements virtuels (tels qu'ils sont perçus par les participants) comme une manifestation de l'excrétion visuelle du *non-rêvable* renverrait à la proposition de Castel. Cela amène finalement à considérer l'objet décrit par le participant comme quelque chose de *non-rêvé*. Les traits qui complètent le tracé initial correspondent à la rencontre de l'objet trouvé-créé à partir de l'environnement virtuel. Cela fait correspondre cet environnement virtuel au tracé initial¹⁵⁰ sur lequel s'établissent les échanges avec le patient qui ramènent le *non-rêvé* dans le registre de la symbolisation : les patients créent cette scène virtuelle dans l'espace de la séance en lui donnant une forme à partir de nos interactions. Suite à notre échange, Jade ajoute ainsi un élément significatif dans l'environnement virtuel dont elle se souvient.

Illustration clinique : Jade

Après avoir observé l'environnement de la forêt dans le casque, Jade essaie de trouver la localisation de ce lieu : *« je vois la forêt comme elle était mais... je ne vois pas l'endroit »*. Elle associe avec une sortie organisée par l'animatrice de l'EHPAD et se remémore ces moments en les comparant à l'environnement observé. Elle propose finalement un lieu précis dans lequel elle se souvient d'avoir vu un petit étang. Elle se demande si le lieu présenté dans le casque comportait un plan d'eau et je lui propose d'examiner son souvenir. Jade précise alors : *« Si, si... Il y'avait de l'eau ! »*. Elle revient sur ce moment agréable passé en compagnie d'autres résidents et repense au déroulement de cette journée : *« Ce que j'ai vu, je m'en rappelle. Je le verrai tout le temps... mais j'aurais pas pensé à ça si j'avais pas vu la forêt dans le casque... c'est vrai, au fond il y avait de l'eau, je m'en rappelle très bien. Je suis contente de revoir ce que j'ai vu »*. Jade ignore l'absence de plan d'eau dans l'environnement présenté et c'est précisément sur ce point de détail que j'interviens afin de valoriser la dimension subjective de son observation.

Selon Castel, les interactions entre le clinicien et le patient font passer ces formations de l'excrétion visuelle à l'expression verbale, ce qui rappelle notamment le passage de l'immersion sensorielle à l'immersion fictionnelle repérée dans ce dispositif. La description et la discussion de l'environnement virtuel permettrait ainsi de transformer les résidus de l'excitation pulsionnelle en éléments rêvables. Cela justifie la position thérapeutique d'analyser le processus de rêver le *non-rêvable* qui repose sur une conception de l'expérience de réalité virtuelle comme l'expression d'un rêve. La capacité à rêver concerne tous les participants, mais

¹⁵⁰ Relativement parce que l'environnement virtuel, s'il peut être choisi par le patient n'est pas effectivement produit par lui.

cette transformation à partir de la réalité virtuelle s'est seulement manifestée chez Perrine, Jade, Paul, Cédric et Bertrand. La position thérapeutique ambivalente à propos de ce dernier se précise d'ailleurs à travers une lecture bionienne de ses propos : Bertrand « ne veut pas rêver », ce qui autrement traduit indique qu'il « ne veut pas penser ». Craindrait-il que l'expérience de réalité virtuelle ne provoque chez lui une activité de penser ? Cette perspective théorique permet d'interpréter sa posture comme une résistance à utiliser cette expérience comme un support d'imagination. Elle souligne également combien ce dispositif thérapeutique sollicite la capacité à rêver des participants.

8.2.3 L'émergence du tiers analytique

Dans « Constructions dans l'analyse », en 1937, Freud souligne deux parties fondamentales du travail analytique. L'une concerne le travail de remémoration du patient de ce qu'il a vécu et refoulé, l'autre renvoie au travail de l'analyste de construire ce qui a été oublié. Pour Freud, la construction correspond à la présentation à l'analysé d'une « période oubliée de sa préhistoire ». Ces deux parties sont liées lorsque l'analyste communique ces constructions au patient :

« L'analyste achève un fragment de construction et le communique à l'analysé pour qu'il agisse sur lui ; à l'aide du nouveau matériel qui afflue, il construit un autre fragment, qu'il utilise de la même façon, et ainsi de suite jusqu'à la fin » (Freud, 1937).

La représentation de l'environnement virtuel pourrait aussi se construire sur la base de cette liaison entre la remémoration d'un souvenir oublié et le fragment de construction formulé par le clinicien. En facilitant le souvenir d'un événement de vie, la réalité virtuelle s'inscrit dans la séance comme un matériel de base à partir duquel les premiers fragments de constructions peuvent être formulés : le patient ne fouille pas sa mémoire mais décrit l'expérience de la réalité virtuelle qu'il vient de vivre. Au départ, les interprétations réalisées à partir de ce support suscitent moins de résistances que si elles portaient directement sur les souvenirs. Finalement, c'est le patient lui-même qui pourra se concentrer sur ses souvenirs et accepter d'entendre les fragments de constructions qui les concernent. Une des séances issues des entretiens avec Christophe illustre la teneur de notre échange qui porte uniquement sur l'environnement virtuel qu'il a observé. Cela assouplit la résistance que le souvenir traumatique de ce participant pourrait susciter s'il était abordé directement.

Illustration clinique : Christophe

L'environnement « échelle » donne à Christophe « *l'impression que... il n'y a pas de vie... à part les taupinières !* ». Il précise : « *Je ne vois pas d'oiseaux ni... aucune vie... c'est un peu impressionnant d'être seul comme ça dans...* ». Il insiste sur l'impression de solitude qu'il ressent dans cet endroit. Après avoir retiré le casque, Christophe poursuit : « *Je me trouvais seul mais sans rien voir de vivant dans la nature* ». Il explique qu'il imaginait les taupes sous la surface de la terre. Christophe reste perplexe jusqu'à ce que je lui propose de revenir sur l'échelle et d'imaginer les raisons de sa présence dans l'arbre. Il « *ne voit pas du tout l'utilité de cette échelle* » parce qu'il n'y a pas de fruit, que les branches ne nécessitent pas de taille : « *peut-être aller chercher un nid d'oiseau...* ». Je demande ce qu'il pourrait faire dans cet endroit : « *j'aurais peut-être monté à l'échelle pour voir ce qu'il y avait là-haut !* ». Nous imaginons ce qu'il aurait pu voir d'en haut : « *j'aurais pu voir un nid... autrement... j'aurais même pas vu le paysage... il y avait rien au-dessus... il y avait rien à voir à part le sommet des arbres. Au-dessus des arbres, il n'y a rien. Le ciel... le ciel est gris* ». Il regarde dans le vide comme s'il voyait vraiment quelque chose qu'il était incapable de décrire. Christophe réfléchit longuement et demande à voix basse : « *je pouvais pas monter au ciel avec l'échelle hein ?* » puis ajoute : « *non je vois pas, je vois pas...* ».

Cette vignette clinique montre combien mes questionnements façonnent la séance avec Christophe. Sa description initiale ne me permet pas d'élaborer une représentation de la scène qu'il a observée. Sans en avoir conscience à ce moment, je multiplie les interventions pour que Christophe m'aide à comprendre l'environnement qu'il a observé. En réponse à mes questionnements, Christophe continue son travail d'appropriation d'une scène qui rappelle un champ de bataille qu'il a peut-être déjà vu et oublié. Il ne peut le définir ainsi et notre échange contribue à l'émergence de symboles de la mort. Invité à imaginer ce qu'il aurait fait de l'échelle, il accède à la dimension symbolique de la scène : l'échelle serait là pour monter au ciel. Cette situation clinique témoigne de la dynamique intersubjective dans laquelle le travail de remémoration s'inscrit. Si le patient regardait seul dans le casque sans avoir personne à qui raconter son observation, la réalité virtuelle ne produirait probablement aucun effet thérapeutique. Les travaux de René Roussillon (2004) sur l'intersubjectivité permettent de comprendre pourquoi le patient ne peut pas faire ce travail de remémoration seul :

« [l'intersubjectivité] implique que le sens n'est pas d'emblée donné, et pas indépendamment de la « réponse » de l'objet autre-sujet, mais qu'il se construit aussi en fonction de la manière dont l'objet accueille et, par sa « réponse », permet que se déploient les potentialités latentes du message initial. [...] Dans l'espace de rencontre clinique, le

comportement produit des effets d'interaction qui, s'ils sont accueillis et commencent à être réfléchis par un autre sujet, commencent à prendre valeur intersubjective avant de pouvoir délivrer leur valeur intrasubjective potentielle » (p.25).

Quelle que soit la forme prise par la représentation de l'environnement virtuel, elle provient de l'interaction qui se déroule dans l'espace de rencontre clinique. Dans ce dispositif thérapeutique, la forme donnée au contenu de la réalité virtuelle se co-construit à partir de la relation entre le clinicien et le patient. Il y aurait ainsi une appropriation non pas subjective, mais intersubjective de l'environnement observé dans le casque. L'état de rêverie dans lequel sont plongés le patient et le clinicien les rapproche et leur permet de se concentrer sur un détail qui enrichit la boucle intersubjective. Ils trouvent dans l'environnement virtuel quelque chose qui va attirer toute leur attention et acquérir une valeur significative dans la séance. C'est à partir de cette découverte que se crée une intersubjectivité inconsciente qu'Ogden (1994) nomme le tiers analytique. Cette subjectivité-là remarque des choses que ni le thérapeute, ni le patient ne considérerait en dehors de leur relation. Ogden (2005) parle d'un « troisième sujet » créé à partir de l'identification projective des deux sujets de l'analyse. Il se base sur une conception largement admise par la théorie psychanalytique selon laquelle :

« L'identification projective implique la création de récits inconscients (symbolisés à la fois verbalement et non verbalement) qui mettent en jeu le fantasme d'évacuer une partie de soi-même dans une autre personne. Cette évacuation fantasmée sert ou bien à protéger des dangers que représente un aspect de soi-même, ou bien à sauvegarder une partie de soi-même en la déposant chez quelqu'un d'autre vécu comme seulement en partie différencié de soi. L'aspect de soi-même qui, dans le fantasme inconscient, réside chez l'autre est ressenti comme modifié par ce processus et, dans des conditions optimales, imaginé comme pouvant être retrouvé sous une forme moins toxique ou en danger. Ou bien, dans des conditions pathogènes, la partie réappropriée peut-être ressentie comme ayant été étouffée ou comme étant devenue plus persécutrice qu'elle ne l'était auparavant » (p.767).

Selon lui, la création du « sujet de l'identification projective » dans l'analyse est le résultat d'un processus de négation mutuelle. Celui qui projette renie la partie de lui-même qu'il dépose dans l'autre. Celui qui la reçoit participe à sa négation en l'accueillant. Ogden décrit l'identification projective comme une dialectique de sujets qui se nient et s'autorisent à être « assujettis » par l'autre. Ce déni mutuel les amène à devenir l'un à travers l'autre un troisième sujet. Ils s'assujettissent inconsciemment à ce tiers intersubjectif qui abolit les limites de leur subjectivité. Ce tiers analytique permet alors de penser les pensées mais aussi les sentiments et

les sensations d'une façon qui aurait été impossible pour deux sujets indépendants. Ogden (2005) insiste sur la nécessité de décrire et d'interpréter les manifestations du tiers analytique qui permettent, selon lui, d'accéder à la nature de l'expérience du patient. Pour que la psychanalyse soit « réussie », il faut dépasser ce tiers et reconnaître la séparation des deux sujets de l'analyse. Cela passe par une réappropriation des subjectivités séparées qui ont été transformées par leur expérience du tiers analytique. Cette réappropriation se produit grâce à l'analyse et à l'interprétation du transfert (Ogden, 2005).

La réalité virtuelle participerait à ce processus de négation mutuelle en raison du repli des perceptions visuelles à l'intérieur du casque et de la posture régrédiente que cela favorise. Il est plus facile de nier la subjectivité de l'autre s'il n'est plus perçu physiquement (du côté du patient) ou s'il porte un casque devant les yeux qui lui coupe le regard (du côté du thérapeute). Les deux sont plongés dans leur rêverie commune et peuvent mutuellement renier les parties d'eux-mêmes qu'ils déposent dans l'autre. Ces processus de négation seraient déjà à l'œuvre à partir du support de la réalité virtuelle pour permettre au sujet de vivre une expérience d'immersion en niant une partie du monde extérieur. En effet, la réalité virtuelle favoriserait la mise en suspens de la fonction de jugement d'existence et permettrait ainsi aux patients de cesser de faire la distinction entre leurs propres contenus psychiques et les environnements qu'ils observent dans le casque. Ainsi, la réalité virtuelle serait déjà organisée sur un registre de négation, ce qui pourrait favoriser l'indistinction subjective et donc, l'émergence du tiers analytique. Le troisième sujet de l'analyse serait inspiré par la scène virtuelle, comme Ogden (2005) se dit inspiré de ses rêveries en séance.

La discussion qui se déroule après l'observation de l'environnement virtuel se rapproche de la situation classique d'analyse. Le contact visuel est rétabli entre les deux sujets et la négation qui participait à maintenir l'immersion est levée. Cela favorise la reconnaissance de l'autre comme un tiers séparé. Cette situation se produit lors de chaque séance et appuie l'idée d'une représentation de la psychothérapie en elle-même sur le temps très court de chaque entretien. Cela n'empêche pas le véritable déroulement chronologique de la psychothérapie qui repose sur l'ensemble des entretiens et doit tendre à une réappropriation des subjectivités (Ogden, 2005). Ce dispositif thérapeutique est organisé autour de cinq séances. Pour autant, la relation ne se termine pas nécessairement après avoir abandonné le casque de réalité virtuelle. La suite des entretiens ne bénéficie plus de l'effet favorisant de cette technologie et les échanges s'organisent selon la sensorialité classique du face-à-face. Cela pourrait produire une rupture dans la chronologie des entretiens. Ce changement favoriserait alors la réappropriation de la

subjectivité transformée du patient. Par la suite, la réalité virtuelle reste un support d'inspiration pour les deux sujets. Ils ont vécu ensemble une sensation d'immersion qui a laissé une trace particulière en eux. Changés par cette expérience, ils entretiennent désormais un lien différent. Cela pourrait constituer le dernier témoignage de la création du tiers analytique en séance.

En favorisant l'émergence du tiers analytique, la réalité virtuelle catalyse ainsi des processus qui se produisent dans la relation analytique classique. Cela concerne d'abord l'état de rêverie qu'Ogden articule avec le « sujet de l'identification projective » que la réalité virtuelle facilite en permettant au thérapeute et au patient de rêver ensemble. Il s'agit ensuite des processus de négation inhérents à l'expérience d'immersion, comme la négation des subjectivités individuelles est constitutive du tiers analytique. Enfin, l'illusion primordiale réactualisée dans l'expérience de la réalité virtuelle qui doit être dépassée au même titre que le tiers assujettissant devra être supprimé, ce qui induit à l'expérience de désillusion dans l'espace thérapeutique. La réalité virtuelle préparerait ainsi à l'émergence et à l'analyse de cette troisième subjectivité qui est essentielle au travail psychanalytique (Ogden, 2005).

8.3 Réalité virtuelle et processus hallucinatoires

Dans cette recherche, les déformations des environnements décrits par les participants sont centrales pour comprendre le dispositif thérapeutique de réalité virtuelle. Alors que les environnements virtuels présentés dans le casque ont été identiques, certains participants semblent ne pas avoir observé les mêmes scènes. L'appropriation subjective de l'immersion et la dimension transitionnelle de l'expérience de réalité virtuelle ont apporté deux premiers niveaux d'explication à cette différence. Néanmoins, l'écart est parfois si important qu'il pose la question de la façon dont le participant perçoit la scène virtuelle.

Illustration clinique : Hélène

Quand Hélène visionne l'environnement « casse automobile » dans le casque, elle reste silencieuse puis s'exclame : « *c'est des voitures... c'est plein de voitures !* ». Elle remarque « le père Noël » accroché au rétroviseur intérieur de l'une d'entre-elles. Elle se souvient que sa petite-fille « *a quelque chose aussi* » accroché derrière son pare-brise. Hélène s'étonne de voir autant de voitures et pense être dans un garage. Après une longue observation, elle évoque ces « *belles voitures neuves* » avant de préciser que son petit-fils travaille dans un garage, mais elle n'y est jamais allée. Elle n'ajoutera rien avant d'avoir retiré le casque. Hélène remarque la différence avec cette chambre tout en continuant de s'interroger : « *mais alors pourquoi il y avait autant de voitures ?* ». Elle suppose que ces voitures neuves étaient à vendre. Pourtant, « *en entrant ce n'était pas marqué à vendre* ».

Le cas d'Hélène est particulièrement significatif d'une différence très nette entre l'environnement objectivement présenté et celui qu'elle décrit. Il ne s'agit plus seulement d'une interprétation subjective de certains détails de la scène : Hélène la voit tout à fait autrement. Cela interroge la manière dont les stimulations sensorielles externes sont « reçues » subjectivement. Les recherches actuelles sur la perception semblent effectivement indiquer qu'elle ne relève pas de la réception passive des informations mais plutôt d'une position active, même si le sujet n'en a pas toujours conscience (Luyat, 2014). Le stimulus extérieur ne pourrait fournir qu'une quantité limitée d'information de la réalité objective (Delorme & Fluckiger, 2003). Le rôle qu'il remplit au service de la détermination du percept serait pourtant moins important que celui de la connaissance par le sujet de la nature du stimulus. Les expériences stockées en mémoire s'interposent de cette manière dans la constitution d'une connaissance momentanée du réel (Poenaru, 2017). Cette position active du sujet dans la réception des informations expliquerait la raison pour laquelle plusieurs personnes décrivent différemment des contenus similaires. Les généralités seraient ainsi des déductions faites à partir des zones de recouvrement des expériences perceptives du même événement dans des conditions similaires, proches dans l'espace et le temps et avec des motivations communes (Poenaru, 2017). Les théorisations psychanalytiques qui considèrent la perception comme un mécanisme subjectif indissociable de la mémoire et du vécu du sujet se trouvent ainsi confirmées par les recherches neuroscientifiques les plus récentes (Ibid.).

Ces conceptions actuelles de la perception correspondent aux propositions de Freud (1949) qui – notamment dans l'*Abrégé de psychanalyse* – considère que la force impérieuse des sentiments issus de l'intérieur du corps les fait passer avant les perceptions externes. Il souligne l'importance de l'état présumé réel des choses en plus des éléments perçus sensoriellement (Poenaru, 2017). La métaphore ferroviaire que Freud utilise pour énoncer la règle fondamentale de l'association libre en 1913 rend compte de cette conception qui s'inscrit au cœur du dispositif analytique :

« le voyageur décrit le paysage à une personne assise derrière lui. Freud ne dit pas un autre voyageur car, si l'analyste est bien dans le même compartiment, sa destination n'est pas la même et c'est tout l'enjeu du transfert. La description du paysage peut correspondre à l'élaboration secondaire (sekundäre Bearbeitung), à la liaison dans un discours de signification des traces mnésiques et des représentations primaires. Mais la description (die Beschreibung), terme apparenté par le sens à la figurabilité (Darstellbarkeit), n'est pas superposable à la secondarisation du discours, elle est aussi une expression de l'élaboration par le processus primaire : le registre de la parole, dans la cure, est co-

extensif à celui de la figurabilité. Le devenir conscient « n'est pas un pur et simple acte de perception » (19) (p.232), c'est un « acte psychique » qui correspond à une modification de la mobilité des investissements. Pour devenir conscient, c'est-à-dire pré-conscient, ce qui vient de l'intérieur « doit tenter de se transposer en perceptions externes » (26) (p.265) par l'investissement des traces mnésiques et par un surinvestissement (Ueberbesetzung) du penser, du fait de la liaison des représentations de choses avec des représentations de mots (26) (p.267). Le paysage qui défile à la fenêtre n'est pas le fruit d'un acte de perception, mais d'un travail de traduction (Uebersetzung) et la vitre est un lieu d'affectation, de revivification des traces mnésiques, où s'opèrent les mouvements d'investissement et de surinvestissement qui conduisent à ordonner temporellement des processus psychiques jusqu'alors indifférents à l'écoulement du temps » (Barreau, 2004, p. 123-124).

Plus récemment, Roussillon (2001) apporte des précisions à cette conception de la perception située entre le dedans et le dehors. Selon lui, c'est par un effet d'illusion que le processus perceptif semblerait d'abord provenir de l'extérieur. Le sens du réel relèverait des capacités organisatrices du moi : l'objet lui-même est à l'intérieur mais doit être reconstruit comme venant du dehors (extériorisé) avant d'être introjecté. L'élaboration psychique évite la confusion entre la représentation (pensée) et la perception (sensorialité) grâce à des processus transitoires et transitionnels qui suspendent la différenciation tout en contribuant à sa construction (Poenaru, 2017). À partir des travaux des Botella, Lavallée met justement l'accent sur la continuité et l'indistinction entre la représentation et la perception en qualifiant l'activité hallucinatoire. Selon lui, celle-ci s'organise autour de la difficulté pour le sujet d'appréhender les éléments provenant du pôle perceptif issus des organes sensoriels de ceux qui proviennent du pôle représentatif issu des pensées (Lavallée, 1999). Il poursuit les considérations sur l'hallucinatoire de Freud (1900) qui décrit ce potentiel permanent dans l'appareil psychique provoqué par l'excitation régrédiente des souvenirs et leur retour dans le perceptif.

Les observations formulées jusqu'à présent semblent ainsi correspondre à la modalité perceptive classique de la réalité extérieure. Pour comprendre ces différences de perception, il s'agit ainsi de considérer cette notion dans son acception plus large que celle de ce dispositif thérapeutique¹⁵¹. Cela conduit à établir une hypothèse spécifique aux processus hallucinatoires afin de rendre compte de ces différences perceptives.

¹⁵¹ Le dispositif semble néanmoins avoir accentué ces effets en exagérant la frontière entre ce qui est effectivement présenté dans le casque (qui pourrait être appelé « réalité objective ») et ce qui est perçu et décrit par la personne (qui pourrait être appelé « réalité subjective »). Cette opposition étant inexistante en dehors de ce cadre, mais aussi au sein de celui-ci (Poenaru, 2017).

SIXIÈME HYPOTHÈSE : DE L'HALLUCINATOIRE

La réalité virtuelle engendrerait une régression à la satisfaction hallucinatoire du désir. La forte charge hallucinatoire ainsi induite, régulée par la boucle contenant-contenu, favoriserait la création d'une production figurative à partir de l'environnement virtuel.

L'expérience de réalité virtuelle pourrait mobiliser des processus hallucinatoires lors des séances qui, dans certains cas, auraient l'apparence d'hallucinations. Il semble ainsi que l'expérience de réalité virtuelle représente une forte charge hallucinatoire qui amène le participant à ne plus percevoir ce casque qu'il porte devant ses yeux. À partir du modèle de l'enveloppe visuelle du moi (Lavallée, 1999), il est possible de considérer la continuité perceptive hallucinatoire de ce dispositif comme une réponse à la satisfaction hallucinatoire du désir : le participant observe dans le casque ce qu'il ne peut voir autrement.

8.3.1 Satisfaction hallucinatoire du désir et continuité perceptive

La plupart des participants semblent investir la réalité virtuelle pour revivre des moments passés de leur vie. La volonté d'utiliser le casque pour obtenir une satisfaction qu'ils n'ont pas eu pourrait s'avérer centrale dans ce dispositif. Marqué par le regret d'une vie à répondre au désir de l'autre, le cas de Paul est particulièrement représentatif de sa volonté de satisfaire son propre désir dans son expérience de la réalité virtuelle.

Illustration clinique : Paul

Paul accède à son désir en regardant dans le casque : cette période d'insouciance de sa jeunesse avec les plaisirs de la campagne et de la mer, les grands espaces et leurs embruns frais et purs, le goût des fruits et des berniques, mais aussi ce désir plus actuel de calme et de détente entourée d'enfants. Cette notion d'insouciance qui traverse le discours de Paul pendant nos séances pourrait d'ailleurs marquer sa tentative d'élaborer psychiquement son vieillissement. Elle peut être entendue comme une période où il n'avait pas encore conscience de la mort : il pouvait prendre des risques et s'amuser sans contraintes. Paul la décrit d'ailleurs comme un moment où « *les réalités de la vie ne se présentaient pas encore* ».

Paul semble ainsi observer les scènes qu'il aurait vraiment aimé voir. La réalité virtuelle ajoute d'ailleurs une dimension sensorielle à cette expérience : non seulement il a l'impression

de voir l'objet de son désir, mais il a l'impression d'être présent dans la scène. La notion de satisfaction hallucinatoire du désir, décrite par Freud en 1895, apporte une explication à cet investissement particulier de la réalité virtuelle. Elle renvoie à l'idée que « *sous certaines conditions, un besoin intense, mué en désir adressé à un objet dont la satisfaction est attendue, peut produire des sensations qui, attribuées à tort à un agent extérieur, présentent tous les caractères de la réalité* » (Mijolla et al., 2013, p. 458). L'investissement de Paul pourrait ainsi correspondre à cette volonté de satisfaction hallucinatoire du désir.

Pour développer cette notion, Freud postule d'abord que la satisfaction du nourrisson n'a aucun moyen d'être autonome et passe inévitablement par l'intervention de l'adulte. L'expérience de satisfaction devient alors possible et crée une association dans la mémoire entre l'image du besoin (ou du désir¹⁵²) et celle de la satisfaction. Freud appelle cette association l'identité de perception. Lorsque le besoin (ou le désir) est intense, la réapparition de la première image peut réactiver l'association. Le désir passe d'abord par l'investissement hallucinatoire du souvenir de la satisfaction. Mais l'hallucination ne peut faire cesser le besoin, sauf si elle est maintenue jusqu'à l'épuisement. Elle fait donc défaut et entraîne la déception d'obtenir satisfaction. En raison de cette imperfection, l'hallucination n'est plus privilégiée comme moyen de satisfaction : le principe de réalité s'appliquant au-delà du principe de plaisir (Mijolla et al., 2013). Aussi, à la condition de soins maternels suffisants, le nourrisson hallucine l'accomplissement de ses besoins internes. Autrement dit, il hallucine la satisfaction des besoins qu'il ne peut satisfaire lui-même. Mais cela ne répond pas au besoin véritable et l'amène à distinguer l'accomplissement réel du besoin de sa satisfaction hallucinatoire : halluciner le lait n'estompe pas la faim. Avec le principe de réalité, se forme la représentation de ce qui est uniquement dedans (la pensée) comme différente de la perception qui est à la fois dedans et dehors (Mijolla et al., 2013).

L'hallucinatoire serait ainsi la première forme d'activité psychique du bébé à travers la continuité obtenue entre le besoin et sa satisfaction. Cette continuité relèverait de ce que Lavallée nomme le continuum hallucinatoire qui s'établit entre la représentation (pensée) et la perception (sensorialité) (Lavallée, 2003). Il distingue l'hallucinatoire positif, qu'il situe du côté des contenus et rend présentes des figurations perceptives, de l'hallucinatoire négatif qui se situe du côté du contenant et réduit la présence des stimuli externes. Il explique que le destin de l'hallucinatoire positif en excès est de se négativer pour former un contenant. Il s'agit d'une

¹⁵² Dans la définition qu'il propose de la satisfaction hallucinatoire du désir, Roger Perron explique que Freud n'a pas encore clairement distingué le besoin du désir lorsqu'il formule cette notion (Mijolla et al., 2013).

auto-régulation de l'hallucinatoire par une relation homéostatique contenant-contenu, dont il souligne la référence aux travaux de Bion. Entre le pôle perceptif et le pôle représentatif, Lavallée décrit les échanges pulsionnels sur un continuum hallucinatoire de satisfaction. À la suite des travaux de Green sur l'hallucination négative, Lavallée (2003) rappelle que le désir du bébé est réalisé de façon hallucinatoire lorsqu'il est nourri par sa mère au moment de son besoin. Il considère cela comme le continuum hallucinatoire positif entre le sujet et l'objet. Au point culminant de la satisfaction hallucinatoire positive, le bébé introjecte la mère en même temps que le lait. Cette introjection signe le renversement du signe de l'hallucination qui s'inverse pour devenir négative : en disparaissant de l'extérieur, la présence de la mère peut exister à l'intérieur. Le bébé ne voit plus la mère qui est devant lui, cette hallucination négative forme un écran psychique pare-excitation qui crée une surface d'inscription dans la psyché. Lorsque plus tard, la personne est soumise à une perception à trop fort quantum hallucinatoire positif, par exemple quelque chose ou quelqu'un qu'il préférerait inconsciemment *ne pas voir*, cette perception se négative pour produire un contenant qui renforce son enveloppe visuelle. C'est ainsi qu'il *ne voit pas* l'objet perçu sans nécessairement s'en rendre compte. Cela se produit régulièrement dans une mécanique de régulation de ce type de perceptions et traduit le travail inconscient de l'enveloppe visuelle.

Illustration clinique : Véra

L'un des fils de Véra est décédé dans un accident de voiture et elle répète souvent cet instant de vie où elle le revoit bien habillé à l'occasion d'un dîner lui demander avant de partir : *« est-ce que je suis bien ? »*. C'est le dernier échange qu'ils ont eu : *« après, il est parti et il a eu un accident. Il est décédé... »*. Lorsqu'elle observe l'environnement de la casse automobile, Véra lève immédiatement la tête et indique qu'elle voit le ciel. Elle reste silencieuse un moment. Je lui demande ce qu'il y a autour d'elle : *« je vois toujours le ciel. Je vois une voiture en bas et un poteau en face. Et puis le ciel. C'est le ciel et les nuages que je vois. Un coin de ciel bleu... »*. Elle ne connaît pas cet endroit. En fixant toujours le ciel, elle demande : *« il va y avoir un miracle ? Tout d'un coup quelque chose qui va m'apparaître ? Je ne sais pas... »*. Je lui demande ce qui pourrait lui apparaître mais Véra répond seulement : *« je vois le ciel. Une partie en bleu et l'autre dont la grande majorité est quand même couverte »*. Je lui demande si elle aimerait faire quelque chose dans ce lieu et Véra répond qu'elle n'a *« rien à envier »*. Je lui demande : *« envier ? »*, ce à quoi Véra répond : *« en-vie quoi »*. Elle ajoute : *« je ne vois pas... monter en avion peut-être... il y a peut-être une apparition tout d'un coup... mais je ne vois rien »*.

D'après le modèle de l'enveloppe visuelle du moi (Lavallée, 1999), le *quantum hallucinatoire* des environnements virtuels pourrait s'avérer particulièrement prononcé. Ceux-ci représenteraient ainsi le potentiel hallucinatoire du dispositif. La réalité virtuelle produit l'expérience sensorielle d'un environnement immersif qui évoque la perception à haute charge hallucinatoire décrite par Lavallée à propos du cinéma (2003). L'intensité de l'immersion sensorielle pourrait d'ailleurs contribuer à ce « fort » continuum hallucinatoire. L'accès à la transitionnalité oriente alors ce potentiel hallucinatoire dans deux directions : en l'absence d'espace transitionnel, il prend la forme d'une hallucination qui se déploie directement sur l'environnement virtuel présenté. La perception extérieure se trouve ainsi infiltrée de la mémoire du traumatisme observé dans le casque. En revanche, l'accès à la transitionnalité ouvre une autre voie à la charge hallucinatoire. Cette aire intermédiaire met au travail l'hallucinatoire positif dont l'excès se négativise pour aboutir à la formation d'un contenant. La boucle contenant-contenu permet la création d'une production figurative à partir de l'expérience de réalité virtuelle et favorise la relance des processus de symbolisation.

8.3.2 Réminiscences ecmnésiques et hallucinose

Les réactions et descriptions des participants qui traduisent l'absence de construction d'une aire transitionnelle correspondent à une perception plaquée et brutale de l'environnement virtuel. Tout se passe comme s'ils hallucinaient directement dans la séance. Il semble alors qu'en l'absence d'espace capable de recevoir l'hallucination, le potentiel hallucinatoire des environnements virtuels se déploie de façon directe dans l'expérience de réalité virtuelle. Celle-ci acquiert alors un statut de bizarrerie et d'inquiétante étrangeté. À défaut d'illusion hallucinatoire de continuité, le sujet ne peut adopter qu'une position adhésive à cette perception indéfinissable. La description d'environnements terrifiants auxquels se confrontent certains participants dans l'expérience de réalité virtuelle évoque les « névroses traumatiques » décrites par Claude Barrois dans le dictionnaire international de la psychanalyse :

« Le patient souffre, aussi bien dans des cauchemars que dans des reviviscences diurnes incoercibles, d'une répétition implacable de la situation traumatisante qui est soit reproduite avec une exactitude quasi cinématographique, soit clairement transposée. Dans cette pathologie [...], la métaphore du corps étranger interne et l'irruption d'un matériel mnémotique [...] n'est pas constitué de souvenirs, mais d'images d'un passé quasi persécutoire. Il est extrêmement difficile de transformer en souvenir ces réminiscences qui méritent d'être qualifiées d'ecmnésiques et qu'il est permis de qualifier d'hallucinations du passé » (Mijolla et al., 2013, p. 1514).

Le cas de Christophe illustre ce type de réminiscences qui semblent associées aux images de guerre dont la réalité virtuelle facilite l'actualisation lors de plusieurs séances.

Illustration clinique : Christophe

Les réactions de Christophe lors l'observation du *salon d'une personne âgée* et de la *casse automobile* sont particulièrement marquées par l'aspect brutal et menaçant qu'il leur attribue. Ils produisent un sentiment désagréable d'une intensité difficilement supportable pour Christophe. L'environnement de l'échelle est moins direct mais génère également ce ressenti désagréable. Il souligne combien ces endroits lui semblent anormaux, ce qui les rassemble sur la base de ce critère commun. À l'exception de la première séance où il choisit la tente de camping, Christophe attribuera d'ailleurs cette anormalité à tous les environnements. C'est lors de l'observation du *salon d'une personne âgée* que son éprouvé est le plus intense. Cette séance semble révélatrice de la formation d'une hallucination, dont l'éprouvé trop intense bloque tout processus d'assimilation psychique. Christophe donne l'impression d'avoir vu une scène terrible sans qu'il ne puisse décrire autre chose que son choc ou son incompréhension. Il est possible de l'associer avec la période de guerre qui l'a profondément choqué et dont il parle beaucoup. Il est probable que Christophe ressent un sentiment d'immersion sensorielle total dans cet environnement virtuel avant de percevoir ce salon difforme et très inquiétant. Ce ressenti est si intense qu'il rend cette observation insupportable pour Christophe qui se trouve tellement désorienté qu'il en perd l'équilibre. Le retrait immédiat du casque le soulage rapidement, bien qu'il reste marqué par son observation.

Cette hallucination insupportable pour Christophe produit un effet de rejet. Sa description d'un environnement « difforme » semble indiquer que la problématique se situe dans le « façonnage » perceptif de l'environnement virtuel. Christophe rencontre un environnement mal-formé angoissant qui ne correspond à rien de ce qu'il connaît. Il ne parvient à élaborer aucun lien à partir de cette matière spéciale inédite qui bloque toute possibilité d'association. La notion d'hallucinosité dans son acception bionienne semble correspondre à ce type de production psychique. Selon la définition du dictionnaire international de la psychanalyse, qui reprend les travaux de Bion sur *l'hallucinosité*, si l'enfant ne trouve pas de contenant (mère capable de rêverie), il fait l'expérience d'une panique psychotique. Il évacue alors les fonctions du Moi qui seraient capables d'expérimenter cette panique en même temps que d'autres contenus liés comme l'espace, le temps et le sens. Les émotions violentes ne sont pas contenues par la fonction alpha et l'évacuation vise à échapper à cette angoisse de panique psychotique. À l'inverse d'une identification projective réaliste, les transformations dans l'hallucinosité sont une projection dans un espace sans limite. Il n'y a que des éléments bêta qui

flottent dans un endroit menaçant, indépendant de l'espace et du temps, sous forme d'images et de mots. La mise en mot de ce vécu relève ainsi de l'évacuation et non de la mise en sens (Mijolla et al., 2013).

Selon Oldoini (2019), l'hallucinoïse constituerait l'élément le plus primaire du spectre de l'onirique, qui se déploie de la manière suivante : hallucinoïse ; transformation en hallucinoïse ; rêverie ; rêve. La psychanalyste propose ainsi de la considérer comme un pont entre le fonctionnement psychotique et le fonctionnement onirique :

« je propose de voir l'hallucinoïse comme un phénomène à deux visages, l'un tourné vers le fonctionnement psychotique, l'autre vers l'onirique. La possibilité de transformer l'hallucinoïse en rêve dépendra beaucoup de la capacité de l'analyste à supporter cette situation pendant le temps nécessaire à « rediriger » sa propre capacité à rêver puis la fonction onirique de la paire analytique » (Oldoini, 2019, p. 53).

Cette possibilité de transformation amènera à l'animation progressive d'éléments figés dans l'hallucinoïse par des images contenant qui permettront de les rendre plus tolérables. Oldoini (2019) parle d'un « monde statique, hyperconcret et émotionnellement désert » qui n'est pas sans rappeler le vécu de Christophe lorsqu'il observe ce désert, cet espace sans vie. L'hallucinoïse renvoie également aux descriptions de Léonie dont la perception indescriptible la pousse à retirer le casque pour faire cesser cette expérience désagréable.

Illustration clinique : Léonie

Il est impossible pour Léonie de s'exprimer autrement que par le malaise physique lorsqu'elle observe dans le casque : elle évacue le casque directement en le retirant physiquement de sa perception, ce qui réussit à estomper ces éprouvés brutaux. Pourtant, la trace laissée par l'expérience de la réalité virtuelle constitue une image à partir de laquelle Léonie parvient à associer librement. C'est ainsi qu'elle évoque la maison dans laquelle elle passait du temps avec son mari lorsque les propriétaires partaient en vacances. La réalité virtuelle semble ainsi déborder les capacités perceptives et sensorielles de Léonie tout en laissant une trace susceptible de favoriser les constructions associatives. Cependant, elle raconte son histoire comme dans une sorte de boucle fermée, sans qu'elle ne soit véritablement adressée.

Léonie semble raconter son histoire pour l'entendre sensoriellement de sa bouche à ses oreilles. Elle ne bénéficie donc pas de la transformation des éléments bêta et expulse hors de sa psyché son expérience non-symbolisée (Rabeyron & al., 2022). Contrairement aux expériences de Christophe et de Léonie, qui en resteront au fonctionnement psychotique de l'hallucinoïse, celle de Charline tendra progressivement à se transformer lors des séances. Son cas traduit le

passage d'un fonctionnement en hallucinose à un fonctionnement qui relève de la symbolisation.

Illustration clinique : Charline

Dès l'environnement de présentation, la désorientation de Charline déborde le casque de réalité virtuelle pour se manifester directement dans le champ perceptif concret de la séance. Pendant son observation, elle trouve l'environnement trop près et irréaliste, mais c'est après avoir retiré le casque qu'elle se demande ce qu'elle fait dans ce lieu. Charline évoque ce vide, ce sentiment d'être perdue mais ne peut faire que ressentir ces sensations dans son corps. Les mots qu'elle utilise ne traduisent que sa tentative de l'évacuer et servent tout au mieux à décrire cette bizarrerie. Plus tard, l'environnement de l'échelle lui rappelle une maison. Charline se demande à qui elle appartient, elle est intriguée mais répète qu'elle n'aime pas cet endroit car il ne l'inspire pas. Elle évoque à nouveau ce vide dans son esprit et sa désorientation depuis son entrée dans l'EHPAD après avoir retiré le casque. Malgré la tentative de la mettre en mot, cette désorientation reste encore sensorielle : Charline vit directement cette désagréable impression d'être perdue. Lors de cette séance particulièrement éprouvante pour nous deux, nous partageons ce mal-être et cette tension qui ne s'apaisera qu'après la fin de l'entretien. Une nouvelle fois, la séance suivante est marquée par ces éprouvés bruts et désagréables. Cependant, l'observation du salon d'une personne âgée marque un tournant important dans la dynamique de nos entretiens. Comme lors des précédentes séances, le malaise que décrit Charline se poursuit au-delà de son observation en réalité virtuelle. Elle tente de décrire une sensation, une gêne dont les mots rendent mal compte, ce qui l'agace. Cependant, ils parviennent à façonner une image qui remplace progressivement les seules sensations décrites. Les mots de Charline prennent du sens et lui permettent d'associer avec son histoire familiale et des souvenirs de guerre manifestement traumatiques.

8.3.3 Boucle contenante et production figurative

L'accès à l'espace transitionnel ouvre sur une toute autre expérience de la réalité virtuelle qui la préserve de l'hallucination et l'oriente du côté du rêve. Le potentiel hallucinatoire de la réalité virtuelle s'exprime alors dans l'aire transitionnelle où le sujet rencontre un objet trouvé-créé à partir de l'environnement virtuel. Ainsi, la réalité virtuelle met au travail l'hallucinatoire qui soutient l'illusion d'une continuité entre la scène virtuelle et le patient, mais elle confronte aussi à la différence que suscite cet environnement qui ne *correspondrait pas*. Il s'agit par exemple, de l'alternance entre l'impression de se trouver dans son domicile et la mise en doute de cette illusion. Le cas de Jade illustre cette alternance

entre un lieu qui correspond et qui ne correspond pas au désir de revoir sa maison et d'en reconnaître le mobilier.

Illustration clinique : Jade

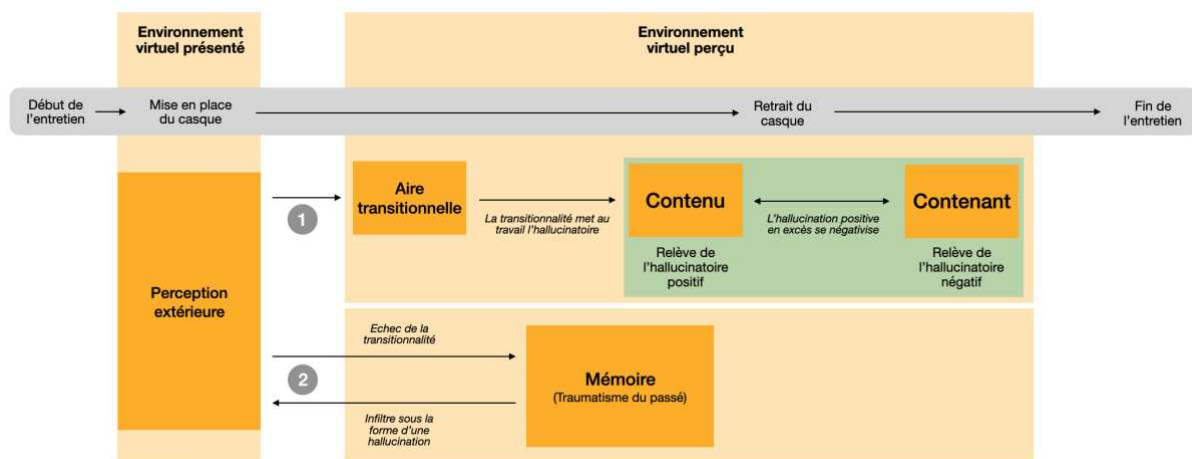
Jade visionne l'environnement « salon d'une personne âgée » : « *ah je vois bien... je vois ma pendule, ma télé... pas ma télé mais... Mais qu'est-ce que c'est ça... ah mais ce n'est pas ma pendule ça ! Ce n'est pas à moi. Non ce n'est pas à moi* ». Elle ajoute : « *ce n'est pas la salle à manger là où on mange, c'est quand même pas là non... je vois le parquet qui ressemble beaucoup au PASA... je vois aussi le truc que j'avais chez moi, le petit meuble... j'en avais un comme ça. Et là, c'est une télé, oui mais c'était pas à moi* ».

La réalité virtuelle place ainsi sur le devant de la scène des « *pensées latentes inconscientes, inconnues à l'intérieur, qui reviennent à l'extérieur comme des perceptions* » (Lavallée, 2005, p. 7). Alternativement, l'environnement serait amené à correspondre et à ne pas correspondre au désir du patient. L'hallucinoire contribue à réduire la fracture sensorielle liée à l'obturation de la vision de la réalité concrète (première transition), et parfois au retrait du casque (seconde transition), ce qui fait de l'environnement virtuel un endroit où le participant a l'impression de se trouver effectivement. Il n'y a plus de chambre d'EHPAD, l'espace et le temps sont redéfinis par cette nouvelle perception. Cependant, la satisfaction hallucinoire du désir trouve sa limite contenante dans l'impossibilité de se trouver réellement à l'endroit présenté. L'environnement ne correspond pas exactement au désir malgré les aménagements hallucinatoires qu'il a subi, comme le lait halluciné ne nourrit pas le bébé. C'est à partir de cette conception de l'hallucinoire qu'il est possible de considérer l'environnement virtuel décrit comme une production figurative créée par la « boucle contenante » qui oscille entre la formation d'un contenu et celle d'un contenant. Il se forme par l'alternance entre l'hallucinoire positif qui produit un contenu et l'hallucinoire négatif qui lui donne une forme en créant une limite. Cette formation devient palpable et descriptible par le patient.

Selon cette hypothèse, la forte charge hallucinoire des environnements virtuels réactive la satisfaction hallucinoire du désir. L'objet est halluciné négativement à l'acmé du plaisir hallucinoire : le casque disparaît pour ne laisser place qu'à son contenu. L'hallucination positive perçue n'est plus limitée par le dispositif matériel. La réalité virtuelle est conçue pour que le participant ait l'impression de se trouver réellement dans l'environnement qu'il observe. Cela réactive la satisfaction hallucinoire du désir de ce sujet qui voudrait bien se trouver dans cet espace-temps qu'il définit au besoin. C'est d'ailleurs ce qu'il fait à travers l'hallucination positive des éléments qu'il remarque dans la scène alors qu'ils

n’y sont pas objectivement présentés : il voit le repos, les rencontres familiales, le plaisir de revoir ses enfants, de sortir à la mer... À ce moment, deux destins sont possibles pour la production subjective ainsi constituée. Ils dépendent de la capacité du sujet à découvrir les limites de leur perception : il ne s’agit pas réellement de leur intérieur, de leur famille ou de leur jardin. Si la technologie échoue à produire une immersion parfaite, ces participants peuvent admettre qu’ils se trouvent encore dans leur chambre d’EHPAD pendant qu’ils ont l’impression de vivre ces moments spéciaux. La valence hallucinatoire se renverse alors pour former un écran psychique pare-excitation sur lequel s’inscrit l’expérience subjective de la réalité virtuelle. Le contenu suffisamment éprouvant du casque participe ainsi à établir une production figurative des contenus psychiques en souffrance traduits dans le langage par la description d’un environnement virtuel trouvé-créé. Cela donne à l’expérience de réalité virtuelle la forme d’un rêve, contrairement à son autre destin qui est de prendre la forme d’une hallucination. Dans ce cas, l’hallucinatoire n’est pas traité dans l’aire transitionnelle. Concrètement, la technologie réussit à produire une immersion parfaite dans la mesure où il n’y a pas d’espace pour en concevoir la forme imaginée. La perception extérieure se trouve infiltrée de la mémoire du traumatisme qui prend la forme d’une réminiscence écnésique ou de l’hallucinose. Le schéma suivant reprend cette hypothèse en l’organisant de façon chronologique dans la séance.

Figure 5 : Les deux voies hallucinatoires de la réalité virtuelle



La réalité virtuelle se rapproche du travail du rêve en raison de la régression formelle qu’elle induit. Cette expérience favorise d’abord la position régrédiente du participant qui se trouve plongé dans un état introjectif marqué par l’hallucinatoire. Ensuite, la dimension intersubjective de la régrédience permet l’accès à un état de rêverie partagé entre le patient et le thérapeute. La forme donnée au contenu de la réalité virtuelle est ainsi co-construite par ces deux sujets, ce qui contribue à l’émergence du tiers analytique (Ogden, 1994). L’étude de la

dimension hallucinatoire de la réalité virtuelle enrichit cette proposition théorico-clinique à partir du lien qu'elle entretient avec l'enveloppe du rêve et son fonctionnement décrit par Lavallée (2003) :

« Je conçois l'enveloppe du rêve comme un circuit pulsionnel circulaire fermé, seulement régulé par l'écran interface. L'enveloppe du rêve est un espace dédoublé où le rêveur est spectateur de sa propre production figurative. La conviction de réalité perçue attachée à la qualité pleinement hallucinatoire de la figuration nocturne est tempérée par la distance prise par le rêveur avec celle-ci. Cette prise de distance signe la présence de l'écran interface qui relie et sépare les productions inconscientes endoperçues et le sujet dormant. Cette prise de distance est facilitée par la blancheur de l'affect associé aux images du rêve » (p. 74-75).

Lavallée postule d'un faible potentiel hallucinatoire positif dans la production figurative du rêve. L'affect serait estompé par l'intensité hallucinatoire négative de l'écran du rêve qui l'atténue jusqu'à le rendre imperceptible. Il considère ainsi l'affect du travail du rêve comme un affect primaire de plaisir produit par l'enveloppe figurative d'une bonne homéostasie psychosomatique. Ce qui compte, c'est l'équilibre du quantum hallucinatoire de satisfaction figurative. Selon lui, quel que soit le « scénario », c'est le plaisir pris par le rêveur à se sentir paisible qui domine. Le pôle perceptif est totalement fermé pendant le rêve. Ces endoperceptions ne peuvent donc pas s'étayer sur les éléments sensoriels de l'extérieur ou à partir du langage. Elles ne pourront être mises en mots qu'au réveil. L'enveloppe endoperceptive du rêve se trouve ainsi fermée sur elle-même et ne peut compter que sur les seuls processus de régulation hallucinatoire. En cas de défaillance de cette régulation, rien ne peut donc empêcher à l'activité hallucinatoire de devenir une hallucination si l'enveloppe du rêve ne permet pas le travail onirique. Le rêve peut alors prendre la forme terrifiante et angoissante de cauchemars. Son contenu figuratif ne peut se maintenir à défaut d'une régulation hallucinatoire positive relevant du principe de plaisir, tout comme sa propriété contenante se perd en raison de l'absence de régulation hallucinatoire négative. L'hallucinatoire redevient une excitation pulsionnelle déchargée directement depuis l'inconscient qui déborde immédiatement le moi du dormeur pendant son sommeil et jusqu'au réveil.

Lavallée explique comment l'écran psychique contenant parvient à se reconstruire dans la relation thérapeutique à travers l'hallucinatoire de transfert. La position régrédiante de l'écoute flottante analytique permettent au contenu primaire d'être éprouvé par le thérapeute. Il se laisse « traverser » par les éléments non secondarisés du patient qu'il introjecte pour aboutir à un processus co-construit. De cette manière, le patient trouve un continuum hallucinatoire

capable de faire partager sa terreur, son cauchemar. L'accordage relationnel de la bonne parole au bon moment permet ainsi de construire le sentiment de continuité qui succède à la détresse psychique. Cette sensation de continuum avec le thérapeute produit un apaisement : le patient se sent entendu et compris. Il peut halluciner négativement l'analyste – comme le bébé hallucine négativement sa mère – en même temps qu'il introjecte le contenu transformé de l'analyse. Cela permet la création d'un écran hallucinatoire négatif qui « retire » le thérapeute de la séance. Grâce à la reconstruction de cet écran psychique, le patient peut remettre au travail le contenu figuratif endoperceptif et l'approfondir. Autrement dit, il peut se remettre à rêver. Le psychanalyste rappelle ainsi combien la présence physique du thérapeute est importante dans ce processus. Il insiste notamment sur l'importance de l'expressivité du visage qui traduit pour le patient l'éprouvé du thérapeute à l'occasion de son discours (Lavallée, 2003). Celui-ci doit être suffisamment présent et perçu *au dehors* pour répondre à la dynamique d'accordage nécessaire au développement du potentiel hallucinatoire de son patient, mais aussi pouvoir être halluciné négativement et permettre de reconstruire un écran psychique.

Dans l'expérience de réalité virtuelle, les perceptions de l'extérieur sont fermées physiquement, ce qui rappelle l'enveloppe endoperceptive du rêve décrite par Lavallée. L'équilibre du quantum hallucinatoire de satisfaction figurative y serait aussi important que dans le rêve si l'on considère qu'il n'est plus régulé par la sensorialité de l'extérieur. Cependant, contrairement au rêve, le patient conserve l'accès au langage. Il ne semble d'ailleurs maintenir que cette ouverture auditive et verbale sur le monde. Cette particularité différencie l'expérience de la réalité virtuelle de celle du rêve : le discours du patient contribue à façonner son expérience. Cela peut être interprété comme une régulation homéostatique directe qui participe à la régulation des pôles hallucinatoires positifs et négatifs. En reportant cette idée au rêve nocturne classique, c'est comme si le travail du rêve était facilité par une régulation hallucinatoire exoperceptive *pendant* le rêve. Autrement dit, tout se passe comme si le patient était en train de rêver pendant la séance, tout en bénéficiant d'un support d'étagage hallucinatoire suffisant pour se réguler. Le travail du rêve nocturne traduit la régulation hallucinatoire interne, en quelque sorte *débrayée* du pôle sensoriel, alors que l'expérience de réalité virtuelle traduit une régulation hallucinatoire externe, *en prise* avec les mots échangés pendant la séance.

L'échange verbal qu'il peut entretenir avec le thérapeute pendant son observation permettrait ainsi de maintenir un contenu figuratif rassurant qui relève du principe de plaisir¹⁵³. Dans le même temps, l'hallucinoire négatif est facilité par le casque qui coupe la perception à l'extérieur, et par sa propension à faire oublier l'endroit réel où se trouve la personne, comme le rêveur oublie son lit. La conversation entre le thérapeute et le patient lors de l'expérience de réalité virtuelle favoriserait ainsi la régulation de l'hallucinoire en enrichissant par l'extérieur le contenu figuratif issu de l'hallucinoire positif. Le patient décrit son observation qui prend sa forme au cours de l'échange verbal : Jade observe son propre jardin ou Perrine sa famille. Le contenu de la réalité virtuelle serait ainsi modelé subjectivement à partir de l'environnement présenté dans le casque. La négativation de l'hallucinoire positif en excès participerait de cette manière à produire l'effet contenant de l'expérience. Cet effet contenant correspond à l'immersion du patient dans la scène virtuelle. Le niveau d'intensité de l'immersion sensorielle pourrait ainsi correspondre à la régulation des pôles hallucinatoires. Le contenu (la scène virtuelle) et le contenant (l'immersion) participent mutuellement à l'équilibre entre l'hallucinoire positif et l'hallucinoire négatif. Toutefois, si une lecture chronologique était possible, le patient verrait d'abord l'environnement virtuel puis se sentirait présent dans cet espace. Cela implique que les propriétés de l'environnement présenté dans le casque pourraient déterminer l'intensité de l'immersion du sujet. Les associations inconscientes du sujet réalisées à partir de la scène virtuelle se manifesteraient donc sur l'expérience de l'immersion qui – à son tour – participerait à la perception de l'environnement observé. Cette boucle décrit ainsi le processus de régulation hallucinoire à propos de l'expérience spécifique de la réalité virtuelle.

L'expérience de réalité virtuelle partagée avec le thérapeute ressemble à celle d'un rêve réalisé au cours de la séance. Ce thérapeute qui se laisse rêver librement avec le patient participe à établir ce continuum hallucinoire dont parle Lavallée. Il se laisse traverser par cette expérience, par ce rêve qu'il imagine à partir du discours du patient : d'une certaine manière, ils rêvent ensemble. Ses remarques l'aident à se représenter cette sensation et participent au sentiment de continuité du patient. L'environnement virtuel est le seul matériel alors disponible. Pendant qu'il affine sa compréhension de celui-ci, le thérapeute s'accorde au patient et introjecte les éléments non secondarisés de son expérience. L'échange qu'ils entretiennent donne une forme à ce rêve commun qui participe à la création du tiers analytique (Ogden, 1994).

¹⁵³ Nous remarquons d'ailleurs que la prévalence du plaisir dans les contenus décrits par les participants qui observent des contenus figuratifs. Ceux-ci sont nombreux à apprécier la scène et à mentionner leur plaisir de l'observer. Il est également assez net que le cas de Christophe illustre une absence de ce type de contenu : les éléments perçus se déforment, deviennent bizarres etc., comme si la scène se *déstructurait*. Autrement dit, comme si cette scène perdait ses propriétés figuratives pour prendre la forme étrange et abstraite d'un cauchemar.

L'environnement virtuel décrit par le participant serait le résultat de ce processus qui constitue la première étape du travail de symbolisation.

La seconde étape correspond au passage de l'immersion sensorielle à l'immersion fictionnelle. Qu'il se produise au cours de l'observation ou après le retrait du casque, ce changement de type d'immersion échappe à la conscience des participants qui se trouvent plongés dans leur propre histoire. La progressivité du changement de l'immersion, que ce soit dans sa forme ou son intensité, pourrait être expliquée par l'action d'un mécanisme de régulation hallucinatoire. L'émergence de l'immersion fictionnelle pendant l'observation relèverait de la négation hallucinatoire de l'environnement virtuel, alors que son développement après le retrait du casque relèverait de la négation de l'environnement réel dans lequel se déroule l'entretien. L'accès à l'immersion fictionnelle reposerait donc sur la régulation hallucinatoire des participants : ils maintiendraient un équilibre homéostatique qui garantit la continuité hallucinatoire de leur expérience. L'histoire qu'ils décrivent et dans laquelle ils ont l'impression de se trouver constituerait ainsi une production hallucinatoire positive qui nécessite cette régulation.

L'environnement virtuel acquiert alors un statut tout à fait spécifique : il est une expérience co-construite entre le patient et le thérapeute. Celle-ci est verbalisée dans la séance comme il est possible de parler d'un rêve, à la différence fondamentale que le thérapeute l'a *directement partagé*. Le sentiment de continuité est décuplé puisque d'une certaine façon, il a aussi vécu ce rêve. Cela facilite l'accordage relationnel entre le thérapeute et le patient qui se sent compris, ce qui produit une sensation apaisante dans la séance. Le patient peut halluciner négativement le thérapeute qui se trouve en face de lui pendant qu'il introjecte le contenu transformé par sa fonction alpha. Il peut créer cet écran hallucinatoire négatif qui remet au travail le contenu figuratif endoperceptif et l'approfondir dans cette seconde partie de l'entretien. Cette possibilité d'élaboration traduit un positionnement de l'ordre du parler-rêver (Ogden, 2008) dans lequel le patient vient présenter le contenu qui peut être celui d'un rêve mais aussi d'une autre expérience associée à partir de l'objet de médiation. Le partage de cette expérience que viennent de vivre le patient et le thérapeute alimente le sentiment de continuité et participe ainsi à l'émergence du tiers analytique intersubjectif.

Enfin, la description de l'environnement virtuel traduit un rapport spécifique à la mémoire. À la différence du rêve nocturne dont l'oubli au réveil de certaines précisions peut s'avérer tout à fait significatif lors de l'interprétation, la proximité de cette expérience avec sa mise en mot limite cette possibilité. D'une certaine manière, le rêve échappe à l'oubli en ayant

la possibilité d'être mise en forme immédiatement après avoir eu lieu. Cela reviendrait à se réveiller d'un rêve directement dans le cabinet de l'analyste. La fraîcheur de l'expérience de réalité virtuelle serait similaire à celle du réveil au petit matin après le rêve nocturne. Ce qu'il en reste est plus facilement mis en mot, parce qu'il correspond à une sorte de suite induite par le cadre de la séance. Les questions du thérapeute qui font suite à l'observation alimentent cette verbalisation, comme s'il demandait au patient de décrire son rêve sans avoir besoin de le formuler. Cela permettrait de contourner certaines résistances habituelles à l'expression d'un rêve que la personne trouve inutile ou hors de propos, alors même qu'il se trouve être particulièrement significatif¹⁵⁴.

¹⁵⁴ Malgré la règle fondamentale, certains patients censurent des rêves pour lesquels ils ne voient pas de rapport avec leur situation. D'une certaine manière, il s'agit d'une négation du rêve comme aurait pu l'être tout autre contenu psychique. Cette manœuvre rappelle le texte de Freud (1925) sur la négation qui souligne combien le patient refuse d'accepter l'idée qu'il est pourtant en train d'exprimer.

CONCLUSION

Nous voici arrivés au terme de cette recherche dans laquelle nous avons tenté de déterminer s'il était possible d'utiliser la réalité virtuelle comme médiation thérapeutique auprès de personnes âgées en institution. Nous avons créé un dispositif, nous en avons élaboré une théorie, puis nous avons proposé une analyse des processus psychiques induits chez les participants. À partir de ces trois axes majeurs, la perspective d'utiliser cette technologie comme médiation thérapeutique apparaît pertinente et prometteuse. L'orientation psychanalytique de ce travail l'inscrit dans un champ relativement nouveau en ce qui concerne la réalité virtuelle. La richesse de cette approche ouvre donc la voie à une exploration bien au-delà de cette thèse pour comprendre et utiliser le potentiel de cette technologie dans le soin psychique des personnes âgées en institution gériatrique. Néanmoins, ce travail contribue aussi aux réflexions sur la pratique clinique en EHPAD et constitue déjà une proposition thérapeutique dont les professionnels pourront s'inspirer. Cette recherche participe également à enrichir les connaissances théoriques des dispositifs technologiques de soin psychique, et plus précisément des médiations thérapeutiques fondées sur la réalité virtuelle.

La méthodologie de cette recherche a été construite selon une orientation psychanalytique qui s'appuie en particulier sur l'association libre, le transfert et l'après-coup. La première étape de ce travail a été de créer le dispositif. Trente lieux ont d'abord été enregistrés par une caméra à 360 degrés pour constituer les environnements de réalité virtuelle. Ceux-ci ont été stockés dans un smartphone qui faisait office d'écran dans le visiocasque. Les entretiens cliniques se sont déroulés en EHPAD, dans le logement des résidents, pendant trente à quarante-cinq minutes. Ils ont été initiés par une séance de présentation destinée à découvrir la réalité virtuelle afin de recueillir leur consentement. Ces derniers ont ensuite participé à cinq séances de médiation thérapeutique à partir de la réalité virtuelle. La première séance a fait l'objet d'une sélection de l'environnement virtuel à partir de photographies imprimées. Toutefois, ce choix a fréquemment mis les participants en difficulté, ce qui a nécessité de présélectionner les environnements pour les quatre séances suivantes. Après un temps d'échange libre pour introduire chaque séance et une étape de réglage optique, les participants ont observé l'environnement virtuel dans le visiocasque. Ils ont souvent décrit leur observation et alimenté l'échange pendant cette phase de quelques minutes. Après avoir retiré le casque, ils ont pu évoquer leur observation par association libre. Ce temps était le plus long et le plus significatif des séances. Il restait possible d'utiliser le visiocasque à nouveau pour une seconde immersion lorsque cela s'avérait pertinent. Ce dispositif a été proposé à vingt-et-une personnes

parmi lesquelles six ont refusé de participer et cinq autres se sont retirées de la recherche après le début des séances. Leur présentation et leur analyse n'ont donc pas été retenues. Dix sessions complètes ont été réalisées auprès de personnes âgées de 83 à 95 ans. Ces sessions ont abouti à la rédaction des cas cliniques. Avec l'accord des participants, les entretiens qui ont suivi les séances ont été intégrés dans la recherche afin d'appréhender les effets à moyen terme du dispositif. Enfin, chaque cas clinique a fait l'objet d'une brève analyse qui a permis d'identifier les éléments propres à la singularité du patient et à sa subjectivité.

Nous sommes partis du constat qu'en EHPAD, les résistances sont trop fortes pour pouvoir travailler avec la libre association de manière classique. Il existe une censure institutionnelle qui empêche les résidents de se laisser aller à cet exercice, ces derniers ne formulent généralement pas de demande, et enfin, la constellation transférentielle amène les soignants à se défendre du transfert négatif des patients en « bridant », à leur place, leur travail thérapeutique. L'exercice de la psychothérapie en EHPAD devient compliqué et l'utilisation de réalité virtuelle comme médiation thérapeutique a permis d'apporter une réponse à ces difficultés. Les problématiques du grand-âge et du contexte institutionnel semblent alors s'être transférées dans le rapport au casque de réalité virtuelle. Les résistances se sont détournées de l'engagement dans la séance, de la méthode de la thérapie ou de la personne du clinicien. Pendant que le patient portait un regard critique sur le casque, il continuait à s'investir dans la séance. Cela a permis de détourner ces problématiques qui peuvent parfois envahir les séances. Le dispositif semble ainsi avoir favorisé l'organisation des résistances dans une modalité adaptée à la clinique institutionnelle gériatrique. Selon notre première hypothèse, le casque de réalité virtuelle constitue par conséquent un attracteur du transfert qui facilite l'expression de la demande des patients et leur engagement en psychothérapie.

Par la suite, nous avons accordé une grande importance à la rupture sensorielle qui s'est produite lors de la mise en place du casque. Cette disposition dans laquelle le patient et le thérapeute ne se voient plus nous a inspiré l'hypothèse d'une posture régrédiente du clinicien et du patient. Ce dernier se laisse aller à son monde intérieur marqué par l'hallucinatoire. Quant à la posture du clinicien, nous avons été absorbé par le médium et accepté la rêverie à laquelle il invitait car il s'agissait du seul accès possible à l'expérience du patient. Ainsi, les deux sujets de l'analyse ont pu se mettre à rêver ensemble (Ogden, 2014). Précisément, ce travail de rêve en commun est central pour la psychothérapie, surtout auprès de personnes âgées qui ne « rêvent » plus pour la plupart. La réalité virtuelle aura ainsi ouvert la voie à cette régression formelle du patient et du clinicien. Elle s'inscrirait dans la lignée des médiations thérapeutiques

numériques en ouvrant un espace de « pensée visuelle » (Botella, 2001). La mise en place du casque constituerait une expérience sensorielle qui laisse une trace énigmatique dans la psyché. Elle serait ainsi associée aux processus primaires de symbolisation.

Le retrait du casque s'est aussi avéré central dans l'expérience de réalité virtuelle et nous avons proposé qu'il s'apparente au réveil d'un rêve. À partir de cette idée, nous avons élaboré l'hypothèse d'une expérience oniroïde induite par la réalité virtuelle. Le patient a décrit ce que nous avons considéré comme une production subjective oniroïde, composée des mêmes matériaux que le rêve : les stimuli corporels, les restes diurnes et les désirs inconscients. Ces matériaux ont été fragmentés puis recombinaés dans le souvenir selon des mécanismes de condensation, de déplacement, de figurabilité et d'élaboration secondaire (Tisseron, 2016a). En retirant le casque, le patient aurait quitté un état de satisfaction hallucinatoire du désir. C'est à posteriori que l'expérience a pris le statut d'un rêve ou d'un cauchemar. En quittant l'enveloppe « matérielle » du casque, il a pu décrire le souvenir de son expérience avec le clinicien, directement après l'avoir vécue, de la même façon que s'il avait pu raconter un rêve à son réveil. La qualité de représentation du souvenir de la scène a permis de réinterpréter la trace énigmatique laissée par l'environnement de réalité virtuelle. Le retrait du casque aurait ainsi facilité la relance des processus secondaires de symbolisation à partir de la narration du souvenir de cette expérience.

Ces trois premières hypothèses se sont inscrites dans la théorisation du dispositif. Elles ont permis de comprendre les apports de la réalité virtuelle dans ce dispositif et ses effets. Les trois autres hypothèses correspondent à une analyse plus détaillée des processus psychiques que nous avons observés avec de ce dispositif. La différence entre les descriptions des participants et les environnements virtuels présentés dans le casque a constitué le point de départ de notre réflexion. Rapidement, nous avons constaté que les patients ne semblaient pas voir ce qui leur était montré ; ils rapportaient souvent « autre chose ». Cela nous a amené à proposer l'hypothèse d'une forme d'appropriation subjective de la réalité virtuelle. Pour accéder à la scène, le participant a dû faire l'expérience de la réalité virtuelle qui ne s'est pas dévoilée directement mais seulement à partir des sensations qu'elle a induit. À ce titre, l'analyse de l'immersion a été majeure dans ce dispositif. Elle a permis de dégager deux axes principaux dont l'un concerne la forme et l'autre, l'intensité. L'immersion aurait d'abord pris une forme sensorielle avant d'évoluer vers une forme fictionnelle dans laquelle le patient était plongé dans sa propre histoire comme s'il en observait effectivement la scène. L'intensité de cette expérience a comporté trois niveaux de profondeur d'immersion. Nous les avons rapprochés à

la notion d'investissement et considéré l'engagement comme la période d'expression des résistances, l'absorption comme le niveau d'investissement nécessaire à l'engagement dans la thérapie, et l'immersion totale comme un vécu de débordement marqué par une forme d'adhésion sensorielle à l'environnement. Contrairement à ce que nous aurions pu envisager à priori, le niveau le plus profond de l'immersion s'est avéré trop intense pour les participants. Ils ont adopté une position schizoparanoïde marquée par un plaisir intense ou à l'inverse, une réaction de déplaisir très forte à observer l'environnement. Certains d'entre-eux ont été tellement pris par cette expérience qu'ils ont développé une adhésion à l'objet, caractéristique de la position autosensuelle.

À partir de cette élaboration de l'immersion, nous avons pu considérer que le patient avait été plongé dans sa propre production psychique qui a mêlé la réalité virtuelle et des contenus psychiques internes en attente de symbolisation. Ce dispositif aura permis de mettre son jugement d'existence en suspens : les participants n'ont plus cherché à déterminer ce qui venait d'eux et ce qui provenait de l'extérieur. Cela nous a conduit à élaborer l'hypothèse de la transitionnalité. Celle-ci repose sur le constat d'une confrontation à l'expérience de différenciation soi/non-soi induite par l'expérience de réalité virtuelle. Le dispositif aurait ainsi sollicité la capacité du patient à maintenir l'illusion d'une continuité entre sa vie psychique interne et le monde extérieur. Lorsque cela n'a pas été possible, nous avons observé une régression au stade de l'indifférenciation caractérisée par une très grande intensité d'immersion et une adhésion sensorielle. Quand la capacité d'illusion du participant était suffisante, ce dernier a pu se faire croire qu'il se trouvait dans l'environnement virtuel qu'il observait. La réalité virtuelle semble alors avoir déployé une zone intermédiaire d'expérience entre la psyché et le monde environnant. Cet espace de rêverie a permis au patient et au clinicien de se retrouver autour d'une scène dont les détails ont enrichi la boucle intersubjective. En raison de la régrédience induite par le contexte de rupture visuelle, le dispositif aurait favorisé la négation des subjectivités individuelles et donc, la création d'un tiers analytique (Ogden, 2014). Au cours de la thérapie, les sujets de l'analyse ont pu se réapproprier des subjectivités séparées, transformées par leur expérience du tiers analytique (Ibid.).

Enfin, l'analyse des processus induits par la réalité virtuelle a été complétée en précisant la dimension hallucinatoire de ce dispositif. Cette notion s'est avérée centrale car elle a articulé les propriétés du dispositif aux problématiques des sujets. La forte charge hallucinatoire de la réalité virtuelle s'est mêlée aux désirs qui n'ont pas été satisfaits. Les résidents en EHPAD sont nombreux à formuler des regrets. Dans ce dispositif, il semble que ces regrets aient été traités

sur le mode de l'expérience de plaisir ou de déplaisir. Les participants ont fait l'expérience, sur le mode du principe de plaisir, d'un vécu non expérimenté et qui a engendré des regrets ou, à l'inverse, ces regrets ont favorisé une identification adhésive qui s'est traduite par une hallucinose. Dans la mesure où la réalité virtuelle a augmenté le niveau d'immersion, elle a également catalysé les processus hallucinatoires. Certains sujets se sont ainsi trouvés débordés par la boucle externalisée d'identification adhésive. D'autres ont pu réaliser leur désir de façon hallucinatoire sans qu'ils ne prennent la forme d'une hallucination. Cela s'explique par le travail de régulation de l'enveloppe visuelle du moi (Lavallée, 2003), qui n'a été rendu possible qu'en raison de l'accès à la transitionnalité. L'environnement virtuel décrit par ces participants a ainsi été considéré comme une production figurative, créée par la boucle contenant-contenu, qui a favorisé la relance des processus de symbolisation.

Ces hypothèses sont autant de pistes d'explorations à poursuivre afin de continuer d'étudier l'intérêt d'utiliser la réalité virtuelle comme dispositif à médiation auprès des personnes âgées en institution. L'orientation psychanalytique de ce travail de thèse soutient une autre façon de concevoir la réalité virtuelle dans le soin psychique. Elle induit un positionnement spécifique auprès des patients, mais surtout à l'égard de l'objet de médiation. La dimension centrale de l'associativité dans ce dispositif met l'accent à la fois sur la liberté d'expression mais aussi sur l'importance de la relation thérapeutique. Elle repose sur des éléments internes en lien avec le transfert dont l'analyse constitue un axe majeur de ce travail. Enfin, cette recherche s'inspire de la psychanalyse freudienne selon laquelle deux temps constituent le traumatisme psychique : le temps de l'événement et le temps de sa reviviscence. La notion d'après-coup relève de cette conception et repose sur l'idée que le sujet remanie les événements dans un second temps pour leur donner du sens. Les séances sont ainsi organisées en deux temps distincts, celui de l'immersion et celui de la discussion. Ce dispositif faciliterait ainsi le remaniement après-coup de l'expérience vécue lors de la séance.

L'approche psychanalytique se caractérise également par la capacité à se laisser imprégner par la clinique afin de parvenir à reconnaître et à interpréter ces éléments dans le transfert. À cet égard, il est aisé d'identifier deux manifestations transférentielles majeures qui n'ont cessé d'exercer un effet sur notre élaboration. Elles pourraient être considérées comme des limites « subjectives » inhérentes au contexte de cette recherche. D'abord, nous avons été « rattrapés » par la dimension technique de l'objet, ce qui s'est caractérisé par un style et une manière d'aborder les processus qui a pu sembler parfois mécanique, voire réifiante. Ce travail de thèse résulte ainsi d'un processus de relance de la pensée. Notre capacité à penser s'est aussi

trouvée mise à mal par une dimension transférentielle de l'ordre de la lassitude. Cette impression correspond probablement à un vécu prévalent dans la clinique des personnes âgées en EHPAD où de nombreux résidents répètent qu'ils ont vécu suffisamment et attendent de mourir. Le recours à un objet aussi vivant, original et novateur que la réalité virtuelle dans un espace plutôt mortifère et inanimé, pourrait ainsi être interprété comme une réaction contre-transférentielle de l'ordre de la réparation maniaque. Cette recherche est un point de rencontre entre le monde des nouvelles technologies et celui du vieillissement. L'un se caractérise par une dimension plutôt maniaque alors que l'autre correspondrait davantage à un versant dépressif. En digne représentant de l'hypermodernité au service du vieillissement, ce dispositif pourrait être considéré comme une tentative d'injecter de la pulsion de vie où la pulsion de mort prédomine (Talpin, 2018). Face au douloureux constat de cet échec, la clinique du rapport à l'impuissance revient au centre du vécu transférentiel.

Dans une dimension plus « objective » des limites de cette recherche, sa perspective exploratoire représente à la fois son intérêt et sa principale faiblesse. En effet, la création, l'utilisation et l'analyse des effets du dispositif constituent l'essentiel de ce travail de thèse. Les propositions théorico-cliniques pourraient mériter d'être complétées par l'exploration des processus thérapeutiques qu'il induit en utilisant des grilles ou des outils d'analyses plus objectifs. Toutefois, le nombre limité de participants dans cette recherche n'aurait pas pu permettre un tel travail. De plus, le contexte institutionnel compliqué des EHPAD n'a pas toujours permis de développer et d'utiliser le dispositif de façon optimale. Bien qu'il soit nécessaire de pointer cette limite de nature méthodologique, il semble impossible d'ignorer la dynamique institutionnelle dans la conception et la mise en place d'un tel dispositif thérapeutique en gériatrie.

Par ailleurs, nous avons principalement porté notre attention sur les transitions perceptives induites par l'expérience de réalité virtuelle : la première à la mise en place du casque et la seconde à son retrait. Les résultats de ce travail de thèse pourraient ainsi s'étendre à d'autres visiocasques indépendamment de leur niveau de perfectionnement car ils produisent tous cette « rupture » entre le patient et le clinicien. D'autres particularités de l'expérience de la réalité virtuelle mériteraient d'être explorées. Nous pensons, par exemple, au rapport au corps dans une réalité virtuelle qui empêche sa perception visuelle, ou à la dimension temporelle de l'expérience de réalité virtuelle qui aurait pu être approfondie en articulant la notion de temps psychique à celle d'un espace-temps virtuel. Toutefois, l'emphase de cette recherche sur le rapport entre le patient et le clinicien souligne le rôle essentiel de la relation lorsqu'un objet est

utilisé dans une perspective thérapeutique. Elle rappelle l'importance du choix d'un objet adapté à la vie psychique des personnes afin qu'il puisse être un médium malléable susceptible d'accompagner le sujet dans l'exploration de sa subjectivité.

Pour conclure, ce travail de thèse ouvre la porte d'un EHPAD et souligne l'importance de considérer la parole de ses résidents et certains effets de ce contexte institutionnel sur leur vie psychique. Ces éléments traversent la clinique de ces personnes âgées auprès desquelles il est difficile de trouver une modalité thérapeutique adéquate lorsqu'ils sont en souffrance psychique. Le recours à une « médiation extrême » a été nécessaire auprès de ces patients qui ont pu s'engager dans la thérapie et faire l'expérience de sensations nouvelles. L'immersion dans la réalité virtuelle a produit un ensemble d'effets inattendus qui n'auraient pas été observés avec d'autres médiations plus classiques fondées sur les images ou le dessin. Ce travail valorise ainsi le recours aux nouvelles technologies dans le soin psychique. Il souligne également l'importance de penser le dispositif clinique afin d'apporter aux résidents en EHPAD la sécurité psychique nécessaire pour qu'ils réussissent enfin à dire ce qui est véritablement important pour eux.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdi, J., Al-Hindawi, A., Ng, T., & Vizcaychipi, M. (2018). Scoping review on the use of socially assistive robot technology in elderly care. *BMJ Open*, 8(2), 1-20.
- Adery, L. H., Ichinose, M., Torregrossa, L. J., Wade, J., Nichols, H., Bekele, E., Bian, D., Gizdic, A., Granholm, E., Sarkar, N., & Park, S. (2018). The acceptability and feasibility of a novel virtual reality based social skills training game for schizophrenia : Preliminary findings. *Psychiatry Research*, 270(1), 496-502.
- Albani, G., Pignatti, R., Bertella, L., Priano, L., Semenza, C., Molinari, E., Riva, G., & Mauro, A. (2002). Common daily activities in the virtual environment : A preliminary study in parkinsonian patients. *Neurological Sciences : Official Journal Of The Italian Neurological Society And Of The Italian Society Of Clinical Neurophysiology*, 23(2), 49-50.
- Albinet, C. (2004). *Vieillesse, activité physique et apprentissage moteur : Effets de la complexité de la tâche*. [Thèse de Doctorat en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, Université Paul Sabatier - Toulouse III].
- Alcañiz, M., Botella, C., Baños, R. M., Zaragoza, I., & Guixeres, J. (2009). The Intelligent e-Therapy system : A new paradigm for telepsychology and cybertherapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 287-296.
- Allen, J. S., Bruss, J., Brown, C. K., & Damasio, H. (2005). Normal neuroanatomical variation due to age : The major lobes and a parcellation of the temporal region. *Neurobiology of Aging*, 26(9), 1245-1260.
- Amato, E. (2014). L'immersion par le jeu vidéo : Origine et pertinence d'une métaphore significative. Dans E. Amato, *Les figures de l'immersion* (p. 39-59). Presses universitaires de Rennes.
- Ambresin, G., de Roten, Y., Drapeau, M., & Despland, J.-N. (2007). Early change in maladaptive defence style and development of the therapeutic alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14(2), 89-95.
- Angel, L., & Isingrini, M. (2015). Le vieillissement neurocognitif : Entre pertes et compensation. *L'Année psychologique*, 115(2), 289-324.
- Anzieu, D. (1987). Les signifiants formels et le Moi-Peau. *L'annuel de l'APF*, 2014(1), 175-197.

- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Dunod.
- Anzieu, D., Anzieu, A., Guillaumin, J., Houzel, D., Lecourt, É., Enriquez, E., Missenard, A., Nathan, T., & Doron, J. (1987). *Les enveloppes psychiques*. Dunod, 2021.
- Aparicio, S. (2006). Note sur la Verneinung. *Champ lacanien*, 4(2), 151-159.
- Arsenault, D., & Picard, M. (2007). Le jeu vidéo entre dépendance et plaisir immersif : Les trois formes d'immersion vidéoludique [Conférence]. *Le jeu vidéo : un phénomène social massivement pratiqué*, Québec.
- Aubert, S. (2015). Une médiation « conte » en maison de retraite : Effets d'un dispositif de groupe chez la personne âgée. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 65(2), 179-190.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Presses Universitaires de France.
- Bach, J.-F., Houdé, O., Léna, P., & Tisseron, S. (2013). *L'enfant et les écrans, un avis de l'Académie des Sciences*. Le Pommier.
- Bäckman, L., & Dixon, R. A. (1992). Psychological compensation : A theoretical framework. *Psychological Bulletin*, 112(2), 259-283.
- Bäckman, L., Ginovart, N., Dixon, R. A., Wahlin, T. B., Wahlin, A., Halldin, C., & Farde, L. (2000). Age-related cognitive deficits mediated by changes in the striatal dopamine system. *The American Journal of Psychiatry*, 157(4), 635-637.
- Bajolle, L. (2002). *E-médecine amélioration, optimisation et humanisation de la médecine de ville par l'usage de l'internet et des nouvelles* [Thèse de Doctorat en Médecine, Université Joseph Fourier, Grenoble].
- Balard, F., & Somme, D. (2011). Le refus d'aide et de soin des personnes âgées en situation complexe. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(1), 85-100.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical Propositions of Life-Span Developmental Psychology : On the Dynamics between Growth and Decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
- Banos, R. M., Botella, C., Perpina, C., Alcaniz, M., Lozano, J. A., Osma, J., & Gallardo, M. (2002). Virtual reality treatment of flying phobia., *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 6(3), 206-212.
- Barreau, J.-J. (2004). Le train et les chemins du transfert. *Topique*, 86(1), 117-136.
- Barthe, J.-F., Clément, S., & Drulhe, M. (1990). Vieillesse ou vieillissement ? Les processus

- d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées. *Les cahiers de la Recherche sur le travail social, Université de Caen*, 23(63), 35-46.
- Barthes, R. (1975). En sortant du cinéma. *Communications*, 23(1), 104-107.
- Beauvisage, T., Beuscart, J.-S., Cardon, V., Mellet, K., & Trespeuch, M. (2013). Notes et avis des consommateurs sur le web. *Réseaux*, 177(1), 131-161.
- Belleville, S., de Boysson, C., Labelle, M.-A., Sylvain-Roy, S., & Urfer, F.-M. (2008). Le Trouble Cognitif Léger ou Mild Cognitive Impairment. Dans K. Dujardin & P. Lemaire, *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique* (p. 169-186). Elsevier Masson.
- Benoit, M., Guerchouche, R., Petit, P.-D., Chapoulie, E., Manera, V., Chaurasia, G., Drettakis, G., & Robert, P. (2015). Is it possible to use highly realistic virtual reality in the elderly? A feasibility study with image-based rendering. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11(1), 557-563.
- Bentham, J. (1997). *Théorie des fictions*. Association freudienne.
- Bergeret-Amselek, C. (2018). *Et si Alzheimer(s) et Autisme(s) avaient un lien ? Enjeux et perspectives*. Érès.
- Bergeron, S. (2005). Le bracelet anti-disparition columba pour personnes avec déficits cognitifs et le système d'alarme cardiaque portable vps, des percées dans le domaine de la télésécurité médicale personnelle. *Gérontologie et société*, 28(113), 71-81.
- Bert, J.-F. (2016). Réguler par la norme : Les institutions disciplinaires. Dans J.-F. Bert, *Introduction à Michel Foucault* (p. 27-54). La Découverte.
- Besnard, J., Foloppe, D. A., Banville, F., Richard, P., & Allain, P. (2016). Intérêts de la réalité virtuelle pour l'évaluation et la prise en charge des perturbations cognitives et comportementales associées au vieillissement pathologique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 16(96), 313-319.
- Biamonti, A., Gramegna, S., & Imamogullari-Leblanc, B. (2014). *A Design Experience for the Enhancement of the Quality of Life for People with Alzheimer's Disease* [Conférence]. Spring Cumulus Conference, Aveiro.
- Bigéard, E. (2019). *Détection et analyse de la non-adhérence médicamenteuse dans les réseaux sociaux* [Thèse de Doctorat en Linguistique, Université de Lille].

- Bion, W. R. (1965). *Transformations : Passage de l'apprentissage à la croissance* (3e éd.). Presses Universitaires de France, 2010.
- Bisson, E. (2004). *L'effet de l'entraînement de l'équilibre par biofeedback visuel et par réalité virtuelle sur la demande attentionnelle et l'équilibre des personnes âgées* [Mémoire de Diplôme d'État de Masséur-Kinésithérapeute, Université de Limoges].
- Blanché, A. (2010). Vieillesse et retraite : Approches psychanalytiques. *Le Journal des psychologues*, 282(9), 22-27.
- Blandin, B. (2002). *La construction du social par les objets*. Presses Universitaires de France.
- Blau, Z. S. (1956). Changes in status and age identification. *American Sociological Review*, 21(1), 198-203.
- Blaya, C. (2011). Cyberviolence et cyberharcèlement : Approches sociologiques. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 53(1), 47-65.
- Bleger, J. (1981). *Symbiose et ambiguïté : Étude psychanalytique*. Presses universitaires de France.
- Bobillier Chaumon, M.-E., & Oprea Ciobanu, R. (2009). Les nouvelles technologies au service des personnes âgées : Entre promesses et interrogations – Une revue de questions. *Psychologie Française*, 54(3), 271-285.
- Boch, A.-L. (2006). *Médecine technique, médecine tragique : Le tragique, sens et destin de la médecine moderne* [Thèse de Doctorat en Philosophie, Université de Marne-la-Vallée].
- Bonilo, P. (2016). S'endormir. *Revue française de psychanalyse*, 80(4), 1175-1184.
- Bonnet, M. (1990). Les rapports au temps et à l'espace des retraités. *Recherche, transports, sécurité*, 25(2), 39-48.
- Bonnet, M. (2008). Relation d'aide et aide à la relation en gérontologie. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 6(2), 107-121.
- Bonnet, M. (2012). L'attachement au temps de la vieillesse. *Dialogue*, 198(4), 123-134.
- Botella, C. (2001). Figurabilité et régrédience. *Revue française de psychanalyse*, 65(4), 1149-1239.
- Botella, C., Baños, R., Guillén, V., Perpiña, C., Alcañiz, M., & Pons, A. (2000). Telepsychology : Public Speaking Fear Treatment on the Internet. *CyberPsychology & Behavior*, 3(6), 959-968.

- Botella, C., Baños, R. M., Villa, H., Perpiñá, C., & García-Palacios, A. (2000). Virtual reality in the treatment of claustrophobic fear : A controlled, multiple-baseline design. *Behavior Therapy, 31*(3), 583-595.
- Botella, C., Fernández-Álvarez, J., Guillén, V., García-Palacios, A., & Baños, R. (2017). Recent Progress in Virtual Reality Exposure Therapy for Phobias : A Systematic Review. *Current Psychiatry Reports, 19*(7), 42.
- Botella, C., Pérez-Ara, M. Á., Bretón-López, J., Quero, S., García-Palacios, A., & Baños, R. M. (2016). In Vivo versus Augmented Reality Exposure in the Treatment of Small Animal Phobia : A Randomized Controlled Trial. *PLoS One, 11*(2).
- Bouchard, S., Dumoulin, S., Robillard, G., Guitard, T., Klinger, É., Forget, H., Loranger, C., & Roucaut, F. X. (2017). Virtual reality compared with in vivo exposure in the treatment of social anxiety disorder : A three-arm randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 210*(4), 276-283.
- Bouisson, J. (2007). Vieillesse, vulnérabilité perçue et routinisation. *Retraite et société, 52*(3), 107-128.
- Bouisson, J., & de Boucaud, M. (2003). Processus psychopathologique, sentiment et syndrome de vulnérabilité. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 161*(7), 491-497.
- Bouma, H., Fozard, J. L., Bouwhuis, D. G., & Taipale, V. T. (2007). Gerontechnology in perspective. *Gerontechnology, 6*(4), 190-216.
- Bouma, H., & Graafmans, J. A. M. (1992). *Gerontechnology* (Vol. 3). IOS Press.
- Briffault, X. (2018). Technologies mobiles connectées et reconfigurations du champ de la santé mentale. Dans E. Hirsch & F. Hirsch, *Traité de bioéthique. Les nouveaux territoires de la Bioéthique : Vol. IV* (p. 567-578). Érés.
- Brimelow, R. E., Dawe, B., & Dissanayaka, N. (2020). Preliminary Research : Virtual Reality in Residential Aged Care to Reduce Apathy and Improve Mood. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 23*(3), 165-170.
- Brown, E., & Cairns, P. (2004). A grounded investigation of game immersion. *CHI '04 Extended Abstracts on Human Factors in Computing Systems, 1297-1300*.
- Brun, A. (2005). Historique de la médiation artistique dans la psychothérapie psychanalytique. *Psychologie clinique et projective, 11*(1), 323-344.

- Brun, A. (2010). Introduction. *Le Carnet PSY*, 141(1), 24-27.
- Brun, A. (2015). Processus créateur et figuration des traumas corporels archaïques dans les médiations thérapeutiques pour enfants psychotiques et autistes. *Cliniques méditerranéennes*, 91(1), 9-26.
- Brun, A., Chouvier, B., & Roussillon, R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Dunod.
- Buxeraud, J., & Laroche, M.-L. (2018). Spécificités du sujet vieillissant. *Actualités Pharmaceutiques*, 57(572), 20-22.
- Caradec, V. (1998). Les transitions biographiques, étapes du vieillissement. *Prévenir*, 35(1), 131-137.
- Caradec, V. (1999). Vieillesse et usage des technologies. Une perspective identitaire et relationnelle. *Réseaux. Communication - Technologie - Société*, 17(96), 45-95.
- Caradec, V. (2003). La télévision, analyseur du vieillissement. *Réseaux*, 119(3), 121-152.
- Caris, R., Aertryck, G. V., & Leyreloup, A.-M. (2019). Accompagnement en mode sans échec. *VST - Vie sociale et traitements*, 144(4), 3-5.
- Carr, K. (1995). Introduction. Dans K. Carr & R. England, *Simulated And Virtual Realities : Elements of Perception* (1^e éd., p. 1-9). Routledge.
- Cassirer, E. (1962). *An Essay on Man : An Introduction to a Philosophy of Human Culture*. Yale University Press.
- Castel, P. (2005). Le médecin, son patient et ses pairs. *Revue française de sociologie*, 46(3), 443-467.
- Castel, P.-H. (2023). Bion, la rêverie, le rêve, Lacan. Dans M.-J. Durieux, *Rêver et imaginer avec Bion et Lacan* (p.151-170). Érès
- Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F., & Riva, G. (2003). From psychotherapy to e-therapy : The integration of traditional techniques and new communication tools in clinical settings. *Cyberpsychology & Behavior : The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 6(4), 375-382.
- Charazac, P. (2018). À propos du destin des pulsions orales et anales dans la vie en ehpad. *Cliniques*, 16(2), 126-137.
- Charras, K., & Cérèse, F. (2017). Être « chez-soi » en EHPAD : Domestiquer l'institution.

Gérontologie et société, 39(152), 169-183.

- Chouvier, B., Brun, A., Duez, B., Gimenez, G., Jeammet, P., Kaës, R., Lecourt, E., Mellier, D., Milner, M., Roussillon, R., & Talpin, J.-M. (2012). *Les processus psychiques de la médiation*. Dunod.
- Ciccone, A. (1999). *La transmission psychique inconsciente : Identification projective et fantasme de transmission* (2^e éd.). Dunod, 2012.
- Ciccone, A., & Lhopital, M. (1991). Au sujet de l'identification adhésive. Genèse de la peau psychique. Dans A. Ciccone & M. Lhopital, *Naissance à la vie psychique* (3^e éd., p. 127-150). Dunod, 2019.
- Clément, S., Membrado, M., & Mantovani, J. (1996). Vivre la ville à la vieillesse : Se ménager et se risquer. *Les Annales de la Recherche Urbaine*, 73(1), 90-98.
- Conto, C. de. (2005). « Tu verras, tu seras bien... ». Placement et ambivalence affective dans le milieu familial. *Gérontologie et société*, 112(1), 115-122.
- Craik, F. I. M., & Byrd, M. (1982). Aging and Cognitive Deficits. Dans F. I. M. Craik & S. Trehub, *Aging and Cognitive Processes* (p. 191-211). Springer US.
- Crescentini, C., Chittaro, L., Capurso, V., Sioni, R., & Fabbro, F. (2016). Psychological and physiological responses to stressful situations in immersive virtual reality : Differences between users who practice mindfulness meditation and controls. *Computers in Human Behavior*, 59(1), 304-316.
- Croisile, B., Auriacombe, S., Etcharry-Bouyx, F., & Vercelletto, M. (2012). Les nouvelles recommandations 2011 du National Institute on Aging et de l'Alzheimer's Association sur le diagnostic de la maladie d'Alzheimer : Stades précliniques, mild cognitive impairment et démence. *Revue Neurologique*, 168(1), 471-482.
- Cruz-Neira, C., Sandin, D. J., DeFanti, T. A., Kenyon, R. V., & Hart, J. C. (1992). The CAVE : Audio visual experience automatic virtual environment. *Communications of the ACM*, 35(6), 64-72.
- Csikszentmihalyi, M., & Halton, E. (1981). *The Meaning of Things : Domestic Symbols and the Self*. Cambridge University Press.
- Cuynet, P. (2017). *La maison de rêve. Image du corps familial et habitat*. In Press.
- Czaja, S. J., & Rubert, M. P. (2002). Telecommunications Technology as an Aid to Family

- Caregivers of Persons With Dementia. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 469-476.
- Dagognet, F. (1989). *Éloge de l'objet : Pour une philosophie de la marchandise*. Vrin.
- Darnaud, T. (2007). L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques. *Gérontologie et société*, 122(1), 91-106.
- D'Cunha, N. M., Nguyen, D., Naumovski, N., McKune, A. J., Kellett, J., Georgousopoulou, E. N., Frost, J., & Isbel, S. (2019). A Mini-Review of Virtual Reality-Based Interventions to Promote Well-Being for People Living with Dementia and Mild Cognitive Impairment. *Gerontology*, 65(4), 430-440.
- De Queiroz Siqueira, M., & Tosetti, S. (2015). Comment réduire l'anxiété d'un enfant qui doit être anesthésié ? *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 19(3), 143-146.
- Déjos, M., Sauzéon, H., & N'Kaoua, B. (2012). La réalité virtuelle au service de l'évaluation clinique de la personne âgée : Le dépistage précoce de la démence. *Revue Neurologique*, 168(5), 404-414.
- Delion, P. (2022). La constellation transférentielle. Dans P. Delion, *La constellation transférentielle* (p. 71-88). Érès.
- Dellazizzo, L., Potvin, S., Luigi, M., & Dumais, A. (2020). Evidence on Virtual Reality-Based Therapies for Psychiatric Disorders : Meta-Review of Meta-Analyses. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), 1-40.
- Delorme, A., & Fluckiger, M. (2003). *Perception et réalité : Une introduction à la psychologie des perceptions*. Gaetan Morin Editeur.
- Delourme, A. (2003). La souplesse du cadre. *Gestalt*, 25(2), 29-47.
- Derouesné, C. (2003). La plainte mnésique. *Cliniques méditerranéennes*, 67(1), 14-24.
- de Sales, A. (2001). Paroles et objets magiques dans une séance de cure chamanique au Népal. *L'Autre*, 2(2), 279-290.
- Desveaux, J.-B. (2016). Notes de lecture. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6(2), 263-285.
- Disarbois, B. (2009). L'addiction au virtuel : Une présence sans absence. *Psychotropes*, 15(1), 41-58.
- Donard, V., & Simar, É. (2012). La médiation vidéo-ludique en psychothérapie. *Enfances & Psy*, 55(1), 79-88.

- Donaz, M. (2011). Entre créativité, groupe et soin psychique du sujet âgé en mal de vieillir. *Gérontologie et société*, 34(137), 95-111.
- Donnet, J.-L. (1985). Sur l'écart théorico-pratique. *Revue française de psychanalyse*, 49(5), 1289-1307.
- Donnio, I. (2005). L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société*, 28(112), 73-92.
- Dorange, M. (2005). Entrée en institution et paroles de vieux. *Gérontologie et société*, 28(112), 123-139.
- Doucet, H. (2002). Personnes âgées et soins de santé. *Gérontologie et société*, 25(101), 37-49.
- Drzezga, A., Grimmer, T., Peller, M., Wermke, M., Siebner, H., Rauschecker, J. P., Schwaiger, M., & Kurz, A. (2005). Impaired Cross-Modal Inhibition in Alzheimer Disease. *PLoS Medicine*, 2(10), 986-995.
- Dubois, L. (2013). L'atelier-mémoire en gérontologie : Une médiation groupale. *Le Journal des psychologues*, 305(2), 47-49.
- Duris, O. (2017). Jeux vidéo et psychose infantile. Dans S. Tisseron & F. Tordo, *L'enfant, les robots et les écrans. Nouvelles médiations thérapeutiques*. Dunod.
- Dutertre-Le Poncin, H. (2010). Bébé conso ? Bébé objet, bébé et ses objets. *Spirale*, 53(1), 157-158.
- Eiguer, A. (2013). *L'inconscient de la maison*. Dunod.
- Eisdorfer, C., Czaja, S. J., Loewenstein, D. A., Rubert, M. P., Argüelles, S., Mitrani, V. B., & Szapocznik, J. (2003). The Effect of a Family Therapy and Technology-Based Intervention on Caregiver Depression. *The Gerontologist*, 43(4), 521-531.
- Ellenberger, H.-F. (1994). *Histoire de la découverte de l'inconscient*. Fayard.
- Emmelkamp, P. M., Bruynzeel, M., Drost, L., & van der Mast, C. A. (2001). Virtual reality treatment in acrophobia : A comparison with exposure in vivo. *Cyberpsychology & Behavior: The Impact Of The Internet, Multimedia And Virtual Reality On Behavior And Society*, 4(3), 335-339.
- Emmelkamp, P. M. G., Krijn, M., Hulsbosch, A. M., de Vries, S., Schuemie, M. J., & van der Mast, C. A. P. G. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo : A comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40(5), 509-516.

- Ermí, L., & Mäyrä, F. (2005). *Fundamental Components of the Gameplay Experience : Analysing Immersion*. Changing Views. Worlds in Play. Selected Papers of the 2005 Digital Games Research Association's Second International Conference. Eds Suzanne de Castell and Jennifer Jenson.
- Espinoza, P., Gouaze, A., Talange, C., Bonnet, B., Fabbro, M., Saint-Jean, O., Mortelette, X., Payet, S., Legendre, D., Duminger, J.-M., Lebourgeois, F., Okra, N., & Laudet, J. (2011). Déploiement de la télémédecine en territoire de santé. Télégéria, un modèle expérimental précurseur. *Techniques hospitalières*, 66(725), 9-17.
- Esterle, L., & Mathieu-Fritz, A. (2013). Teleconsultation in geriatrics : Impact on professional practice. *International Journal of Medical Informatics*, 82(8), 684-695.
- Even, C. (2018). *Cyberharcèlement chez les adolescents : Impacts psychopathologiques, émotionnels et cognitifs : revue de littérature* [Thèse de Doctorat en Médecine, Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen].
- Fain, M. (2020). Une sémiologie du rêve ? *Revue française de psychosomatique*, 57(1), 165-178.
- Fénelon, G., & Salhi, H. (2018). Troubles cognitifs légers et maladie de Parkinson. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 18(108), 355-359.
- Fernández-Sotos, P., Fernández-Caballero, A., & Rodríguez-Jimenez, R. (2020). Virtual reality for psychosocial remediation in schizophrenia : A systematic review. *The European Journal of Psychiatry*, 34(1), 1-10.
- Fitzpatrick, K. K., Darcy, A., & Vierhile, M. (2017). Delivering Cognitive Behavior Therapy to Young Adults With Symptoms of Depression and Anxiety Using a Fully Automated Conversational Agent (Woebot) : A Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*, 4(2), 1-11.
- Forner-Ordioni, E. (2020). « L'imagination au pouvoir ! » Appropriation, matérialité et performance de la thérapie par réalité virtuelle en santé mentale. *Anthropologie & Santé*, 20(1), 1-17.
- Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique - Cours au collège de France, 1973-1974*. EHESS Galimard Seuil.
- Fourques, C. (2020). En toute intimité. Réflexion éthique sur le lien patient psychologue en institution de soins longue durée. *Cliniques*, 19(1), 171-188.

- Fouts, G. T. (1989). Television use by the elderly. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(3), 568-577.
- Fraisse, P. (1967). *Psychologie du temps*. Presses universitaires de France.
- Frank, R. E., & Greenberg, M. G. (1979). Zooming in on TV audiences. *Psychology Today*, 13(5), 92-114.
- Freud, S. (1895). *Esquisse d'une psychologie scientifique*. Érès, 2011.
- Freud, S. (1900). *L'Interprétation des rêves*. Presses Universitaires de France, 1967.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Flammarion, 2019.
- Freud, S. (1913). Sur l'engagement du traitement. Dans S. Freud, *La technique psychanalytique* (p. 93-114). Presses Universitaires de France, 2013.
- Freud, S. (1914). Remémoration, répétition et perlaboration. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 9(1), 13-22.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Payot, 2010.
- Freud, S. (1923). Souvenirs d'enfance et « souvenirs-écrans ». Dans S. Freud, *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Payot, 1967.
- Freud, S. (1925). La négation. Dans S. Freud, *Résultats, idées, problèmes*. Presses Universitaires de France, 1998.
- Freud, S. (1937). Construction dans l'analyse. Dans S. Freud, *Résultats, idées, problèmes*. Presses Universitaires de France, 1998.
- Freud, S. (1949). *Abrégé de psychanalyse*. Presses Universitaires de France, 2001.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., McBurnie, M. A., & Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), 146-156.
- Fuchs, P., & Moreau, G. (2003). *Le traité de la réalité virtuelle, volume 1 : Fondements et interfaces comportementales* (2^e éd.). Presses de l'École des Mines.
- Fulmer, R., Joerin, A., Gentile, B., Lakerink, L., & Rauws, M. (2018). Using Psychological Artificial Intelligence (Tess) to Relieve Symptoms of Depression and Anxiety: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*, 5(4), 1-15.

- Gaon, T., & Stora, M. (2008). Soigner des jeux vidéo / soigner par les jeux vidéo. Regards croisés sur un révélateur de mal-être. *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*, 67(1), 33-42.
- García-Betances, R. I., Jiménez-Mixco, V., Arredondo, M. T., & Cabrera-Umpiérrez, M. F. (2015). Using Virtual Reality for Cognitive Training of the Elderly. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementiasr*, 30(1), 49-54.
- Garcia-Palacios, A., Botella, C., Hoffman, H., & Fabregat, S. (2007). Comparing acceptance and refusal rates of virtual reality exposure vs. In vivo exposure by patients with specific phobias. *Cyberpsychology & Behavior: The Impact Of The Internet, Multimedia And Virtual Reality On Behavior And Society*, 10(5), 722-724.
- Gaunet, F., Vidal, M., Kemeny, A., & Berthoz, A. (2001). Active, passive and snapshot exploration in a virtual environment : Influence on scene memory, reorientation and path memory. *Cognitive Brain Research*, 11(3), 409-420.
- Gibson, J. J. (1977). The theory of affordances. Dans R. Shaw & J. Bransford, *Perceiving, acting, and knowing : Toward an ecological psychology* (p. 67-82). Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, L. (2008). Regards sur les nouvelles technologies. *Altérités : revue d'anthropologie du contemporain*, 5(1), 1-13.
- Gillet, G., & Brun, A. (2017). Spécificités cliniques de la médiation numérique. Dans P. Huerre & C. Constantino, *Médiations numériques et prise en charge des adolescents* (p. 36-48). Lavoisier.
- Gillet, G., & Jung, J. (2019). L'immersion dans les thérapies médiatisées par le jeu vidéo. *Bulletin de psychologie*, 561(3), 181-190.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux*. Les Éditions de Minuit.
- Gonneaud, J., Eustache, F., & Desgranges, B. (2009). La mémoire prospective dans le vieillissement normal et la maladie d'Alzheimer : Intérêts et limites des études actuelles. *Revue de neuropsychologie*, 1(3), 238-246.
- Gori, R. (2009). De la clef des songes à l'interprétation du rêve. *Médecine du Sommeil*, 6(2), 52-55.
- Gorno-Tempini, M. L., Hillis, A. E., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S. F.,

- Ogar, J. M., Rohrer, J. D., Black, S., Boeve, B. F., Manes, F., Dronkers, N. F., Vandenberghe, R., Rascovsky, K., Patterson, K., Miller, B. L., Knopman, D. S., Hodges, J. R., Mesulam, M. M., & Grossman, M. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, *76*(11), 1006-1014.
- Gorrindo, T., & Groves, J. E. (2012). The psychodynamics of transference - A virtual reality model. *American Journal of Psychotherapy*, *66*(2), 151-163.
- Greenwood, P. M., & Parasuraman, R. (2010). Neuronal and Cognitive Plasticity: A Neurocognitive Framework for Ameliorating Cognitive Aging. *Frontiers in Aging Neuroscience*, *2*(150), 1-14.
- Grégam, É. L. (2011). La médiation sensorielle dans les petits groupes de personnes âgées. *Le Journal des psychologues*, *285*(2), 52-55.
- Grenier, J. (2011). Regards d'ainés sur le vieillissement: Autonomie, reconnaissance et solidarité. *Nouvelles pratiques sociales*, *24*(1), 36-50.
- Guérin, L. (2018). L'essentiel est qu'il(s) mange(nt). Participation sollicitée ou empêchée des résidents en EHPAD. *Participations*, *22*(3), 159-183.
- Guiot, D. (2001). Tendances d'âge subjectif: Quelle validité prédictive ? *Recherche et Applications en Marketing*, *16*(1), 25-43.
- Gunning-Dixon, F. M., & Raz, N. (2003). Neuroanatomical correlates of selected executive functions in middle-aged and older adults: A prospective MRI study. *Neuropsychologia*, *41*(14), 1929-1941.
- Haag, G. (1997). Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, *20*(1), 104-125.
- Haag, M. (2002). *La méthode d'Esther Bick pour l'observation régulière et prolongée du tout-petit au sein de sa famille*. Autoédition.
- Hasher, L., & Zacks, R. T. (1988). Working Memory, Comprehension, and Aging: A Review and a New View. Dans G. H. Bower, *Psychology of Learning and Motivation* (Vol. 22, p. 193-225). Academic Press Inc.
- Haudricourt, A.-G. (1988). *La technologie, science humaine: Recherches d'histoire et d'ethnologie des techniques*. Les Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- Heidenreich, F. (2001). L'eau qui soigne. *L'Autre*, *2*(2), 291-299.

- Heslon, C. (2008). Anniversaires et psychologie des âges de la vie. *Le Journal des psychologues*, 261(8), 45-49.
- Hine, K., & Tasaki, H. (2019). Active View and Passive View in Virtual Reality Have Different Impacts on Memory and Impression. *Frontiers in Psychology*, 10(2416), 1-8.
- Horak, F. B., Dimitrova, D., & Nutt, J. G. (2005). Direction-specific postural instability in subjects with Parkinson's disease. *Experimental Neurology*, 193(2), 504-521.
- Houzel, D. (2009). La psychothérapie et son cadre. Dans F. Marty, *Les grandes problématiques de la psychologie clinique* (p. 223-237). Dunod.
- Huerre, P. (2016). Plaidoyer pour un jeu minimum garanti (jmg). *L'école des parents*, 621(6), 29-40.
- Ibos, C., Damamme, A., Molinier, P., & Paperman, P. (2019). « Les robots vont remplacer les personnes qui s'occupent du care. » Dans C. Ilbos, A. Damamme, P. Molinier & P. Paperman, *Vers une société du care. Une politique de l'attention* (p. 127-134). Le Cavalier Bleu.
- Inoue, K., Sasaki, C., & Nakamura, M. (2015). Communication Robots for Elderly People and Their Families to Support Their Daily Lives - Case Study of Two Families Living with the Communicaton Robot. *Studies in Health Technology and Informatics*, 217(1), 980-983.
- Ip, H. H. S., Wong, S. W. L., Chan, D. F. Y., Byrne, J., Li, C., Yuan, V. S. N., Lau, K. S. Y., & Wong, J. Y. W. (2016). Virtual Reality Enabled Training for Social Adaptation in Inclusive Education Settings for School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder (ASD). Dans S. K. S. Cheung, L. Kwok, J. Shang, A. Wang, & R. Kwan, *Blended Learning: Aligning Theory with Practices* (p. 94-102). Springer International Publishing.
- Iriki, A. (2019). *The Brain in Ecosystem: Cognition, Culture, and the Environment* [Conférence]. The International Convention of Psychological Science, Paris.
- Iriki, A., Tanaka, M., & Iwamura, Y. (1996). Coding of modified body schema during tool use by macaque postcentral neurones. *Neuroreport*, 7(14), 2325-2330.
- Janssen, C. (2014). Transmission psychique des capacités d'illusion. *Cahiers de psychologie clinique*, 43(2), 97-116.
- Jeandel, C. (2005). Les différents parcours du vieillissement. *Les Tribunes de la santé*, 7(2), 25-35.

- Joubert, C. (2002). Le processus du vieillissement et la démence : Résonances familiales. *Le Divan familial*, 8(1), 139-150.
- Jurgenson, N. (2012). When Atoms Meet Bits : Social Media, the Mobile Web and Augmented Revolution. *Future Internet*, 4(1), 83-91.
- Kaës, R. (1988). Réalité psychique et souffrance dans les institutions. Dans R. Kaës, *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques* (p. 1-46). Dunod.
- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe*. Dunod.
- Kafoa, N., & Roumilhac, V. (2012). Renoncement ou renaissance du Soi du sujet âgé ? *Cliniques*, 4(2), 180-194.
- Kagan, Y. (2005). Perte d'autonomie : Bilan, prise en charge. *EMC – Traité de Médecine AKOS*, 2(5), 475-487.
- Kaufmann, J. C. (1995). Savoir familial et nouvelles technologies. *Savoir familial et nouvelles technologies*, 75(1), 127-132.
- Kaufmann, J.-C. (1997). Le monde social des objets. *Sociétés Contemporaines*, 27(1), 111-125.
- Kerr, D., Serrano, J., & Ray, P. (2018). The role of a disruptive digital technology for home-based healthcare of the elderly : Telepresence robot. *Digital Medicine*, 4(4), 173-179.
- Kim, K. J., & Sundar, S. S. (2016). Mobile Persuasion : Can Screen Size and Presentation Mode Make a Difference to Trust ? *Human Communication Research*, 42(1), 45-70.
- Kim, O., Pang, Y., & Kim, J.-H. (2019). The effectiveness of virtual reality for people with mild cognitive impairment or dementia : A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 19(219), 1-10.
- Kim, S., Hasher, L., & Zacks, R. T. (2007). Aging and a benefit of distractibility. *Psychonomic Bulletin & Review*, 14(2), 301-305.
- Kim, S., & Kim, E. (2020). The Use of Virtual Reality in Psychiatry : A Review. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(1), 26-32.
- Klein, B., Cook, G., & Moyle, W. (2016). Emotional Robotics in the Care of Older People : A Comparison of Research Findings of PARO - and PLEO - Interventions in Care Homes from Australia, Germany and the UK. Dans E. Domínguez-Rué & L. Nierling, *Ageing and Technology. Perspectives from the social sciences* (p. 205-224). Transcript.
- Klein, M. (1952). Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés.

- Dans M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs, J. Riviere, *Développements de la psychanalyse* (p. 187-222). Presses Universitaires de France, 2013.
- Klein, N., & Borelle, C. (2019). Réalité virtuelle et santé mentale. La fin d'un art de faire ? *Revue d'anthropologie des connaissances*, 13(13-2), 613-639.
- Klinger, E., Marié, R.-M., & Josman, N. (2009). Évaluation des fonctions exécutives par la réalité virtuelle : Le VAP-S. *Kinésithérapie, la Revue*, 9(85-86), 32-34.
- Klinger, E., & Viaud-Delmon, I. (2003). Réalité virtuelle et psychiatrie. Dans P. Fuchs, *Le traité de la réalité virtuelle* (2^e éd., Vol. 2). Presses de l'École des Mines.
- Koretzky, C. (2012). *Le réveil. Une élucidation psychanalytique*. Presses Universitaires de Rennes.
- Kubey, R. W. (1980). Television and Aging : Past, Present, and Future. *The Gerontologist*, 20(1), 16-35.
- La Rue, A. (2010). Healthy brain aging : Role of cognitive reserve, cognitive stimulation, and cognitive exercises. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26(1), 99-111.
- La Voie, D., & Light, L. L. (1994). Adult age differences in repetition priming : A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 9(4), 539-553.
- Lacomblez, L., & Habert, M.-O. (2007). Déficit cognitif léger : Mythe ou réalité ? *Médecine Nucléaire*, 31(6), 294-301.
- Lacour, C. (2009). La personne âgée vulnérable : Entre autonomie et protection. *Gérontologie et société*, 32(131), 187-201.
- Lallart, É., Voisin, C., & Jouvent, R. (2014). La réalité virtuelle : Un outil de réalisme. *Psychologie Clinique*, 37(1), 82-90.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France
- Lavallée, G. (1999). *L'enveloppe visuelle du moi : Perception et hallucinatoire*. Dunod.
- Lavallée, G. (2003). L'enveloppe visuelle du moi et l'hallucinatoire. *Cahiers de psychologie clinique*, 20(1), 57-87.
- Lavallée, G. (2005). Régrédience, progrédience et hallucinatoire de transfert. *Société Psychanalytique de Paris*.

- Lavallée, G. (2010). La vidéo : Pour-quoi faire ? *Le Carnet PSY*, 142(1), 41-45.
- Laver, K. E., Lange, B., George, S., Deutsch, J. E., Saposnik, G., & Crotty, M. (2017). Virtual reality for stroke rehabilitation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), 1-70.
- Le Corre, V., & Latry, G. (2013). Notes pour une métapsychologie du jeu vidéo comme objet de médiation thérapeutique. Dans E. Granier & C. Sternis, *L'adolescent entre marge, art et culture* (p. 175-191). Érès.
- Le Strat, N. (2007). Prise en charge psychologique de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 7(41), 41-45.
- Lei, S. I., Wang, D., & Law, R. (2019). Perceived technology affordance and value of hotel mobile apps : A comparison of hoteliers and customers. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 39(1), 201-211.
- Leroi-Gourhan, A. (1964). *Le Geste et la Parole, tome 1 : Technique et Langage*. Albin Michel.
- Leroi-Gourhan, A. (1965). *Le Geste et la Parole, tome 2 : La Mémoire et les Rythmes*. Albin Michel.
- Leroux, M. (2016). Le silence de la vulnérabilité en institution gériatrique. *Ambiances*, 696(1), 1-17.
- Leroux, Y. (2009). Le jeu vidéo comme support d'une relation thérapeutique. *Adolescence*, 69(3), 699-709.
- Leroux, Y. (2012). Métapsychologie de l'immersion dans les jeux vidéo. *Adolescence*, 79(1), 107-118.
- Lewin, B. D. (1972). Le sommeil, la bouche et l'écran du rêve. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 5(1), 211-223.
- Li, J., Theng, Y.-L., & Foo, S. (2014). Game-Based Digital Interventions for Depression Therapy : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(8), 519-527.
- Liao, Y.-Y., Yang, Y.-R., Cheng, S.-J., Wu, Y.-R., Fuh, J.-L., & Wang, R.-Y. (2015). Virtual Reality-Based Training to Improve Obstacle-Crossing Performance and Dynamic Balance in Patients With Parkinson's Disease. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29(7), 658-667.

- Libin, A., & Cohen-Mansfield, J. (2004). Therapeutic robot for nursing home residents with dementia : Preliminary inquiry. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 19(2), 111-116.
- Linares, J. L. (2003). Le vieillissement. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 31(2), 6-26.
- Lingiardi, V. (2009). Jouer avec l'irréalité : Transfert et ordinateur. *L'Année psychanalytique internationale*, 2009(1), 19-37.
- Lodha, P., Sousa, A. D., & Karia, S. (2020). Virtual reality and its therapeutic uses in the elderly : A narrative clinical review. *Journal of Geriatric Mental Health*, 7(1), 21-28.
- Lombard, M., & Ditton, T. (1997). At the Heart of It All : The Concept of Presence. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 3(2).
- Loucks, L., Yasinski, C., Norrholm, S. D., Maples-Keller, J., Post, L., Zwiebach, L., Fiorillo, D., Goodlin, M., Jovanovic, T., Rizzo, A. A., & Rothbaum, B. O. (2019). You can do that?! : Feasibility of virtual reality exposure therapy in the treatment of PTSD due to military sexual trauma. *Journal of Anxiety Disorders*, 61(1), 55-63.
- Lunt, P., K., & Livingstone, S. (1992). *Mass consumption and personal identity : Everyday economic experience*. Open University Press.
- Luyat, M. (2014). *La perception*. Dunod.
- Mahoney, D., F., Tarlow, B., J., & Jones, R. N. (2003). Effects of an Automated Telephone Support System on Caregiver Burden and Anxiety : Findings From the REACH for TLC Intervention Study. *The Gerontologist*, 43(4), 556-567.
- Maisondieu J. (1989). *Le crépuscule de la raison*. Centurion.
- Malbos, E., Boyer, L., & Lançon, C. (2013). L'utilisation de la réalité virtuelle dans le traitement des troubles mentaux. *La Presse Médicale*, 42(11), 1442-1452.
- Malbos, E., Rapee, R. M., & Kavakli, M. (2012). Behavioral Presence Test in Threatening Virtual Environments. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 21(3), 268-280.
- Mann, G. (2019). Virtual Reality as a Selfobject Function : Towards Reclaiming Unlived Potentialities. *Psychoanalytic Inquiry*, 39(3-4), 282-291.
- Maravita, A., & Iriki, A. (2004). Tools for the body (schema). *Trends in Cognitive Sciences*,

8(2), 79-86.

- Marcelli, D. (1983). La position autistique : Hypothèses psychopathologiques et ontogénétiques. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 26(1), 5-55.
- Marchal, S., Dardenne, B., & Etienne, A.-M. (2018). Utilisation de la réalité virtuelle comme outil thérapeutique : Quels sont les facteurs influençant son acceptation auprès des cliniciens ? *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 22(3), 1-4.
- Marchand, M. (2008). Regards sur la vieillesse. *Le Journal des psychologues*, 256(3), 22-26.
- Mauss, M. (1936). Les techniques du corps. *Journal de Psychologie*, 32(3-4), 1-23.
- Mauss, M. (2004). Les techniques et la technologie. *Revue du M.A.U.S.S.*, 23(1), 434-450.
- Mazurier, L. (2016). Création d'un groupe d'expression à médiation par le Photolangage en gériatrie. *Le Journal des psychologues*, 340(1), 52-57.
- Mccracken, G. (1987). Culture and Consumption among the Elderly : Three Research Objectives in an Emerging Field. *Ageing & Society*, 7(2), 203-224.
- McDougall, J. (2004). *Théâtres du Je*. Folio.
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., Klunk, W. E., Koroshetz, W. J., Manly, J. J., Mayeux, R., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rossor, M. N., Scheltens, P., Carrillo, M. C., Thies, B., Weintraub, S., & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease : Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia : The Journal of the Alzheimer's Association*, 7(3), 263-269.
- Mesa-Gresa, P., Gil-Gómez, H., Lozano-Quilis, J.-A., & Gil-Gómez, J.-A. (2018). Effectiveness of Virtual Reality for Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder : An Evidence-Based Systematic Review. *Sensors*, 18(2486), 1-15.
- Michel, A., Brigaud, E., Cousson-Gélie, F., Vidal, J., & Blanc, N. (2019). La réalité virtuelle chez les femmes âgées suivies pour un cancer du sein : Intérêts et attentes. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 17(4), 415-422.
- Michel, C., Bobillier-Chaumon, M.-É., & Tarpin-Bernard, F. (2009). Fracture numérique chez les seniors du 4^e âge. *Les Cahiers du numérique*, 5(1), 147-168.
- Mijolla, A. de, Golse, B., Mijolla-Mellor, S. de, & Perron, R. (2013). *Dictionnaire international*

de la psychanalyse : Concepts, notions, biographies, œuvres, évènements, institutions.
Pluriel.

- Millard, P. H. (1996). *Medicine in Elderly People*. Dans P. S. Timiras & E. E. Bittar, *Advances in Cell Aging and Gerontology* (Vol. 1, p. 185-206). Elsevier.
- Miller, A. (1984). *C'est pour ton bien : Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*. Flammarion, 2015.
- Milner, M. (2000). Matière à symbolisation. Dans B. Chouvier, *Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole*. Art, création et psychanalyse (p. 29-59). Delachaux et Niestlé.
- Miollan, C., & Bisson, T. (2003). Dormir, rêver peut-être. *Perspectives Psy*, 44(3), 173-175.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex « Frontal Lobe » tasks : A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100.
- Molin, P., & Rockwood, K. (2016). Les nouveaux critères de la Maladie d'Alzheimer – Perspective gériatrique. *Canadian Geriatrics Journal*, 19(2), 74-82.
- Monfort, J., Neiss, M., Rabier, P., & Hervy, M.-P. (2006). Alzheimer, famille, institution. *Annales Médico-psychologiques*, 164(9), 726-731.
- Morina, N., Ijntema, H., Meyerbröker, K., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life ? A meta-analysis of studies applying behavioral assessments. *Behaviour Research and Therapy*, 74(1), 18-24.
- Moyle, W., Jones, C., Dwan, T., & Petrovich, T. (2018). Effectiveness of a Virtual Reality Forest on People With Dementia : A Mixed Methods Pilot Study. *The Gerontologist*, 58(3), 478-487.
- Newbutt, N., Bradley, R., & Conley, I. (2020). Using Virtual Reality Head-Mounted Displays in Schools with Autistic Children : Views, Experiences, and Future Directions. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 23(1), 23-33.
- Nickelson, D. (1998). Telehealth and the evolving health care system : Strategic opportunities for professional psychology. *Professional Psychology : Research and Practice*, 29(1), 527-535.
- Ogden, T. H. (2014). *Sujets de l'analyse*. Ithaque.

- Ogden, T. H. (1994). The analytic third : Working with intersubjective clinical facts. *The International Journal of Psychoanalysis*, 75(1), 3-19.
- Ogden, T. H. (2005). Le tiers analytique : Les implications pour la théorie et la technique psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, 69(3), 751-774.
- Ogden, T. H. (2008). Parler-rêver. *L'année psychanalytique internationale*, 2008(1), 117-131.
- Oldoini, M. G. (2019). Hallucinoze et rêverie : La douleur d'Alice et ses transformations dans le cabinet de consultation. *L'Année psychanalytique internationale*, 2019(1), 51-77.
- Optale, G., Munari, A., Nasta, A., Pianon, C., Viggiano, G., & Baldaro Verde, J. (1997). Multimedia and virtual reality techniques in the treatment of male erectile disorders. *International Journal of Impotence Research*, 9(4), 197-203.
- Palacio Espasa, F. (1980). Les états psychotiques infantiles et les relations d'objet précoces. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 23(2).
- Pampouchidou, A., Simantiraki, O., Vazakopoulou, K., Marias, K., Simos, P., Yang, F., Meriaudeau, F., & Tsiknakis, M. (2017). *Détection de la dépression par l'analyse de la géométrie faciale et de la parole* [Conférence]. Annual International Conference of IEEE Engineering in Medicine and Biology Society, Corée.
- Park, D. C., & Reuter-Lorenz, P. (2009). The adaptive brain : Aging and neurocognitive scaffolding. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 173-196.
- Park, K.-M., Ku, J., Choi, S.-H., Jang, H.-J., Park, J.-Y., Kim, S. I., & Kim, J.-J. (2011). A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia : A randomized, controlled trial. *Psychiatry Research*, 189(2), 166-172.
- Paveau, M.-A. (2012). Ce que disent les objets. Sens, affordance, cognition. *Synergie Pays Riverains de la Baltique*, 9(1), 53-65.
- Péruch, P., & Wilson, P. N. (2004). Active versus passive learning and testing in a complex outside built environment. *Cognitive Processing*, 5(4), 218-227.
- Peter, C., & Estingoy, P. (2014). Le jeu vidéo comme médiation thérapeutique : Une nouvelle approche dans la prise en charge de la schizophrénie. *Études & pratiques en psychologie*, 2(1), 6-19.
- Petersen, R. C., & Morris, J. C. (2005). Mild cognitive impairment as a clinical entity and treatment target. *Archives of Neurology*, 62(7), 1160-1163.

- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56(3), 303-308.
- Peyroux, E., & Franck, N. (2016). Improving Social Cognition in People with Schizophrenia with RC2S : Two Single-Case Studies. *Frontiers in Psychiatry*, 7(66), 1-16.
- Phenice, L. A., & Griffiore, R. J. (2013). The Importance of Object Memories for Older Adults. *Educational Gerontology*, 39(10), 741-749.
- Pitti, C. T., Peñate, W., de la Fuente, J., Bethencourt, J. M., Roca-Sánchez, M. J., Acosta, L., Villaverde, M. L., & Gracia, R. (2015). The combined use of virtual reality exposure in the treatment of agoraphobia. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 43(4), 133-141.
- Plaie, T., & Isingrini, M. (2003). Effet différentiel du vieillissement sur les processus impliqués dans la génération d'images mentales. *Canadian Journal of Experimental Psychology/Revue canadienne de psychologie expérimentale*, 57(4), 304-310.
- Plusquellec, M. (2000). Les mondes virtuels menacent-ils la santé mentale des enfants et des adolescents ? *Archives de Pédiatrie*, 7(2), 209-210.
- Pluymaekers, J. (2006). L'institution : Quand on n'a plus que son lit comme cabane ! *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 37(2), 73-83.
- Poenaru, L. (2017). L'hallucinatoire de la perception entre psychanalyse et sciences. *In Analysis*, 1(2), 120-126.
- Protat, S. (2009). *Maladie d'Alzheimer et "Environnements Virtuels Évocateurs". Évaluation de la mémoire autobiographique et des apports thérapeutiques d'une nouvelle forme de thérapie de revue de vie* [Thèse de Doctorat en gérontologie, Université de Sherbrooke].
- Puijalon, B., & Trincaz, J. (2014). L'injonction normative au « bien vieillir ». Dans C. Hummel, I. Mallon, V. Caradec, *Vieillesse et vieillissements : Regards sociologiques* (p. 61-72). Presses universitaires de Rennes.
- Quéau, P. (1993). *Le virtuel : Vertus et vertiges*. Champ Vallon Editions.
- Quibel, C., Bonin, M., Bonnet, M., Gaimard, M., Mourey, F., Moesch, I., & Ancet, P. (2017). Évaluation de l'effet thérapeutique de la médiation animale dans la maladie d'Alzheimer. *Soins Gérontologie*, 22(125), 35-38.

- Quinodoz, J.-M. (2004). *Lire Freud. Découverte chronologique de l'œuvre de Freud*. Presses Universitaires de France.
- Rabeyron, T. (2017). Médiations thérapeutiques et processus de symbolisation : De l'expérience sensible à la modélisation. *L'Évolution Psychiatrique*, 82(2), 351-364.
- Rabeyron, T. (2020). Du néolibéralisme au Tsunami Cognitivo-Comportemental en Grande-Bretagne. Est-il encore temps pour la France d'éviter la catastrophe britannique ? *Recherches en psychanalyse*, 28(2), 112-136.
- Rabeyron, T., Bastien, L., Kabuth, B. (2022). Symbolisation primaire et hallucinose anorexique : perspectives conceptuelles et thérapeutiques à partir du cas d'une adolescente prépubère. *La psychiatrie de l'enfant*, 65(2), 35-56.
- Rabeyron, T., & Charlet, O. (2022). Réalité virtuelle et réalité psychique : Black Mirror et la vie éternelle à San Junipero. *Psychologie Clinique*, 54(2), 173-185.
- Rabeyron, T. & Massicotte, C. (2020). Entropie, Énergie libre et symbolisation : l'association libre à l'intersection de la psychanalyse et des neurosciences. *Frontiers in psychology*, 11(366), 1-33.
- Raz, N. (2000). Aging of the brain and its impact on cognitive performance : Integration of structural and functional findings. Dans F. I. M. Craik & T. A. Salthouse, *The handbook of aging and cognition* (2^e éd, p. 1-90). Lawrence Erlbaum Associates.
- Raz, N. (2004). *The Aging Brain Observed in Vivo : Differential Changes and Their Modifiers*. Oxford University Press.
- Raz, N., Gunning, F. M., Head, D., Dupuis, J. H., McQuain, J., Briggs, S. D., Loken, W. J., Thornton, A. E., & Acker, J. D. (1997). Selective aging of the human cerebral cortex observed in vivo : Differential vulnerability of the prefrontal gray matter. *Cereb Cortex*, 7(3), 268-282.
- Raz, N., Lindenberger, U., Rodrigue, K. M., Kennedy, K. M., Head, D., Williamson, A., Dahle, C., Gerstorf, D., & Acker, J. D. (2005). Regional brain changes in aging healthy adults : General trends, individual differences and modifiers. *Cereb Cortex*, 15(11), 1676-1689.
- Raz, N., & Rodrigue, K. M. (2006). Differential aging of the brain : Patterns, cognitive correlates and modifiers. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30(6), 730-748.
- Restivo-Martin, A., & Charazac, V. (2012). « Je suis venu vous dire que je m'en vais » : un groupe Photolangage© à l'épreuve de la perte. *Cliniques*, 4(1), 48-64.

- Rialle, V. (2007). *Technologie et Alzheimer : Appréciation de la faisabilité de la mise en place de technologies innovantes pour assister les aidants familiaux et pallier les pathologies de type Alzheimer* [Thèse de Doctorat en Éthique médicale et Biologique, Université René Descartes, Paris 5].
- Rialle, V. (2009). La géolocalisation de malades de type Alzheimer: Entre urgence sociosanitaire et dilemme sociétal. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 9(50), 101-105.
- Ribes, G. (2006). Résilience et vieillissement. *Reliance*, 21(3), 12-18.
- Rigaud, A.-S., Simonnet, T., Rialle, V., Rumeau, P., Vallet, C., Baldinger, J.-L., Belfeki, I., Boudy, J., de Rotrou, J., de Sant'Anna, M., Extra, J., Faucounau, V., Labourée, F., Lacombe, A., Orvoen, G., Riguet, M., Vella, F., Vigourou, N., & Wu, Y.-H. (2010). Un exemple d'aide informatisée à domicile pour l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer : Le projet TANDEM. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 10(56), 71-76.
- Rinck, P. A. (2020). To see and to be seen. Teleconsultations and rating sites aren't all good news. *Radiologists : safety first or last*, 31(1), 13-15.
- Ritchie, K., Artero, S., & Touchon, J. (2001). Classification criteria for mild cognitive impairment : A population-based validation study. *Neurology*, 56(1), 37-42.
- Riva, G. (2003). Virtual environment in clinical psychology. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(1-2), 68-76.
- Riva, G. (2005). Virtual reality in psychotherapy : Review. *Cyberpsychology & Behavior : The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 8(3), 220-230.
- Riva, G. (2009). Virtual Reality : An Experiential Tool for Clinical Psychology. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 337-345.
- Riva, G. (2020). Virtual Reality in Clinical Psychology. *Comprehensive Clinical Psychology*, 2022(1), 91-105.
- Riva, G., & Wiederhold, B. K. (2002). Guest editorial : Introduction to the special issue on virtual reality environments in behavioral sciences. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 6(3), 193-197.

- Rizzo, A. A., Schultheis, M., Kerns, K. A., & Mateer, C. (2004). Analysis of assets for virtual reality applications in neuropsychology. *Neuropsychological Rehabilitation*, *14*(1-2), 207-240.
- Rizzo, A., Gambino, G., Sardo, P., & Rizzo, V. (2020). Being in the Past and Perform the Future in a Virtual World : VR Applications to Assess and Enhance Episodic and Prospective Memory in Normal and Pathological Aging. *Frontiers in Human Neuroscience*, *14*(297), 1-11.
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal / Journal de l'Association Médicale Canadienne*, *173*(5), 489-495.
- Rodríguez-Mañas, L., Féart, C., Mann, G., Viña, J., Chatterji, S., Chodzko-Zajko, W., Harmand, M. G.-C., Bergman, H., Carcaillon, L., Nicholson, C., Scuteri, A., Sinclair, A., Pelaez, M., Cammen, T. V. D., Beland, F., Bickenbach, J., Delamarche, P., Ferrucci, L., Fried, L. P., ... Vega, E. (2013). Searching for an operational definition of frailty : A delphi method based consensus statement. The frailty operative definition-consensus conference project. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, *68*(1), 62-67.
- Romo, L., Bioulac, S., Michel, G., & Kern, L. (2012). *La dépendance aux jeux vidéo et à l'Internet*. Dunod.
- Roos, C. (2008). Des chutes en abîme, une chute en cache une autre... *Champ psychosomatique*, *49*(1), 95-112.
- Rosenfelt, R. H., Kastenbaum, R., & Slater, P. E. (1964). Patterns of short-range time orientation in geriatric patients. Dans R. Kastenbaum, *New Thoughts on Old Age* (p. 291-299). Springer Berlin Heidelberg.
- Rostaing, C. (2015). Institution totale. Dans S. Paugam, *Les 100 mots de la sociologie* (p. 75-77). Presses Universitaires de France.
- Roussillon, R. (1991). *Paradoxe et situations limites de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France.
- Roussillon, R. (2001). *Le plaisir et la répétition - Théorie du processus psychique : Théorie du processus psychique*. Dunod.

- Roussillon, R. (2004). L'intersubjectivité. *Le Carnet PSY*, 94(8), 22-28.
- Roussillon, R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Dunod.
- Roussillon, R. (2009a). L'associativité. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 20(2), 19-35.
- Roussillon, R. (2009b). Le partage de l'affect et la réflexivité par l'homosexualité primaire « en double ». Dans R. Roussillon, *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité* (p. 103-120). Dunod.
- Roussillon, R. (2010). Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations. *Le Carnet PSY*, 141(1), 28-31.
- Roussillon, R. (2014). *Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie*. Elsevier Masson.
- Roussillon, R., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Georgieff, N., & Roman, P. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Elsevier Masson.
- Rumeau, P., Leclercq, C., Savoldelli, M., & Lareng, L. (2012). Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : Un modèle de choix pour l'amélioration du soin par les pratiques de télémédecine. *Les cahiers de l'année gérontologique*, 4(4), 379-385.
- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., & Ribas-Sabaté, J. (2012). Improving social behaviour in schizophrenia patients using an integrated virtual reality programme : A case study. *Studies in Health Technology and Informatics*, 181(1), 283-286.
- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., & Ribas-Sabaté, J. (2014). A virtual reality-integrated program for improving social skills in patients with schizophrenia : A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 81-89.
- Saïet, M. (2011). Une douce accoutumance. *Psychologie Clinique*, 31(1), 135-149.
- Salthouse, T. A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Review*, 103(3), 403-428.
- Sánchez, A., Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., & Maseda, A. (2013). Multisensory Stimulation for People With Dementia : A Review of the Literature. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementiasr*, 28(1), 7-14.
- Schaff, M., Steenkeste, F., & Rumeau, P. (2005). Aide technique à l'évaluation des patients crieurs alités. *ITBM-RBM*, 26(5-6), 357-362.

- Schneider, S. M., & Hood, L. E. (2007). Virtual Reality : A Distraction Intervention for Chemotherapy. *Oncology nursing forum*, 34(1), 39-46.
- Schwartzman, D., Segal, R., & Drapeau, M. (2012). Perceptions of virtual reality among therapists who do not apply this technology in clinical practice. *Psychological Services*, 9(3), 310-315.
- Segal, R., Bhatia, M., & Drapeau, M. (2010). Therapists' Perception of Benefits and Costs of Using Virtual Reality Treatments. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(1-2), 29-34.
- Serres, M. (2007). *Les nouvelles technologies : Révolution culturelle et cognitive* [Conférence]. Conférence de l'INRIA, Lille.
- Sigaut, F. (2009). Techniques, technologies, apprentissage et plaisir au travail... *Techniques & Culture. Revue semestrielle d'anthropologie des techniques*, 2009(52-53), 40-49.
- Simmel, G. (1993). *La tragédie de la culture*. Rivages.
- Sink, K. M., Espeland, M. A., Castro, C. M., Church, T., Cohen, R., Dodson, J. A., Guralnik, J., Hendrie, H. C., Jennings, J., Katula, J., Lopez, O. L., McDermott, M. M., Pahor, M., Reid, K. F., Rushing, J., Verghese, J., Rapp, S., & Williamson, J. D. (2015). Effect of a 24-month physical activity intervention compared to health education on cognitive outcomes in sedentary older adults : The LIFE Randomized Trial. *JAMA*, 314(8), 781-790.
- Slater, M., Lotto, B., Arnold, M. M., & Sánchez-Vives, M. V. (2009). How we experience immersive virtual environments : The concept of presence and its measurement. *Anuario de Psicología*, 40(2), 193-210.
- Sperling, R. A., Aisen, P. S., Beckett, L. A., Bennett, D. A., Craft, S., Fagan, A. M., Iwatsubo, T., Jack, C. R., Kaye, J., Montine, T. J., Park, D. C., Reiman, E. M., Rowe, C. C., Siemers, E., Stern, Y., Yaffe, K., Carrillo, M. C., Thies, B., Morrison-Bogorad, M., ... Phelps, C. H. (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease : Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 7(3), 280-292.
- Steenkeste, F., Bocquet, H., Chan, M., & Campo, E. (2001). La mise en place d'une technologie pour observer le comportement nocturne des personnes âgées en institution. *ITBM-*

RBM, 22(1), 25-30.

Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve ? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(3), 448-460.

Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47(10), 2015-2028.

Stoffregen, T., Bardy, B., Smart, J., & Pagulayan, R. (2003). On the Nature and Evaluation of Fidelity in Virtual Environments. Dans L. J. Hettinger & M. W. Haas, *Visual and adaptive environments. Adaptation, Implications and Human performance* (p. 111-128). Lawrence Erlbaum Associates.

Stora, M. (2010). Rêve et réalité : Une clinique du jeu vidéo comme médiation thérapeutique. *Dialogue*, 186(1), 87-97.

Stora, M. (2016). Médiation par les jeux vidéo : Cadre et aspects thérapeutiques. *Cliniques*, 11(1), 90-104.

Stora, M., & Dinechin, B. de. (2005). *Guérir par le virtuel : Une nouvelle approche thérapeutique*. Presses de la Renaissance.

Tabue-Teguo, M., Simo, N., Harmand, M. G.-C., Cesari, M., Avila-Funes, J.-A., Féart, C., Amiéva, H., & Dartigues, J.-F. (2017). Frailty in elderly : A brief review. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 15(2), 127-137.

Takahashi, Y., Takagi, M., & Inoue, K. (2018). Development of Robot System for Elderly Who Live Alone. Dans K. Miesenberger & G. Kouroupetroglou, *Computers Helping People with Special Needs* (p. 383-386). Springer International Publishing.

Talpin, J.-M. (2017). *Psychologie clinique du vieillissement normal et pathologique* (2^e éd.). Armand Colin.

Talpin J.-M. (2018). Du corps virtuel au réel du corps en gériatrie. *Connexions*, 110(2), 99-108.

Talpin J.-M. (2020). L'écoute clinique du sujet âgé : un nouveau champ pour la psychopathologie et la clinique. Dans J. Jung, *Psychopathologie et psychologie clinique : Perspectives contemporaines* (p. 221-223).

Talpin, J.-M. (2022). Clinique du vieillissement démentiel : les limites à l'épreuve du soin psychique. Dans J. Jung, *Pratiques cliniques et dispositifs « aux limites » : Approche contemporaine* (p. 153-164). Dunod.

Talpin, J.-M., & Ploton, L. (2002). Cadres institutionnels et loi du plus fort en institutions

- gériatriques. *Gérontologie et société*, 25(101), 115-127.
- Tamura, T., Yonemitsu, S., Itoh, A., Oikawa, D., Kawakami, A., Higashi, Y., Fujimooto, T., & Nakajima, K. (2004). Is an entertainment robot useful in the care of elderly people with severe dementia ? *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(1), 83-85.
- Taquet, P., & Hautekeete, M. (2013). Prise en charge TCC d'une addiction aux jeux vidéo : L'expérience de jeu contribue à la thérapie. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 23(3), 102-112.
- Tcha-Tokey, K., Loup-Escande, E., Christmann, O., & Richir, S. (2017). *Effects on User Experience in an Edutainment Virtual Environment : Comparison Between CAVE and HMD* [Conférence]. European Conference on Cognitive Ergonomics, Suède.
- Tisseron, S. (1999a). *Comment l'esprit vient aux objets*. Aubier.
- Tisseron, S. (1999b). Nos objets quotidiens. *Hermès, La Revue*, 25(3), 57-66.
- Tisseron, S. (2001). Se rendre sensible aux objets. *L'Autre*, 2(2), 231-240.
- Tisseron, S. (2003). L'image comme processus, le visuel comme fantasme. *Cahiers de psychologie clinique*, 20(1), 125-135.
- Tisseron, S. (2006). Les objets et leurs enjeux dans la séance de thérapie familiale psychanalytique. *Le Divan familial*, 16(1), 97-106.
- Tisseron, S. (2010). *Psychanalyse de l'image : Des premiers traits au virtuel*. Fayard/Pluriel.
- Tisseron, S. (2011a). De l'animal numérique au robot de compagnie : Quel avenir pour l'intersubjectivité ? *Revue française de psychanalyse*, 75(1), 149-159.
- Tisseron, S. (2011b). La photographie sans image. *Autoédition*.
- Tisseron, S. (2012). Clinique du virtuel : Rêvasser, rêver ou imaginer. *Adolescence*, 79(1), 145-157.
- Tisseron, S. (2016a). De quelques voies nouvelles sur le rêve en psychanalyse. *Le Coq-héron*, 225(2), 90-99.
- Tisseron, S. (2016b). Les objets numériques ne sont pas des doudous : Penser le processus plutôt que les objets. *L'école des parents*, 621(2), 77-88.
- Tisseron, S. (2017). Pour comprendre les objets numériques en médiation thérapeutique,

- rendons d'abord aux objets leur place dans nos vies. Dans S. Tisseron & F. Tordo, *L'enfant, les robots et les écrans : Nouvelles médiations thérapeutiques*. Dunod.
- Tisseron, S. (2018). Pour des robots qui ne remplacent pas les soignants, mais les assistent dans leur travail. Dans C. Bergeret-Amselek, *Et si Alzheimer(s) et Autisme(s) avaient un lien ?* (p. 105-204). Érès.
- Tisseron, S., & Tordo, F. (2017). *L'enfant, les robots et les écrans : Nouvelles médiations thérapeutiques*. Dunod.
- Tisseron, S., & Tordo, F. (2018). *Robots, de nouveaux partenaires de soins psychiques*. Érès.
- Toesca, É. C. (2014). Le squiggle, une invention de Winnicott revisitée avec Lacan. *Psychanalyse*, 31(3), 53-61.
- Tokunaga, R. S. (2010). Following you home from school : A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behavior*, 26(3), 277-287.
- Tordo, F. (2012). Psychanalyse de l'action dans le jeu vidéo. *Adolescence*, 79(1), 119-132.
- Tordo, F. (2017). Médiations numériques et pathologies limites en psychothérapie analytique. Dans S. Tisseron & F. Tordo, *L'enfant, les robots et les écrans : Nouvelles médiations thérapeutiques*. Dunod.
- Trahan, M. H., Maynard, B. R., Smith, K. S., Farina, A. S. J., & Khoo, Y. M. (2019). Virtual Reality Exposure Therapy on Alcohol and Nicotine : A Systematic Review. *Research on Social Work Practice*, 29(8), 876-891.
- Triscari, M. T., Faraci, P., Catalisano, D., D'Angelo, V., & Urso, V. (2015). Effectiveness of cognitive behavioral therapy integrated with systematic desensitization, cognitive behavioral therapy combined with eye movement desensitization and reprocessing therapy, and cognitive behavioral therapy combined with virtual reality exposure therapy methods in the treatment of flight anxiety : A randomized trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11(1), 2591-2598.
- Tuckman, J., & Lorge, I. (1953). "When Aging Begins" and Stereotypes About Aging. *Journal of Gerontology*, 8(4), 489-492.
- Tustin, F. (1986). *Les Etats autistiques chez l'enfant*. Le Seuil.
- Uc, E. Y., Rizzo, M., Anderson, S. W., Shi, Q., & Dawson, J. D. (2004). Driver route-following

- and safety errors in early Alzheimer disease. *Neurology*, 63(5), 832-837.
- Vacheret, C. (2010). Le photolangage, une médiation thérapeutique un bref historique des théories groupales. *Le Carnet PSY*, 141(1), 39-42.
- Vaillant-Ciszewicz, A.-J., Rossi, R., Quaderi, A., & Palazzolo, J. (2017). Les effets thérapeutiques de l'animal en EHPAD. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(98), 109-113.
- Valmaggia, L. R., Latif, L., Kempton, M. J., & Rus-Calafell, M. (2016). Virtual reality in the psychological treatment for mental health problems : An systematic review of recent evidence. *Psychiatry Research*, 236(1), 189-195.
- Valori, I., McKenna-Plumley, P. E., Bayramova, R., & Farroni, T. (2021). Perception and Motion in Real and Virtual Environments : A Narrative Review of Autism Spectrum Disorders. *Frontiers in Psychology*, 12(708229), 1-9.
- Van Ameringen, M., Turna, J., Khalesi, Z., Pullia, K., & Patterson, B. (2017). There is an app for that! The current state of mobile applications (apps) for DSM-5 obsessive-compulsive disorder, posttraumatic stress disorder, anxiety and mood disorders. *Depression and Anxiety*, 34(6), 526-539.
- Van Der Linden, M., Juillerat, A.-C., & Adam, S. (2003). Cognitive Intervention. Dans R. Mulligan, M. Van Der Linden, A.-C. Juillerat, *The Clinical Management of Early Alzheimer's Disease : A Handbook* (p. 169-233). Lawrence Erlbaum Associates.
- Van Petten, C. (2004). Relationship between hippocampal volume and memory ability in healthy individuals across the lifespan : Review and meta-analysis. *Neuropsychologia*, 42(10), 1394-1413.
- Verdon, B. (2016). *Le vieillissement psychique*. Presses Universitaires de France.
- Vial, S. (2014). Critique du virtuel : En finir avec le dualisme numérique. *Psychologie Clinique*, 37(1), 38-51.
- Vincelli, F. (1999). From Imagination to Virtual Reality : The Future of Clinical Psychology. *CyberPsychology & Behavior*, 2(3), 241-248.
- Virole, B. (2005). Du bon usage des jeux vidéo. *Enfances & Psy*, 26(1), 67-72.
- Virole, B. (2007). Psychothérapie et réalité virtuelle. *Le Carnet PSY*, 8(121), 37-38.
- Virole, B. (2010). Réalité virtuelle et incarnation numérique. *La lettre de l'enfance et de*

l'adolescence, 82(4), 83-86.

- Virole, B. (2011). Psychothérapie et réalité virtuelle. Dans B. Virole, *La complexité de soi* (p. 57-68). Charielle-éditions.
- Vitali-Rosati, M. (2014). Pour une définition du « numérique ». Dans M. E. Sinatra & M. Vitali-Rosati, *Pratiques de l'édition numérique* (p.63-75). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Vlachopoulou, X., Haddouk, L., Houssier, F. & Missonnier, S. (2014). Le héros virtuel comme révélateur de fantasmes archaïques à l'adolescence. *Dialogues*, 203(1), 111-120.
- Vlachopoulou, X. & Missonnier, S. (2019). Psychopathologie du virtuel. Dans X. Vlachopoulou, *Psychologie des écrans* (p. 90-121). Presses Universitaires de France.
- Wada, K., Shibata, T., Musha, T., & Kimura, S. (2008). Robot therapy for elders affected by dementia. *IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine*, 27(4), 53-60.
- Wallendorf, M., & Arnould, E. (1988). « My Favorite Things » : A Cross-Cultural Inquiry into Object Attachment, Possessiveness, and Social Linkage. *Journal of Consumer Research*, 14(1), 531-547.
- Weizenbaum, J. (1966). ELIZA - a computer program for the study of natural language communication between man and machine. *Communications of the ACM*, 9(1), 36-45.
- Weniger, G., Ruhleder, M., Lange, C., Wolf, S., & Irle, E. (2011). Egocentric and allocentric memory as assessed by virtual reality in individuals with amnesic mild cognitive impairment. *Neuropsychologia*, 49(3), 518-527.
- Widmann, C. N., Beinhoff, U., & Riepe, M. W. (2012). Everyday memory deficits in very mild Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*, 33(2), 297-303.
- Wiederhold, B., Gavshon, L., & Wiederhold, M. (2010). A psychodynamic view of virtual reality exposure therapy. *Journal of Cyber Therapy and Rehabilitation*, 3(1), 395-403.
- Wiederhold, B. K., Jang, D. P., Kim, S. I., & Wiederhold, M. D. (2002). Physiological monitoring as an objective tool in virtual reality therapy. *Cyberpsychology & Behavior: The Impact Of The Internet, Multimedia And Virtual Reality On Behavior And Society*, 5(1), 77-82.
- Wiener, S. (2010). Modalités cliniques du temps. *Essaim*, 24(1), 53-62.
- Winnicott, D. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Gallimard.

- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena ; a study of the first not-me possession. *The International Journal of Psychoanalysis*, 34(1), 89-97.
- Winnicott, D. W., Winnicott, C., Shepherd, R., & Davis, M. (1964). The Importance of the Setting in Meeting Regression in Psycho-Analysis. Written for a seminar given to third-year students at the Institute of Psycho-Analysis, 9 July 1964. In *Psycho-Analytic Explorations* (1^e éd.). Routledge, 1989.
- Wong, C. Y., Ibrahim, R., & Mansor, E. (2020). Measuring Expectation for an Affordance Gap on a Smartphone User Interface and its Usage Among Older Adults. *Human Technology*, 16(1), 6-34.
- Yen, C.-Y., Lin, K.-H., Hu, M.-H., Wu, R.-M., Lu, T.-W., Lin, C.-H., Deutsch, J. E., Mirelman, A., & Hausdorff, J. M. (2011). Effects of Virtual Reality-Augmented Balance Training on Sensory Organization and Attentional Demand for Postural Control in People With Parkinson Disease : A Randomized Controlled Trial ... including Invited Commentary with Author Response. *Physical Therapy*, 91(6), 862-878.
- Zenati, X., Saris, J., Lachaux, A.-S., & Clérumbault, A. (2011). Comment ne pas perdre pied : Travailler l'équilibre avec la Wii ! : How don't to get out of one's depth : to keep one's balance with the Wii! *Kinésithérapie, la Revue*, 11(114), 33-40.

ANNEXES

Annexe 1 : Environnements de réalité virtuelle visionnés et séances correspondantes

Participants	Environnements																				
	Casse automobile	Salon d'une pers. âgée	Échelle	Champ	Cuisine	Bourg petite ville	Tracteur	Vaches	Océan	Forêt	Village	Marée basse	Plage	Rivière	Camping	Étang	Intérieur voiture ancienne	Intérieur garage	Champ (brouillard)	Terrain de pétanque	Salle de classe
Bertrand	S4			S5			S1-2	S1-1	S2							S3					
Perrine	S4	S3		S5		S2			S1-1			S1-2									
Jade	S4-1	S3	S2	S5						S1							S4-2				
Paul	S4	S3	S2								S1	S5									
Léonie	S5	S1			S2	S3															
Véra	S4-1	S3-1	S2-1	S5-2	S3-2	S2-2	S1-1				S1-2							S4-2	S5-1		S5-3
Charline	S4	S3	S2	S5-1	S5-2								S1-1							S1-2	
Cédric	S4	S3	S2	S5										S1							
Hélène	S4	S3	S2					S1/S5-1		S5-2											
Christophe	S4	S3	S2	S5											S1						
Total visionnés	10	9	7	7	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Annexe 2 : Environnements de réalité virtuelle présentés aux participants

Index

Environnement de présentation	p.434
Forêt	p.435
Rivière	p.435
Nature (brouillard)	p.436
Champ (brouillard)	p.436
Échelle	p.437
Étang	p.437
Potager	p.438
Terrain de pétanque	p.438
Champ 1	p.439
Champ 2	p.439
Océan (basse mer)	p.440
Plage (rochers)	p.440
Océan	p.441
Plage	p.441
Village	p.442
Camping	p.442
Ville	p.443
Bourg d'une petite ville	p.443
Cuisine	p.444
Salle de bain	p.444
Atelier	p.445
Chambre d'enfant	p.445
Salon d'une personne âgée	p.446
Garage automobile	p.446
Tracteur	p.447
Salle de classe	p.447
Casse automobile	p.448
Supermarché	p.448
Vaches	p.449
Intérieur d'une voiture ancienne	p.449

Environnement de présentation



1. Forêt



2. Rivière



3. Nature (brouillard)



4. Champ (brouillard)



5. Échelle



6. Étang



7. Potager



8. Terrain de pétanque



9. Champ 1



10. Champ 2



11. Océan (basse-mer)



12. Plage (rochers)



13. Océan



14. Plage



15. Village



16. Camping



17. Ville



18. Bourg d'une petite ville



19. Cuisine



20. Salle de bain



21. Atelier



22. Chambre d'enfant



23. Salon d'une personne âgée



24. Garage automobile



25. Tracteur



26. Salle de classe



27. Casse automobile



28. Supermarché



29. Vaches



30. Intérieur d'une voiture ancienne



3.2 Article – De la réalité virtuelle comme médiation thérapeutique auprès des personnes âgées en institution

Charlet, O., Rabeyron, T. (2021). De la réalité virtuelle comme médiation thérapeutique auprès des personnes âgées en institution. *Psychothérapies*, vol. 41(2), 75-86.
doi: 10.3917/psys.212.0075

De la réalité virtuelle comme médiation thérapeutique auprès des personnes âgées en institution

Olivier Charlet* et Thomas Rabeyron**

Résumé Nous interrogeons dans ce travail la pertinence d'utiliser la réalité virtuelle comme médiation thérapeutique auprès de personnes âgées qui vivent en institution. Nous avons mis en place un dispositif à médiation en enregistrant des vidéos à 360° de différents lieux. Les participants les observent à travers un casque de réalité virtuelle lors de séances individuelles réalisées en Ehpad. L'analyse du cas clinique de Jade pose les jalons d'une lecture psychodynamique des propriétés de la réalité virtuelle comme outil thérapeutique.

Introduction

L'exercice de la psychothérapie s'articule toujours au contexte historique dans lequel il s'inscrit (Ellenberger, 1994). À cet égard, le paysage thérapeutique contemporain s'est largement enrichi du fait de l'utilisation des nouvelles technologies. Aussi observons-nous à l'heure actuelle nombre de propositions thérapeutiques à visée essentiellement *adaptative* qui utilisent de « nouveaux objets » que sont les smartphones (Menon *et al.*, 2017), les ordinateurs (Soumet-Leman *et al.*, 2015) ainsi que d'autres supports technologiques avancés comme les robots (D'Onofrio *et al.*, 2019). Il en est de même des casques de réalité virtuelle dont l'usage dans le cadre psychothérapeutique est en plein développement pour de nombreux troubles (Boeldt *et al.*, 2019; Valmaggia *et al.*, 2016). Cet outil a pour l'instant été peu investi par les cliniciens d'orientation psychanalytique contrairement à d'autres dispositifs virtuels comme le jeu vidéo (Corre, 2012; Tordo, 2012). Le champ d'étude ouvert par la réalité

virtuelle n'est toutefois pas délaissé des psychanalystes qui s'y intéressent directement (Faure-Pragier, 1995; Missonnier, 2007) ou participent à en définir les propriétés par leurs travaux sur l'image (Tisseron, 2010), le rapport aux écrans (Stora, 2018; Vlachopoulou et Missonnier, 2019) ou encore le virtuel (Tisseron, 2012; Tisseron et Tordo, 2014). C'est dans cette lecture psychodynamique que nous proposons de considérer la réalité virtuelle comme un médium malléable (Roussillon, 2001) et de l'utiliser en tant que médiation thérapeutique originale. Ainsi considéré, le casque de réalité virtuelle apparaît comme favorisant la qualité du lien thérapeutique, le processus de symbolisation et de transformation psychique (Rabeyron, 2017).

* Doctorant en psychologie clinique, psychologue clinicien, Université de Lorraine, Interpsy (Psyclip), 23 boulevard Albert-1er, 54000 Nancy, France

** Professeur de psychologie clinique et psychopathologie, psychologue clinicien

3.3 Article – Feasibility of combining transcranial direct current stimulation and active fully embodied virtual reality for height intolerance : a double-blind randomized controlled study

Article

Feasibility of Combining Transcranial Direct Current Stimulation and Active Fully Embodied Virtual Reality for Visual Height Intolerance: A Double-Blind Randomized Controlled Study

Samuel Bulteau ^{1,2,*}, Andrew Laurin ^{1,3}, Kalyane Bach-Ngohou ⁴, Morgane Péré ⁵, Marie-Anne Vibet ⁵, Jean-Benoit Hardouin ^{2,5}, Véronique Sebillé ^{2,5}, Lydie Lagalice ¹, Élodie Faurel-Paul ⁶, Didier Acier ⁷, Thomas Rabeyron ⁸, Valéry-Pierre Riche ⁹, Anne Sauvaget ^{1,3}, Florian Melki ¹⁰, Toinon Vigier ¹⁰, Matthieu Pereira Da Silva ¹⁰, Olivier Charlet ⁸ and Yannick Prié ¹⁰

¹ Department of Addictology and Consultation-Liaison Psychiatry, CHU Nantes, F-44000 Nantes, France; andrew.laurin@chu-nantes.fr (A.L.); lydie.lagalice@chu-nantes.fr (L.L.); anne.sauvaget@chu-nantes.fr (A.S.)

² Universités de Nantes et de Tours, French Institute of Health and Medical Research (INSERM), UMR 1246 SPHERE, F-44000 Nantes, France; jean-benoit.hardouin@univ-nantes.fr (J.-B.H.); veronique.sebille@univ-nantes.fr (V.S.)

³ Laboratory "Movement, Interactions, Performance" (MIP), University of Nantes, E.A. 4334, F-44000 Nantes, France

⁴ The Enteric Nervous System in Gut and Brain Disorders, INSERM, IMAD, Department of Biology, Laboratory of Clinical Biochemistry, and TENS, CHU Nantes, F-44000 Nantes, France; kalyane.bach@chu-nantes.fr

⁵ Department of Methodology and Biostatistics, CHU Nantes, F-44000 Nantes, France; morgane.pere@chu-nantes.fr (M.P.); marianne.vibet@chu-nantes.fr (M.-A.V.)

⁶ Department of Promotion, CHU Nantes, F-44000 Nantes, France; elodie.faurelpaul@chu-nantes.fr

⁷ Department of Psychology, University of Nantes, F-44312 Nantes, France; didier.acier@univ-nantes.fr

⁸ Department of Psychology, University of Lorraine, Interpsy, F-54000 Nancy, France; thomas.rabeyron@univ-lorraine.fr (T.R.); olivier.charlet.psychologue@gmail.com (O.C.)

⁹ Economic Evaluation and Health Products Development Service, Partnership and Innovation Department, CHU Nantes, F-44000 Nantes, France; valerypierre.riche@chu-nantes.fr

¹⁰ LS2N—UMR 6004 CNRS, University of Nantes, F-44000 Nantes, France;

florian.melki@univ-nantes.fr (F.M.); toinon.vigier@univ-nantes.fr (T.V.); matthieu.perreiradasilva@univ-nantes.fr (M.P.D.S.); yannick.prie@univ-nantes.fr (Y.P.)

* Correspondence: samuel.bulteau@chu-nantes.fr; Tel.: +33-2-40-08-47-95

Citation: Bulteau, S.; Laurin, A.; Bach-Ngohou, K.; Péré, M.; Vibet, M.-A.; Hardouin, J.-B.; Sebillé, V.; Lagalice, L.; Faurel-Paul, É.; Acier, D.; et al. Feasibility of Combining Transcranial Direct Current Stimulation and Active Fully Embodied Virtual Reality for Visual Height Intolerance: A Double-Blind Randomized Controlled Study. *J. Clin. Med.* **2022**, *11*, 345. <https://doi.org/10.3390/jcm11020345>

Academic Editors: Chris Baeken and Virginie Moullet

Received: 20 November 2021

Accepted: 5 January 2022

Published: 11 January 2022

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: Background: Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) and Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) are individually increasingly used in psychiatric research. Objective/Hypothesis: Our study aimed to investigate the feasibility of combining tDCS and VRET with the features of wireless, 360° full immersion and embodiment and an active task to reduce height-induced anxiety. Methods: We carried out a pilot randomized, double-blind, controlled study associating VRET (two 20 min sessions with a 48 h interval, during which, participants had to cross a plank at rising heights in a building in construction) with online tDCS (targeting the ventromedial prefrontal cortex) with 28 participants. The primary outcomes were the sense of presence level and the tolerability. The secondary outcomes were the anxiety level (Subjective Unit of Discomfort) and the salivary cortisol concentration. Results: We confirmed the feasibility of the association between tDCS and fully embodied VRET associated with a good sense of presence without noticeable adverse effects. In both groups, a significant reduction in the fear of height was observed after two sessions, with only a small effect size of add-on tDCS (0.1) according to the SUD. The variations of cortisol concentration differed in the tDCS and sham groups. Conclusion: Our study confirmed the feasibility of the association between wireless online tDCS and active, fully embodied VRET. The optimal tDCS paradigm remains to be determined in this context to increase effect size and then adequately power future clinical studies assessing synergies between both techniques.

3.4 Article – Réalité virtuelle et réalité psychique : Black Mirror et la vie éternelle à San Junipero



RÉALITÉ VIRTUELLE ET RÉALITÉ PSYCHIQUE : BLACK MIRROR ET LA VIE ÉTERNELLE À SAN JUNIPERO

[Thomas Rabeyron, Olivier Charlet](#)

EDP Sciences | « [Psychologie Clinique](#) »

2022/2 n° 54 | pages 173 à 185

ISSN 1145-1882

ISBN 9782759830749

DOI 10.1051/psyc/202254173

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-2022-2-page-173.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour EDP Sciences.

© EDP Sciences. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Résumé

Nous proposons dans ce travail d'analyser un épisode de la série *Black Mirror* intitulé *San Junipero* dans le but de mieux comprendre les différentes formes de transformations subjectives induites par les nouvelles technologies. Ainsi, après avoir décrit dans les grandes lignes l'histoire d'amour au cœur de cet épisode, nous décrivons les processus psychiques associés à la réalité virtuelle, en particulier le narcissisme primaire et le rêve. Les relations complexes entre jouissance, trauma et désir sont ensuite abordées à travers le prisme des propriétés symboligènes de l'espace virtuel. Cela nous conduit à décrire plusieurs fantasmes originaires associés à la réalité virtuelle et les processus sous-jacent au désir d'éternité exprimés par son intermédiaire. Nous proposons en conclusion quelques réflexions relatives à la manière dont ces évolutions techniques se situent à la rencontre entre le réel et l'hyper-réel et la manière dont les cliniciens peuvent être amenés à les considérer.

Mots clés

Black Mirror ; hyper-réel ; psychothérapie ; réalité virtuelle ; symbolisation.

