



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I**  
**INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION**

=====

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Professeur Yves MATILLON

**Le tonus, un soutien pour le psychomotricien dans la  
prise en charge des personnes âgées démentes ?**

**Mémoire présenté pour l'obtention  
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

**Par : Marguerite RADENAC née de LAMBERTYE**

**Juin 2012**

**N° 1063**

Directeur du Département Psychomotricité

**Jean Noël BESSON**

# Université Claude Bernard Lyon1

Président  
**Pr. GILLY François-Noël**

Vice-président CEVU  
**M. LALLE Philippe**

Vice-président CA  
**M. BEN HADID Hamda**

Vice-président CS  
**M. GILLET Germain**

Directeur Général des Services  
**M. HELLEU Alain**

## Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est  
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et  
Biologiques  
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -  
Lyon-Sud Charles Mérieux  
Directeur **Pr. KIRKORIAN Gilbert**

Institut des Sciences et Techniques de  
Réadaptation  
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Comité de Coordination des Etudes  
Médicales (C.C.E.M.)  
**Pr. GILLY François Noël**

Département de Formation et Centre de  
Recherche en Biologie Humaine  
Directeur **Pr. FARGE Pierre**

U.F.R d'Odontologie  
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

## Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies  
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

IUFM  
Directeur **M. BERNARD Régis**

U.F.R. de Sciences et Techniques des  
Activités Physiques et Sportives  
(S.T.A.P.S.)  
Directeur **M. COLLIGNON Claude**

Ecole Polytechnique Universitaire de Lyon  
(EPUL)  
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Institut des Sciences Financières et  
d'Assurance (I.S.F.A.)  
Directeur **Pr MAUME-DESCHAMPS  
Véronique**

Ecole Supérieure de Chimie Physique  
Electronique de Lyon (CPE)  
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de Lyon  
**M. GUIDERDONI Bruno**

IUT LYON 1  
Directeur **M. VITON Christop**

## Remerciements

A ma maître de mémoire, Sylvie Petit. Un immense merci pour votre aide tout au long de la rédaction de ce mémoire, pour vos relectures, vos aiguillages avisés et pour tout le temps que vous m'avez consacré.

A mes maîtres de stages durant ces trois années : Véronique Veillith d'Aubarede, qui m'a accueillie lors de mon premier stage et m'a fait découvrir et aimer la psychomotricité auprès des enfants, Anne Jacquinet, Florence Bastian-Leyrit, Aurore Juillard-Dampenon, Laura Chantegrel et Magali Bruchon-Chatagnat. Vous avez pris de votre temps pour me transmettre vos savoir faire et savoir être, soyez en vivement remerciées.

A la promotion 2011 de psychomotricité qui m'a accueillie en deuxième année, en particulier Marguerite. A la promotion 2012 qui a su m'intégrer malgré ma présence épisodique.

A mes parents, pour m'avoir toujours soutenue dans mes choix même lorsque vous ne les compreniez pas. Votre confiance m'a permis d'avancer et d'être là où je suis aujourd'hui. Merci !

A mes frères et sœurs, Marie-Capucine, Nicolas, Inès, Albane et François-Xavier pour les bons moments partagés pendant toutes ces années. Malgré l'éloignement j'espère que nous saurons rester toujours unis.

A mes beaux-parents, beaux-frères et belles-sœurs qui m'ont si bien accueillie dans leur famille.

A tous mes amis, lyonnais ou plus éloignés. A Clotilde, le G8, les LH... Votre amitié est toujours là dans les joies comme dans les difficultés. Merci !

A Florian pour ton amour inconditionnel, pour ton soutien en toutes circonstances et à nos enfants Blandine, Etienne, p'tit loup..., petites terreurs mais surtout grands bonheurs !

# Sommaire

<b><u>Introduction</u></b> .....	8
<b><u>Partie Théorique</u></b> .....	10
<b>I. LE TONUS</b> .....	10
A. Définitions.....	10
B. Aspects neurophysiologiques du tonus.....	10
C. Différents types de tonus.....	11
1. Le tonus de fond.....	11
2. Le tonus postural.....	12
3. Le tonus d'action.....	12
D. Evolution du tonus dans le développement psychomoteur.....	12
E. Mécanismes de régulation du tonus.....	13
F. Troubles du tonus.....	15
G. Fonctions du tonus.....	16
H. Le dialogue tonico-émotionnel.....	16
1. Définition.....	16
2. Dialogue tonique et communication non verbale.....	17
3. Dialogue tonique et construction du psychisme.....	17
4. Dialogue tonique chez l'adulte.....	19
<b>II. LA DEMENCE, UNE MALADIE COMPLEXE</b> .....	19
A. Définitions.....	19
B. Classification des démences.....	20
1. Démences dégénératives.....	20
2. Démences vasculaires.....	22
3. Autres types de démences.....	22
C. Diagnostic.....	22
D. Diagnostics différentiels.....	23
E. Etiologies.....	24
1. Du point de vue biologique.....	24
2. Du point de vue psychanalytique.....	25
a. <i>La démence, une fuite face à l'angoisse de mort ?</i> .....	25

<i>b. La démence, une défense contre la dépression ?</i>	
<i>Narcissisme et démence.....</i>	26
<i>c. La démence, un fonctionnement mental de secours ?.....</i>	27
F. Signes cliniques.....	28
1. Altération des fonctions supérieures.....	28
<i>a. Troubles mnésiques.....</i>	28
<i>b. Désorientation temporo-spatiale.....</i>	28
<i>c. Aphasie.....</i>	29
<i>d. Apraxie.....</i>	29
<i>e. Agnosie.....</i>	29
<i>f. Troubles de l'attention.....</i>	29
<i>g. Troubles du jugement et du raisonnement.....</i>	30
2. Troubles de l'humeur et du comportement.....	30
3. Autres troubles.....	30
4. Evolution.....	31
G. Prise en charge.....	31
1. Traitements médicamenteux.....	31
2. Prise en charge non médicamenteuse.....	31
H. Conséquences sur le psychisme de l'individu.....	32
1. Les pertes.....	32
<i>a. La psycholyse.....</i>	32
<i>b. Une perte de la continuité d'identité ?.....</i>	33
<i>c. Une perte des capacités psychomotrices.....</i>	33
<i>d. Un retour aux premiers liens ?.....</i>	36
2. Les capacités préservées.....	36
<i>a. Un « Savoir affectif ».....</i>	36
<i>b. Des capacités de communication et de compréhension</i> <i>non verbales.....</i>	37
<i>c. Une mémoire du corps.....</i>	38
<i>d. Le patient dément, un être débordé par ses émotions ?.....</i>	39
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>40</b>

<b><u>Partie Clinique</u></b> .....	41
<b>I. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	41
A. Généralités.....	41
B. Les patients déments dans l'établissement.....	41
C. La psychomotricité.....	42
<b>II. MADAME P.</b> .....	43
A. Première rencontre.....	43
B. Quelques éléments de son histoire.....	43
C. La prise en charge en psychomotricité.....	44
1. Indication, projet de soin et suivi antérieur.....	44
2. Les séances.....	45
<i>a. Des débuts chaotiques, la carapace</i> .....	45
<i>b. Un début d'accès aux ressentis</i> .....	50
<i>c. Décès de sa soeur et remontée d'émotions et de souvenirs</i> .....	53
<i>d. La confiance établie, l'avancée du suivi</i> .....	54
<b>III. MADAME G.</b> .....	55
A. Première rencontre.....	55
B. Quelques éléments de son histoire.....	56
C. La prise en charge en psychomotricité.....	57
1. Bilan.....	57
2. Indication et projet de soin.....	58
3. Les séances.....	59
<i>a. Les débuts : la relation s'instaure sur le mode du</i> <i>« faire ensemble »</i> .....	59
<i>b. Un tournant, le passage vers un « être ensemble »</i> .....	63
 <b><u>Partie Théorico-clinique</u></b> .....	 68
<b>I. DEMENCE, TONUS ET EMOTIONS</b> .....	68
A. Les émotions.....	68
1. Définition.....	68
2. Les émotions chez la personne âgée démente.....	69
B. Le tonus dans la démence.....	70

<b>II. LE PSYCHOMOTRICIEN FACE AU PATIENT DEMENT,</b>	
<b>INTERET DU TONUS.....</b>	<b>71</b>
A. La relation thérapeutique.....	71
1. Définition.....	71
2. La relation thérapeutique en psychomotricité.....	72
3. Relation thérapeutique et tonus.....	73
B. Les fonctions du psychomotricien dans la relation avec la personne démente...74	
1. Une « échoïsation corporelle ».....	74
2. Contenance et fonction maternelle.....	76
3. Limites.....	78
C. Réflexion sur quelques médiations mobilisant le tonus et les émotions en thérapie psychomotrice.....	79
1. La musique.....	79
2. Le toucher.....	82
3. Les bains thérapeutiques.....	83
4. Autres médiations.....	85
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>85</b>
 <b><u>Conclusion</u>.....</b>	 <b>86</b>
 <b><u>Bibliographie</u>.....</b>	 <b>88</b>
 <b><u>Annexe 1</u>.....</b>	 <b>93</b>
 <b><u>Annexe 2</u>.....</b>	 <b>94</b>

## Introduction

Durant mes études médicales, j'ai réalisé un stage de trois mois en tant qu'externe dans un service de court et moyen séjour gériatrique. Pendant les tours matinaux des médecins, j'ai été particulièrement touchée par une patiente démente et alitée qui restait dans une position repliée sur elle-même, les yeux mi-clos toute la journée. Le médecin m'avait à ce moment-là parlé d'une étude qui avait montré que ces patients déments et grabataires n'étaient réellement regardés que moins de quelques minutes par jour. Cela m'avait profondément choquée, révoltée mais je m'étais rapidement aperçue de la réalité de ces paroles. Chaque soignant ayant beaucoup de travail pour gérer tous les patients du service, peu de personnes prenaient le temps de s'arrêter pour être présentes aux côtés de cette dame et la regarder comme une personne. Etait-ce d'ailleurs le rôle du personnel soignant de ce service de soins médicaux de courte durée ? Sa famille n'était pas présente du tout. Son séjour dans ce service de soins a été long du fait de la grande difficulté de lui trouver une place dans un service de long séjour plus adapté à son état de dépendance.

Des situations comme celle-ci m'ont ainsi fait prendre conscience de l'importance que j'accorde à la relation dans le soin auprès des personnes les plus vulnérables. C'est ainsi que j'ai pris le chemin de la psychomotricité, afin de mettre davantage en avant dans ma pratique cette relation interindividuelle.

Au cours de mes études, j'ai alors découvert le tonus, fonction psychomotrice fondamentale, carrefour entre le corps et le psychique, entre le somatique et l'émotionnel. Au fur et à mesure de mes stages j'ai aussi pris peu à peu conscience de tout ce que nous apporte l'observation et la prise en compte du tonus dans la pratique psychomotrice. Cela m'a paru d'autant plus important lorsque les patients n'ont pas accès au langage verbal pour exprimer leurs ressentis, leurs émotions, leurs désirs...

En observant les patients déments dans le service de long séjour gériatrique où je suis en stage, je me suis aperçue que le tonus avait une grande importance pour eux. Il y a souvent dans leur posture une forme d'hypertonie comme chez les patients grabataires en position « fœtale » ou d'hypotonie que je peux observer chez les patients qui glissent constamment de leur fauteuil malgré les tentatives d'installation de l'ergothérapeute. Et puis il y a les patients déments « déambulants », allant et venant sans cesse dans le service jusqu'à l'épuisement comme dans une sorte de décharge tonique. En tentant de ne pas rester focalisée sur les potentielles causes organiques de ces troubles du tonus (fatigue, rétractions tendineuses...), je

me suis alors questionnée sur le sens que peuvent avoir ces manifestations tonique chez ces patients déments pour lesquels le langage verbal n'est souvent plus utilisable pour s'exprimer. De plus, je me suis aperçue que les troubles du tonus conduisent souvent le médecin à poser l'indication de psychomotricité.

J'ai donc décidé d'orienter mon mémoire sur la question du tonus chez les personnes âgées démentes. Je m'interroge particulièrement sur le sens des troubles toniques chez ces personnes ainsi que sur ce que peut nous apporter l'observation du tonus du patient et de notre propre tonus au cours de la prise en charge en psychomotricité. Je cherche aussi à mieux cerner comment une approche par la mise en jeu du tonus dans la relation pourrait soutenir la rencontre en psychomotricité et aider le patient âgé dément à se réapproprier quelque chose de son identité.

Je commencerai donc ce mémoire par une description du **tonus**, de son évolution au cours du développement, des troubles qui peuvent survenir au niveau tonique ainsi que de ses liens avec les émotions. Je parlerai ensuite de la **démence**, des difficultés qu'elle entraîne et des capacités qu'elle préserve en particulier au niveau émotionnel. Puis je décrirai la **prise en charge de deux patientes** pour lesquelles la notion de tonus m'a paru importante. Enfin je terminerai par le développement des **rôles** que peut avoir le **psychomotricien** auprès de ces patients déments en particulier dans la prise en compte du tonus comme communication non verbale, comme expression des émotions non verbalisables par la parole, ainsi que comme contenance du corps et des pensées, en décrivant quelques médiations qui peuvent nous aider pour soutenir la relation avec ces personnes.

## Partie Théorique

Dans cette partie, je souhaite aborder tout d'abord la notion de **tonus**, son développement de l'enfance à l'âge adulte et les troubles qui peuvent entraver la bonne régulation tonique. Je définirai ensuite la **démence** en cherchant à mettre en avant les altérations qu'elle engendre mais aussi les capacités qu'elle préserve chez les patients qui en sont atteints.

### I. LE TONUS :

Le tonus est la base sur laquelle se construisent les autres fonctions psychomotrices mais sa bonne régulation dépend de la mise en place des autres fonctions ce qui en fait un élément fondamental de la construction psychomotrice du sujet.

#### A. Définitions

Le terme « tonus », du grec « tonos » : tension mécanique, désigne « *l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation réflexe continue de leurs nerfs moteurs* »<sup>1</sup>. Le tonus est associé dans le langage courant aux termes de dynamisme, de vigueur, d'énergie.

Selon F. Leplat, psychomotricienne, « *Le tonus est l'énergie qui permet au corps de se maintenir par la posture, de se mouvoir par la motricité et de s'émouvoir par ses variations* »<sup>2</sup>. Nous percevons donc l'aspect très psychomoteur du tonus, au carrefour du somatique et du psychique.

#### B. Aspects neurophysiologiques du tonus :

Le tonus est sous l'influence du système nerveux central. Il existe 2 systèmes de contrôle moteur :

- Le système extra-pyramidal ou système sous-cortico-spinal : Ce système dit « archaïque » est responsable des réflexes primaires des trois premiers mois de vie (agrippement, marche automatique, Moro, extension croisée...). C'est le système de **régulation involontaire du mouvement**, qui contrôle les automatismes moteurs. Il est à

---

<sup>1</sup> *Le Petit Robert 2011*, Paris, Le Robert, 2010

<sup>2</sup> LEPLAT F., 2010, Psychomotricité de groupe : espace de maturation tonico-émotionnelle, in *Thérapie psychomotrice et Recherches* n°162/09, p.104-105

l'origine du contrôle du tonus postural (maintien de la posture et fonction anti-gravitaire). Les centres de régulation sont situés dans les noyaux gris centraux au niveau de l'encéphale. C'est ce système qui est atteint dans la maladie de Parkinson.

- Le système pyramidal ou cortico-spinal : Responsable du **contrôle des mouvements volontaires**, il est constitué notamment de la moelle épinière et de la zone réticulée (localisée au niveau du tronc cérébral), qui assurent respectivement l'activité réflexe myotatique et la fonction de vigilance et d'intégration des sensations pour le maintien du tonus postural. Les centres d'initiation des mouvements volontaires (tonus d'action) sont situés dans le lobe préfrontal.

La contraction musculaire est commandée par un influx nerveux circulant dans un **motoneurone alpha** de la moelle épinière. Au niveau de la plaque motrice (jonction entre l'axone du neurone et les fibres musculaires), la libération d'un neurotransmetteur permet la contraction musculaire.

Les **fuseaux neuromusculaires**, répartis dans le muscle, sont les organes sensoriels du muscle. Ils participent à la proprioception et reçoivent une double innervation sensorielle et motrice. Ils informent ainsi le système nerveux central de l'état de tension des muscles afin de permettre une adaptation de la commande motrice au tonus existant.

Au niveau du cortex frontal (aire motrice primaire) il existe une intégration des facteurs sensitifs et émotionnels (provenant notamment des aires associatives et pariétales) afin de réguler le tonus.

Selon Wallon, le muscle, élément de base du tonus, a deux fonctions : la **fonction tonique** qui n'entraîne pas de mouvement mais maintient une certaine tension dans le muscle pour soutenir l'action et la **fonction clonique**, base de l'activité cinétique du muscle, qui permet les échanges avec le monde extérieur. La fonction principale des muscles est déterminée par leur emplacement, leurs caractéristiques physiologiques et leur contrôle central : les muscles axiaux sont davantage impliqués dans la fonction tonique tandis que les muscles distaux sont responsables de la fonction clonique.

### **C. Différents types de tonus :**

#### **1. Le tonus de fond :**

Il représente l'état de tension des muscles au repos, le degré de contraction musculaire permanent. C'est sur cette base tonique que vient se construire la gestualité (tonus d'action). Par ses liens avec l'affectivité et les émotions, le tonus de fond détermine aussi l'expressivité

des mouvements qu'il soutient. Il s'évalue en testant l'extensibilité musculaire par les mobilisations passives et nous renseigne sur la maturation neurologique de la personne.

### 2. Le tonus postural :

C'est le tonus qui permet de lutter contre la pesanteur et de se tenir en équilibre dans une posture stable. Il est constitué de la contraction musculaire synergique des muscles antérieurs et postérieurs dans le but d'un redressement. Il s'évalue par le test de résistance à la poussée où l'on demande au patient de se tenir debout les yeux fermés et de ne pas se laisser déséquilibrer lorsque nous le poussons par l'avant, l'arrière et de chaque côté du corps.

### 3. Le tonus d'action :

C'est le degré de tension du muscle lorsqu'il est engagé dans une activité motrice. Par l'adaptation fine de la force de contraction de chaque muscle recruté selon le mouvement recherché, le tonus d'action permet la réalisation de gestes précis.

## **D. Evolution du tonus dans le développement psychomoteur :**

Le développement de la motricité du nouveau né est étroitement lié à la maturation neurologique régie par deux lois: la loi céphalo-caudale et la loi proximo-distale décrites par Coghill (1929) et Gessel (1952). Le développement neurologique (myélinisation et connexions neuronales) s'effectue donc pour toute personne de la tête aux pieds et de l'axe du corps vers les extrémités mais le rythme de progression peut varier.

**A la naissance**, le nourrisson présente une hypotonie axiale et une hypertonie segmentaire. Cette position d'enroulement du nouveau-né permet le développement d'un sentiment de sécurité corporelle, base du narcissisme primaire dans la mesure où elle est en lien avec une préoccupation parentale. La motricité du nourrisson est involontaire, anarchique et dominée par les réflexes archaïques. C'est la période que Wallon appelle le stade d'impulsivité motrice caractérisé par des décharges motrices.

Au cours des **trois premiers mois**, les réflexes disparaissent petit à petit pour laisser place à une motricité volontaire de plus en plus harmonieuse et fluide. Dans le même temps, la maturation du tonus axial permet au bébé de tenir sa tête vers trois mois, puis, suivant la loi céphalo-caudale, de tenir son dos pour accéder à la position assise vers sept mois. Enfin, il acquiert le contrôle tonique des membres inférieurs pour se tenir debout vers neuf mois puis marcher vers douze mois. En parallèle, l'hypertonie segmentaire diminue, et le bébé s'ouvre

petit à petit au monde qui l'entoure. La maturation neurologique proximo-distale permet des gestes de plus en plus précis ainsi que le développement de la préhension.

**A l'âge adulte**, le tonus est sensiblement le même dans tous les muscles du corps. Lors d'un mouvement, tous les muscles vont être engagés soit pour se contracter, soit pour se relâcher, soit pour soutenir l'action des autres muscles par le maintien de la posture.

Selon E. Aubert et J.M. Albaret « *[Lors du vieillissement], les altérations des fonctions motrices et psychomotrices portent d'une part sur des limitations de la force, de l'endurance, de la souplesse, de la vitesse et de l'amplitude des mouvements, mais aussi sur une réduction des capacités de traitement de l'information, concernant principalement l'attention ainsi que les processus de sélection et de programmation de la réponse motrice.* »<sup>3</sup>

Au niveau physiologique, on observe un phénomène de sarcopénie, c'est-à-dire une perte musculaire progressive. Les symptômes cliniques sont la diminution de la masse et de la force des muscles, ayant des conséquences importantes sur l'autonomie du patient. Cette perte musculaire est due à de multiples facteurs tels que les modifications endocriniennes liées au vieillissement, l'anorexie, la malnutrition et la dénutrition. De plus, la personne âgée sarcopénique diminue ses efforts physiques pour pallier à la fatigabilité musculaire ce qui accentue la fonte musculaire : Ces personnes peuvent perdre 13% de leur force musculaire en 10 jours d'immobilisation par exemple lors d'une maladie aiguë.<sup>4</sup> De plus, l'absence de mouvement peut entraîner des rétractions tendineuses, en particulier si le patient est douloureux. Il lui faudra donc ensuite recruter un tonus musculaire plus important pour contrer la résistance tendineuse et retrouver une mobilité. La fonte musculaire ne permettant plus d'accéder à une force suffisante, le patient peut se retrouver totalement immobilisé.

Certaines **maladies neurologiques** apparaissant avec l'âge entravent la bonne régulation tonique. C'est le cas par exemple de la maladie de Parkinson qui provoque une hypertonie extrapyramidale (hypertonie de fond rendant difficile l'initiation du mouvement, responsable d'une attitude rigide du patient).

### **E. Mécanismes de régulation du tonus :**

Le tonus varie sans cesse afin de permettre à l'individu de s'adapter à son environnement en fonction de son état physique et émotionnel.

---

<sup>3</sup> AUBERT E. ALBARET JM., *Vieillesse et psychomotricité*, Marseille, Solal éditeur, 2005, p. 19

<sup>4</sup> MUNZER T., La sarcopénie chez le sujet âgé, <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/archiv/fr/2010/2010-10/2010-10-130.PDF>

A. Bullinger décrit certains facteurs de régulation de l'état tonique. Ces mécanismes « *diffèrent par le moment dans le développement où ils sont accessibles et par la forme de régulation qu'ils offrent* »<sup>5</sup>.

Le premier système de régulation disponible est lié aux **états de vigilance**. Il fonctionne sur le mode du « tout ou rien », sans transition entre les différents états. Le niveau tonique et les comportements du bébé sont liés à l'état de conscience (sommeil profond ou paradoxal, somnolence, éveil calme ou agité...) dans lequel il se trouve, modulant ainsi ses échanges sensori-moteurs avec son environnement. Ce mécanisme de régulation primaire du tonus et de la relation persiste tout au long de la vie et nous y avons recours lorsque les autres systèmes de régulation ne sont pas disponibles. J'ai ainsi pu observer en séance que certaines personnes âgées parlent de leur fatigue et deviennent somnolentes lorsqu'on aborde un thème ou une activité spécifiques. Elles coupent alors la relation à l'autre et manifestent ainsi leur désaccord ou leur désintérêt. De plus leur attention devient labile.

Le second système de régulation tonique est lié au contrôle des **flux sensoriels**. « *Les flux sont formés par des signaux continus et orientés susceptibles d'être détectés par un système sensoriel* »<sup>6</sup>. Les différents flux disponibles dans notre environnement sont les flux gravitaire, tactile, olfactif, auditif et visuel. Ils suscitent une modification tonique pour permettre au sujet de s'adapter aux stimuli qu'il reçoit. Cependant, si les stimulations sensorielles sont trop faibles, la variation tonique disparaît. A l'inverse si les stimulations sont trop importantes, l'état tonique n'est plus maîtrisé. Ce type de régulation est donc exigeant et limité dans ses marges de tolérance.

Le troisième mécanisme est lié au **milieu humain** environnant et à ses capacités de donner du sens aux variations toniques du bébé par le dialogue sensori-moteur qui s'instaure. Le porteur ressent les fluctuations toniques de l'enfant et y donne sens dans la relation par l'adaptation de son portage et par ses mots. Ainsi, « *les variations des états toniques sont beaucoup plus amples et variées que lorsque le tonus est réglé par un ajustement actif et solitaire des flux sensoriels.* »<sup>7</sup>

Le dernier mode de régulation tonique est la **possibilité représentative**. Au fur et à mesure de la répétition des expériences de mise en sens de ses variations tonique, l'enfant va être capable de reconnaître des sensations internes et externes régulières. Il va ainsi pouvoir intérioriser des invariants dans ses états sensori-toniques et s'en créer des représentations.

---

<sup>5</sup> BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur et ses avatars*, Ramonville Saint Agne, Edition érès, 2005, p.34

<sup>6</sup> 5, *ibid*, p.77

<sup>7</sup> 5, *ibid*, p.36

Ces mécanismes de régulation tonique sont essentiels car leur défaillance entraîne une fluctuation tonique incontrôlée entravant les activités psychiques et intellectuelles.

### **F. Troubles du tonus :**

- L'**hypertonie** et l'**hypotonie** sont des difficultés de régulation tonique. On distingue l'hypertonie plastique cédant par à-coups, retrouvée dans le syndrome Parkinsonien, de l'hypertonie spastique ou élastique, retrouvée dans le syndrome pyramidal.

- Les **dystonies** sont des contractions musculaires inadaptées lors d'un mouvement ou dans le maintien de la posture. C'est un symptôme en lien avec un trouble neurologique mais les dystonies sont amplifiées par les situations mettant en jeu des facteurs émotionnels.

- Les **paratonies** sont des anomalies de la contraction musculaire volontaire dans lesquelles les muscles, au lieu de se relâcher, entrent dans un état de tension. C'est un trouble du tonus de fond. Les paratonies peuvent être d'origine neurologique ou psycho-affective.

- Les **syncinésies** sont des contractions involontaires d'un ou plusieurs muscles apparaissant lors d'un mouvement volontaire ou réflexe d'une autre partie du corps. Il existe des syncinésies d'imitation qui reproduisent le mouvement volontaire et des syncinésies de diffusion tonique qui correspondent à un raidissement d'une autre partie du corps.

- Les **tremblements** peuvent être considérés comme un trouble du tonus, le muscle oscillant rapidement autour de sa position d'équilibre. Ils sont dus à la contraction successive de muscles agonistes et antagonistes. On distingue les tremblements d'attitude et d'action.

- Les **réactions de prestance** représentent « *l'expression posturale, mimique ou gestuelle de la gêne, de l'embarras, dans la situation de relation* »<sup>8</sup>. Ce sont des gestes de réassurance (se racler la gorge, se ronger les ongles, arranger sans cesse ses vêtements...), des habitudes motrices (sourire figé, mimiques faciales, rire nerveux...) qui induisent souvent une hausse du tonus. On les retrouve très fréquemment chez l'enfant mais aussi chez certains adultes, traduisant alors une émotivité importante, une peur du jugement ou une faille narcissique.

---

<sup>8</sup> BERGES J., Du tonus et de la motricité dans l'examen de l'enfant, in LEBOVICI S. DIATKINE R. SOULE M. (ed), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, volume 1, Paris, PUF, 2004, p. 674

- Les **tics** sont des contractions musculaires involontaires, brèves, d'apparition rapide, répétées régulièrement. Ils peuvent être vocaux, moteurs ou sensoriels. On peut y associer les **myoclonies**, contractions rapides, involontaires et de faible amplitude, d'un ou plusieurs muscles.

### **G. Fonctions du tonus :**

H. Wallon affirme : « *Essentiellement fonction d'expression, fonction plastique, les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire* »<sup>9</sup>. Le tonus est donc la **base du mouvement** et le **support des émotions**. Nous comprenons ainsi, la place qu'il tient tant au niveau du développement psychomoteur (équilibre et coordinations en particulier), qu'au niveau de la communication non verbale et de l'expression de la vie psychique du sujet.

S. Robert-Ouvray décrit le tonus comme étant la **base du narcissisme primaire**. En effet, la position d'enroulement du nouveau-né à la naissance lui permet de se sentir unifié. L'auteur parle d' « *enveloppe tonique* » pour désigner l'état de tension dans lequel se trouve l'enfant dans les premiers jours de sa vie. Cette enveloppe lui permet de réagir à toutes les sollicitations du monde extérieur. Elle a aussi une fonction de pare-excitation, sorte d'écran régulateur entre l'enfant et son environnement. Ainsi, « *l'enveloppe tonique du nourrisson peut-être considérée comme un contenant du corps et comme un contenant du psychisme* »<sup>10</sup>.

### **H. Le dialogue tonico-émotionnel :**

#### 1. Définition :

C'est en s'appuyant sur les écrits de Wallon et de Merleau-Ponty que J. de Ajuriaguerra crée le terme de « *dialogue tonico-émotionnel* » pour désigner l'état de communication entre la mère et son bébé. En effet, il considère que « *l'état tonique est un mode de relation, hypertonie d'appel, hypotonie de soulagement, de détente ou de satisfaction.* »<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> WALLON H. (1949), *Les origines du caractère chez l'enfant*, Paris, PUF, 2009, p. 174

<sup>10</sup> ROBERT-OUVRAY S., *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Desclée de Brouwer, 2007, p. 167

<sup>11</sup> DE AJURIAGUERRA J. (1960), Tonus corporel et relation avec autrui : l'expérience tonique au cours de la relaxation, in JOLY F. LABES G. et coll. (ed), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Volume 1, Noisiel, Editions du Papyrus, 2009 p. 117

## 2. Dialogue tonique et communication non verbale

Pour Wallon, ce dialogue se met en place dans la **symbiose affective primaire**, liée à l'état de « *préoccupation maternelle primaire* » décrite par Winnicott, et faisant suite à la symbiose physiologique entre la mère et le bébé : « *Par l'intermédiaire des réactions qui l'expriment, l'émotion de l'un devient l'émotion de l'autre. L'émotion établit ainsi une communion immédiate des individus entre eux, en dehors de toute relation intellectuelle.* »<sup>12</sup> Ce « *dialogue tonique* » est ainsi « *le prélude du dialogue verbal ultérieur* »<sup>13</sup>.

Nous pouvons donc dire que le **dialogue tonique** « *désigne l'ensemble des échanges médiatisés par la manière dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par le parent, et la manière dont le bébé y répond ; il y a ainsi une véritable interaction entre les postures des partenaires et donc entre le tonus musculaire de chacun d'eux. Détente corporelle globale ou partielle, raidissement localisé ou généralisé peuvent affecter l'un et/ou l'autre partenaire.* »<sup>14</sup>

De manière plus générale, le dialogue tonique, naissant lors des interactions précoces, représente la capacité corporelle à percevoir des messages infraverbaux. Cette aptitude persiste tout au long de la vie et reste la base de la communication non verbale.

## 3. Dialogue tonique et construction du psychisme

À partir du dialogue tonique, la « *mère suffisamment bonne* » va pouvoir interpréter, répondre de manière adaptée aux besoins de son bébé et ainsi lui assurer une « *continuité d'existence* ». Dans son ouvrage Aux sources de l'expérience, W.Bion émet l'hypothèse qu'au début de sa vie, l'enfant n'a pas de pensées, mais seulement des « *éprouvés corporels impensables* » qu'il projette dans sa mère. Elle détoxique et métabolise ensuite ces éléments impensables, appelés « *éléments bêta* », en éléments pensables, les « *éléments alpha* ». Cette capacité maternelle est nommée la « *fonction alpha* ». La mère donne ainsi sens aux différents éprouvés, tensions que ressent le bébé afin de les rendre moins angoissants. Ce travail d'élaboration psychique est possible notamment grâce à la « *capacité de rêverie maternelle* », aptitude de la mère à recevoir les projections de son enfant et à y mettre du sens. Ainsi, elle prête son « *appareil à penser les pensées* » à son bébé. Puis, progressivement, en se basant sur

---

<sup>12</sup> 9, op. cit, p.145

<sup>13</sup> DE AJURIAGUERRA J. (1962), Le corps comme relation, in JOLY F. LABES G. et coll. (ed), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Volume 1, Noisiel, Editions du Papyrus, 2009, p. 171

<sup>14</sup> STOLERU S. LEOVICI S., L'interaction parent nourrisson, in LEOVICI S. DIATKINE R. SOULE M. (ed), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, volume 1, Paris, PUF, 2004, p. 321

l'interprétation maternelle de ses états toniques et émotionnels, l'enfant va s'approprier ses propres sensations pour se détacher et se différencier de sa mère.

S. Robert-Ouvray développe le rôle du dialogue tonique dans **l'intégration des sensations**. Elle décrit quatre paliers dans ce processus :

- Le **niveau tonique** : Au début de sa vie, le bébé alterne entre deux « *pôles toniques* » : un état d'hypertonie, lié à un besoin et à l'absence de la mère, et un état d'hypotonie, associé à la satisfaction d'un besoin et à la présence de sa mère. Ces deux pôles se retrouvent au niveau de son propre corps dans l'opposition entre l'hypertonie segmentaire et l'hypotonie axiale.

- Le **niveau sensoriel** : « *Les sensations toniques donnent la tonalité vibratoire à toutes les expériences sensorielles que vit l'enfant* »<sup>15</sup>. Grâce à la sensibilité proprioceptive, le bébé ressent la bipolarité tonique dans son corps et y associe des éprouvés. L'hypertonie, entraînant un durcissement et un raccourcissement des muscles, est source de malaise, de déplaisir, de douleur alors que l'hypotonie, suscitant un allongement et une souplesse des muscles, est à l'origine d'un état de détente, de bien être. Il associe à ces états de déplaisir/plaisir les sensations dur/mou ainsi que toutes les sensations associées (froid/chaud, amer/sucré, fort/doux etc). Il est donc essentiel que la mère soit « suffisamment bonne » et laisse s'écouler un temps approprié entre la manifestation du besoin et sa satisfaction afin que l'enfant fasse la nécessaire expérience du dur.

- Le **niveau affectif** : « *Le passage du niveau sensoritonique au niveau affectif est un passage d'un état de précommunication à un état de communication.* »<sup>16</sup> La mère met en mots son état affectif et tonique ainsi que celui de son enfant. Elle interprète ce qu'il éprouve à partir de ses propres ressentis et de sa tonicité afin de lui en retransmettre quelque chose. Les deux protagonistes entament un véritable dialogue vibratoire basé sur l'intonation vocale et sur les variations toniques respectives de l'enfant et de sa mère. « *Les variations toniques et sensorielles prennent ainsi une valeur affective et communicationnelle.* »<sup>17</sup> Cela nécessite que la mère soit suffisamment présente physiquement et psychiquement à son enfant pour que ce dialogue puisse s'effectuer.

- Le **niveau représentatif** : Grâce aux trois paliers précédents et à la présence essentielle d'autrui, l'enfant se crée une représentation de son monde interne ainsi que de son environnement. Durant les quatre premiers mois, le bébé a, selon la théorie de M. Klein, une

---

<sup>15</sup> ROBERT-OUVRAY S. (2002), *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*, Paris, Desclée de Brouwer, 2004, p.80

<sup>16</sup> 15, *ibid*, p. 82

<sup>17</sup> 15, *ibid*, p. 82

représentation partielle de soi et de l'objet, clivé entre le « *bon* » et le « *mauvais* » objet. L'enfant va associer ces deux extrêmes avec les deux pôles toniques qu'il ressent. Des positions intermédiaires peuvent alors se former et l'objet ambivalent va être intégré petit à petit dans la psyché de l'enfant.

Ces quatre niveaux d'organisation, pensés d'un point de vue développemental, permettent de comprendre que le bébé prend conscience de ses affects au travers de ses états toniques et dans la relation avec autrui.

Le dialogue tonique joue donc un rôle primordial dans la construction de Soi ainsi que dans le **développement du psychisme et de la personnalité**.

#### 4. Dialogue tonique chez l'adulte :

Le rapport entre tonus et émotions persiste toute notre vie et nos variations toniques accompagnent toujours, avec une intensité plus ou moins grande, nos vécus affectifs. Être attentifs à notre tonus peut nous donner des informations sur l'état émotionnel dans lequel nous nous trouvons. Cela peut aussi nous renseigner sur la manière dont la personne qui est en face de nous vit la situation.

Le dialogue tonique est d'autant plus important à considérer lorsque l'accès au langage verbal fait défaut. C'est le cas avec les personnes démentes, lorsque les mots deviennent difficiles à trouver. Le travail du psychomotricien auprès de ces patients pourra donc s'appuyer sur ce mode d'expression afin de trouver un mode de communication. Nous y reviendrons dans la troisième partie du mémoire.

Nous allons maintenant nous intéresser à la démence afin de mieux comprendre ses mécanismes, les pertes qu'elle entraîne mais aussi les capacités qui restent préservées. Cela nous permettra de mettre en lien les troubles du tonus observés chez les personnes démentes avec la psychopathologie. Nous pourrons alors aller vers la clinique en observant comment l'approche par le tonus peut nous aider dans la prise en charge des patients déments.

## **II. LA DEMENCE, UNE MALADIE COMPLEXE :**

### **A. Définitions :**

Le mot démence vient des mots latins « *de* » et « *mens* » signifiant littéralement « hors de l'esprit ». Dans le dictionnaire, la démence est liée au terme de folie et d'aliénation. Cela

montre la perception et la représentation négative qu'ont les personnes non initiées de cette pathologie. Certains auteurs (comme L. PLOTON) recommandent de ne pas utiliser le terme de démence mais davantage celui de « maladie d'Alzheimer et troubles apparentés » du fait de l'exclusion sociale que peut provoquer l'association de la démence à la folie.

Dans la classification internationale des maladies, l'OMS définit la démence comme « *une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours. Cette altération doit être apparue depuis au moins six mois et être associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : le langage, le calcul, le jugement, la pensée abstraite, les praxies, les gnosies, ou à une modification de la personnalité.* »<sup>18</sup>

En France, plus de 850 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une forme apparentée. En 2020, avec le vieillissement démographique, ce nombre atteindra près de 1,3 million. Dans le monde en 2005, environ 24 millions de personnes souffraient de démence et plus de la moitié étaient atteints de la maladie d'Alzheimer, principale cause de démence.<sup>19</sup>

## **B. Classification des démences :**

On classe les démences selon plusieurs critères et en particulier suivant leur cause. On distingue ainsi les démences dégénératives des démences vasculaires. Lorsque ces deux causes sont retrouvées, on parle de démence mixte.

### **1. Démences dégénératives :**

C'est la catégorie de démence la plus fréquente. Elles sont dues à des altérations de neurones du système nerveux central et sont classées selon la localisation des lésions. On parle de **démence corticale** lorsque les lésions se situent au niveau du cortex cérébral (maladie d'Alzheimer et démence fronto-temporale), de **démence cortico-sous-corticale** si elles sont situées dans le cortex et les noyaux gris centraux (démence à corps de Lewy) et de **démence sous corticale** lorsque les altérations touchent uniquement les noyaux gris centraux (démence parkinsonienne).

---

<sup>18</sup> Classification Internationale des Maladies 10<sup>ème</sup> édition, 1994

<sup>19</sup> PLOTON L., *Ce que nous apprennent les malades d'Alzheimer*, Lyon, Chronique Sociale, 2010, p. 9

La **maladie d'Alzheimer** est la plus fréquente des démences. Elle représente 70% des démences, selon l'Inserm<sup>20</sup>. Cette démence a été décrite en 1906 par Aloïs Alzheimer, neuropathologue allemand, chez une femme de 51 ans présentant d'importants troubles de la mémoire et de l'orientation ainsi qu'une démence sévère. Après son décès, il découvre à l'autopsie une atrophie cérébrale et des lésions neurologiques particulières. On parle de « maladie d'Alzheimer » lorsque les troubles apparaissent avant 65 ans. Ces lésions sont aussi retrouvées dans des démences séniles qu'on appelle « démences de type Alzheimer » (DTA). Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « *La démence de la maladie d'Alzheimer est définie par l'association d'un syndrome démentiel et, à l'examen histologique du cerveau, par l'existence de plaques amyloïdes et de dégénérescences neurofibrillaires et d'une perte neuronale.* »<sup>21</sup>. Elle débute par une amnésie des faits récents qui s'étend ensuite aux souvenirs plus anciens. Apparaissent ensuite l'aphasie, l'apraxie, l'agnosie, les troubles du jugement et du comportement, retentissant de manière importante sur les activités de la vie quotidienne et sur l'entourage.

La **démence à corps de Lewy** est la deuxième cause de démence dégénérative. Elle débute généralement vers 70-75 ans mais peut aussi se déclarer plus tard. Cette démence se caractérise par la présence de lésions, appelées corps de Lewy, dans les corps cellulaires des neurones du cortex limbique et des noyaux pigmentés du tronc cérébral. Les manifestations cliniques sont en premier lieu les perturbations du fonctionnement intellectuel (difficultés d'attention et de concentration) pouvant être à l'origine de troubles de la mémoire. Il existe aussi des difficultés de planification des activités et de perception de l'environnement avec une agnosie et une désorientation spatiale. Des hallucinations visuelles peuvent être observées. Au niveau moteur, on retrouve des symptômes extrapyramidaux avec une bradykinésie (lenteur des mouvements), une akinésie (difficulté d'initiation du mouvement volontaire), et une hypertonie plastique (raideur musculaire cédant par à-coups).

Les **démences fronto-temporales** sont moins fréquentes. Elles peuvent apparaître dès 55 ans et sont caractérisées par une atrophie progressive des lobes frontaux et temporaux. Les symptômes caractéristiques sont des modifications du comportement avec une perte de contrôle de soi (perte des convenances sociales, désinhibition, tendance à se mettre en colère), une négligence physique et une baisse d'intérêt. On observe aussi des transformations de la

---

<sup>20</sup> [http://lara.inist.fr/bitstream/handle/2332/1336/INSERM\\_alzheimer\\_analyse-III.pdf?sequence=4](http://lara.inist.fr/bitstream/handle/2332/1336/INSERM_alzheimer_analyse-III.pdf?sequence=4) p. 373

<sup>21</sup> HAS, recommandations de bonne pratique pour le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, décembre 2011, p.7

personnalité dominées pas une indifférence affective. La mémoire et l'efficiace intellectuelle sont maintenues proches de la normale pendant de nombreuses années.

## 2. Démences vasculaires :

Elles sont dues à des **Accidents Vasculaires Cérébraux** (AVC), par hémorragie ou embolie dans la circulation sanguine cérébrale. Le manque d'oxygène et de nutriments entraîne une ischémie de la région touchée. Les troubles peuvent avoir pour origine un seul AVC et apparaissent alors brutalement. La démence peut aussi faire suite à la répétition de micro-AVC et s'aggraver alors par paliers successifs. Les manifestations cliniques témoignent des zones cérébrales touchées et la topographie variable des lésions explique la multiplicité des tableaux cliniques. Le scanner et l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) permettent de mettre en évidence la localisation des lésions.

## 3. Autres types de démences :

Il existe d'autres étiologies de démences : **infections** (VIH, syphilis), **carences** (en vitamine B12, folates, hypothyroïdie, etc), **intoxications**, et certaines **affections du système nerveux central** (maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale...).

Dans ce mémoire, je m'arrêterai plus particulièrement sur la maladie d'Alzheimer car c'est la cause de démence la plus fréquente et les autres démences lui sont maintenant reliées sous le terme de maladies apparentées.

## C. Diagnostic :

Le diagnostic de démence repose sur des signes cliniques spécifiques à chaque type de démence.

Pour la maladie d'Alzheimer, le DSM IV TR définit ainsi les critères diagnostiques :  
*« Apparition de déficits cognitifs multiples (altération de la mémoire et au moins une perturbation cognitive telle que aphasie, apraxie, agnosie ou perturbation des fonctions exécutives) à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentant un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu. Les déficits cognitifs ne sont pas dus à d'autres affections du système nerveux central qui*

*peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (maladie cérébrovasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale...), ni à des affections générales pouvant entraîner une démence (hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH), ni à des affections induites par une substance. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un syndrome confusionnel. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble psychiatrique (trouble dépressif majeur, schizophrénie...). »<sup>22</sup>*

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande pour le diagnostic de démence de réaliser un **entretien** avec le patient et un proche afin de rechercher les antécédents médicaux personnels et familiaux du patient ainsi que de faire le point sur une éventuelle modification du comportement et sur le retentissement des troubles sur les activités quotidiennes. Cet entretien est suivi d'un **examen clinique complet** pour évaluer l'état général, le degré de vigilance du patient et dépister d'éventuels déficits sensoriels ou moteurs qui pourraient gêner la réalisation des tests neuropsychologiques. Le **Mini Mental State Evaluation** (annexe 1) (MMSE) permet une évaluation cognitive globale. Un score inférieur à 24/30 est considéré comme pathologique. D'autres tests cognitifs peuvent être proposés au patient si cela paraît utile pour affiner le diagnostic. **L'échelle simplifiée des activités instrumentales de la vie quotidienne** permet de mettre en évidence le retentissement des troubles ainsi que la nécessité d'aides à domicile. Les **examens paracliniques** recommandés sont des examens biologiques ainsi qu'une imagerie morphologique par IRM afin d'éliminer les diagnostics différentiels.

#### **D. Diagnostics différentiels :**

Il est important de ne pas confondre la démence avec d'autres pathologies survenant chez le sujet âgé et dont les signes cliniques sont proches.

C'est le cas en particulier des **états confusionnels** qui sont caractérisés par des troubles de la conscience et du comportement ainsi qu'une altération des fonctions supérieures (mémoire et orientation temporo-spatiale), apparus brutalement et fluctuants dans le temps. Généralement l'état confusionnel est lié à un trouble somatique (globe urinaire, infection, constipation...) ou à un traitement médicamenteux (effet secondaire, surdosage). Il

---

<sup>22</sup> American Psychiatric Association, *DSM IV TR, Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux 4<sup>ème</sup> édition texte révisé*, Washington DC, Masson, 2000, p.182-183

régresse et est totalement réversible lorsque la cause est éliminée. En l'absence d'amélioration au bout de plusieurs mois, il faut émettre l'hypothèse d'une entrée dans la démence.

Une **dépression** peut aussi entraîner des signes cliniques proches de la démence. La dépression est caractérisée par « *l'association d'un net ralentissement psychomoteur parfois masqué par une fébrilité anxieuse des extrémités (mains qui se tordent...) et d'un vécu mental dominé par la douleur morale (culpabilité, autodépréciation, sentiment d'incurabilité) avec des idées de mort voire de suicide.* »<sup>23</sup> Les troubles attentionnels diminuent les capacités d'encodage et de rappel des informations et entraînent une altération de la mémoire. Si les troubles attentionnels sont très importants ils peuvent aussi gêner toutes les autres fonctions cognitives. On parle alors de pseudo-démence et la différenciation avec une démence est très délicate. Les dépressions secondaires à une démence sont également fréquentes. D'après Y. Kagan, la distinction entre la dépression et la démence est « *un des problèmes les plus difficiles et souvent rencontré en gériatrie* »<sup>24</sup>. L'inventaire clinique de différenciation entre la pseudo-démence et la démence, réalisé par Wells en 1979, propose 22 critères cliniques (évolution des troubles, plaintes du patient, anomalies du comportement et caractéristiques cliniques de l'affaiblissement intellectuel) pour orienter le diagnostic (annexe 2). Un traitement « d'épreuve » par antidépresseur est parfois nécessaire afin d'observer si cela entraîne une régression des troubles cognitifs signant alors la présence d'une dépression.

De façon générale, **toute pathologie psychiatrique** peut provoquer des troubles de la mémoire. Il est donc nécessaire d'éliminer une étiologie psychiatrique avant de conclure à une démence.

## **E. Etiologies**

### 1. Du point de vue biologique :

La Maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont considérées comme un problème de santé publique. Les recherches scientifiques sont donc encouragées afin de découvrir la cause de ces démences et de mettre au point un traitement pour enrayer la croissance continue de la prévalence de cette maladie. Certaines hypothèses biologiques sont actuellement privilégiées par les chercheurs.

Tout d'abord la présence de **lésions microscopiques dans la substance grise cérébrale**. Il s'agit de plaques amyloïdes et de dégénérescences neurofibrillaires. Les plaques

---

<sup>23</sup> KAGAN Y., *Dictionnaire de pratique gérontologique*, Paris, Frison Roche, 1996, p.235

<sup>24</sup> 23, *ibid*, p. 239

amyloïdes, aussi appelées plaques séniles, sont constituées de dépôts extracellulaires de protéine amyloïde. Les dégénérescences neurofibrillaires sont des assemblages en filaments de protéines tau anormalement phosphorylées à l'intérieur des cellules. Ces lésions neuropathologiques atteignent des zones cérébrales capitales pour le fonctionnement de la mémoire et des processus associatifs (lobe temporal et hippocampe en particulier). Seule l'autopsie du cerveau permet de les mettre en évidence. L'IRM permet néanmoins de localiser les zones et d'observer l'ampleur de l'atrophie ce qui peut étayer le diagnostic sans pour autant l'affirmer. La ponction lombaire permet quand à elle de quantifier le rapport entre substance tau et Béta-amyloïde dans le liquide céphalorachidien qui est assez bien corrélé aux symptômes de la maladie. Mais certaines personnes échappent à la règle, soit parce qu'elles présentent des symptômes sans lésions, soit parce qu'elles sont cliniquement saines mais que leur cerveau est porteur d'une amyloïdose importante. Des questions demeurent donc quand au rôle de la substance amyloïde. Est-elle cause ou conséquence des symptômes présentés ?

Chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, on a pu aussi observer un **déficit en neuromédiateurs**, substances permettant les communications entre neurones. Il s'agit en particulier de l'acétylcholine d'où les tentatives de traitement médicamenteux pour augmenter le taux de cette substance dans les échanges neuronaux. Mais la communauté scientifique s'accorde pour considérer ce déficit comme un symptôme (lié à la mort des neurones sécrétant ces substances) et non une cause de la maladie. Il y aurait également une libération excessive de glutamate aboutissant à une dégénérescence neuronale. De plus, la présence du glutamate au niveau des synapses augmenterait le « bruit de fond » et gênerait ainsi la bonne transmission des signaux entre les neurones survivants. Des recherches sont encore en cours actuellement à ce sujet.

## 2. D'un point de vue psychanalytique :

Il n'est pas possible de faire l'impasse sur l'action des états émotionnels et du fonctionnement psychoaffectif sur le fonctionnement cérébral mais peu d'études scientifiques ont été entreprises dans ce sens.

### a. La démence, une fuite face à l'angoisse de la mort ?

Selon J. Maisondieu, le dément serait d'abord un être envahi par l'angoisse de la mort. Ainsi ne plus penser permettrait de ne plus penser à la mort. Cela serait lié à la mise à l'écart des anciens dans notre société, anciens qui nous rappellent trop notre propre finitude. Les personnes âgées ainsi mises à l'écart ne sont plus reconnues par la société et refusent de se

reconnaître elles-mêmes tellement leur image leur rappelle la mort qui approche. « *Ne plus séduire et devoir mourir. Etre rejeté et méprisé tout en ayant peur de mourir. Ce sont des programmes suffisamment peu réjouissant pour faire désirer l'inconscience à ceux qui, l'âge venant, se retrouvent déjà morts socialement avant de l'être réellement, et pour qui la lucidité apparaît comme un luxe désespérément douloureux* »<sup>25</sup>

Cela entraîne un cercle vicieux, où on n'adresse plus la parole au dément parce qu'il perd la tête. Il n'est donc plus considéré comme un sujet. La famille effectue quand à elle un deuil anticipé pour lutter contre l'insoutenable image de son proche diminué et tenter d'en garder une image ancienne plus acceptable et plus vivante.

L. Ploton met également en évidence le rôle de la société dans le développement de la démence. Selon lui, la société attendrait des personnes âgées qu'elles se retirent de la vie publique et qu'elles meurent. La démence serait alors un compromis pour les vieillards entre les forces de mort et les forces de vie qui les animent : Ils restent en vie biologiquement tout en mourant socialement.

*b. La démence, une défense contre la dépression ? Narcissisme et démence.*

Dans la littérature médicale, il est communément admis que la démence et la dépression sont liées, la dépression intervenant lors de la prise de conscience douloureuse des troubles. C. Ballier défend l'idée inverse, selon laquelle la dépression serait la cause de la démence et non sa conséquence. D'après lui « *le dément serait fondamentalement un déprimé qui se cacherait derrière une apparente indifférence affective. [...] la personnalité du futur dément aurait un type de relation d'objet construite sur le choix d'objet narcissique* ». <sup>26</sup>

Un très grand nombre d'auteurs donnent ainsi une place importante au narcissisme, à la perte et à la dépression dans l'émergence de la démence. J.-P. Vignat, émet l'hypothèse d'une perte récente qui viendrait réactiver un évènement précoce du même type, entraînant une décompensation psychopathologique. Selon J. Messy, cette perte de trop précipite le sujet dans l'autodestruction. La maladie d'Alzheimer serait donc une autolyse du Moi. Selon Chevance, ce traumatisme, cette goutte d'eau qui fait déborder le vase, peut passer inaperçu car ce n'est pas nécessairement un traumatisme important. De plus, la capacité de l'individu à faire face aux traumatismes dépend de sa solidité narcissique (capacité du vase). L. Ploton

---

<sup>25</sup> MAISONDIEU J. (1989), *Le crépuscule de la raison*, Montrouge, Bayard, 2011, p.75

<sup>26</sup> BALLIER C., Pour une théorie narcissique du vieillissement, in *L'information psychiatrique*, juin 1979, vol 55, n°6, p. 641

soutient donc l'hypothèse d'une prédisposition à développer une maladie d'Alzheimer chez les sujets à personnalité narcissique ou « border-line ».

J. Maisondieu décrit lui aussi la démence comme une pathologie du narcissisme liée au regard que porte l'individu sur lui-même mais aussi à celui que lui porte l'environnement familial et la société. La démence serait alors un équivalent du suicide. « *A l'extrême, entre la démence et le suicide, la marge des libertés pour vivre pleinement jusqu'à la fin est des plus réduites. [...] Les uns tuent leur corps, les autres tuent leur esprit, aucun ne se rend compte de l'absurdité de ces deux types de conduites orchestrés par une civilisation qui dans son refus de la mort, pénalise les vieillards et les pousse à la démence.* »<sup>27</sup>

### c. La démence, un fonctionnement mental de secours ?

Selon L. Ploton, un déficit en connexions neuronales efficientes entraînerait une incapacité du système nerveux central à effectuer toutes les tâches qui lui sont dévolues en temps normal. Le patient est donc dans la nécessité de sacrifier certaines fonctions particulièrement coûteuses en connexions, comme les fonctions cognitives. D'où un fonctionnement mental de secours où les fonctions les plus élaborées sont mises de côté au profit des plus basiques dans le but de protéger la vie. Ce déficit en connexions efficientes pourrait être dû à leur destruction ou leur inactivation mais aussi à une utilisation massive dans le cadre de processus psychopathologiques coûteux sans être fructueux. C'est ce qui expliquerait les différences interindividuelles. Dans ces processus coûteux, interviennent les facteurs émotionnels, les problèmes non résolus, la crise du vieillissement plus ou moins bien assumée mais aussi un vécu d'abandon, l'isolement affectif et le sentiment de dévalorisation.

D. Quinodoz amène l'idée que les personnes âgées auraient à fournir un véritable travail de réappropriation de leur histoire afin de construire activement la fin de leur vie. Cela demande de réintégrer dans son histoire des souvenirs perdus et de réaliser un travail de deuil pour conserver dans son psychisme ce qui est perdu concrètement. Ce « *travail de vieillir* »<sup>28</sup> nécessite donc un engagement important au niveau psychique. En mettant en parallèle, ce travail avec la diminution organique ou fonctionnelle de connexions, nous pouvons comprendre comment certaines personnes se retrouvent face à une impasse et abandonnent leur processus cognitifs afin de rester en vie.

Cette théorie permet de faire le lien entre les processus neurologiques et psychogènes.

---

<sup>27</sup> 25, op. cit, p. 145

<sup>28</sup> QUINODOZ D., Le Travail de vieillir, in *Le travail de vieillir... enrichissement ou appauvrissement ? 10<sup>ème</sup> journée de l'Association Rhône-Alpes de Gérontologie Psychanalytique (ARAGP)*, 1993, p.1

Les hypothèses sont donc multiples pour tenter de comprendre les causes de la démence. De mon point de vue, il n'y a pas d'intérêt à opposer les pistes neurologiques et psychiques dans la mesure où, comme l'écrit L. Ploton, « *Il n'y a pas entre les processus qui concernent les registres psychologique et neurologique de lien de cause à effet, ni même de liens d'interaction systémique, mais un lien de traduction simultanée, de représentation de l'un par l'autre* »<sup>29</sup>, l'activité neuronale étant le support de l'information psychique.

Il est important de garder en tête le but ultime de ces recherches, c'est-à-dire la meilleure compréhension du sujet dément, afin de ne pas s'enfermer dans une vision parcellaire et réductrice de ces personnes.

## **F. Signes cliniques :**

Chaque personne étant différente par son histoire, son caractère et sa manière d'appréhender les événements, les signes cliniques de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées varient d'un patient à un autre. Selon les types de démence, certains signes cliniques sont plus ou moins présents. On peut néanmoins trouver des points communs dans la symptomatologie que présentent les personnes démentes.

### 1. Altération des fonctions supérieures :

#### a. Troubles mnésiques :

Ce sont souvent les premiers symptômes repérés par la famille. La mémoire antérograde est d'abord touchée avec une impossibilité à se rappeler les faits récents. Puis le patient oublie les événements plus anciens de son histoire (mémoire épisodique). La mémoire sémantique est aussi altérée et le patient a de plus en plus de difficultés à trouver ses mots. La mémoire corporelle et gestuelle (mémoire procédurale) est quand à elle conservée plus longtemps ce qui rend possible les gestes automatisés. La mémoire des codes de société (serrer la main, dire au revoir...) est aussi conservée jusqu'à un stade avancé de la maladie.

#### b. Désorientation temporo-spatiale :

Elle est liée à la perte progressive de la mémoire. Le patient commence par ne plus savoir la date du jour puis cela s'élargit à la saison, l'année... Au niveau des repères spatiaux, le sujet est d'abord perdu dans les grands espaces, les lieux peu connus puis cela s'étend aux

---

<sup>29</sup> 19, op. cit, p.23

lieux familiers jusqu'à ne plus pouvoir se repérer dans sa propre maison. Cette désorientation temporo-spatiale est majorée lors de changement de lieu d'habitation, en particulier à l'entrée en institution.

#### c. Aphasie :

L'aphasie est un trouble du langage qui peut toucher aussi bien les capacités de compréhension que de production du discours. Dans la maladie d'Alzheimer, il existe d'abord un manque du mot, des glissements de mots, jusqu'à l'apparition d'un jargon puis la perte totale du langage comme mode d'expression. L'aphasie de compréhension survient plus tard et touche d'abord les phrases complexes puis les phrases plus simples jusqu'à ce que le langage verbal ne soit plus compréhensible par le patient.

#### d. Apraxie :

C'est une difficulté à effectuer des gestes ou une action voulue malgré un équipement moteur intact. L'atteinte des gestes de la vie quotidienne est à l'origine d'une grande perte d'autonomie chez les personnes démentes. On remarque souvent une dissociation automatico-volontaire, c'est-à-dire que la personne ne peut pas effectuer un geste sur demande alors que cela lui est possible de manière automatique lorsqu'on initie le mouvement.

#### e. Agnosie :

C'est la difficulté à reconnaître les objets, les personnes, à l'aide de ses sens malgré un équipement intact. On distingue les agnosies visuelle, auditive, tactile, gustative, et olfactive selon la modalité perceptive concernée. Chez les personnes démentes, l'agnosie visuelle est la plus fréquente et les personnes compensent par des explorations à l'aide de leurs autres sens. On peut ainsi voir des patients toucher des objets, les porter à la bouche ou au nez pour les reconnaître. Chez les patients déments, on observe aussi une difficulté de reconnaissance des visages familiers, nommée prosopagnosie. Cela peut être très difficile pour les proches.

#### f. Troubles de l'attention :

Les personnes démentes ont une attention labile. La concentration nécessite de trier les informations sensorielles qui nous parviennent pour ne garder que celles qui sont importantes dans la tâche à effectuer. C'est particulièrement difficile pour les personnes démentes ce qui les rend très sensibles aux interférences.

### g. Troubles du jugement et du raisonnement :

Le patient dément subit une baisse de ses capacités de réflexion, de logique, d'anticipation, de jugement et d'autocritique. Sa capacité à faire des choix est également atteinte ce qui rend souvent nécessaire la mise sous tutelle juridique pour aider le patient à gérer ses biens et à prendre les décisions importantes.

### 2. Troubles de l'humeur et du comportement :

Les **troubles de l'humeur** sont caractérisés par des perturbations émotionnelles. On observe en particulier des périodes de dépression à différents stades de la maladie. L'anxiété est fréquente. La mise en place de rituels obsessionnels, de stéréotypies ou de déambulations peut en être le premier signe. L'émotivité peut être affectée avec des périodes d'exaltation de l'humeur ou au contraire d'indifférence. La labilité émotionnelle est très importante et dépend beaucoup de l'environnement dans lequel se trouve la personne démente.

Les **troubles du comportement** sont très souvent présents et se caractérisent par une agitation, une apathie, une agressivité ou encore une instabilité psychomotrice. On observe parfois des troubles du comportement alimentaire, anorexie ou au contraire tendance à manger très vite et sans cesse, souvent associés dans l'évolution de la maladie à des troubles de la déglutition responsables de fausses routes.

Le patient dément peut aussi souffrir d'**hallucinations** ou d'**idées délirantes**.

Lorsque ces troubles apparaissent, il est important de chercher à leur donner du sens et d'éliminer une cause organique comme une douleur que le patient ne parviendrait pas à exprimer autrement. Ces troubles peuvent compliquer les relations avec autrui en attaquant le sentiment d'humanité et les possibilités de s'identifier à la personne démente. Considérer ces comportements comme un ultime moyen d'expression pour les personnes démentes peut nous aider à dépasser nos réticences pour conserver la relation.

### 3. Autres troubles :

Les patients déments perdent peu à peu leur autonomie, jusqu'à perdre le contrôle de leurs sphincters menant à une **incontinence** urinaire puis fécale.

On observe aussi des **troubles du sommeil** avec une modification du rythme de vie et parfois une inversion jour/nuit. Les patients déments sont souvent agités le soir, la tombée de la nuit étant source d'angoisse.

#### 4. Evolution :

La maladie d'Alzheimer évolue progressivement sur une durée d'environ 10 à 15 ans après le début des symptômes.

Au début, les signes peuvent rester discrets et ne pas être perçus par les proches du malade, les troubles de la mémoire et de l'orientation étant mis sur le compte de l'avancée en âge. Avec la progression de la maladie, les troubles cognitifs entraînent une gêne dans la vie quotidienne et sociale. La perte d'autonomie se poursuit tout au long de la maladie et aboutit, au stade sévère, à un état de dépendance totale. A terme, on observe une détérioration de l'état général et une grabatisation. Les troubles des conduites alimentaires et les difficultés de déglutition entraînent souvent une importante dénutrition et une altération des défenses immunitaires, ce qui favorise les complications infectieuses souvent à l'origine du décès.

Néanmoins, il est important de noter que l'évolution est imprévisible, les périodes de lucidité alternant avec des périodes de repli. Cette évolution est particulièrement sensible au climat émotionnel régnant dans l'environnement de la personne. Par ailleurs, tous les patients ne réagissent pas de la même manière à la maladie en fonction de leur personnalité, de leur histoire, de leur environnement humain et matériel.

#### G. Prise en charge :

##### 1. Traitement médicamenteux :

Pour le moment, il n'existe pas de médicament capable de guérir la maladie d'Alzheimer. Les traitements disponibles visent uniquement à ralentir l'évolution de la maladie. Il s'agit en particulier des anticholinestérasiques dont le but est d'augmenter le taux d'Acétylcholine dans les échanges entre neurones. Un autre médicament a été développé pour diminuer la concentration du glutamate au niveau des synapses, la Mémantine.

Les médecins peuvent aussi prescrire d'autres médicaments diminuant certains symptômes de la maladie : antidépresseurs, anxiolytiques, voire neuroleptiques en cas d'agitation ou d'agressivité importantes.

##### 2. Prise en charge non médicamenteuse :

Compte tenu des hypothèses intéressantes du point de vue psychologique, il est nécessaire de prendre en charge le patient d'un point de vue global. Cela nécessite une **prise en charge pluridisciplinaire** avec des médecins, infirmiers, aides soignants et auxiliaires de

vie, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, orthophoniste, psychomotricien... pour soutenir le patient dans ses difficultés particulières.

En institution, la création de Pôles d'Activités et Soins Adaptés (PASA) permet de proposer des ateliers spécifiques aux patients déments dans un cadre contenant adapté.

Des unités cognitivo-comportementales ont aussi été créées afin d'adresser les patients dont les troubles du comportement sont trop importants pour être traités dans les services de soin standard. Cela permet l'adaptation des traitements médicamenteux ainsi qu'une prise en charge globale.

Cette considération totale du patient vise à limiter l'évolution de la maladie à conserver au maximum la qualité de vie des patients en tenant compte de leurs difficultés et de leurs capacités restantes. Donner du sens aux conduites des malades, en tentant de se représenter ce qui se passe de leur point de vue, peut aussi les aider à ne pas s'enfermer dans des troubles du comportement.

Enfin, que les déments soient en institution ou au domicile, il est essentiel de soutenir les aidants car leur présence est capitale et souvent difficile à assurer sur la durée, en particulier lorsque la personne démente est prise en charge en institution.

## **H. Conséquences de la démence sur le psychisme de l'individu :**

### 1. Les pertes

#### a. La psycholyse

En se référant aux topiques de Freud, G. Le Goues propose une hypothèse de compréhension du fonctionnement psychique du dément. Selon lui, la démence se caractériserait par une psycholyse entraînant un **démantèlement de l'appareil psychique** par étapes successives en commençant par les acquisitions les plus récentes.

La première étape est « *la perte de l'identité de pensée* »<sup>30</sup> caractérisée par des « *trous de pensée* ». Ce phénomène est lié à la perte des « *représentations fines et des liaisons logiques entre elles* ». Le fonctionnement psychique du dément se centre alors sur la perception pour maintenir un lien entre les pensées par un « *pont sensoriel* »<sup>31</sup>.

La seconde étape est « *la perte de l'identité de perception* »<sup>32</sup>, perte de la capacité à donner une signification stable à l'objet perçu. La différenciation soi/l'autre s'estompe, les

---

<sup>30</sup> LE GOUES G., *Le Psychanalyste et le vieillard*, Paris, PUF, 1991, p.16

<sup>31</sup> 30, *ibid*, p. 17

<sup>32</sup> 30, *ibid*, p.18

représentations et les perceptions se mélangent. Des idées délirantes peuvent apparaître pour combler les manques irréprésentables et répondre au principe de plaisir qui domine alors. Le sujet fonctionne alors au plus proche de son inconscient.

### b. Une perte de la continuité d'identité ?

B. Castet affirme que « *l'homme n'est qu'un être de souvenirs et ces souvenirs le déterminent en tout ce qu'il est. [...] En sa mémoire, chacun se reconnaît pour ce qu'il a toujours été en sa continuité et ce quels que soient ses changements d'apparence. La mémoire est le fondement de l'identité.* »<sup>33</sup>. On est alors en droit de se demander quel vécu ont les personnes démentes oubliant les événements importants de leur vie jusqu'à ne plus reconnaître leurs proches et même leur propre image dans le miroir. Ne se souvenant plus de ce qui vient de se passer, le patient dément ne peut donc vivre que chaque instant comme séparé du précédent, sans lien. Ce qui nous donne la représentation d'un vécu fragmenté de sa vie et de son identité.

Au travers de la psycholyse et de la discontinuité du vécu et de l'identité, on remarque donc un **processus de déliaison** à l'œuvre au niveau psychique dans la démence. Comment cela va-t-il se traduire au niveau psychomoteur ?

### c. Une perte des capacités psychomotrices

Lors de l'évolution de la démence, les capacités psychomotrices des patients vont en régressant pour finir dans un état d'inhibition totale, qu'on nomme la grabatisation. La personne est alors alitée et dépendante d'autrui pour tous les actes de la vie quotidienne. Quelles peuvent être les causes de cette évolution ?

H. Lallery rappelle que, dans le développement de l'enfant comme à l'âge adulte, « *Contrôler son corps va de pair avec le contrôle de l'espace temps mais également permet la construction d'un équilibre psychologique dans lequel la dichotomie corps/esprit n'existe pas. Ces deux aspect de l'être humain se façonnant ensemble dans une seule et même entité, entretiennent en permanence un phénomène de « feed-back ».* »<sup>34</sup>

Or, chez la personne âgée dément, le contrôle de l'espace temps se perd avec le déclin des fonctions cognitives. Les **notions temporelles et spatiales se désorganisent** très

---

<sup>33</sup> CASTETS B., Mémoire du corps et identité, in HERMANT G. (ed), *Le Corps et sa mémoire, actes du VIème congrès international de psychomotricité, La Haye, 1984*, Paris, Doin Editeurs, 1986, p. 7

<sup>34</sup> LALLERY H., La mémoire psychomotrice. L'adulte et ses inhibitions., in HERMANT G. (ed), *Le Corps et sa mémoire, actes du VIème congrès international de psychomotricité, La Haye, 1984*, Paris, Doin Editeurs, 1986, p.26

tôt en commençant par un oubli à mesure ne permettant plus d'établir des liens entre passé, présent et avenir. Le patient vit alors exclusivement dans l'instant présent, sans lien avec ce qui se passait avant ni ce qui se passera après, et donc sans pouvoir ressentir sa continuité d'existence. Les rythmes biologiques veille/sommeil/repas se désorganisent sous l'action de la déliaison entre les sensations et la représentation, le patient ne pouvant plus relier la sensation de sommeil, la perception du noir et l'action d'aller se coucher ou la faim et l'action de se nourrir. Au niveau spatial, on retrouve aussi cette absence de lien. Le patient n'étant plus capable de se représenter le lieu lorsqu'il ne s'y trouve pas, il ne vit plus que dans un espace réel, vécu et perçu, un espace sensori-moteur.

Les **coordinations** deviennent difficiles et les gestes jusque-là bien connus et courants ne sont plus possibles. Le dément perd alors ses capacités d'action sur le monde environnant ainsi que son autonomie dans les tâches de la vie courante. Selon H. Lallery, « *l'inhibition d'action est le résultat de l'impossibilité pour l'être humain de faire face aux situations qui lui sont opposées et de prendre son sort en main. Tout au moins de participer dans le sens qu'il désire à cette situation de fait. Ce qui peut se traduire par : Etre et non subir.* »<sup>35</sup> Incapable d'agir par lui-même, le dément perd alors sa capacité d'être en entrant dans l'inhibition. Les liens corps-psyché se dégradent donc par cette perte de contrôle autant corporelle que psychique.

Les **troubles de l'équilibre** apparaissent souvent assez précocement dans l'évolution de la maladie avec des risques importants de chute. Se tenir debout est en lien avec le fait d'être individué, différencié de l'autre, et de pouvoir se séparer. Or, la continuité d'identité est mise à mal par la démence et la représentation Moi/non Moi devient floue, ce qui pourrait expliquer que l'équilibre se dégrade chez ces patients. De plus, le début de la démence peut s'accompagner de périodes dépressives, liées à la prise de conscience des troubles. Des déséquilibres et des chutes peuvent alors survenir, le sujet se sentant trop faible pour se tenir. Plus tardivement dans l'évolution de la maladie, l'hypotonie axiale ne permet plus la tenue assise.

Sur le plan corporel, la différenciation Moi/non Moi devient floue et la conscience de l'unité corporelle s'altère progressivement, on observe alors très fréquemment des **troubles du schéma corporel et de l'image du corps**. C. Montani décrit une perte de l'enveloppe du corps avec une sensation d' « *enveloppe perforée* »<sup>36</sup>. Cela nous renvoie à la notion de Moi-Peau de D. Anzieu, enveloppe du corps et contenant des pensées et des représentations qui se

---

<sup>35</sup> 34, *ibid*, p. 28

<sup>36</sup> MONTANI C., *La maladie d'Alzheimer « Quand la psyché s'égare »*, Paris, L'Harmattan, 1994, p. 103

construit dans la relation à la mère. Cette enveloppe est mise à mal chez le sujet âgé par la diminution des sensations cutanées ainsi que par l'altération des autres sens et en particulier de l'audition, ne permettant plus un enveloppement sonore. Chez le patient dément alité, cette sensation d'unité corporelle ne peut pas être davantage retrouvée par le mouvement, ce qui renforce les angoisses de vidage. Nous pouvons aussi faire le lien entre cette défaillance d'enveloppe et l'incontinence ou les troubles digestifs (constipation et diarrhées récurrentes) dont souffrent la plupart des patients déments au cours de l'évolution de la maladie.

Au niveau tonique, nous observons souvent chez les patients déments une tendance à l'**hypertonie** qui pourrait être un moyen de compenser cette perte d'enveloppe corporelle par une carapace tonique, une « *paroi tonique* »<sup>37</sup> remplaçant, selon S. Robert-Ouvray, l'« enveloppe tonique » originaire. Cette paroi tonique viendrait aussi protéger contre les agressions extérieures qui ne sont plus filtrées par défaut de pare-excitation. Nous pouvons aussi observer une **hypotonie axiale** nécessitant des interventions de l'ergothérapeute afin de soutenir la personne par des moyens externes, en particulier lors de l'installation dans le fauteuil. Cette hypotonie peut même être qualifiée de posturale puisqu'elle touche tous les muscles responsables de la station érigée, debout ou assise, que ce soit les muscles axiaux ou les muscles des membres inférieurs. Elle peut nous faire penser à une impossibilité de se tenir de l'intérieur nécessitant un étayage extérieur permanent pour se maintenir. On la retrouve aussi dans les syndromes de glissement ou lorsque le patient perd son élan vital comme si la carapace tonique, qui tenait auparavant le corps dans une certaine unité, lâchait, laissant alors le corps comme morcelé.

Cette perte de l'unité corporelle peut aussi se retrouver dans les **troubles de la latéralité** comme l'héminégligence dans laquelle les patients ne reconnaissent plus un de leurs hémicorps. Ils peuvent alors ne plus avoir conscience de ce qui se trouve dans leur espace corporel et environnant de ce côté. Ce trouble est, la plupart du temps, associé à une lésion cérébrale du côté de l'hémicorps dominant.

Cette description psychomotrice met en évidence la déliaison qui se développe au cours de l'évolution de la démence, tant au point de vue corporel que psychique. Nous remarquons que le patient dément retrouve des angoisses archaïques, telles que le vidage, et revient à une position infantile que l'on retrouve en particulier dans l'impossibilité de se tenir debout puis dans la position fœtale. Le seul moyen de retrouver une unité psycho-corporelle serait-il alors de retourner vers des liens plus primitifs ?

---

<sup>37</sup> ROBERT-OUVRAY S., 1999, Le corps étai de la psyché, in *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, n°117, p. 48

#### d. Un retour aux premiers liens ?

Au cours de l'évolution de la démence, on observe souvent un **retour vers des positions infantiles** avec une place prépondérante du corporel, de la motricité, des angoisses et des comportements d'agrippement, le stade ultime étant cette posture enroulée sur soi-même. Dans le développement tonique, la position d'enroulement du nourrisson lui permet un premier sentiment d'unité. Nous pouvons faire le parallèle avec la position de repli des personnes démentes très régressées. Ce retour sur soi, rassurant et protecteur, serait-il un moyen de revenir à ce premier sentiment d'exister, base du narcissisme primaire ?

Les comportements d'agrippement, de collage, que présentent souvent les personnes démentes, nous rappellent la position d'identification adhésive du nourrisson. Selon G. Haag, cet état adhésif « *est caractérisé par la non-mentalisation tout en étant d'ordre psychique* »<sup>38</sup>. Le sujet dément en perte d'identité retournerait donc à une « *modalité existentielle très primitive [au cours de laquelle] le seul moyen pour survivre à ce niveau est de coller, d'adhérer, et c'est par là que vous acquérez une identité* »<sup>39</sup>. Les comportements régressifs peuvent donc être d'ultimes moyens de recherche de continuité et d'adaptation à l'environnement. Ainsi avec G. Le Goues nous pouvons voir « *le côté positif de la régression, c'est-à-dire le mouvement de l'appareil psychique qui consiste à retrouver du plaisir à fonctionner pour contrebalancer la souffrance. Ce mouvement est une réaction de santé, l'expression du désir de vivre, le meilleur allié du thérapeute.* »<sup>40</sup>

D'un autre côté, cette position de repli peut aussi être une défense, un moyen de se couper d'un monde environnant vécu comme agressif ou intrusif, en particulier lorsque la différence entre l'intérieur et l'extérieur de soi s'affaiblit. Les personnes démentes semblent aussi parfois ne plus avoir envie de s'adapter à leur environnement dans un lâcher prise qui peut être mis en lien avec les pertes et la mort qui approche.

Si les pertes engendrées par la démence sont nombreuses, les capacités préservées sont importantes à connaître car ce sont des appuis dans la prise en charge des patients déments.

## 2. Les capacités préservées

### a. Un « Savoir affectif »

G. Le Goues propose ce terme pour définir « *la capacité à identifier un climat relationnel et à s'en souvenir, [qui] dure beaucoup plus longtemps que le savoir*

---

<sup>38</sup> HAAG G., Adhésivité, identité adhésive, identification adhésive, in *Gruppo* n°2, juin 1986, p.112

<sup>39</sup> 38, *ibid*, p. 111

<sup>40</sup> 30, *op. cit*, p. 10

*intellectuel.* »<sup>41</sup> : les personnes démentes ont une capacité de perception du climat affectif d'une rencontre. Même si elles perdent le sens symbolique des mots, elles en comprennent le ton. C'est ainsi qu'une patiente du service peut se mettre dans une grande colère si une autre patiente lui parle sur un ton légèrement agressif : elle ne comprend pas le sens des mots prononcés, mais n'en conserve que le ton.

D'après L. Ploton, il y aurait un « *registre de fonctionnement affectif* » préexistant à la maladie, ayant sa propre dynamique, et perdurant même aux stades les plus avancés de la maladie. Au niveau neurologique, cela se traduirait par la possibilité de s'appuyer sur des circuits neuronaux courts passant par l'amygdale, circuits affectifs rapides qui prendraient le pas sur les circuits cognitifs défaillants passant par l'hippocampe. Ce registre affectif se construirait dès le début de la vie dans le lien à la mère. Il concernerait les questions du plaisir et du déplaisir, de la joie et de la tristesse, mais il serait aussi lié au type d'attachement ainsi qu'au narcissisme primaire. Ce registre permettrait de modifier les choix et les conduites de manière inconsciente. C'est ce qui expliquerait que les personnes démentes, très avancées dans la maladie et donc très régressées au niveau du fonctionnement psychique, conservent des capacités d'adaptation inconscientes à certains événements. Une des patientes pourra ainsi nous interpeller en nous montrant la salle de psychomotricité lorsque nous passons près d'elle avec une autre patiente, comme si elle avait intégré inconsciemment que nous nous voyions ce jour-là dans cette salle. Quelques minutes après, lorsque nous venons la chercher, elle paraît ne pas se souvenir de nous. C'est en cela que G. Le Goues définit l'activité psychique affective davantage comme un « *savoir-être* » qu'un « *savoir penser* »<sup>42</sup>.

#### *b. Des capacités de communication et de compréhension non verbales*

« *Il y a chez les malades d'Alzheimer une forme de primauté du registre affectif, registre dans lequel ils semblent encore fonctionner du point de vue relationnel. Tout se passe en effet comme s'ils gardaient une forme de perception affective, assortie de capacités d'expression de ce même point de vue.* »<sup>43</sup>

Du fait de la sensibilité particulière des patients déments à l'empathie, on observe dans la relation avec eux, des échanges implicites que Freud définissait comme une communication « d'inconscient à inconscient ». Cette **communication implicite** passerait en partie par les expressions corporelles : regards, mimiques, attitudes, ton de la voix... Nous pouvons aussi

---

<sup>41</sup> 30, op. cit, p. 19

<sup>42</sup> 30, op. cit, p. 142

<sup>43</sup> 19, op.cit, p. 42

l'observer dans le contre-transfert, en essayant de décoder ce que le patient a réveillé en nous, afin de pouvoir mettre en mots ce qui n'est plus nommable par le patient lui-même. L. Ploton décrit les capacités de communication des personnes démentes en affirmant que l'« *on assiste chez eux, [...], à une véritable expression comportementale inconsciente, ayant recours à une gestuelle et à des conduites à forte charge expressive, ou à des modifications du tonus musculaire, responsables d'attitudes carrément allégoriques.* »<sup>44</sup>. Le patient communiquerait donc avec nous par tout son corps mais aussi par ses comportements, ce qui nous invite à toujours nous poser la question du sens des gestes et des troubles du comportement de ces personnes en faisant avec N. Rigaud, le « *pari du sens* »<sup>45</sup> de la démence.

De plus, le patient dément conserverait tout au long de la maladie, des capacités de **compréhension du langage infra-verbal** de son interlocuteur. J'ai ainsi remarqué qu'une de mes patientes avait un discours beaucoup moins cohérent et davantage d'idées délirantes lorsque j'arrivais pour la séance en étant préoccupée par autre chose. Il est même arrivé qu'elle refuse ces jours-là de venir en séance, en me disant qu'elle n'était pas disponible pour ça. Aurait-elle senti que je n'étais, moi-même, pas très disponible psychiquement pour être attentive à elle ? G. Le Goues avance l'idée que cette sensibilité perdurerait au cours de la thérapie, c'est-à-dire que quelque chose de ces vécus inconscients pourrait s'inscrire dans la mémoire inconsciemment. C'est ainsi que certains patients ne se souviennent plus de nous d'une fois sur l'autre mais peuvent dire, lorsqu'ils sont dans la séance, dans un climat affectif sécurisant, qu'ils se sentent mieux avec nous maintenant qu'ils nous connaissent.

### c. Une mémoire du corps

C. Montani nous invite à considérer ce type de mémoire, bien conservé chez les patients déments : « *Au fur et à mesure que s'efface la mémoire instrumentale (hautement cognitive) réapparaît une mémoire « intuitive » (fortement affective). [...] Il apparaît une dissociation entre la mémoire qui 'sait' et celle qui 'sent'* »<sup>46</sup>. Cette mémoire intuitive dont parle est qualifiée de « *Corporelle/infantile* » par M. Grosclaude.

En thérapie psychomotrice, nous pouvons observer des retours de cette mémoire intuitive lorsque nous passons par des sensations corporelles. C'est ce que décrit G. Le Goues lorsqu'il affirme : « *Une perception agréable relance les chaînes associatives affectives de*

---

<sup>44</sup> PLOTON L., 1995, La communication avec les déments, in *La revue du praticien médecine générale*, tome 9, N° 322, p. 46

<sup>45</sup> RIGAUD N., *Le Pari du sens*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1998, p.1

<sup>46</sup> 36, op. cit, p. 71

*même nature. Ce n'est pas parce que le patient a perdu la faculté d'en parler distinctement qu'elles ont cessé d'exister. »<sup>47</sup>*

Et si, comme le dit B. Castet, « *L'identité n'est pas marquée seulement dans l'esprit, mais elle est marquée dans le corps tout autant. Elle apparaît dans le geste, la posture et la mimique qui modèlent le corps et le visage, faisant de chacun un être singulier. »<sup>48</sup>*, nous pouvons penser que le retour à la mémoire corporelle, intuitive du patient peut lui permettre de retrouver son identité de sujet à part entière. Car « *Si on y réfléchit, la fonction de la rééducation psychomotrice est de rendre son identité complète au sujet, en jouant sur la mémoire de son corps, en agissant à contrario sur l'esprit par le corps -et dans le corps. Il s'agit de rendre au corps dans sa plénitude sa place de lieu fondamental du plaisir [...] Ceci crée une autre vision du monde comme une autre vision de soi »<sup>49</sup>*.

Ces données sont importantes car elles nous permettent de mieux comprendre le fonctionnement des patients dément et de savoir sur quelles capacités préservées nous appuyer dans le soin. Ainsi on peut dire avec G. Le Goues que « *Tant qu'une intervention affective est encore possible, une fenêtre thérapeutique demeure ouverte »<sup>50</sup>*.

#### *d. Le patient dément, un être débordé par ses émotions ?*

Nous venons de voir que les patients déments conservent des capacités de compréhension des émotions dans une situation, ainsi qu'une mémoire intuitive de ces informations. De plus, par la mobilisation corporelle, ils peuvent retrouver leurs souvenirs émotionnels. Le langage corporel et comportemental leur permet aussi de s'exprimer même s'ils ont perdu le langage verbal.

Mais cela nous pose question car le langage a une fonction cathartique des émotions, c'est-à-dire qu'il permet, en les nommant, de les métaboliser, de leur donner un sens afin qu'elles ne soient pas trop attaquantes pour le sujet. Or les patients déments qui semblent recueillir toutes les émotions des situations dans lesquelles ils se trouvent, n'ont plus accès au langage pour traiter les émotions et faire la part des choses entre ce qui vient d'eux et ce qui vient des autres...

S. Ogay propose de voir la personne démente, comme un être débordé par ses émotions. Leur seule possibilité de décharge émotionnelle serait alors les troubles du

---

<sup>47</sup> 30, op. cit, p. 146

<sup>48</sup> 33, op.cit, p. 7

<sup>49</sup> 33, op.cit, p.7

<sup>50</sup> 30, op.cit, p. 11

comportement. J'ai pu le remarquer chez une patiente très en colère suite à une conversation qui lui avait paru agressive en raison du ton utilisé par son interlocuteur. Pendant plusieurs heures elle a déambulé à toute allure dans le service, de long en large, comme pour évacuer ce trop plein. Elle semblait ne pas pouvoir s'arrêter même pour nous parler. Puis elle a pu se calmer et exprimer, avec notre aide, qu'elle s'était sentie attaquée par cette personne. S. Ogay explique donc qu'il est nécessaire de donner la possibilité à ces personnes de décharger ce qu'elles ressentent par la communication. Dans sa pratique de musicothérapeute, il s'agit de passer par le corps, la musique, les instruments pour déposer les émotions et permettre ainsi une diminution des tensions internes du sujet.

Il me semble intéressant, puisque l'on connaît les liens très importants entre le tonus et les émotions, de relier aussi ce débordement émotionnel avec l'hypertonie observée chez de nombreux patients déments. Souvent, la communication par différentes médiations dans le but d'exprimer des émotions permet de faire baisser le tonus. Nous pouvons alors penser que cette hypertonie serait, tout comme la déambulation ou les cris, une manière de décharger par le corps un trop plein d'émotions.

## **CONCLUSION :**

Le lien entre tonus, démence et émotions montre qu'il serait intéressant de travailler à partir de la question du tonus avec les personnes âgées démentes afin de mieux percevoir leurs émotions et de favoriser une détente tonique et émotionnelle dans la relation.

Cela nous amène à parler maintenant de la clinique que j'ai rencontrée lors de mon stage auprès de ces personnes démentes en institution.

## **Partie Clinique**

### **I. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT :**

#### **A. Généralités :**

L'établissement dans lequel je rencontre Mme P. et Mme G. est une unité de soins de longue durée (USLD). Il s'adresse à des patients de plus de 60 ans présentant des pathologies médicales lourdes nécessitant des soins médico-techniques importants. L'établissement accueille 60 patients répartis sur trois étages. Au rez-de-chaussée se trouvent le réfectoire, les bureaux de la direction et du médecin, les salles de psychomotricité, art thérapie et ergothérapie ainsi qu'un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA). Le réfectoire s'ouvre sur un petit jardin clos.

Le projet d'établissement est établi selon des principes fondateurs: l'humanité, l'impartialité, la neutralité, l'indépendance, le volontariat, l'unité et l'universalité. C'est en même temps un lieu de soin et de vie pour les patients. Le lien avec les familles et les proches est recherché.

L'équipe est composée d'un médecin gériatre et d'un cadre de santé responsables des trois étages. A chaque étage, une infirmière, trois aides-soignants ou auxiliaires de vie et des Agents de Service Hospitaliers (ASH) s'occupent des patients dans leur vie quotidienne.

L'équipe paramédicale est constituée d'une kinésithérapeute, d'une ergothérapeute à mi-temps, de deux psychomotriciennes à temps partiel (40% chacune), d'une éducatrice pour les Activités Physiques Adaptées à mi-temps et d'une art-thérapeute à mi-temps. Un psychologue est aussi présent dans l'établissement.

#### **B. Les patients déments dans l'établissement :**

L'établissement accueille de nombreux patients déments. Des dispositifs ont donc été développés afin de les prendre en charge de manière adaptée.

Un des étages de la structure est fermé avec des portes à code. Il est nommé « service de psychogériatrie » même s'il n'a pas de projet particulier par rapport aux autres étages. Les patients déments qui peuvent se déplacer sont accueillis à cet étage afin qu'ils puissent déambuler librement sans se mettre en danger en sortant de l'établissement.

Un PASA a été ouvert cette année au rez-de-chaussée de l'établissement. Le projet est de préserver au maximum l'autonomie des personnes démentes en favorisant le lien social par des ateliers de stimulation de leurs facultés. Au-delà de la stimulation, le but est aussi de leur permettre de retrouver une image positive d'eux-mêmes en leur redonnant une place dans la société. Les patients qui sont intégrés au PASA descendent de leur étage de 10h30 à 16h. Selon le rythme de chacun, certains patients y passent 5 jours par semaine, d'autres ne viennent qu'à temps partiel (soit uniquement une partie de la journée, soit quelques jours par semaine). Ils sont accueillis par une Aide Médico-Psychologique (AMP) toute la journée. Des groupes leurs sont proposés par l'ergothérapeute, l'art thérapeute, une psychomotricienne et l'éducatrice APA.

### **C. La psychomotricité :**

La salle de psychomotricité se trouve au rez-de-chaussée près du réfectoire. Elle est intégrée aux locaux du PASA et peut donc être utilisée par d'autres professionnels lorsque les psychomotriciennes ne sont pas présentes. Un mur des murs de la pièce est peint en rouge créant ainsi une ambiance chaleureuse. Des fauteuils sont installés dans un angle et la fenêtre donne sur un petit jardin. Les séances des patients ont lieu soit dans leur chambre soit dans cette salle.

La psychomotricienne réalise un bilan pour chaque patient qui entre dans l'institution afin de déterminer, en lien avec le reste de l'équipe et selon les souhaits du patient, si un suivi en psychomotricité est justifié. Dans ce bilan, la psychomotricienne doit faire passer un MMSE lorsque cela est possible. Une réunion de synthèse permet ensuite aux différents professionnels de partager leurs visions du patient afin de réaliser son projet de vie et de soin. Le médecin et le psychologue présentent ensuite ces projets au patient et à sa famille.

La psychomotricienne participe aussi aux réunions d'équipe afin de recueillir les informations et demandes de prise en charge et de donner son point de vue pour les patients qu'elle suit. Cela lui permet de garder un lien avec l'équipe qui travaille au plus près des patients dans leur vie quotidienne. Les indications de psychomotricité sont ensuite prescrites par le médecin en lien avec l'équipe.

Pour ma part, je rencontre les patients avec la psychomotricienne lorsque les patients sont d'accord. Je peux donc intervenir ou rester dans une position d'observatrice selon les patients et les séances.

## **II. MADAME P.**

### **A. Première rencontre :**

Lorsque je la vois pour la première fois, Mme P. est en salle à manger et une aide soignante est en train de lui donner son déjeuner. Elle est repliée sur elle-même dans son fauteuil coquille mi-allongé. Son regard semble perdu dans le vide et elle ouvre faiblement la bouche à l'arrivée de la cuillère comme un automate. Je suis frappée par sa grande maigreur, ses cheveux très courts et décoiffés qui lui donnent une apparence peu agréable à regarder.

Je suis montée ce jour-là à cet étage avec ma maître de stage car la soeur de cette patiente (elle aussi résidente de ce long séjour) nous a confié qu'elle allait de temps en temps déjeuner avec elle mais que cela lui coûtait beaucoup à cause des images que lui renvoyaient ces patients très dégradés physiquement. Elle est arrivée depuis peu dans la résidence et ne veut pas y rester car elle ne veut pas finir comme eux. Cela m'a beaucoup questionnée sur les patients qui restent déjeuner à cet étage et sur ce qu'ils peuvent faire ressentir à ceux qui les regardent. La psychomotricienne m'a donc proposé de monter pour voir comment se passe un repas. Je suis en effet touchée par la grande fragilité de ces personnes. Ce qui m'interpelle aussi est cette sensation de ne plus être sûre que ce soient réellement des sujets, peut-être seulement des bouches à nourrir par nécessité, pour faire survivre un corps. Je ressors de cette observation assez bouleversée par ce que peuvent vivre ces patients ainsi que leurs soignants, puisque, maintenant que je ne suis plus sidérée, je retrouve cette certitude qu'il s'agissait bien d'êtres humains à qui on donnait le repas.

### **B. Quelques éléments de son histoire :**

Mme P. est née le 2 mars 1928, elle a donc 84 ans cette année. Elle est issue d'une famille de 3 enfants, dont un frère décédé à l'âge de 14 ans « d'une maladie mortelle à l'époque » et une soeur.

Elle était mariée et était vendeuse dans un prisunic. Elle a eu un enfant mort né dont il sera question dans la prise en charge. A la retraite, elle vivait avec son mari à La Baule.

Suite à l'hospitalisation de son mari, elle est hospitalisée au Croisic car elle ne peut rester seule chez elle du fait de sa maladie d'Alzheimer. Au décès de son mari en avril 2011, sa soeur et son neveu la font venir à Lyon pour être plus proches d'elle. Après un séjour en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), elle est admise

dans le service de psychogériatrie du fait de nombreuses chutes et d'un syndrome dépressif majeur ayant entraîné une grabatisation.

On ignore l'ancienneté de sa maladie d'Alzheimer évoluée pour laquelle elle est traitée par anticholinestérasique. Mme P. présente un syndrome anxio-dépressif, traité par antidépresseur, avec une notion de tentative de suicide durant une hospitalisation en 2010.

Actuellement elle est installée dans un fauteuil coquille et ne peut donc pas se déplacer seule. Son fauteuil est penché en arrière et elle garde une position repliée sur elle-même. Sa tête est tournée à droite, penchée sur le côté et vers le bas. Son bras droit passe par-dessus son accoudoir, sa main restant posée dessus. Ses jambes sont pliées et ses genoux se touchent, sa jambe gauche, davantage repliée du fait de son flexum, venant se poser sur sa jambe droite. Ses pieds restent dans le vide, son fauteuil n'ayant pas de cale-pieds. Pour entrer en relation avec cette patiente, nous sommes obligées d'aller chercher son regard en bas à droite. Lorsqu'elle croise le nôtre, son visage s'anime, elle sourit et redresse un peu la tête. Elle parle mais l'intensité de sa voix est souvent faible et son articulation difficile. Ajouté à son manque du mot et aux paraphrasies verbales, cela la rend difficilement compréhensible. Mais ce trouble du langage dépend beaucoup de son état psychique et s'améliore dans la relation.

### **C. La prise en charge en psychomotricité :**

#### **1. Indication, projet de soin et suivi antérieur**

Mme P. est suivie en psychomotricité depuis son entrée dans le cadre de son attitude de **repli en position fœtale** associée à son **syndrome dépressif majeur**. Elle se plaint aussi de **nombreuses douleurs**. Le médecin a demandé un suivi car les soignants se posaient la question de savoir si ce repli était lié à un mal-être psychique ou dû aux rétractions musculaires. La psychomotricité lui paraissait donc intéressante afin de prendre en compte ces deux facteurs, corporel et psychologique.

La psychomotricienne n'a pas réalisé de bilan car cela aurait risqué de mettre Mme P. trop en difficulté. J'ai choisi de faire apparaître les éléments de mon observation psychomotrice au fur et à mesure des séances car c'est comme cela que j'ai rencontré Mme P.

L'objectif de cette prise en charge est d'aider Mme P. à **se détendre** par différentes médiations, en particulier le toucher thérapeutique, tout en lui redonnant sa **place de sujet**. Nous travaillons dans un esprit de **contenance** physique et psychique pour tenter d'aider Mme P. à diminuer son retrait relationnel ainsi que sa position de repli, les deux allant de paire chez

elle. Nous tentons donc d'entendre ses plaintes et ses demandes et d'y accéder lorsque c'est possible en essayant de l'aider à se réapproprier son corps comme source de bien-être.

Au début de la prise en charge, Mme P. n'acceptait pas de se laisser toucher. Elle observait beaucoup la psychomotricienne, dans une attitude de méfiance, et préférait raconter ses souvenirs et parler de ses douleurs. Au fil des séances, la psychomotricienne a pu introduire quelques mobilisations passives ou actives afin de lui proposer d'autres sensations de son corps pour qu'elle puisse se les approprier et les verbaliser. Quelques séances avant mon arrivée, le suivi s'est orienté vers le toucher thérapeutique car la patiente, passée cette phase de méfiance, montrait un grand besoin de contenance physique, attrapant les mains, se détendant lorsque la psychomotricienne posait la main sur son épaule... Malgré des signes visibles d'ouverture et de détente (respiration plus ample et basse, jambes plus allongées et moins contractées, regards plus directs, sa tête étant plus redressée), Mme P. dévalorise beaucoup cette médiation, disant que « ça ou autre chose c'est pareil ! ». Est-ce alors le seul fait d'être en relation avec la psychomotricienne dans un dialogue tonique qui lui permet de s'apaiser ? Elle reste aussi beaucoup agrippée à la main de la psychomotricienne, la tâtant comme pour sentir qui est la personne qui la touche.

Je commence pour ma part à rencontrer Mme P. en septembre 2011 dans le cadre de mon stage en long séjour gériatrique.

## 2. Les séances :

### a. Des débuts chaotiques, la carapace :

#### • Premières séances, l'attachement :

La première fois que je rencontre Mme P., la psychomotricienne lui propose un toucher thérapeutique avec un massage des mains et des bras. La patiente paraît prendre du plaisir, son visage crispé se détend et elle ferme légèrement les yeux à certains moments. A la fin de la séance, elle verbalise que « ce n'est pas terrible ». Je me questionne sur la discordance entre mes observations qui auraient pu me faire penser que cela lui avait fait du bien et ce que la patiente en dit. Est-ce moi qui ai mal interprété ses expressions corporelles ? Ou bien est-ce pour le moment trop difficile de dire ou sentir réellement ce que cela lui fait vivre ? Est-ce ma nouvelle présence qui l'empêche, par pudeur, de s'autoriser, dans une certaine régression, à apprécier le toucher ?

A la fin de la séance, elle dira tout de même que « c'était bien ». Dans ses explications, nous comprenons que le fait de changer de lieu, ainsi que notre présence attentive, lui ont fait du bien. Elle semble s'animer à la fin des séances. Le contact que nous gardons avec elle en la

considérant comme une personne lui permettrait-il de se sentir davantage sujet ? Ou bien est-ce une manière de s'assurer de notre présence future, comme pour nous dire de revenir ?

A la séance suivante, cela fait longtemps que nous ne sommes pas venues voir Mme P. du fait de congés. Pendant toute la séance, elle paraît très sensible à nos mimiques faciales, souriant lorsque nous sourions, comme si nos émotions venaient déteindre sur les siennes par l'intermédiaire du langage corporel. Cela nous permet d'être bien en relation avec elle, comme s'il fallait que nous vivions des choses identiques pour les partager et entrer de nouveau en relation après un temps de latence dans la prise en charge.

La semaine suivante, Mme P. refuse de venir en séance. Sa posture est très fermée, tout comme les expressions de son visage renfrogné. Sa tête est particulièrement penchée en avant, son menton touchant son sternum, et ses jambes sont recroquevillées sur elles-mêmes en position fœtale. Elle cherche peu à entrer en relation, même lorsque nous venons croiser son regard. Elle a des idées noires et dit en avoir assez qu'on l'oblige pour tout. Nous recevons ses plaintes et prenons un moment pour parler avec elle, mais le lieu ne s'y prête pas tellement car nous sommes dans le salon. Nous hésitons entre le fait qu'elle n'ait pas envie du tout de venir en séance ce jour-là et le fait qu'elle aurait peut-être envie qu'on la stimule, que ce soit nous qui portions le soin pour elle. Je me demande quel évènement a pu causer cette attitude très renfermée car rien ne nous a été transmis par l'équipe. Nous choisissons de respecter son choix afin qu'elle ne vienne pas « pour nous faire plaisir » et de lui signifier ainsi qu'elle a pour nous une place de sujet, libre de décider pour elle-même, puisqu'elle est déjà obligée de se plier aux soins nécessaires. Nous lui rappelons que nous reviendrons la voir après les vacances et que nous pourrions alors reparler de ce qui est difficile pour elle.

Au retour des vacances, Mme P. commence la séance en s'agrippant aux mains de la psychomotricienne lorsque celle-ci s'approche d'elle pour lui proposer la séance. Est-ce en lien avec notre absence pendant les vacances ? A-t-elle eu peur que nous ne revenions pas la voir suite à son refus ? Lorsque nous la retrouvons, elle est assise à côté d'une dame qui crie toute la journée pour que quelqu'un reste près d'elle et qui s'agrippe à toute personne s'approchant d'elle. Au moment où la psychomotricienne s'adresse à Mme P., cette dame l'agrippe donc et elle est obligée de lui expliquer qu'elle vient pour voir sa voisine. Mme P. aurait-elle eu peur que sa voisine lui prenne « sa » psychomotricienne ? A-t-elle été envahie par cette demande incessante de toucher et de proximité ? Ou a-t-elle ressenti que la psychomotricienne avait prévu de me laisser mener la séance et qu'elle cherchait donc à être plus en retrait

Son visage s'anime quand son regard se tourne vers le visage de la psychomotricienne. Après avoir pris de ses nouvelles, celle-ci lui indique que c'est moi qui vais lui proposer la séance cette semaine mais qu'elle restera avec nous dans la salle. Mme P. accepte. Dans la salle de psychomotricité, je lui propose de choisir entre la manipulation des instruments (que nous avons déjà utilisés lors de la séance précédente) et un toucher thérapeutique au niveau des bras afin de lui permettre de se détendre. Mme P. paraît être en difficulté pour choisir et, compte tenu de sa recherche de contact corporel, je lui propose de commencer par le toucher thérapeutique. Au cours du massage des bras et de la nuque, elle verbalise un bien-être. Il lui est difficile de se détendre et elle accompagne beaucoup les mouvements passifs que je lui propose en fin de massage. De mon côté, mon état tonique se pose peu à peu au cours de cette séance afin d'essayer d'être le plus possible ajustée à Mme P., dans un dialogue tonique et verbal associés. La présence de la psychomotricienne me rassure et m'aide à être attentive à ce que Mme P. me donne à voir et à ressentir pour m'ajuster.

A la fin de la séance, Mme P. me semble plus ouverte, dans les échanges comme dans son attention aux bruits alentours, me questionnant du regard pour savoir ce que c'est. Je me suis interrogée sur ce que le dialogue tonique et ma recherche d'ajustement avaient pu induire sur notre entrée en relation. J'ai eu l'impression que plus je me relâchais, plus Mme P. se posait, et que cela nous permettait d'être davantage en relation corporellement mais aussi par nos autres sens (ouïe, regard...). Cette fin de séance m'a donné la sensation que nous avons pu nous apprivoiser par ce toucher relationnel partagé.

Il me semble difficile pour Mme P. d'éprouver la permanence du soin et d'être dans un contexte sécurisant du fait de la discontinuité dans le temps entre les différentes séances depuis mon arrivée dans la prise en charge. Après cette dernière séance, j'ai tout de même l'impression de commencer, pour ma part, à m'attacher à cette patiente et j'ai la sensation que cela pourrait aussi parler de son propre ressenti. Le fait que nous ayons pu être plus proches corporellement a peut-être permis que nous fassions connaissance par le canal corporel plus accessible pour elle que le mode d'interaction verbal ?

#### • Les bains thérapeutiques : une diminution du repli tonique

Les bains thérapeutiques ayant pu être mis en place dans l'établissement, la psychomotricienne pense que cela pourrait être bénéfique pour Mme P. en complément de son suivi individuel hebdomadaire. La patiente accepte car elle dit aimer l'eau.

Les séances dont je vais parler ici s'intercalent donc entre les séances décrites auparavant.

Lorsque nous allons chercher Mme P. dans sa chambre pour son premier bain thérapeutique, l'aide soignante est en train de la préparer pour l'emmener dans la salle de bain. La patiente dit ne plus avoir envie de rien, ni de vivre : « A quoi bon ! ». L'écoute contenante de la psychomotricienne semble l'apaiser et elle accepte le bain pour tenter de retrouver un peu de détente et que nous prenions soin d'elle dans ce moment difficile.

Lors de cette séance, les soignants présents sont : la psychomotricienne, une aide-soignante, l'infirmière de l'étage, et moi. La présence de l'infirmière, qui ne devait venir qu'au début mais qui finalement va rester tout le temps du bain, paraît importante car les soignants sont très démunis face aux pleurs de cette patiente et l'équipe a donc tendance à penser qu'on ne peut plus rien faire pour l'aider. L'infirmière nous dira ensuite que cela lui a fait plaisir de voir Mme P. apaisée au cours du bain. Cela permet d'ouvrir sur des propositions différentes et sur une autre vision de la patiente.

Mme P. semble n'avoir que la peau sur les os, ce qui me donne une impression d'une très grande fragilité corporelle lorsqu'elle est dans l'eau. Je reste un peu à l'écart, hors de son champ de vision, m'occupant de préparer les serviettes chaudes pour la sortie du bain. Je garde mes distances afin que Mme P. ne soit pas gênée par les nombreuses présences car elle est nue dans le bain. De plus je ne suis pas très à l'aise face à sa grande maigreur et je préfère donc rester en position d'observatrice.

Dans le bain, Mme P. se détend et ses jambes, habituellement repliées, s'allongent presque totalement. Elle est néanmoins gênée par son flexum de genou à gauche. Détendue, Mme P. est très attentive aux bruits qui l'entourent, rebondissant sur les paroles des soignants ou demandant ce que signifient les sonneries dans le couloir. Ses réponses et ses réactions (sourires) sont très adaptées aux circonstances.

Elle verbalise ensuite que cela lui a fait du bien, sans pouvoir en dire davantage. Mais sa tenue corporelle nous prouve qu'elle est détendue et que cela lui a été agréable. Durant la journée, les soignants la trouvent moins négative et plus détendue que d'habitude. Cela nous conforte dans l'idée que cette médiation est intéressante pour elle et nous lui proposons donc de refaire des bains thérapeutiques environ toutes les 6 semaines, en plus de la prise en charge hebdomadaire. Ce rythme paraît en effet adapté car les contraintes d'organisation sont lourdes autour de ce temps de bain thérapeutique. Une prise en charge hebdomadaire risquerait d'épuiser la bonne volonté des soignants et Mme P. en profiterait moins. De plus, le bain est très fatigant pour Mme P. du fait de sa dénutrition.

Suite à ce bain, j'ai été interpellée par le temps où la patiente, bien détendue, et donc dans une posture moins fermée à la relation, a pu être très attentive à son environnement. Son

repli serait-il un moyen de se protéger contre un environnement perçu comme dangereux, agressif ? Cette ouverture en fin de bain, nous montrerait-t-elle que Mme P. était plus disponible psychiquement à ce qui se passait pour elle ? D'un autre côté, cette vigilance très importante à l'environnement extérieur pourrait être un moyen de se couper de ses propres ressentis corporels, de ne pas être présente à elle-même, en mettant à distance ses éprouvés. Cette détente corporelle montre néanmoins que Mme P. a pu, dans le climat contenant de la séance, lâcher un peu de sa maîtrise tonique et ressentir son corps différemment, a priori plus apaisé et confortable. Elle sort en tout cas de ce bain souriante et paisible.

Quelques semaines plus tard, nous proposons de nouveau à Mme P. de profiter d'un bain thérapeutique. Elle est d'accord car elle dit que les soignants l'ont dit « mieux ». Veut-elle dire que ce mot « bain » lui évoque un mieux-être ? Il paraît difficile pour elle de se remettre en lien avec des sensations éprouvées il y a plusieurs semaines. S'appuie-t-elle alors sur ce que les autres lui en disent de l'extérieur afin de pouvoir tout de même dire pourquoi elle accepte ce bain et ainsi ne pas avoir l'impression de le subir ? Se sent-elle obligée d'admettre que les autres ont raison n'ayant, elle-même, plus de souvenirs de ce que ce bain lui avait fait ressentir ? Cela peut nous parler de sa difficulté à se représenter, à s'approprier son image du corps et à se remémorer ce qui se passe pour elle.

Lorsque nous venons la chercher, Mme P. a un discours très négatif, comme lors du 1<sup>er</sup> bain. Elle est repliée sur elle-même dans son lit, la tête penchée sur le côté, le cou massivement hypertonique. Son regard est dans le vide. Elle dit vouloir en finir et n'avoir envie de rien d'autre. Notre présence semble tout de même lui faire plaisir et elle accepte le bain thérapeutique même si cela semble être davantage pour nous faire plaisir que par envie. Mais, a-t-elle ce jour-là la capacité d'avoir envie de quelque chose pour elle-même ou a-t-elle besoin que nous portions davantage l'envie pour elle ? Cette attitude de repli est retrouvée tous les jours par les soignantes lorsqu'elles viennent la lever. Puis son discours négatif cesse lorsqu'elle est installée sur son fauteuil au salon. Je me demande quelles pourraient en être les raisons. Est-ce le fait d'être au lit qui lui fait penser à la mort et lui donne des idées noires ? Ou bien le fait d'être seule, sans appui ni contenance extérieure pour ses angoisses ?

Dans le bain, Mme P. se détend lorsque nous associons le passage de la douche au niveau de la nuque avec un massage des jambes et de petites mobilisations passives. Ses jambes sont bien détendues et elle semble apprécier de sentir sa nuque se décontracter au passage de l'eau chaude : elle ferme les yeux et sa bouche reste entrouverte, sa tête allant davantage vers l'arrière comme pour se poser sur le coussin. A la fin du bain, l'aide soignante

propose de lui laver les cheveux. Mme P. ayant les yeux fermés et ne répondant pas, la psychomotricienne accepte car la patiente avait apprécié le temps de massage du cuir chevelu la fois précédente. Mais ce jour-là le shampoing provoque de nouveau un repli sur elle-même. Que vient nous dire son tonus à ce moment-là ? A-t-elle vécu ce temps comme lui étant imposé alors que depuis le début du bain, nous prenions son avis avant tout acte ? Le shampoing est-il pour elle une irruption de la toilette dans un temps consacré à son bien être alors qu'elle exprimait avant le bain, l'envie qu'on la laisse tranquille du côté du soin ? A-t-elle pu avoir froid, sa tête étant hors de l'eau ?

La sortie du bain se passe ensuite sans problème particulier. La patiente reste bien présente, les yeux grands ouverts. Elle est moins recroquevillée sur elle-même et sourit pendant les transferts. Peut-être parce que nous cherchons à la déplacer de la manière la plus agréable pour elle et que nous ne sommes pas dans l'instrumentalisation mais davantage dans l'accompagnement corporel et verbal, dans la présence à son égard et à ce qu'elle nous donne à voir ? A un moment, elle se retrouve par exemple complètement dans mes bras et je ne sais plus très bien comment me sortir de sous elle, ce que je verbalise et cela la fait rire.

Elle exprimera par la suite un bien-être et gardera longtemps dans la journée cette attitude plus ouverte à la relation.

Les bains thérapeutiques ne pourront par la suite pas être remis en place pour des raisons matérielles indépendantes du soin mais je trouve que cette médiation, même sur une courte durée, a pu être bénéfique pour Mme P au niveau tonique, même si cela ne dure pas dans le temps.

#### *b. Un début d'accès aux ressentis :*

Après que la première partie du suivi nous ait permis de nous apprivoiser, de faire connaissance, il me semble qu'il y a une sorte de tournant à partir duquel Mme P. va exprimer davantage ses ressentis.

#### *• Une continuité se met en place*

Mme P. a accepté que je mène les séances seules, la psychomotricienne étant présente au début et à la fin de la séance.

Au début d'une séance, Mme P. est capable de retrouver des souvenirs pour me demander de reprendre le toucher thérapeutique comme la fois précédente car cela avait été trop rapide. Nous commençons donc par un temps de toucher et de mobilisations des bras et

de la nuque qu'elle semble apprécier car elle me regarde et me sourit. Je lui propose alors de continuer par ses jambes. En effet, son fauteuil n'a pas de cale-pied et ses pieds restent donc toujours dans le vide, ce qui me donne envie de travailler sur les sensations des appuis par un massage des plantes de pieds. Mais elle évoque le « kiné » et ne souhaite pas continuer.

J'ai trouvé intéressant que Mme P. puisse dire ce dont elle avait envie et faire elle-même le lien avec la séance précédente. Il m'a semblé qu'elle commençait à percevoir une continuité dans la prise en charge, continuité sur laquelle nous pourrions alors nous appuyer pour la suite du suivi.

#### • Souvenirs et ressentis

Lorsque nous allons la chercher dans le salon de son étage pour la séance suivante, Mme P. est souriante et cherche beaucoup mon regard. En salle de psychomotricité, je lui fais plusieurs propositions. Elle choisit le toucher plutôt que les instruments de musique car elle se dit fatiguée.

Je commence par un toucher des bras et de la nuque puis du reste du corps en passant par la région abdominale. Au moment où j'ai les mains posées sur son ventre, elle me dit : « Ca me fait penser à un bébé de 6 mois... » Cette phrase est dite de manière très ferme et audible contrairement à son habitude. Je ne comprends pas bien ce qu'elle veut dire. Ayant peur que ce massage ne lui convienne pas ou soit trop infantilisant, je lui demande si elle trouve que les massages sont plus adaptés pour les bébés ? Ou si elle se souvient d'avoir massé des bébés ? Elle me répond qu'elle aimait bien s'occuper de bébés et leur dire qu'ils étaient beaux. Suite à la séance, la psychomotricienne m'apprend que Mme P. a eu un enfant mort-né. Suite à cette naissance, elle a eu une hystérectomie. Sa réflexion a-t-elle un lien avec cet enfant et avec la manière dont elle pourrait vivre cette zone de son corps ? A posteriori, je m'aperçois que j'étais tellement absorbée par le fait de bien faire que j'ai coupé la discussion à propos de cet enfant en posant trop rapidement des questions pour me rassurer, ce qui n'a pas à la patiente la place d'en dire davantage.

Je continue le toucher en insistant au niveau des pieds. Elle dit que c'est agréable et je lui demande si elle aimait marcher. Elle évoque alors ses promenades dans la forêt de Fontainebleau. Des souvenirs reviennent et elle essaie de m'expliquer ce qu'elle faisait en forêt mais j'ai des difficultés à comprendre ce qu'elle me dit. Elle est très absorbée dans ses pensées et ce qu'elle dit paraît être davantage pour elle que pour moi.

A la fin du massage, lorsque je la questionne sur ses ressentis et si cela lui a été agréable, elle répond : « TRES Agréable ! ». Le massage des pieds a en effet permis que nous

soyons bien en relation, Mme P. retrouvant des souvenirs qu'elle partage et que je l'aide à formuler. A la fin de la séance, elle me paraît détendue, moins rétractée et davantage dans l'axe du fauteuil, la tête plus redressée ce qui me donne une impression de confort.

#### • Un besoin de contenance ?

La fois suivante, lorsque nous venons la chercher, Mme P. est clairement plus en relation avec la psychomotricienne qu'avec moi, faisant presque mine de ne pas me voir. Nous descendons et la psychomotricienne nous laisse en bas de l'ascenseur en nous disant qu'elle va dans les étages et que nous nous retrouvons à la fin de la séance.

Pour commencer, je demande à Mme P. comment elle va. Elle répond en me questionnant : « Et vous ? » Je ne sais pas quoi répondre. Je lui dis que ça va et que je suis heureuse d'être là pour qu'on prenne ce temps pour elle. Elle dit ne pas être d'accord et m'explique que ce qui est important ce n'est pas seulement elle mais qu'on soit ensemble. Elle me dit que, par exemple, le fait que la psychomotricienne ne soit pas là ne lui convient pas, mais que cela ne sert à rien de le lui dire car elle ne veut pas l'entendre. Après une discussion, nous décidons que nous en parlerons à la psychomotricienne à la fin de la séance.

Mme P. refuse ensuite toutes mes propositions et reste très renfermée. Nous décidons donc de finir là cette séance et d'aller retrouver la psychomotricienne. Puis nous retournons dans la salle de psychomotricité pour lui parler du désir de la patiente qu'elle revienne dans les séances.

Mme P. évoque le fait qu'elle souhaite que nous soyons ensemble à trois et qu'elle ne veut pas que la psychomotricienne reste dans son « coin sage ». Elle demande que nous fassions quelque chose ensemble mais ne souhaite pas décider quoi. Elle semble rechercher en nous une position maternelle, plus contenant. Peut-être est-ce en lien avec une angoisse d'abandon qu'elle a pu ressentir suite au départ de la psychomotricienne ?

La psychomotricienne lui propose alors que nous écoutions une musique ensemble, ce qu'elle accepte. A un moment de l'écoute, elle semble se couper de la musique et me demande ce que j'en pense. Je réponds mon sentiment sur cette musique mais elle insiste en me demandant ce que je pense de la situation de la séance et du fait que nous soyons trois. A-t-elle peur de m'avoir déçue en demandant le retour de la psychomotricienne ? Je lui réponds que je suis heureuse que nous soyons de nouveau trois, que cela permet de se sentir un groupe, plus contenant.

Nous raccompagnons ensuite la patiente à son étage et son visage est beaucoup moins fermé que lorsque nous avons commencé la séance.

### c. Décès de sa soeur et remontée d'émotions et de souvenirs

#### • Accueil des ressentis

La soeur de Mme P., qui était hospitalisée dans l'établissement pour des soins palliatifs, est décédée depuis peu. Sa famille est venue lui annoncer le lendemain. Lorsque nous la retrouvons dans le salon, elle dit être triste et nous lui proposons d'aller dans sa chambre pour parler.

Durant la séance, beaucoup de souvenirs familiaux reviennent et Mme P. est capable de les exprimer assez clairement pour que nous comprenions. Les traumatismes de son enfance, en particulier le départ de son père laissant sa mère seule avec ses enfants, sont particulièrement évoqués ainsi que ses relations avec son frère et sa soeur, soeur avec laquelle elle ne s'entendait pas très bien lorsqu'elles étaient adultes ce qui paraît la faire culpabiliser.

Au cours de la séance, la psychomotricienne dialogue avec Mme P. et je suis sur le côté, assise sur le lit. A un moment, elle évoque le fait de ne plus avoir peur de moi. Peut-être le temps a-t-il permis que nous fassions davantage connaissance et que je sois perçue comme bienveillante ? Ou bien est-ce le fait que la psychomotricienne soit revenue à sa place initiale, dans la relation avec Mme P. tandis que je reste plus à l'écart ? Elle n'aurait donc plus peur que je prenne sa place ? Peut-être avait-elle besoin de retrouver des repères stables ?

A la fin de la séance, Mme P. demande à s'arrêter car cela lui suffit pour aujourd'hui. Nous la raccompagnons dans le salon pour son repas et elle nous dit : « Merci de m'aider ». Je pense que notre écoute contenante a pu lui permettre de déverser certains vécus trop lourds à porter dans cette période de deuil, mais aussi de se souvenir des belles choses de sa vie, comme pour se réconcilier avec son passé.

#### • Une Angoisse d'abandon ?

La semaine suivante, la psychomotricienne est absente mais je décide d'aller tout de même voir Mme P. pour prendre de ses nouvelles afin de préserver la continuité de la prise en charge. Je la trouve au salon. Elle est bien habillée, très élégante, souriante et a du rouge à lèvres. Elle semble moins repliée sur elle-même, la tête davantage dans l'axe du corps et le regard plus facile atteignable pour entrer en relation. Est-ce le fait de se sentir bien dans son corps en étant bien habillée qui la rend plus accessible à la relation, moins repliée sur elle-même ? Son image du corps est-elle ainsi revalorisée ?

Je lui rappelle que la psychomotricienne est en vacances, elle dit être déçue et ne pas être sûre qu'elle reviendra la voir. Je lui demande si elle pourrait se sentir un peu abandonnée. Elle répond « Oui » très fermement. Je lui dis ensuite que je suis heureuse de la voir plus en

forme que la semaine dernière et que les choses ont peut-être pu se poser pour elle depuis le décès de sa soeur. Elle me paraît plus sereine et elle sourit. Je la quitte en lui rappelant que nous reviendrons la voir au retour de congés de la psychomotricienne. Elle est d'accord mais ne semble pas y croire.

*d. La confiance établie, l'avancée du suivi :*

A la rentrée des vacances, nous retrouvons Mme P. au salon. Elle a renversé sa tasse de café sur elle et est en train de pleurer. Elle accepte de venir en séance même s'il n'est pas possible qu'elle soit changée avant.

En salle de psychomotricité, nous commençons par lui demander comment elle sent. Elle nous répond qu'elle n'est pas bien, qu'elle se sent sale et les larmes remplissent ses yeux. Nous parlons alors de ce qui pourrait la rendre triste et elle nous dit qu'elle est peureuse. Nous parlons de cette peur de l'avenir qu'elle peut ressentir puis nous lui demandons si le décès de soeur ne pourrait pas aussi être responsable de sa tristesse, en lui rappelant que cela peut faire ressurgir des souvenirs familiaux et beaucoup d'émotions. Elle esquisse un sourire en nous répondant : « C'est fou ». Je me dis alors que, peut-être, nos hypothèses ont pu lui permettre de situer d'où pouvaient venir les émotions qui la traversent en ce moment : les équipes disent qu'elle pleure beaucoup mais comme le décès de sa soeur commence à s'éloigner, le lien avec cet événement ne lui est peut-être plus renvoyé.

Nous lui proposons de poursuivre la séance en reprenant les mobilisations, comme avant l'interruption des vacances, ou bien d'écouter de la musique. Elle accepte les mobilisations disant que se remettre en mouvement « c'est le but ! ». Nous prenons le temps de la réinstaller dans son fauteuil puis de mobiliser chaque membre, en commençant par les bras puis les jambes. Sa posture s'ouvre et sa tête se place davantage dans l'axe. Son regard croise alors souvent les nôtres et Mme P. parle plus facilement et de façon plus compréhensible. Elle verbalise un bien être, qu'il est rare qu'on prenne le temps de lui apporter.

Lorsque nous la raccompagnons dans son service, elle croise un autre patient devant une porte et lui dit bonjour, elle qui habituellement ne croise le regard de personne tant sa position fermée et sa tête repliée coupent le contact avec l'extérieur. Avant de nous quitter, elle nous remercie plusieurs fois et nous prend la main pour l'embrasser.

A la séance suivante, Mme P. dit être trop fatiguée pour « avancer ». Suite à nos questionnements, elle précise qu'elle se sent trop faible pour avancer dans l'expression de ce

qu'elle ressent. Nous sommes très surprises de voir combien elle est consciente de ce qu'elle vient faire en séance de psychomotricité. Elle qui peut paraître tellement désorientée, semble avoir bien compris les objectifs de la prise en charge et peut l'exprimer de manière très adaptée. Puis, nous parlons de cette sensation de fatigue, de lassitude qu'elle exprime. Elle nous dit alors qu'elle a une très vive douleur au ventre, comme elle n'avait pas eu mal depuis longtemps. Nous essayons de lui faire préciser sa localisation. Elle nous dit que c'est de chaque côté, près des hanches. Pour tenter de se soulager, elle tient ses bras croisés sur son ventre, les mains appuyant de chaque côté.

Nous lui proposons alors de la réinstaller dans son fauteuil afin de voir si un meilleur positionnement pourrait la soulager. Elle accepte, disant nous faire confiance. Elle paraît comme obnubilée par sa douleur et semble avoir du mal à s'en écarter pour prendre une quelconque décision. Lors de la réinstallation, elle nous guide dans ce qui l'améliore ou non.

Devant la persistance de sa douleur très intense, nous lui proposons de la ramener à son étage afin de trouver, avec les soignants, un moyen de la soulager. Devant l'ascenseur, nous lui demandons si le positionnement au fauteuil l'a un peu améliorée. Elle nous répond alors que cette douleur n'est pas due à une mauvaise position, que c'est une douleur en profondeur. Je suis étonnée de la précision avec laquelle Mme P. est capable de décrire ses ressentis alors que, quelque temps auparavant, il lui était impossible de dire si elle se sentait bien ou mal. Peut-être la continuité du soin lui a-t-elle permis de retrouver ses propres ressentis ? Ou bien la violence de la douleur lui donne-t-elle une lucidité extrême ? Nous apprendrons ensuite qu'il s'agissait de douleurs intestinales liées à son transit.

Cette patiente très régressée m'a interpellée par son parcours, au hasard des aléas de la vie, et par la manière dont elle a pu se saisir de l'espace qui lui était proposé. La continuité du soin paraît l'avoir aidée à se réapproprier son vécu corporel, d'y être ainsi plus attentive et de pouvoir exprimer plus facilement ses ressentis.

### **III. MADAME G.**

#### **A. Première rencontre**

Je rencontre Mme G. pour la première fois au début de mon stage dans un couloir du service de psychogériatrie. C'est une femme ronde, de petite taille, aux cheveux courts. Son visage est arrondi et le bas de ses joues est distendu et tombe jusqu'en dessous de son menton,

ce qui lui donne un air triste. Sa lèvre inférieure est souvent un peu retroussée et tremble lorsqu'elle est émue. Le haut de son dos est légèrement voûté lorsqu'elle est debout mais cela s'atténue lorsqu'elle s'installe bien adossée dans un fauteuil. Sa voix est faible, comme si elle ne voulait pas déranger, et elle chuchote souvent en se penchant comme pour faire un aparté. Elle semble constamment aux aguets et, lorsque quelqu'un s'approche d'elle, elle se penche pour entrer en relation.

Ce jour-là, elle paraît paniquée et cherche à tout prix à me parler pour me dire qu'elle est mouillée. Cela semble être une catastrophe : sa respiration est très haute, sa voix tremble. J'apprendrai ensuite que cette patiente est vite angoissée. Elle craint toujours d'être sale, ou non présentable. Le fait que sa protection ait fui la met donc très mal à l'aise. Par sa recherche de propreté, il me semble qu'elle tente de préserver l'image d'elle-même qu'elle donne à voir, image mise à mal par ses dysfonctionnements corporels ne lui permettant plus de garder la maîtrise de son corps. Cela me questionne sur la manière de l'aider à apaiser cette angoisse.

## **B. Quelques éléments de son histoire :**

Mme G. est née le 12 mars 1926. Elle a donc 86 ans cette année. Avant d'être à la retraite elle était vendeuse de bijoux. Elle a 2 enfants, une fille et un fils, et plusieurs petits-enfants et arrière-petits-enfants. Son mari est décédé en mai 2009, dans l'établissement où elle se trouve actuellement. Mme G. résidait chez sa fille depuis le placement de son mari en USLD. Sa fille vient très régulièrement la voir et s'occupe de son linge.

En janvier 2011, elle est hospitalisée pour constipation avec risque d'occlusion intestinale puis admise dans le service de psychogériatrie en février pour épuisement familial.

Au niveau médical, elle souffre d'une maladie d'Alzheimer, traitée par Mémantine, avec des troubles du comportement dont une agressivité. Elle est suivie pour une myasthénie (atteinte de la transmission neuro-musculaire entraînant une faiblesse et une fatigabilité musculaire) qui génère un risque de fausses routes. Elle est hypertendue, a une dyspnée d'effort, et présente une incontinence urinaire et une constipation récurrente. Mme G. est sujette à l'anxiété.

Dans le service, elle marche, suit les autres patientes qui se déplacent dans le service, entre dans toutes les chambres, ce qui pose parfois problème lorsqu'elle emporte des affaires d'une chambre à l'autre. Cela la fatigue beaucoup et elle est souvent épuisée en fin d'après-midi.

## C. La prise en charge en psychomotricité :

### 1. Bilan :

Lors de son entrée, la psychomotricienne avait rencontré Mme G. mais elle avait refusé le suivi craignant de ne pas être assez solide dans sa tête pour faire un travail en psychomotricité.

Le **MMSE** réalisé par la psychomotricienne est à 10/30 avec une mauvaise orientation spatio-temporelle. L'épreuve de calcul n'est pas possible. Mme G. conserve néanmoins une capacité d'apprentissage sur une courte durée et une maîtrise correcte du langage. Ce test lui cause beaucoup de difficultés car elle s'aperçoit de la simplicité des questions et est déstabilisée de ne pas réussir à répondre. Mme G. refuse ensuite de poursuivre le bilan car elle est trop angoissée. La psychomotricienne la raccompagne alors dans sa chambre. Sur sa table de chevet, sont posées des paroles de chanson. Afin de finir la séance sur un aspect positif, la psychomotricienne propose à la patiente de chanter et cette activité l'apaise. La psychomotricienne note donc que la musique est une médiation qui serait intéressante pour Mme G. lorsque celle-ci sera accessible à un travail psychomoteur.

La kinésithérapeute lui a fait passer l'épreuve de « Tinetti » et du « get up and go » qui ont montré un très bon équilibre statique et dynamique.

Au cours du suivi, j'ai pu proposer des épreuves de bilan à Mme G., pour tenter de mieux cerner quelles étaient ses capacités et ses pertes au niveau psychomoteur.

Au niveau de sa **présentation générale**, Mme G. semble anxieuse. Elle ne regarde pas dans les yeux et garde ses jambes pliées sous son fauteuil, les pieds croisés. Elle est penchée en avant, comme repliée sur elle-même, ce qui traduit une grande tension musculaire au niveau axial. Elle passe son temps à remettre à plat le bas de son gilet et à me jeter des coups d'oeil en disant : « Ca va comme ça. Oui ça va. », comme une réaction de prestance, une manière de se rassurer et de se donner une certaine contenance face à cette situation. Je remarque qu'elle oublie à mesure, perd souvent ses mots et a besoin d'aide pour formuler sa pensée et organiser ses idées. Lorsque je lui souris, elle répond par un sourire qui semble être à la fois une entrée en relation et une imitation. Elle se détend alors et sa respiration est moins haute, moins saccadée.

Son **équilibre** est très bon les yeux ouverts mais il lui est impossible de garder les yeux fermés plus de 2 secondes, malgré une absence de déséquilibre pendant ce temps court. Elle est aussi capable de résister à une poussée si elle est bien soutenue par une relation contenante, et sécurisée par le secours d'une main susceptible de la rattraper. Au niveau

**moteur**, elle marche sans difficulté, sans canne et sans élargir son polygone de sustentation mais à petits pas et en traînant les pieds. Elle paraît être dans une carapace, comme inhibée, ce qui l'empêche d'oser faire de plus grands pas. Ses bras ne bougent que très peu et sa démarche donne une impression de nonchalance. Lorsqu'elle est bien dans la relation, qu'on lui parle, son pas se délie. Il lui est possible de relâcher son **tonus** au niveau des membres supérieurs même si elle accompagne un peu les mobilisations passives. Au niveau des membres inférieurs, le relâchement est beaucoup plus difficile et le tonus reste élevé. J'ai pu repérer cette dissociation entre le haut et le bas du corps au cours des séances : Mme G. semble contrôler le bas de son corps et ignorer le haut. La **désignation des différentes parties du corps** est bien conservée et l'imitation de gestes simples est possible lorsque les mouvements sont symétriques. Mme G. instaure alors un jeu où elle associe un bruit et une mimique aux gestes effectués selon l'émotion que cela lui rappelle (les poings serrés et la colère ou l'agressivité, les mains à plat comme une défense...). Lors de la désignation, elle verbalise ce qu'elle pense de chaque partie du corps. Dans son discours, elle semble avoir une **image de son corps** assez négative. Elle me dit, par exemple, que ses mains ridées ne sont pas belles mais qu'elles fonctionnent... alors ça va ! Mme G. peut **reproduire des figures rythmiques** simples. Il lui est très difficile de ralentir le frappé si le rythme commence par des frappés rapides. Elle associe les frappés rapides à la force et à la colère, son tonus augmente et sa mimique exprime cette émotion. Son **tempo spontané**, plutôt lent, est très influencé par l'exercice de rythme ce qui le rend beaucoup plus rapide par la suite. La **coordination** entre le haut et le bas du corps est possible. La **dissociation** la met plus en difficulté et le mouvement se désorganise peu à peu. Les coordinations manuelles sont impossibles pour les gestes non usuels, Mme G. ne paraissant pas se représenter le mouvement à effectuer.

Je note donc l'omniprésence des émotions tout au long du bilan ainsi que l'angoisse liée aux pertes de contrôle du corps.

## 2. Indication et projet de soin :

A la demande de l'équipe, nous débutons une prise en charge pour Mme G. fin novembre 2011, afin de l'aider à mieux réguler les angoisses qui la submergent de plus en plus régulièrement. De plus, Mme G. paraît triste depuis quelques mois.

L'objectif de la prise en charge en psychomotricité est donc d'aider Mme G. à exprimer ses ressentis et ses émotions par des médiations corporelles, plus accessibles pour elle que son langage verbal qui s'est beaucoup dégradé. Cela lui permettra d'être plus apaisée

et de retrouver du plaisir dans son corps plutôt que de chercher sans cesse à maîtriser son corps qui lâche.

Nous la rencontrons une première fois pour lui proposer ce suivi et choisir avec elle une médiation qui lui conviendrait. Elle accepte le suivi en psychomotricité dès que nous évoquons la musique car cela l'attire particulièrement. Cette médiation nous paraît intéressante du fait de son goût pour la musique ainsi que des possibilités qu'offre ce support pour exprimer les éprouvés sur un mode non verbal.

### 3. Les séances :

#### a. Les débuts : la relation s'instaure sur le mode du « faire ensemble »

Les premières séances s'organisent autour de plusieurs temps. Je vais donc décrire chacun de ces temps ainsi que certaines séquences cliniques me paraissant représenter le travail effectué avec Mme G.

#### • Temps de prise de contact :

Nous commençons par prendre de ses nouvelles en lui demandant comment elle se sent. Elle nous répond souvent simplement que « Ça va ! », ne pouvant en dire davantage.

#### • Temps d'improvisation avec les instruments :

Devant la difficulté à mettre des mots sur ses ressentis, nous lui proposons un temps d'improvisation sur divers instruments afin d'extérioriser ses émotions par un autre biais.

Dès le début, elle apprécie davantage les instruments produisant un son cristallin plutôt que les percussions. Elle préfère aussi les sons aigus aux sons graves qu'elle trouve trop forts : je m'interroge alors sur ce que peuvent lui faire vivre ces sons plus graves. Est-ce le fait des vibrations plus profondes qui lui feraient ressentir un certain vide interne dont parlent certains auteurs à propos des personnes démentes ? Ou bien, est-ce au contraire que cela vient convoquer des sentiments plus profonds, sentiments qu'elle ne souhaite pas solliciter à ce moment-là ? Les sons graves peuvent aussi être associés à la mort tandis que les sons aigus sont davantage du côté de la vie.

Lors de l'expérimentation du bol tibétain, Mme G. semble prendre beaucoup de plaisir à taper, puis sentir les vibrations, et enfin à mettre sa main dessus pour arrêter le son. On sent que l'émotion monte et Mme G. joue avec cette alternance : faire tinter le bol / lui « clouer le bec ». Elle semble éprouver une certaine satisfaction dans cette maîtrise exercée sur le bol. Je me demande si elle n'éprouve pas, à ce moment-là, qu'elle peut en même temps laisser

s'exprimer et en même temps contrôler ses émotions. Je fais aussi le lien avec sa difficulté à maîtriser son propre corps et en particulier son incontinence qui semble beaucoup l'angoisser.

Nous passons de nombreuses séances à jouer du xylophone, que Mme G. apprécie particulièrement. La psychomotricienne et la patiente sont alors face à face et jouent ensemble, chacune ayant ses baguettes. Dans ce temps de jeu à deux, je reste en position d'observatrice. Je remarque que, petit à petit, un accordage se met en place entre les deux joueuses, en particulier sur le plan tonique. Mme G. est souvent assez tendue en début de séance, gardant ses pieds croisés sous sa chaise et ayant les doigts très serrés sur les baguettes, les coudes collés le long du corps. Durant ce temps, elle peut se détendre, comme en miroir de la psychomotricienne qui part du rythme de la patiente puis amène de petites variations qui font réagir Mme G.. Ses gestes deviennent alors plus amples et déliés et elle paraît mieux installée, au fond de sa chaise. La psychomotricienne et la patiente jouent alors ensemble autant dans leurs positionnements, leurs regards qui se croisent, que dans la musique qu'elles créent. Cela produit une forme de dialogue tonique associé au dialogue musical.

Au cours de l'une des premières séances, le tempo lent soutient beaucoup Mme G., alors qu'un tempo plus rapide semble la contrarier : elle se crispe sur ses baguettes, se penche en avant en rapprochant son visage du xylophone puis s'arrête brutalement de jouer sans rien dire. Sa respiration est haute et aucun son ne semble pouvoir sortir de sa bouche. Je verbalise à ce moment-là une certaine frustration en disant : « Qu'est ce qu'elle va vite ! » et je fais mine de taper très vite sur le xylophone avec une mimique d'énervement en regardant la psychomotricienne du coin de l'œil. Mme G. reprend cette mimique et cette gestuelle sans parler. Je pense que le tempo plus lent était plus contenant que le tempo rapide qui lui laissait moins la place de s'exprimer. Peut-être le tempo rapide s'imposait-il trop et la patiente n'avait elle pas les ressources ou l'envie d'aller encore plus vite pour reprendre le dessus par rapport à la psychomotricienne ? Petit à petit, Mme G. va se saisir de cette expression musicale et gestuelle pour exprimer ce qu'elle ressent en lien avec la musique ou les variations amenées par la psychomotricienne. Ainsi, elle peut faire mine d'être très fâchée lorsque la psychomotricienne s'arrête de jouer. Lorsque le rythme s'accélère, elle peut laisser monter un peu d'agressivité en venant taper les baguettes de la psychomotricienne en lui disant « Eh ! Oh ! Ca ne va pas ! ».

#### • Temps de mise en jeu corporelle au son de la musique

Lors d'une séance, la psychomotricienne joue un rythme avec la couronne de cymbalettes et je me mets à bouger sur ma chaise au rythme donné par la musique. Mme G.

me regarde, sourit et remue à son tour. La psychomotricienne lui propose alors de se lever pour se déplacer dans la salle au rythme que je donnerai avec les cymbalettes. Elles commencent donc à marcher et danser en se tenant les mains. Mme G. semble apprécier le plaisir ludique de cette mise en mouvement soutenue par la musique et nous prenons donc l'habitude de continuer la séance par un moment plus dynamique de danse sur une musique écoutée ou un rythme que je joue.

Durant ce temps, Mme G. prend visiblement beaucoup de plaisir à laisser aller son corps dans le mouvement et à être en relation avec la psychomotricienne. Son tonus s'harmonise, ses pas ne sont plus retenus, elle sourit et ses mouvements deviennent plus amples, le haut et le bas de son corps bougeant en rythme. Un jeu d'imitation s'instaure avec la psychomotricienne, ce qui encourage la patiente à prendre l'initiative de proposer des mouvements différents. A la fin, elle exprime qu'elle est heureuse de ce moment passé ensemble.

#### • Temps d'écoute musicale

Afin de clore la séance par un temps plus calme, nous proposons à Mme G. de s'asseoir pour un moment d'écoute musicale.

Au début, les morceaux de musique de relaxation semblent ne pas lui convenir : Elle nous demande très vite d'arrêter la musique car cela ne lui plaît pas, sans savoir dire pourquoi. Elle paraît perturbée par cette écoute, son tonus et sa respiration sont hauts. Je me demande ce qui peut la déranger au point de lui être aussi insupportable. Ne se sent-elle pas trop vite lâchée après des moments où elle était toujours soutenue par la relation avec la psychomotricienne ? Cette musique de style plus méditative porte en effet davantage à un recentrage sur soi qu'à un partage d'émotions.

Nous lui proposons donc un temps d'écoute de piano. La psychomotricienne joue et nous sommes derrière elle, assises dans des fauteuils. Je soutiens Mme G. pour qu'elle puisse exprimer ses ressentis pendant l'écoute. En effet, j'ai la sensation que, lorsqu'on attend la fin du morceau pour lui demander ce qu'elle en a pensé, elle a beaucoup plus de mal à l'exprimer, ne se souvenant peut-être plus très bien de ses éprouvés à posteriori. Pendant l'écoute Mme G. sautille sur son fauteuil lorsque la musique est entraînante et se détend davantage en disant : « C'est joli ! », pour un morceau mélodieux, ou : « C'est beau ! », lorsque le morceau a une tonalité plus grave, plus profonde.

### • Reprise et verbalisation des ressentis

Pendant toute la séance, nous tentons de mettre des mots sur ce que nous observons du comportement de Mme G. et des émotions qui semblent émerger. Elle approuve ou non nos hypothèses, ce qui nous permet de nous adapter. Elle peut ainsi reprendre à son compte nos paroles et associer quelques mots à ce qu'elle ressent. Petit à petit, la contenance que nous lui offrons pour ses émotions lui permet de laisser libre cours à l'expression corporelle de ses sensations. Nous nous servons aussi beaucoup des expressions corporelles et gestuelles pour communiquer par un discours infra verbal qui lui est plus facilement accessible et qui la touche davantage.

Ainsi lors d'une séance, Mme G. peut dire qu'ici on peut faire « ce qu'on veut » et « c'est rare ! » alors qu'ailleurs on lui dit tout le temps « fait ci, fait ça, va li, va là ! ». Elle peut ensuite dire qu'il y a « des choses qui remontent de là (thorax) », puis qu'elle « nous aime » avec beaucoup d'émotion dans la voix. Sa lèvre inférieure se met à trembler et elle a les larmes aux yeux. Cela me touche beaucoup. Nous tentons de l'aider à formuler ce qui l'émeut. Nous parlons alors de ce moment qu'elle vient de vivre et des souvenirs et émotions que cela peut faire resurgir ; mais elle a beaucoup de mal à trouver les mots pour exprimer plus précisément ce qu'elle éprouve.

Nous terminons chaque séance par un temps de reprise. Prendre ce temps permet de contenir et de mieux comprendre ensemble ce qui a été vécu, d'en faire un éprouvé partagé. Durant ce moment, Mme G. me paraît calme et détendue. Elle acquiesce et sourit lorsque nous disons des choses qui la touchent.

### • Réflexion

Dans cette première partie du suivi, je me suis aperçue que nous faisons beaucoup de propositions différentes à Mme G. Je me suis interrogée sur les raisons de ce choix et je me suis rendue compte que la patiente elle-même nous entraînait souvent dans cette surenchère de propositions. En effet, il lui était difficile de se fixer longtemps sur une activité. C'est peut-être pour cette raison que nous changions souvent, la musique étant alors utilisée comme fil conducteur. Je me demande aussi si ce n'était pas, pour elle comme pour nous, un moyen de faire connaissance. De notre côté, nous tâtonnions, essayant de cerner ce qui serait le plus adapté pour lui permettre d'exprimer ses émotions et de ressentir une certaine détente et un mieux-être corporel. Pour sa part, Mme G. ne refusait aucune de nos propositions. Etait-ce pour pouvoir mieux se représenter ce que nous pouvions faire ensemble en séance ? Voulait-

elle tester ses capacités résiduelles ? Ou bien peut être n'osait-elle pas refuser nos propositions et nous guider vers ce qui lui conviendrait le mieux ?

Il me semble aussi que nous nous appuyions beaucoup sur le dialogue tonique et la communication non verbale. J'ai réalisé par exemple, qu'au cours des séances avec Mme G., j'avais tendance à joindre le geste à la parole, parfois de manière un peu exagérée. Cela me paraît intéressant car elle se saisit souvent de ces gestes dans des séances suivantes pour exprimer ce qu'elle ressent. De plus, par le dialogue tonique et le travail sur la respiration, nous pouvons l'aider à se détendre. Un jour, alors qu'elle paraît très hypertonique, ses pieds croisés sous sa chaise ne reposent pas sur le sol et sa respiration étant très haute, nous lui proposons le bol tibétain. Elle écarte les bras en les levant sur les côtés lorsque le bol sonne. Je reprends son geste en y associant la respiration, ce qui lui permet par mimétisme de trouver une respiration plus ample. La tension musculaire de ses membres inférieurs diminue progressivement et ses pieds touchent presque le sol. Quelque chose a donc pu se jouer entre nous afin que son tonus de fond puisse s'abaisser. Je la sens ensuite plus disponible pour la relation, plus calme.

#### *b. Un tournant, le passage vers un « être ensemble »*

Après les vacances de février, un autre temps de la prise en charge paraît se dessiner. Mme G., qui a été intégrée au PASA, demande des séances plus calmes ce qui nous amène à lui faire moins de propositions différentes. Je vais donc présenter les différents temps qui continuent d'exister avec leurs variations par rapport au début du suivi.

#### • L'improvisation musicale

Après le temps de prise de contact, nous proposons à Mme G. d'utiliser les instruments de musique car mettre des mots sur son état lui est très difficile.

Elle semble toujours prendre beaucoup de plaisir et se laisse aller à dire les quelques mots que lui inspirent la musique, le tempo ou les sons plus aigus ou plus graves. Elle invente de petites histoires où le méchant (notes graves jouées par la psychomotricienne) veut attaquer le gentil (notes aiguës jouées par Mme G.). Petit à petit le rythme et la force de son frappé augmentent et elle verbalise que le méchant a énervé le gentil.

A certains moments, les notes jouées sur le xylophone rappellent la mélodie d'une chanson. Le visage de Mme G. s'illumine alors et cela me fait penser qu'elle a reconnu la chanson. Nous reprenons alors ensemble les paroles. Mme G. utilise beaucoup les gestes pour

mimer la chanson, ce qui nous amène à théâtraliser la chanson. Mme G. paraît prendre beaucoup de plaisir à s'exprimer ainsi et à se laisser aller à « vivre » la chanson.

Puis elle reprend le xylophone pour continuer la musique. Soudain, elle s'arrête et pose ses baguettes. Pourquoi s'arrête-t-elle à ce moment-là ? C'est un arrêt brutal qui me laisse sidérée. J'ai l'impression qu'elle interrompt brusquement le jeu au moment où elle s'aperçoit que quelque chose pourrait lâcher, au moment où l'énervement et l'excitation montent, comme si elle voulait arrêter avant que quelque chose, qui pourrait être dangereux, ne puisse sortir d'elle-même. Je me demande aussi si cela ne pourrait pas venir parler de ce qui se passe dans son quotidien : comme si, chaque fois qu'il se passait quelque chose de bien, elle devait l'interrompre, manifestant peut-être par là qu'elle s'interdit l'accès au plaisir.

Au cours d'une séance, Mme G. associe à son frappé la phrase « ranpantamplan ». La psychomotricienne dit alors que cela lui fait penser à la chanson de Blanche Neige « Heigh-ho, heigh-ho, on rentre du boulot » que nous chantons alors ensemble. A la fin du refrain, Mme G. se ferme et commence à frotter ses baguettes entre-elles. Nous la questionnons pour essayer de comprendre ce qui se passe, mais il lui est impossible de mettre des mots sur ses émotions. Nous lui demandons si ce sont des souvenirs. Elle acquiesce. Nous l'interrogeons alors sur la teinte de ces souvenirs, si ce sont des choses tristes. Elle nous répond que « oui mais comme ci comme ça ». Cela signifie-t-il qu'il y a une nuance qu'elle n'arrive pas à formuler ? Nous lui laissons le temps d'y réfléchir. A ce moment-là, la salle est assez silencieuse mais ce silence est habité, c'est-à-dire que je n'ai pas la sensation que Mme G. soit seule face à ses émotions. Nos regards viennent la soutenir, tenter de contenir ce qui se passe. Puis la psychomotricienne, voyant que Mme G. paraît avoir des difficultés à sortir de son enfermement, lui demande ce qu'elle veut faire de ces émotions : « Veut-elle s'en libérer ? » « les faire s'envoler ? » (en réalisant simultanément un glissando avec le xylophone, des notes graves vers les aiguës) « Ou bien a-t-elle besoin d'en parler ? » Mme G. se saisit de la première proposition et se met, elle aussi, à réaliser des glissandos sur le xylophone en levant très haut les bras à chaque fois qu'elle arrive à la fin, et en suivant des yeux le bout de la baguette qui s'élève. Cela nous donne l'impression qu'elle dit au revoir à ses souvenirs mais de manière assez apaisée. Peu après, elle demande à arrêter le xylophone. Je me suis beaucoup questionnée sur ce que cette chanson avait pu lui faire vivre, mais je n'ai pu émettre aucune hypothèse tant Mme G. semblait refuser de nous laisser aborder cela. Aurions-nous pu faire autrement que de l'aider à faire partir ses émotions ? Nous étions dans une telle impasse que cela paraissait être la seule issue.

A la fin de l'improvisation, nous prenons un temps pour regrouper nos ressentis sur ce jeu musical. C'est souvent très difficile pour Mme G. et j'essaie alors de mimer certaines parties de leur duo qui m'ont particulièrement marquée ou que j'ai trouvées riches en émotions. Mme G. en reprend alors certaines, en imitant mes gestes et en redisant certains mots. Peut-être est-ce celles qui l'ont touchée personnellement ?

#### • Ecoute musicale

Puis nous proposons à Mme G. un temps d'écoute musicale car elle verbalise ou manifeste souvent son envie d'un moment plus calme, plus passif. Nous choisissons le morceau en fonction de ce que nous ressentons de son état émotionnel du moment. Durant l'écoute, Mme G. est très attentive. Elle garde la tête baissée, comme en introspection, mais, lors des changements de rythme ou de sonorités, elle la relève, haussant les sourcils et souriant. Elle est assise au fond de sa chaise, ses pieds reposent au sol et ses mains semblent détendues.

Lors d'une des séances, une musique lui a particulièrement plu : c'était celle que nous lui avons fait écouter au début de la prise en charge et qu'elle avait souhaité arrêter très vite. Ce jour-là, nous avons associé l'écoute à une stimulation visuelle grâce à une lampe à remous qui change de couleur : j'ai eu la sensation que le fait de regarder la lampe lui permettait de trouver une certaine contenance en réagissant aux changements de couleur successifs. Le bleu semblait particulièrement lui plaire mais sans qu'elle parvienne à dire pour quelles raisons ni si cela lui rappelait un souvenir particulier.

A l'occasion d'autres séances, nous lui proposons des chansons connues qui, selon nous, créent un climat émotionnel tout en étant calmes. Mme G. m'impressionne toujours par la manière dont elle se souvient des paroles. Lorsqu'elle chante, elle garde le regard au loin, comme si la chanson venait réveiller en elle des souvenirs. Son chant semble venir des profondeurs d'elle-même : elle me paraît chanter, non pas pour nous montrer qu'elle connaît la chanson, mais davantage en étant centrée sur elle et en vivant la mélodie. Parfois nous chantons avec elle afin qu'elle nous sente présentes à elle, vivant nous aussi la chanson.

Il me semble que quelque chose peut s'apaiser suite à cette écoute. Par la chanson elle-même, et par le fait de pouvoir la chanter, elle peut sans doute extérioriser des souvenirs et des émotions qu'elle ne parvient plus à exprimer autrement.

### • Reprise et verbalisation

Tout au long de la séance, nous tentons de verbaliser les émotions qui semblent émerger. Mais Mme G. est de plus en plus en difficulté dans cette mise en mots. Son langage semble se dégrader de jour en jour.

De plus, elle est de moins en moins accessible à notre langage verbal qui semble même parfois l'empêcher de s'exprimer. Ainsi, lorsque nous faisons des propositions verbales trop directes concernant l'expression des émotions, Mme G. semble se bloquer et ne pas pouvoir s'autoriser à s'exprimer. Au contraire, le passage par l'expression gestuelle lui permet de manifester un peu de son vécu. Ainsi, si je verbalise tout en exprimant par mes mimiques et gestes qu'un son est agaçant, l'ayant ressenti comme potentiellement agressif pour Mme G., elle peut s'autoriser à reprendre mes gestes et à aller plus loin dans l'expression de son agressivité ou de son énervement. Au fur et à mesure des séances, en reprenant nos notes, nous allons constater que nous utilisons de plus en plus ce mode d'expression infra verbal avec Mme G., parfois sans même nous en rendre compte.

A la fin de la séance, nous parlons des sensations que l'écoute musicale a pu nous faire vivre mais Mme G. est toujours très en difficulté pour verbaliser, malgré notre aide et nous lui proposons donc de finir la séance. Elle répond souvent que « Oui, c'est bien comme ça ».

### • Réflexion

Lors de ces séances, Mme G. me paraît avoir, avant tout, besoin de calme, de contenance. Elle est bien en relation avec nous, dans l'« être avec » plutôt que dans l'agir. Elle paraît vivre davantage dans l'instant, sans nécessairement se souvenir de ce qui s'est passé avant.

Le langage verbal semble lui être de plus en plus inaccessible. Je me questionne donc sur l'intérêt, pour la suite de la prise en charge, de trouver un autre moyen d'exprimer les ressentis suite à l'écoute musicale sans passer par le registre verbal. Peut-être faut-il revenir à la mise en jeu corporelle ? Mais est-il judicieux de lui faire encore d'autres propositions alors qu'elle s'exprime surtout par sa manière de vivre le temps d'écoute ? Se souvient-elle d'ailleurs de ses ressentis lorsque l'écoute est terminée ou est-elle simplement dans l'instant présent ?

A l'issue de ces séances, je pense que nous avons peu à peu créé un lien particulier avec Mme G., lien nous permettant à présent d'être ensemble sans en faire trop. Elle semble maintenant plus détendue dès le début des séances, comme si la continuité avait pu s'inscrire

en elle et lui permettre d'être moins désorientée par le changement d'environnement. De notre côté, nous avons accepté de laisser davantage de pauses pendant la séance, ne les percevant plus comme potentiellement dangereux pour elle. De plus, le fait d'être trois crée une ambiance contenante et permet de varier les modes d'expression pour que Mme G. se sente soutenue dans ce qu'elle vit.

L'évolution de sa maladie, nous demande de nous remettre sans cesse en question et de nous adapter à ses capacités préservées, pour l'aider à limiter ses angoisses.

## Partie Théorico-clinique

Dans cette troisième partie, je souhaite m'arrêter sur ce qui fait lien entre la démence et le tonus : les émotions, toile de fond des prises en charge en psychomotricité de Mme P. et Mme G., émotions difficiles à contenir, à exprimer, à relier, émotions qui font s'effondrer toniquement ou se replier sur soi-même, émotions de se sentir bien ou mal dans son corps...

Dans les séances rapportées auprès de ces patientes démentes, le travail sur le tonus vise à réunifier le corps morcelé par la recherche d'apaisement et la résurgence de perceptions oubliées, afin de l'investir de nouveau comme potentielle source de plaisir.

Je souhaite donc tout d'abord faire un point sur les émotions ainsi que sur leurs liens avec le tonus et la démence, pour mieux cerner comment le psychomotricien, par son observation et son utilisation particulière du tonus dans la relation thérapeutique, peut aider les personnes démentes à se réapproprier leur sentiment d'exister, tant au niveau corporel que psychique.

### I. DEMENCE, TONUS ET EMOTIONS :

#### A. Les émotions :

##### 1. Définition :

Le terme « émotion » vient du latin « ex-movere » qui signifie « mouvement vers l'extérieur ». Les émotions sont définies comme une « *réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement* »<sup>51</sup>.

Une émotion suppose un mouvement, un changement par rapport à un état statique initial. Elle influe sur le **physiologique** avec la modification du rythme cardiaque, le **cognitif** en modifiant nos pensées, et le **comportemental** pour nous préparer à l'action. Cette troisième composante nous confirme le lien entre tonus et émotions puisque nous avons vu que le tonus est à la base du mouvement. J-P. Sartre l'exprime en disant que « *Le passage de l'émotion est une modification totale de l'être-dans-le-monde.* »<sup>52</sup>

De plus « *L'émotion [...] n'est pas l'affect. Elle ne peut se soutenir elle-même car elle est réponse à la présence et recherche de présence, alors que l'affect est marqueur de*

---

<sup>51</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion>

<sup>52</sup> SARTRE J-P. (1938), *Esquisse d'une théorie des émotions*, Paris, Librairie générale française, 2000

*l'absence.* »<sup>53</sup> Cela nous montre la valeur de **communication** tournée vers l'extérieur de l'émotion. La personne émue a besoin de la présence d'un autre pour partager son émotion. Elle se manifeste de manière verbale, mais aussi et surtout, de manière infra-verbale, comportementale par les expressions du visage, le tonus, la posture, une agitation...

## 2. Les émotions chez la personne âgée démente :

Cette définition de l'émotion pointe tous les aspects qui peuvent être perturbés chez la personne démente. La composante physiologique persiste mais les composantes cognitives et comportementales ne sont plus accessibles de la même manière chez ces personnes pour qui les facultés de pensée et d'action sur l'environnement sont fragilisées. De plus, on assiste à une désinhibition croissante renforçant les manifestations comportementales des émotions au travers de symptômes toniques.

Certains auteurs décrivent la personne démente comme un être débordé par ses émotions. Dans ma clinique, je me suis aperçue de la difficulté, pour les patientes rencontrées, de vivre leurs émotions.

Mme P. peut s'exprimer par ses pleurs mais elle semble ne pas pouvoir pas relier cognitivement son ressenti avec un évènement déclencheur. Il lui est ainsi très difficile de donner un sens à ce qu'elle vit. Cela me renvoie à la description du nourrisson, qui, pour pouvoir interpréter son vécu corporel, doit trouver quelqu'un pour lui apporter la détente par la satisfaction de son besoin, tout en verbalisant, en traduisant ses cris dans un autre langage. Grâce à cela, l'enfant en grandissant sera capable de relier lui-même son éprouvé à un besoin et de déclencher l'action lui permettant de se satisfaire. La personne démente semble donc retourner à un stade plus archaïque, mais ne trouve pas toujours une personne suffisamment attentive, « *suffisamment bonne* » pour reprendre les termes de Winnicott, pour prendre en compte ses ressentis et leur donner un sens et une satisfaction ; en particulier en institution, où les soignants sont souvent monopolisés par les tâches techniques et ne prennent pas toujours le temps d'être en relation avec leur patient. Mme P., par son trouble du tonus, a su trouver un moyen de faire réagir son entourage et de l'alerter sur ses tensions internes.

De son côté, Mme G. semble vivre dans l'angoisse perpétuelle que quelque chose ne lâche. Comme si ses émotions brutes, sans sens repéré, pouvaient la submerger et que, faute de pouvoir les exprimer, elle cherchait à les enfouir pour qu'elles ne surgissent pas. Cela lui fait vivre beaucoup d'angoisse et une hypervigilance, source de tensions corporelles. Nous

---

<sup>53</sup> ROBERT-OUVRAY S., 2002, Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice, in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°132, p.63

observons ici les difficultés des personnes pour qui la parole n'est plus accessible. Le langage a en effet une fonction cathartique pour les émotions, c'est-à-dire qu'il permet, en les exprimant, de les mettre en dehors de soi, de les confier à un autre, de les partager. Il faut alors trouver le moyen de développer un autre mode de communication, un autre mode de transmission des émotions pour les projeter hors de soi. Le tonus peut ainsi avoir une valeur de communication par le biais du dialogue tonique, si l'entourage y est attentif.

« *L'émotion est non seulement passerelle entre [...] soi et l'environnement, mais aussi conductrice essentielle en le sujet lui-même, entre le somatique et le mental, lui permettant l'intégration des expériences sensori-motrices [...] et la création des représentations. Car l'émotion appartient à la fois au somatique par les émois et au mental par les images.* »<sup>54</sup> Le passage par des stimulations sensorielles dans la prise en charge des patients déments peut soutenir la mise en représentation, le lien entre les séances ainsi que le lien entre les sensations et les souvenirs anciens teintés d'une forte teneur affective.

## **B. Le tonus dans la démence :**

Dans la description de la maladie d'Alzheimer, on remarque que les personnes ont tendance à présenter des troubles du tonus avec, le plus souvent, une hypotonie axiale, les empêchant de se tenir debout, et une hypertonie segmentaire conduisant à terme à une position fœtale. Nous pourrions alors penser que ces troubles du tonus, liés à leur pathologie, seraient purement d'ordre neurologique et que cela n'aurait aucun sens de travailler sur le tonus avec ces personnes, au risque de les mettre en difficulté.

Mais ce serait oublier la composante psychique du tonus, c'est-à-dire sa valeur de communication, d'expression, dans l'interrelation. Ce serait prendre le symptôme en tant que tel sans chercher à lui donner sens, sans tenter de le relier au vécu corporel de nos patients déments. Ce serait les priver d'un mode d'expression mieux conservé chez elles, ce serait en quelque sorte oublier qu'elles sont des êtres humains, êtres de communication. « *On ne peut pas ne pas communiquer* » nous dit P. Watzlawick. Cela me pousse donc à chercher à comprendre les personnes démentes en utilisant les modes de communication qui leurs sont encore accessibles.

En clinique, j'ai pu observer que le tonus reste mobilisable et variable selon les moments et l'état du patient. Il me paraît donc intéressant de travailler à partir de ce point

---

<sup>54</sup> DESOBEAU F., 1998, De l'émotion, in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n° 114-115, p.58

d'appel, de ce mode d'expression de la vie émotionnelle, de la mise en jeu de ce lien somato-psychique éminemment psychomoteur.

Travailler sur la détente tonique en psychomotricité peut nous permettre d'aider le patient à apaiser ses tensions tant corporelles que psychiques. C'est ainsi que Mme P. a pu, petit à petit, reprendre conscience de son unité corporelle et exprimer de plus en plus ses ressentis corporels, et peut-être par là, ses désirs.

De plus, cette approche facilite la réminiscence de certains souvenirs inscrits dans la mémoire corporelle. La personne peut ainsi se retrouver, se sentir sujet et être moins étrangère à son propre corps.

Chez les personnes démentes se déplaçant encore, le travail autour du tonus peut retarder l'apparition de la spasticité et réduire leur tonus de fond. Par cette stimulation, nous aidons le patient à prendre conscience de son état de tension, à développer une régulation tonique plus harmonieuse et à prolonger ses capacités motrices.

En s'appuyant sur mon expérience avec Mme P. et Mme G., voyons comment le tonus peut soutenir l'action du psychomotricien auprès des personnes démentes.

## **II. LE PSYCHOMOTRICIEN FACE AU PATIENT DEMENT, INTERET DU TONUS :**

### **A. La relation thérapeutique :**

La relation thérapeutique me paraît être la base de toute prise en charge en psychomotricité. Je vais donc en resituer les principales composantes afin d'étudier leur intérêt particulier auprès des patients déments.

#### **1. Définition :**

D'après Carl Rogers, la relation thérapeutique est caractérisée par « *une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre partie ou chez les deux une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande disponibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ces ressources* »<sup>55</sup>. Le soin en psychomotricité met en présence une personne nécessitant de l'aide, et une autre dont le travail est de mettre tout en oeuvre pour répondre aux besoins et aux attentes de la

---

<sup>55</sup> ROGERS C. (1968), *Le développement de la personne*, Paris, Dunod, 2005, p. 27

première. C'est ce que E. Zarifian exprime en disant : « *Pour qu'il y ait relation, il faut toujours qu'il y ait une interaction de deux subjectivités. On pourrait dire qu'il y ait rencontre de deux désirs : celui de soigner et celui de guérir.* »<sup>56</sup>

En psychanalyse, la relation thérapeutique s'appuie sur plusieurs composantes, en particulier le transfert et le contre-transfert. Le **transfert** est défini 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* »<sup>57</sup>. Le **contre-transfert** quant à lui désigne « *l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci* »<sup>58</sup>. Le travail du psychanalyste va consister à les analyser et les interpréter. Qu'en est-il dans la thérapie psychomotrice ?

## 2. La relation thérapeutique en psychomotricité :

Dans la relation thérapeutique, le positionnement du psychomotricien est différent de celui de l'analyste : contrairement à la neutralité du psychanalyste, le psychomotricien est impliqué activement et physiquement dans la relation. « *Cette relation thérapeutique très particulière entre le psychomotricien et le sujet est une rencontre de l'ordre de l'intime. Un corps à corps symbolique et asymétrique où les qualités du regard, les tonalités de la voix, la musicalité des paroles, le toucher, les odeurs, les couleurs, les gestes et mouvements, le tonus, la bienveillance, la réceptivité de l'un et/ou l'autre des protagonistes, les paroles souvent métaphoriques, induisent une influence, une relation transférentielle et une relation contre-transférentielle particulières, dans la mesure où ce qui se passe dans le corps se passe dans une relation implicite à l'autre.* »<sup>59</sup>

Le **transfert** peut alors désigner ce que les patients viennent déposer de leur histoire et de leurs éprouvés dans la relation. Par sa proximité corporelle, le psychomotricien peut ainsi ressentir certaines émotions du patient sans que cela ne soit exprimé verbalement.

Pour définir le **contre-transfert** en psychomotricité, S. Robert-Ouvray parle de « *contre-transfert émotionnel* »<sup>60</sup>. L'émotion est en effet au cœur de cette relation car les deux protagonistes sont dans une implication et une interaction corporelle et sensorielle relevant d'une communication non verbale et incluant donc la présence active de l'un et de l'autre. Ainsi, pour analyser le contre-transfert émotionnel, le psychomotricien se base sur son

---

<sup>56</sup> ZARIFIAN E., *La force de guérir*, Paris, Odile Jacob, 1999, p.125-126

<sup>57</sup> J. LAPLANCHE et JB. PONTALIS (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, 2009, Paris, PUF, p.492

<sup>58</sup> 57, *ibid*, p. 103

<sup>59</sup> LIOTARD D. Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur in POTEL C. (ed), *Psychomotricité entre théorie et pratique*, Paris, In Press, 2010, p.57

<sup>60</sup> 53, *op. cit*, p. 62

vécu en interaction avec le patient. Il va répondre par des attitudes corporelles et toniques, des mouvements, et choisir des orientations de travail « *pour susciter une prise de conscience des tensions chroniques, des blocages inscrits dans le corps [du patient], à partir de tensions repérées par le thérapeute sur lui-même, les attitudes, les contre-attitudes.* »<sup>61</sup>

C'est ainsi que, lors de certaines séances avec Mme G., je me retrouvais en hypertonie sans pouvoir penser, comme si je vivais exclusivement dans mon corps ses émotions. Il fallait alors que je fasse un effort pour me remettre dans la relation et trouver des propositions pour soutenir l'expression de son vécu et ainsi apaiser ses tensions corporelles. La séance pouvait alors se poursuivre plus sereinement.

Je trouve qu'il est parfois difficile de se rendre compte de ses tensions en étant dans la relation avec le patient. C'est pourquoi j'ai souvent besoin de prendre du recul pendant la séance et de me questionner sur mon état tonique et émotionnel après avoir raccompagné le patient, afin de noter, les différences par rapport à mon état antérieur, ce qu'induit en moi la rencontre. C'est un point que nous travaillons beaucoup lors de notre formation, mais cette caractéristique reste un entraînement permanent afin maintenir notre vigilance, mais aussi de différencier ce qui nous concerne et ce qui est induit par le patient.

Je vais maintenant m'attarder sur le rôle particulier du tonus dans la relation thérapeutique en psychomotricité et plus spécifiquement dans la rencontre avec la personne âgée démente.

### 3. Relation thérapeutique et tonus :

Si nous avons dit que le contre-transfert en psychomotricité est d'abord émotionnel, il ne peut donc exister sans le tonus. En cela, le tonus permet au psychomotricien d'être en empathie avec son patient, c'est-à-dire de ressentir et de comprendre ce que le patient vit, sans pour autant confondre les éprouvés inhérents à chacun. Avec les personnes démentes, le langage verbal n'est souvent plus le mode de communication privilégié et elles s'expriment donc par la voie corporelle et en particulier le tonus.

Lorsque nous retrouvons Mme P. dans le salon pour l'emmener en séance, je suis souvent saisie par beaucoup d'émotions simplement en la regardant et en éprouvant en moi son état tonique, sa posture. Un jour où j'étais malade et donc inconfortable sur le plan tonique, elle m'a paru inquiète, insistant pour me demander comment j'allais. Cela m'a fait prendre conscience des effets à double sens du dialogue tonique. Sur le moment, je n'ai pas

---

<sup>61</sup> CALZA A. & CONTANT M., *L'unité psychosomatique : nouvelles clés pour l'examen et le diagnostic psychomoteur*, Paris, Masson, 1989, p.68

pensé à verbaliser qu'effectivement j'étais malade, pensant que ce n'était pas le problème de la patiente. En y repensant, je réalise que cela aurait pu être nécessaire, Mme P. pouvant ainsi repérer l'origine de son malaise. Inversement, lorsque nous lui sourions, son visage et son regard s'animent, comme si nos émotions positives pouvaient déteindre sur elle et lui apporter corporellement une sensation de bien-être, de joie. Je me suis ainsi aperçue qu'en la touchant, le fait de me relâcher provoquait un abaissement de son tonus. De même avec Mme G., j'ai pu avoir la sensation d'avoir le souffle coupé, mais lorsque je m'en apercevais et que je faisais un effort pour retrouver une respiration plus ample, la patiente, comme en miroir, pouvait se détendre et avoir une respiration moins saccadée. J'ai ainsi pris conscience de la nécessité de m'observer et de corriger ma posture, ma respiration, afin d'être confortable et de transmettre ainsi des ressentis positifs aux patients.

Le tonus est donc en même temps une source d'information pour le psychomotricien mais aussi un révélateur de sa disponibilité physique et psychique pour le patient. Selon l'état tonique du thérapeute, le patient se sentira plus ou moins contenu dans la relation et je m'aperçois que les séances les plus riches sont souvent celles où j'étais la plus disponible pour le patient. Le patient ressent corporellement notre présence au-delà des mots que nous pouvons prononcer. Nous pouvons dire qu'il «*éprouve sa sécurité corporelle dans la dynamique soutenant le dialogue tonique* »<sup>62</sup>. Cette contenance est un autre point qui me paraît primordial dans la prise en charge des personnes démentes.

## **B. Les fonctions du psychomotricien dans la relation avec la personne dément :**

### 1. Une « échoïsation corporelle »

J. Cosnier<sup>63</sup> emploie ce terme pour désigner la capacité du psychomotricien à s'identifier au patient et à pouvoir ainsi penser le corps de l'autre dans et par son propre corps, grâce à son attitude empathique.

Avec les personnes démentes, nous sommes confrontés à des situations de grande régression avec, au fil du temps, l'apparition d'une aphasie sémantique et/ou nominale (défaut de compréhension et d'usage des mots). Il est alors indispensable de repasser par des modes de communication et d'interactions infra-verbaux ramenant à la communication primitive de la mère avec son nourrisson. Ainsi, l'échoïsation sera corporelle avant d'être verbale.

---

<sup>62</sup> 53, op. cit, p. 64

<sup>63</sup> COSNIER J., Gestion des affects et communication non verbale, in *Evolutions Psychomotrices*, N°17, 1992, p.17

Le psychomotricien doit être un réceptacle pour les émotions du patient par son engagement corporel qui fait de son corps un contenant, un étayage et un miroir pour le patient. En cela il va reprendre le rôle premier de la mère, rôle de miroir faisant écho à ce que le patient lui adresse dans le contre-transfert tonico-émotionnel afin de s'adapter le plus justement possible tant au niveau corporel qu'au niveau de ses propositions de travail. Ainsi : « *Nos réponses ne sont pas le fruit du hasard ou de vagues techniques applicables à n'importe quelle situation : elles correspondent à l'analyse de notre éprouvé émotionnel, à sa décomposition, à sa déclinaison en tensions, sensations et images pour répondre [au patient] sur son terrain* »<sup>64</sup> Par ailleurs, en renvoyant en écho l'expression émotionnelle et corporelle du patient, le psychomotricien propose à la personne de s'identifier à son corps et ainsi de percevoir en lui une image unifiée de son propre corps souvent vécu comme morcelé par la personne démente.

Cette échoïisation doit aussi apporter du nouveau, créer de la différence pour permettre au patient de se ressentir comme une personne unique et différenciée. Ce miroir, à la fois identique et différent, « *permet que se constitue et l'identité, au sens de se sentir d'abord identique à un autre, et l'altérité* »<sup>65</sup>

Ainsi, dans la rencontre avec Mme P. il me semble important d'accueillir d'abord sa tristesse et ses douleurs communicatives en verbalisant ce que nous percevons, pour lui signifier que nous avons compris sa souffrance. Mais il faut que nous sachions ensuite nous détacher petit à petit de ce miroir pour l'aider à transformer son état émotionnel dans la relation. Cela passe corporellement par un regard différent, d'autres mimiques comme un sourire... Elle peut alors se détacher de son corps malade pour investir d'autres sensations et perceptions d'elle-même. Elle verbalise fréquemment que les médiations utilisées ne lui ont pas apporté grand-chose, mais ressort, le plus souvent, apaisée des séances. Cela me laisse penser que sa détente résulte avant tout de cette échoïisation.

De même, lorsque je sens Mme G. tendue, angoissée, tout mon corps est lui aussi hypertonique. En prendre conscience m'informe de ce qu'elle vit. Il faut ensuite que je me détende, afin de penser des propositions, telles que la musique ou la mise en mouvement du corps, pour l'aider à se détacher de ses tensions et diminuer ses angoisses.

Cette échoïisation, en miroir mais aussi créative est un véritable dialogue tonico-émotionnel entre le patient et le psychomotricien. Dans ce dialogue chacun « prend la parole » corporellement par son tonus pour transmettre un message à l'autre. Cela transforme la

---

<sup>64</sup> 53, op.cit, p. 65

<sup>65</sup> BERGER M., *L'enfant instable*, Paris, Dunod, 1999, p.104

posture, le tonus de celui qui reçoit cette communication et lui permet ainsi de ressentir et comprendre les émotions de son interlocuteur. Puis, à son tour, il va modifier sa manière d'être corporellement pour les renvoyer différemment, c'est-à-dire telle qu'il les a reçues, mais mêlées à son propre état, sa propre conscience... Les deux protagonistes de ce dialogue sont donc tout autant actifs, même si l'un des deux peut avoir davantage conscience de ce qui se joue dans la relation, d'autant plus lorsque l'un des deux interlocuteurs est gêné dans son expression et dans sa compréhension du langage verbal. Notre attention à cette forme de communication non verbale favorise la lecture des symptômes et la confiance du patient, qui se sent alors reconnu.

Il est ensuite primordial de mettre des mots sur ce que nous ressentons de ce que le patient nous donne à voir. Cela demande de nous questionner sur le sens de ses conduites et nous permet de continuer à penser, même lorsque certains patients tentent de nous en empêcher et de nous entraîner exclusivement dans le corporel. « *Pour que la thérapie puisse permettre un véritable changement et que l'intégration corps/psychisme puisse se faire, il faut aussi une parole qui vienne mettre du sens au ressenti.* »<sup>66</sup> Nous pouvons alors relier des événements vécus par la personne aux émotions perçues dans le dialogue tonico-émotionnel. Ainsi, avec Mme P., le rappel du décès de sa soeur a permis un apaisement de ses émotions et cette mise en lien, rendue très difficile par la déliaison qu'entraîne la démence, peut être réalisée par le psychomotricien qui se présente alors comme un tiers auxiliaire dans la relation du patient à lui-même, à ses éprouvés, à ses souvenirs, et y met du sens.

Mais, dans cette mise en sens, il faut être vigilant à ne pas imposer notre représentation au patient et à présenter nos propositions comme des hypothèses que le patient viendra confirmer ou infirmer dans sa réponse verbale ou corporelle. Ainsi avec Mme G. j'ai parfois été en difficulté pour comprendre certaines de ses paroles ou expressions corporelles. Elle savait alors me corriger, et, parfois, me donner d'autres indices pour que je comprenne mieux ce qu'elle ressentait. Parfois, il ne m'était pas possible de verbaliser mais il me semblait alors plus important de respecter ce qu'elle vivait sans m'imposer plutôt que de chercher à tout prix à donner une explication hasardeuse.

## 2. Contenance et fonction maternelle

« *Ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue. [...]* L'analyste

---

<sup>66</sup> DUREY A., 2000, Le toucher dans la relation soignant-soigné, in *Thérapie psychomotrice et Recherches* n°123, p.56

héberge et pense les expériences et les pensées que le patient ne peut contenir et penser tout seul. »<sup>67</sup> A. Ciccone fait ainsi le lien entre le dialogue tonique, nous permettant de comprendre les émotions du patient comme nous l'avons vu auparavant, et cette fonction essentielle du psychomotricien, la fonction de contenance.

La régression de la personne démente atteint ses moyens d'entrer en relation. Chez Mme P. en particulier, je remarque souvent des agrippements lorsque nous allons la chercher pour la séance. Elle semble rechercher par là une forme de relation. C. Roos décrit l'agrippement comme « *Une forme de comportement qui médiatise l'attachement. En situation de crise, quand les objets d'attachement viennent à faire défaut [...] comme dans le vieillir... Ce sont les attachements primaires qui vont réémerger. Cette fameuse réémergence du monde de l'enfance dans la régression et la dépendance, la quête d'une « prise en charge » (quête de l'objet perdu), la demande en s'accrochant à l'autre d'être porté.* »<sup>68</sup> C'est ainsi que, par son tonus, le patient va pouvoir appeler la relation, et dire, au-delà des mots, son besoin d'être sécurisé par un contact rassurant. A cet appel, le psychomotricien va répondre en cherchant à être contenant dans sa posture, sa proximité corporelle, son attention, son regard mais aussi par sa voix. Le tonus va ici jouer un rôle très important car il signifie au patient, par le dialogue tonique et de manière non verbale, notre attention et notre présence auprès de lui. « *Redoubler par l'oeil et la voix – non par un oeil qui contemple, ni une voix qui parle – mais un regard, une voix qui touchent, enveloppent, caressent, c'est-à-dire un oeil, une voix dotés de pouvoirs tactiles* »<sup>69</sup>

Nous avons vu que, chez la personne démente, la différenciation entre soi et l'autre devient floue avec une enveloppe du corps qui ne tient plus. Cela nous renvoie au « *Moi-Peau* » d'Anzieu, concept qui regroupe les fonctions d'enveloppe du corps et de contenant des pensées. L'hypertonie peut ainsi permettre à la personne démente de trouver une certaine contenance par ce qu'E. Bick appelle la « *seconde peau musculaire* », mais elle entraîne en même temps des douleurs, des rétractions, qui entravent la mobilité et gênent la perception de l'unité corporelle par la mise en mouvement. Le psychomotricien va donc aider la personne démente à se réapproprier son enveloppe corporelle, délimitant son corps et contenant des pensées, afin de diminuer la carapace tonique, source d'inconfort. Le travail autour de l'abaissement du tonus corporel va être amené dans un contexte contenant où le

---

<sup>67</sup> CICCONE A., Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques, in *actes de la 15<sup>ème</sup> journée d'étude de l'ARAGP*, 2001, p.2

<sup>68</sup> ROOS C., Attachement, Agrippement, in *Régressions et dépendances, 7<sup>ème</sup> journée d'étude de l'ARAGP*, 1990, p. 38

<sup>69</sup> ANZIEU D., Le double interdit du toucher, in *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°29

psychomotricien va recréer, par sa présence, une certaine enveloppe, permettant au patient de diminuer son hypertonie, n'en ayant plus besoin pour se contenir.

Ce climat de confiance facilite le relâchement tonique et nous pouvons, par cet intermédiaire, aider le patient à apaiser ses émotions en proposant d'autres sensations du corps, d'un corps qui pourrait redevenir plaisir dans la relation par de nouveaux ressentis et des émotions partagées.

Cette contenance avant tout corporelle, tonique du psychomotricien, me semble aussi devoir s'appuyer sur un espace-temps stable de la séance afin qu'une continuité, un lien, une unité puissent s'inscrire au fur et à mesure pour le patient. Avec Mme P., les premières séances étaient irrégulières et cela ne lui donnait pas la sécurité nécessaire pour entrer en relation avec nous et se saisir de nos propositions. C'est seulement lorsqu'elles ont été plus stables qu'elle a pu s'autoriser à investir la prise en charge et à être plus consciente de ses perceptions corporelles lors des temps de toucher ou de mobilisations. L'angoisse d'abandon, qu'elle a pu évoquer à un moment de la prise en charge, m'a fait prendre davantage conscience de ce besoin de continuité entre les séances, en particulier chez les personnes désorientées pour qui l'inscription d'un lien est difficile.

### 3. Limites

Si l'approche par le tonus apporte une compréhension des éprouvés de la personne âgée démente et de son évolution au fil des séances, ce travail n'est qu'une facette de la prise en charge.

Le tonus est en effet une notion très vaste, sur laquelle reposent beaucoup de nos fonctions psychomotrices. Sans lui, les autres fonctions peinent à se déployer de manière harmonieuse. Mais il ne faut pas oublier que le regard, les mimiques, les paroles, les attitudes, la manière de se mouvoir d'une personne, ainsi que les autres fonctions psychomotrices, nous communiquent aussi des informations nécessaires à la compréhension du message qui nous est adressé.

*« Avant d'être un technicien du corps, il importe que le psychomotricien soit un objetthérapeute suffisamment souple, 'malléable', confiant dans sa capacité à accompagner l'autre, pariant que l'aventure aura du sens, tout en lui offrant un espace pour se soigner. »<sup>70</sup>*  
Cela nous invite à ouvrir notre regard au-delà du corps. Ce qui soigne, ce qui accompagne, c'est la personne du psychomotricien. L'espace proposé au patient est aussi important que ce

---

<sup>70</sup> POTEL C., (2000), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, In Press, 2010, p.20

qu'il s'y passe, espace réel, espace dans la pensée du psychomotricien, disponibilité offerte pour déployer sa problématique, pour se sentir exister en tant que sujet méritant de l'attention. J'ai cherché à mettre en avant ce besoin de s'approprier dans le début des prises en charge avec Mme P. et Mme G., nécessaire pour que le patient puisse investir l'espace de soin et s'en saisir comme soutien à exister dans un corps petit à petit réapproprié.

Je me suis aussi beaucoup questionnée sur l'intérêt et les limites de l'assouplissement de la carapace tonique des patients déments. L'hypertonie n'a-t-elle pas aussi pour intérêt de se couper des autres, de ses ressentis négatifs, de se protéger de l'environnement pas toujours bienveillant ? Mme P. est devenue, au fur et à mesure de la prise en charge en psychomotricité, de plus en plus sensible aux manquements des soignants, aux difficultés de trouver des personnes soucieuses d'être en relation avec elle durant les soins. Je me demande alors si l'aider à être de nouveau plus attentive à ses sensations n'a pas eu pour conséquence de diminuer ses défenses dans la vie quotidienne, et ainsi de lui engendrer plus de souffrances que de bien-être. Cela nous a permis de nous rendre compte de certains faits vécus dans le service et de tenter de sensibiliser les soignants à la relation avec les personnes démentes. Mais est-ce suffisant ? Sûrement pas... Nous avons aussi créé une dépendance de Mme P. au soin psychomoteur : la moindre absence de notre part risquant d'être vécue comme un abandon dans un environnement agressif pour elle, sans soutien régulier de la relation thérapeutique. Cela pose, par conséquent, la question de la durée du suivi.

### **C. Réflexion sur quelques médiations mobilisant le tonus et les émotions en thérapie psychomotrice :**

Le psychomotricien travaille avec des outils variés. J'ai choisi de développer ici quelques médiations qui peuvent être des soutiens dans la prise en charge des patients âgés déments.

#### **1. La musique**

*« L'approche par la musicothérapie se situe prioritairement dans le domaine du non-verbal, mettant en jeu le son, la musique, le mouvement, favorisant l'ouverture de canaux de communication... [...] La communication non verbale s'écarte du langage verbal dans la mesure où elle permet une expression plus authentique. La musicothérapie est donc particulièrement indiquée dans les cas d'absence ou de déficience du langage, de problèmes de communication ; dans les troubles psycho-végétatifs ou psychosomatiques, par la prise de*

*conscience du corps, par le mouvement et la détente ; et dans l'expression des émotions et des sentiments* »<sup>71</sup> Cette médiation me semble donc intéressante auprès de cette population. Nous l'avons utilisée avec Mme G., mais aussi dans un groupe « musique ». Les principaux intérêts de cette médiation en psychomotricité sont de stimuler une **expression non verbale des émotions et des sentiments**, de **soutenir la mise en mouvement du corps**, et de faciliter une **détente corporelle**.

Avec Mme G., la musique a d'abord été un moyen d'entrer en relation en lui proposant une activité qu'elle appréciait particulièrement. Ce choix nous permettait de lui signifier que nous la reconnaissons comme sujet avec ses goûts spécifiques, mais aussi de la toucher par une médiation qui favoriserait la réminiscence d'évènements passés et la restauration narcissique, en mettant en valeur ses capacités préservées. Pendant l'écoute musicale, nous étions souvent surprises par la manière dont elle retrouvait les paroles des chansons, leurs mélodies, et nous sentions, par les regards qu'elle nous adressait, que le fait de se souvenir lui procurait beaucoup de plaisir. Ce plaisir à exister dans son corps pouvait ainsi l'aider à retrouver confiance en ses capacités préservées, soutien nécessaire pour diminuer ses angoisses.

Le jeu musical permet au patient d'exprimer ses émotions mais aussi de faire surgir des souvenirs enfouis par des mélodies, des rythmes qui rappellent à sa mémoire des évènements teintés d'émotions. Cette activité d'**improvisation** va, selon S. Ogay, représenter « *le libre jaillissement sonore, la libération à l'état brut de sentiments et d'émotions* »<sup>72</sup>. De plus, ce travail est soutenu par l'interaction où le psychomotricien induit un jeu de dialogue sonore et tonique avec le patient grâce à l'instrument, médiateur de la rencontre. Le psychomotricien va aussi contenir, par sa production musicale et sa présence, les émotions qui s'expriment ainsi. Un rythme lent joué par la psychomotricienne me paraissait contenant pour Mme G et lui permettait d'oser commencer à jouer et exprimer ses ressentis par la musique. Lorsque la psychomotricienne arrêta de jouer, j'avais la sensation que cela lui faisait éprouver comme un abandon, un lâchage, source d'angoisse. Le fait de créer ensemble était source de plaisir pour elle, plaisir d'avoir agi pour créer une musique harmonieuse et agréable à entendre. Selon Winnicott en effet, « *La pulsion créative est en nous et il ne saurait vraisemblablement y avoir de destruction complète de la capacité de l'individu à vivre une vie créative [...] il existe, cachée quelque part, une vie secrète qui est satisfaisante parce que*

---

<sup>71</sup> OGAY S., *Alzheimer, Communiquer grâce à la musicothérapie*, 1996, Paris, L'Harmattan, p.45 et 47

<sup>72</sup> 71, *ibid*, p. 68

créative. »<sup>73</sup> L'utilisation des instruments et l'improvisation viendraient alors remobiliser cette vie créative enfouie mais source de satisfaction pour le sujet. L'identité de la personne démente nous est souvent cachée par la dégradation de ses capacités mais soutenir leur créativité peut nous amener à retrouver la subjectivité de la personne au-delà de ses pertes.

L'**écoute musicale** est une autre partie de la musicothérapie. Elle peut, selon la tonalité, la mélodie, le rythme, induire des mouvements différents chez les patients. Il est donc primordial de choisir le type de musique selon la personne, ses goûts, l'avancée dans la prise en charge, ainsi que ce que l'on cherche à induire chez elle. « *Reconnue comme langage de l'affectivité, la musique déclenche chez l'auditeur des réactions émotionnelles qui sont propres à sa personnalité, à ses intérêts, à ses désirs et à ses besoins.* »<sup>74</sup> Ainsi, Mme G. a pu être tour à tour angoissée ou apaisée par la même musique, selon le moment où nous lui avons proposé de l'écouter, mais aussi selon son état psychique et notre propre disponibilité plus ou moins contenante.

L'écoute musicale peut aussi soutenir la mise en mouvement du corps par des musiques plus rythmées, donnant envie de danser. Cela permet de fluidifier le mouvement et d'aider à la coordination globale du corps. Mme G., qui paraît comme enfermée dans son propre corps lorsqu'elle se mobilise, marchant à petits pas retenus, a pu ainsi se mobiliser, en relation avec la psychomotricienne, grâce au rythme soutenant de la musique. La coordination de son corps était ainsi plus fluide, plus ample, plus harmonieuse et source d'un plaisir à se mouvoir que nous observions par ses mimiques, ses sourires qui accompagnaient ses mouvements. Son tonus était ainsi plus régulé et sa posture pouvait s'ouvrir et permettre la mise en place de la relation et l'investissement d'un espace élargi.

Nous avons aussi utilisé l'écoute musicale comme moyen d'enveloppement sonore, source de détente corporelle. Mme P. y était particulièrement sensible lors des bains thérapeutiques, l'enveloppe de notre voix la soutient dans sa détente musculaire. De son côté, Mme G. a pu s'en saisir à partir du moment où la relation a été bien mise en place afin que notre présence la soutienne dans ce lâcher prise. Lors d'une séance récente, elle a ainsi pu accepter de se laisser toucher, masser par la psychomotricienne, grâce à l'étayage d'une écoute musicale douce alors que le toucher semblait impossible au début de la prise en charge.

Cela nous amène donc maintenant naturellement à aborder la médiation du toucher dans la prise en charge des patients déments.

---

<sup>73</sup> WINNICOTT D-W., *Jeu et réalité*, Paris, NRF, 1971, p.96

<sup>74</sup> 71, op. cit, p. 44

## 2. Le toucher

Le toucher m'est apparu comme une des médiations les plus importantes dans la prise en charge des patients déments, en particulier lorsqu'ils sont très régressés. En effet, ces personnes sont de moins en moins touchées, sauf dans les soins quotidiens. Or, tout être humain a besoin d'être touché pour se sentir exister. La personne démente, pour qui les limites du corps deviennent floues, a d'autant plus besoin de l'être, afin de ressentir l'enveloppe et l'unité de son corps et ainsi de retrouver son identité.

Le psychomotricien doit donc aider le patient à restaurer le sentiment d'intégrité de son enveloppe corporelle dans une relation sécurisante, et ce, notamment par l'intermédiaire du toucher qui réveille quelque chose de l'archaïque, de la relation primaire avec la mère. De plus, cela permet d'entrer en contact avec certains patients, parfois même avant le regard. C'est ainsi que pour trouver le regard de Mme P. nous lui prenions la main tout en nous mettant dans son champ de vision. Cette double stimulation visuelle et tactile permettait une reconnaissance qui se traduisait par un redressement de la tête et une mimique particulière du visage.

Le toucher a un double rôle de **soutien de la communication** avec la personne démente et de **restauration de l'enveloppe corporelle et du sentiment d'identité** du sujet.

Par un **enveloppement** à la fois tactile, verbal et visuel induisant des variations toniques, le psychomotricien amène le patient à éprouver son unité corporelle, la limite entre le dedans et le dehors. Toucher tend aussi à apaiser les angoisses de vidage, pour que le patient se sente exister dans une continuité corporelle et relationnelle.

Parfois, le psychomotricien engagera tout son corps, comme un réceptacle accueillant le corps du patient, le berçant au rythme de sa respiration, dialoguant avec lui par son tonus. C'est le cas avec Mme P. : pendant les temps de toucher, il arrivait qu'elle se retrouve presque totalement dans mes bras, la tête sur ma poitrine, comme bercée. Dans ces moments elle semblait trouver de la détente à se sentir contenue physiquement. « *Dans ce réel corps à corps, parfois seule alternative possible dans les moments de grandes régressions, ou de restauration narcissique, le psychomotricien offrira un contenant corporel pour suppléer aux défaillances du Moi-peau, il verbalisera les échanges pour donner sens, établir des liens, en même temps qu'il sera garant du cadre thérapeutique.* »<sup>75</sup>

A d'autres moments et selon les patients, le toucher se fera à distance, par le biais du regard et de la voix, par une disponibilité intérieure. Avec Mme G. le toucher n'est pas

---

<sup>75</sup> LIOTARD D., (1993), La personne âgée : du comportement à l'acte imaginé, in CALZA A., CONTANT M. (ed), *Psychomotricité*, Issy les Moulineaux, Elsevier Masson, 2007, p.247

possible car elle semble vouloir garder ses distances corporellement. Nous utilisons alors le regard, le sonore pour lui faire ressentir cet enveloppement. Par la musique et les vibrations qu'elle procure dans tout le corps, nous percevons qu'elle peut se laisser toucher à distance, soutenue par notre présence.

Par le toucher, le psychomotricien vient réveiller d'autres sensations du corps et stimuler un **corps plaisir**, source de sensations de bien-être et de souvenirs inscrits dans la mémoire corporelle du sujet. En ce sens le toucher permet de « *'porter l'autre' vers une connaissance ou une reconnaissance de lui-même en tant que sujet* »<sup>76</sup>, en l'aidant à retrouver la mémoire de ses souvenirs et à faire des liens entre eux. Mme P. peut ainsi verbaliser des souvenirs de promenades suite aux sensations procurées par le toucher-massage des pieds.

Le toucher est aussi essentiel à la **communication** : il adresse un message et rend une dimension humaine à la personne âgée. « *La peau est en effet un lieu de respiration et d'échanges physiologiques et relationnels* »<sup>77</sup>, tout un dialogue tonico-gestuel et tonico-émotionnel se mettant en place entre le patient et le psychomotricien.

Cette médiation est donc un étayage pour la rencontre avec le patient dément, un soutien au sentiment d'unité corporelle et d'identité. Mais il ne peut se développer que dans une relation thérapeutique avec le psychomotricien, relation qui permet de faire lien entre les sensations et les souvenirs, d'aider à la verbalisation des ressentis, et de contenir les éprouvés du patient. De plus, le toucher soutient l'empathie du psychomotricien pour son patient en lui permettant d'être lui aussi touché en touchant son patient, touché physiquement mais surtout émotionnellement, et même de s'identifier à son patient, identification qui, si elle reste consciente, permet au soignant de mieux comprendre les éprouvés de son patient et de le soutenir dans son expression.

### 3. Les bains thérapeutiques :

Les bains thérapeutiques, tels que nous les pratiquons dans l'établissement, ont lieu dans une baignoire. Le patient est couché sur un transat qui descend dans l'eau. Il est ensuite possible de lui proposer différentes stimulations comme des jets, des couleurs dans le bain, des huiles essentielles, ou de la musique.

Nous avons abordé la question de la fonction maternante et contenante du psychomotricien auprès de la personne démente : le fait de retrouver ces fonctions dans le

---

<sup>76</sup> POTEL C., (2000), Le toucher : du corps touché aux jeux de l'imaginaire, in POTEL C. (ed), *Psychomotricité: entre théorie et pratique*, Paris, In Press, 2010, p.125

<sup>77</sup> 66, op. cit, p. 52

soin va permettre au patient de revivre quelque chose de son processus d'individuation, de sa capacité à devenir sujet à part entière. La mise en jeu de ces fonctions me semble facilitée par l'utilisation de la médiation « eau ».

L'eau a cette particularité d'être à la fois contenant et contenue. En tant que contenant, l'eau entoure, enveloppe le corps. Elle épouse parfaitement et constamment les formes du corps, un peu comme une seconde peau. C'est un milieu où l'homme peut percevoir la totalité de sa surface corporelle et sentir son corps entièrement enveloppé. Ainsi, l'eau favorise une perception globale de soi en sollicitant les limites corporelles. L'eau est aussi retenue et contenue. Les parois de la baignoire en définissent la forme et les limites, de la même façon que la peau donne forme au corps. La taille réduite du contenant limite l'angoisse liée à l'eau puisque les mouvements permettent de sentir les limites du bain, comme des parois rassurantes qui me font penser à la paroi utérine pour le fœtus. De plus, la température de l'eau est proche de celle du corps. Cet environnement, source de chaleur et de sons venant de l'intérieur et de l'extérieur, peut rappeler le milieu intra-utérin. La baignoire peut alors devenir comme un « cocon » protecteur fermé et contenu par une enveloppe de chaleur et une enveloppe sonore. Le bain permet alors de se sentir en confiance, contenu, et de retrouver une perception de soi comme un tout unifié, fermé par une enveloppe, sécurisé et sécurisant.

L'eau procure aussi des sensations de portage. Le poids du corps dans la baignoire est diminué et les appuis sur le transat sont donc légers. La température est propice à un relâchement des contractions et à une diminution des douleurs liées à l'hypertonie. Cela rend possibles des mouvements des membres non réalisables à l'extérieur. De plus, le remous de l'eau répondant aux mobilisations donne une sensation proprioceptive de fluidité et de souplesse du geste. Cela me semble une expérience importante pour les patients déments grabataires qui ne bougent presque pas habituellement. Ces mobilisations permettent de renforcer l'image d'un corps unifié par les perceptions kinesthésiques qu'elles produisent.

Par la détente qu'elle procure, l'eau amène à « *raviver des expériences d'avant le langage qui pourraient permettre au sujet de vivre à nouveau la découverte du plaisir.* »<sup>78</sup> Elle remobilise la mémoire corporelle et sollicite des expériences, sources de plaisir, pour estomper la perception de corps malade et stimuler l'expression de son vécu. J'ai été en particulier touchée par une patiente qui, pendant le bain, a retrouvé des mouvements de brasse et décrit très clairement des souvenirs de baignade en mer avec son mari alors qu'elle était aphasique.

---

<sup>78</sup> PHAM-VAN P., 1989, *Objet, corps, langage*, in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°81, p.69

Mais tout cela n'est pas possible sans un accompagnement contenant du psychomotricien, soutenant l'expression des ressentis, verbalisant ce qu'il observe ou imagine des émotions de la personne, enveloppant le patient de sa voix.

#### 4. Autres médiations :

Il ne m'est pas possible dans ce mémoire d'évoquer toutes les médiations possibles avec les personnes démentes. J'en ai donc choisi certaines que j'ai plus particulièrement utilisées et qui m'ont paru enrichir la rencontre tonique avec le patient dément.

D'autres médiations me paraissent intéressantes, comme la relaxation qui permet par des inductions verbales ou tactiles de diminuer les tensions corporelles et ainsi de retrouver un vécu du corps plus apaisé. Cette médiation m'a semblé moins accessible avec mes patientes car le langage ne leur était plus compréhensible. Mais les mobilisations passives permettent de rendre la relaxation plus concrète pour les personnes régressées et de retrouver une mobilité du corps pouvant apaiser le patient et susciter une certaine relaxation.

La mise en mouvement du corps, qui a été rapidement abordée dans le chapitre sur la musique, est aussi une approche qui permet de ressentir un corps vivant en remobilisant les capacités restantes dans la relation. C'est ainsi que les jeux d'échanges de ballon, de danse à deux... peuvent, par le soutien de la relation, aider à retrouver un plaisir du corps en mouvement.

Beaucoup de médiations sont utilisables si elles sont choisies en fonction des capacités restantes du patient pour répondre à ses besoins, à ses désirs, à ses goûts... Le but final n'est il pas, par cet intermédiaire, de faire éprouver au patient sa valeur personnelle de sujet, ainsi que de retrouver un plaisir du corps en relation ?

#### **CONCLUSION:**

Ainsi ces rencontres avec Mme P. et Mme G. m'auront permis d'aborder les différents rôles possibles du tonus dans la relation thérapeutique en psychomotricité avec la personne âgée démente. Il est à la fois un soutien pour l'expression des émotions, un moyen de contenance, de restauration de l'enveloppe corporelle et de l'identité du sujet, ainsi qu'un stimulant de la mémoire corporelle.

## Conclusion

En quoi le tonus peut-il soutenir le psychomotricien dans son travail auprès des personnes âgées démentes ?

Nous avons pu définir le tonus comme étant à la frontière entre la psyché et le soma, frontière où travaille le psychomotricien. Il apparaît donc comme un élément primordial pour le psychomotricien dans sa rencontre avec le patient dément même si la relation thérapeutique ne se contente pas de cette unique approche. Le tonus est un révélateur de la personne dans ce qu'elle a de plus profondément inscrit en elle. Son observation est donc un soutien de la relation car cette attention à l'autre et à soi nous permet de mieux cerner ce qui est à l'œuvre dans la rencontre.

L'intérêt d'une conscience apportée au tonus et l'impact du dialogue tonico-émotionnel dans la relation thérapeutique en psychomotricité ne se limitent pas à la clinique auprès des personnes démentes. J'ai pu remarquer que cela apporte beaucoup à ma pratique, notamment auprès d'enfants en groupe de psychomotricité. Ce mémoire m'a donc rendue particulièrement attentive à cette fonction psychomotrice, ce qui viendra sûrement teinter encore mes rencontres avec d'autres patients.

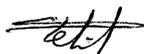
Beaucoup de questions me restent à la fin de ce travail d'écriture. Je me suis aperçue de mes difficultés dans l'élaboration au cours des prises en charge des patientes, ayant du mal à prendre du recul par rapport à mes observations. Je suis donc conscience du travail qu'il me reste à effectuer à ce niveau. Je me suis aussi interrogée sur ce qui est transmissible à une équipe soignante et sur la manière de le faire. Il me semblerait important que les personnes qui s'occupent au quotidien de patients déments puissent être sensibilisés à la prise en compte de leur communication non verbale et de leurs émotions, ainsi qu'à une certaine forme de maternage en particulier dans les situations de régression.

Ainsi, s'achèvent mes trois années d'études et je m'aperçois que cet aboutissement n'est finalement qu'un début : chaque patient rencontré viendra me questionner, m'amener à aller plus loin dans ma réflexion et dans l'élaboration pour me permettre de construire toujours davantage mon identité de psychomotricienne. Le chemin s'ouvre et reste à parcourir !

Vu par le maître de mémoire,

A Lyon, le 3 mai 2012

Signature :

  
Sylvie PETIT

## Bibliographie

### Ouvrages :

de AJURIAGUERRA J. (1960), Tonus corporel et relation avec autrui : l'expérience tonique au cours de la relaxation, in JOLY F. LABES G. et coll. (ed), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Volume 1, Noisiel, Editions du Papyrus, 2009.

de AJURIAGUERRA J. (1962), Le corps comme relation, in JOLY F. LABES G. et coll. (ed), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Volume 1, Noisiel, Editions du Papyrus, 2009.

AUBERT E., ALBARET JM., *Vieillesse et psychomotricité*, Marseille, Solal éditeur, 2005.

BERGER M., *L'enfant instable*, Paris, Dunod, 1999.

BERGES J., Du tonus et de la motricité dans l'examen de l'enfant, in LEOVICI S. DIATKINE R. SOULE M. (ed), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, volume 1, Paris, PUF, 2004.

BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, Edition érès, 2005.

CALZA A. & CONTANT M., *L'unité psychosomatique : nouvelles clés pour l'examen et le diagnostic psychomoteur*, Paris, Masson, 1989.

CASTETS B., Mémoire du corps et identité, in HERMANT G. (ed), *Le Corps et sa mémoire, actes du VIème congrès international de psychomotricité, La Haye, 1984*, Paris, Doin Editeurs, 1986.

CHEVANCE A., Désir d'oubli chez le malade Alzheimer : un concept clé pour une prise en charge psychothérapique, in TALPIN J.-M. (ed), *Cinq paradigmes du vieillissement*, Paris, Dunod, 2005.

KAGAN Y., *Dictionnaire de pratique gérontologique*, Paris, Frison Roche, 1996.

LALLERY H., La mémoire psychomotrice. L'adulte et ses inhibitions., in HERMANT G. (ed), *Le Corps et sa mémoire, actes du VIème congrès international de psychomotricité, La Haye, 1984*, Paris, Doin Editeurs, 1986.

LE GOUES G., *Le Psychanalyste et le vieillard*, Paris, PUF, 1991.

LIOTARD D. Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur in POTEL C. (ed), *Psychomotricité entre théorie et pratique*, Paris, In Press, 2010, p.57

LIOTARD D., (1993), La personne âgée : du comportement à l'acte imaginé, in CALZA A., CONTANT M. (ed), *Psychomotricité*, Issy les Moulineaux, Elsevier Masson, 2007.

MAISONDIEU J. (1989), *Le crépuscule de la raison*, Montrouge, Bayard, 2011.

MONTANI C., *La maladie d'Alzheimer « Quand la psyché s'égare »*, Paris, L'Harmattan, 1994.

OGAY S., *Alzheimer, Communiquer grâce à la musicothérapie*, Paris, L'Harmattan, 1996.

PLOTON L., *Ce que nous apprennent les malades d'Alzheimer*, Lyon, Chronique Sociale, 2010.

POTEL C., (2000), Le toucher : du corps touché aux jeux de l'imaginaire, in POTEL C. (ed), *Psychomotricité: entre théorie et pratique*, Paris, In Press, 2010.

RIGAUD N., *Le Pari du sens*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1998.

ROBERT-OUVRAY S. (2002), *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*, Paris, Desclée de Brouwer, 2004.

ROBERT-OUVRAY S., *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Desclée de Brouwer, 2007.

ROGERS C. (1968), *Le développement de la personne*, Paris, Dunod, 2005.

SARTRE J-P. (1938), *Esquisse d'une théorie des émotions*, Paris, Librairie générale française, 2000.

STOLERU S. LEBOVICI S., L'interaction parent nourrisson, in LEBOVICI S. DIATKINE R. SOULE M. (ed), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, volume 1, Paris, PUF, 2004.

WALLON H. (1949), *Les origines du caractère chez l'enfant*, Paris, PUF, 2009.

WINNICOTT D-W., *Jeu et réalité*, Paris, NRF, 1971.

ZARIFIAN E., *La force de guérir*, Paris, Odile Jacob, 1999.

### **Articles :**

ANZIEU D., Le double interdit du toucher, in *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°29

BALLIER C., Pour une théorie narcissique du vieillissement, in *L'information psychiatrique*, juin 1979, vol 55, n°6.

CICCONE A., Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques, in *actes de la 15<sup>ème</sup> journée d'étude de l'ARAGP*, 2001.

COSNIER J., Gestion des affects et communication non verbale, in *Evolutions Psychomotrices*, N°17, 1992

DESOBEAU F., 1998, De l'émotion, in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n° 114-115.

DUREY A., 2000, Le toucher dans la relation soignant-soigné, in *Thérapie psychomotrice et Recherches* n°123.

HAAG G., Adhésivité, identité adhésive, identification adhésive, in *Gruppo* n°2, juin 1986.

LEPLAT F., 2010, Psychomotricité de groupe : espace de maturation tonico-émotionnelle, in *Thérapie psychomotrice et Recherches* n°162/09.

PHAM-VAN P., 1989, Objet, corps, langage, in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°81.

PLOTON L., 1995, La communication avec les déments, in *La revue du praticien médecine générale*, tome 9, N° 322.

QUINODOZ D., Le Travail de vieillir, in *Le travail de vieillir... enrichissement ou appauvrissement ? 10<sup>ème</sup> journée de l'Association Rhône-Alpes de Gérontologie Psychanalytique (ARAGP)*, 1993.

ROBERT-OUVRAY S., 1999, Le corps étai de la psyché, in *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, n°117.

ROBERT-OUVRAY S., 2002, Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice, in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°132.

ROOS C., Attachement, Agrippement, in *Régressions et dépendances*, 7<sup>ème</sup> journée d'étude de l'ARAGP, 1990.

### **Mémoires :**

ROCHEDIX C., Quand les liens se perdent... La thérapie psychomotrice : un accompagnement possible du sujet porteur d'une démence de type Alzheimer, Mémoire de psychomotricité, Lyon, 2006.

COMMARE S., Le langage non verbal, médiateur de la rencontre avec la personne âgée démente lors de soins psychomoteurs de courte durée, Mémoire de psychomotricité, Lyon, 2007

FLOCH M., Du corps ressenti au corps éprouvé : place du tonus dans la prise en charge psychomotrice d'une patiente traumatisée crânienne, Mémoire de psychomotricité, Lyon, 2011

### **Internet :**

MUNZER T., La sarcopénie chez le sujet âgé, <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/archiv/fr/2010/2010-10/2010-10-130.PDF>

[http://lara.inist.fr/bitstream/handle/2332/1336/INSERM\\_alzheimer\\_analyse-III.pdf?sequence=4](http://lara.inist.fr/bitstream/handle/2332/1336/INSERM_alzheimer_analyse-III.pdf?sequence=4)

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion>

HAS, recommandations de bonne pratique pour le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, décembre 2011, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_maladie\\_d\\_alzheimer\\_et\\_maladies\\_apparentees\\_diagnostic\\_et\\_prsie\\_en\\_charge.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf)

## **Dictionnaires et autres :**

*Le Petit Robert 2011*, Paris, Le Robert, 2010

Classification Internationale des Maladies 10<sup>ème</sup> édition, 1994

J. LAPLANCHE et JB. PONTALIS (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, 2009, Paris, PUF.

American Psychiatric Association, *DSM IV TR, Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux 4<sup>ème</sup> édition texte révisé*, 2000, Washington DC, Masson.





	Pseudo-démence	Démence
10 Lorsqu'il accomplit des tâches simples, le malade		
- fait peu d'efforts.....	<input type="checkbox"/>	
- fait beaucoup d'efforts.....		<input type="checkbox"/>
11 Pour pallier ses oublis, le malade		
- ne fait rien.....	<input type="checkbox"/>	
- se fie à des aide-mémoires, agendas.....		<input type="checkbox"/>
12 Dans des situations émotionnelles, le malade manifeste-t-il		
- une détresse intense.....	<input type="checkbox"/>	
- une indifférence.....		<input type="checkbox"/>
13 Les changements d'humeur sont		
- envahissants.....	<input type="checkbox"/>	
- labiles et superficiels.....		<input type="checkbox"/>
14 Les aptitudes sociales ont été		
- perdues de façon notable précocement.....	<input type="checkbox"/>	
- maintenues.....		<input type="checkbox"/>
15 Congruence entre trouble cognitif apparent et performances		
- absente.....	<input type="checkbox"/>	
- présente.....		<input type="checkbox"/>
16 L'accentuation vespérale des troubles est-elle		
- absente.....	<input type="checkbox"/>	
- présente.....		<input type="checkbox"/>

### III - Évaluation clinique des possibilités mentales

17 L'attention et la concentration sont-elles		
- bien conservées.....	<input type="checkbox"/>	
- déficientes.....		<input type="checkbox"/>
18 Type de réponse aux questions		
- je ne sais pas.....	<input type="checkbox"/>	
- réponses "à côté".....		<input type="checkbox"/>
19 Dans les tests d'orientation, le malade répond-il		
- je ne sais pas.....	<input type="checkbox"/>	
- de façon inappropriée: (se croit à la maison quand il est à l'hôpital)....		<input type="checkbox"/>
20 Oubli d'événements		
- pas de différence.....	<input type="checkbox"/>	
- plus important pour les faits récents.....		<input type="checkbox"/>
21 Oubli d'événements ou de périodes spécifiques		
- amnésie.....	<input type="checkbox"/>	
- perte de mémoire homogène.....		<input type="checkbox"/>
22 Performance à des tâches de difficulté égale		
- variables.....	<input type="checkbox"/>	
- médiocres.....		<input type="checkbox"/>

## RESUME

Le tonus est une fonction psychomotrice fondamentale en tant que frontière entre la psyché et le soma, frontière où travaille le psychomotricien. Il permet une communication non verbale par le dialogue tonico-émotionnel, mais aussi une contenance et un apaisement autant corporel que psychique par le biais de la détente tonique.

Lors d'un stage en long séjour gériatrique, j'ai été interpellée par les troubles du tonus et en particulier l'hypertonie des personnes âgées démentes. Je me suis donc questionnée sur **l'intérêt d'une approche par le tonus auprès de ces patients en thérapie psychomotrice.**

Je développe donc dans une première partie les **notions théoriques** utiles concernant le tonus et la démence. Puis je présente les **prises en charge de deux patientes**, dans lesquelles le tonus m'a paru intéressant. Enfin, je termine par une réflexion sur les **liens entre tonus, démence et émotions** et je développe certains **rôles du psychomotricien**, mettant en jeu le tonus, auprès des personnes démentes.

## Mots clés

Tonus, démence, Alzheimer, émotions, dialogue tonico-émotionnel, échoïsation, contenance, musique, toucher, bain thérapeutique