

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>

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

Danseurs Alzheimer

Liens interpersonnels dans la pratique de la danse

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

Par : Cléa LE GALL

Juin 2021 (Session 1)

N°1638

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

Danseurs Alzheimer

Liens interpersonnels dans la pratique de la danse

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

Par : Cléa LE GALL

Juin 2021 (Session 1)

N°1638

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président

Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU

Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique

Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS

M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA

Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services

M. ROLLAND Pierre

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est

Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R d'Odontologie

Directrice **Pr. SEUX Dominique**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux

Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques

Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)

Président **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)

Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine

Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences et
Technologies

Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)

Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire

M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon

Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire

Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)

Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)

Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON

Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)

Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Lynda ABDELMOUMNAOUI

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes m'ayant accompagnée au cours de ma formation, autant dans la motivation de ce choix que dans la concrétisation de celui-ci.

Je remercie Solène, ma maître de stage, pour la confiance qu'elle m'a accordé en me laissant proposer ce dispositif au sein de mon lieu de stage. Je remercie également mes autres maîtres de stage qui m'ont accompagnée et ont éclairé mon chemin vers la professionnalisation.

Je remercie grandement Célia Alberini, ma maître de mémoire pour son soutien et ses nombreux conseils, pour le temps qu'elle m'a accordé afin de m'accompagner face à mes questionnements.

Je remercie Angélique Watel pour notre collaboration dans l'élaboration de ce groupe thérapeutique ainsi que pour nos nombreux et fructueux échanges.

Je remercie les patients résidant au sein de l'unité dans laquelle j'ai monté ce groupe pour ces moments de partage ainsi que pour leur chaleureux accueil.

Enfin, je remercie mes proches, mes amis et ma famille pour leur présence, leur soutien, leurs conseils ainsi que pour leur joie et leur bonne humeur indispensables à ma réussite.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
---------------------------	----------

PARTIE CLINIQUE	3
------------------------------	----------

<u>1. Contexte clinique</u>	<u>3</u>
1.1. Présentation de l'institution.....	3
1.2. Mon vécu dans l'unité.....	4
<u>2. Le projet de groupe danse</u>	<u>5</u>
2.1. Présentation du projet.....	5
2.2. La mise en place du projet	7
2.2.1. Les premières séances	7
2.1.2. Evolution du groupe	10
<u>3. Cas clinique</u>	<u>13</u>
3.1 Etude de cas de Mme G	13
3.1.1. Présentation de la patiente	13
3.1.2. Parcours dans le groupe	15
3.2. Etude de cas de Mme T	19
3.2.1. Présentation de la patiente	19
3.2.2. Parcours dans le groupe	21

PARTIE THÉORIQUE	28
-------------------------------	-----------

<u>1. Les relations interpersonnelles</u>	<u>28</u>
1.1. Structure du rapport interpersonnel	28
1.1.1. L'origine du lien.....	28
1.1.2. Les relations.....	30
1.1.3. Communication.....	32
1.2. Le groupe.....	33
1.2.1. Les phénomènes de groupe.....	33
1.2.2. La dynamique groupale	35

<u>2.</u>	<u>La maladie d'Alzheimer</u>	<u>37</u>
2.1.	Définition, étiologie	37
2.2.	Sémiologie générale et psychomotrice	38
2.2.1.	Sémiologie générale	38
2.2.2.	Être dans son corps dans la maladie d'Alzheimer	40
2.2.3.	Les fonctions du Moi Peau	41
1.3.	Compréhension du monde altérée	42
1.3.1.	Atteinte de l'identité	42
1.3.2.	La transformation de la relation	44
<u>3.</u>	<u>Pourquoi faire danser en EHPAD ?.....</u>	<u>45</u>
3.1.	Danse et psychomotricité.....	45
3.1.1.	Le groupe danse comme médiation psychomotrice	45
3.1.2.	Composantes psychomotrices mises en jeu dans la danse	47
3.2.	Soutien par le corps	50
	 PARTIE THÉORICO-CLINIQUE	 52
<u>1.</u>	<u>L'expressivité du geste</u>	<u>52</u>
1.1.	Votre posture me parle de vous	53
1.2.	Le geste comme dialogue.....	55
1.3.	Exprimez-vous en dansant	56
<u>2.</u>	<u>Le corps relationnel</u>	<u>58</u>
2.1.	Le dialogue tonico-émotionnel.....	58
2.2.	Faire du même ensemble.....	60
2.3.	Le plaisir corporel.....	62
<u>3.</u>	<u>La danse, création d'un environnement contenant</u>	<u>64</u>
3.1.	La résurgence d'angoisses archaïques	65
3.2.	Contenance et rythmicité de la musique	67
3.3.	Espace de danse.....	69
	 CONCLUSION	 74
	 Références bibliographiques	

« Danser c'est comme parler en silence. C'est dire plein de choses sans dire un mot. »

Yuri Buenaventura (cité par Danse Avec Moi, 2013)

« Dansez, dansez sinon nous sommes perdus. »

Pina Baush (cité par Wenders, 2011)

INTRODUCTION

N'ayant jamais côtoyé le milieu de la gériatrie, j'ai désiré rencontrer cette population pour la première fois dans le cadre de mon stage de troisième année de formation dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Au sein de ce dernier se trouve une Unité Protégée pour Personnes Dépendantes Psychiques (UPDP) accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées. J'ai été présente au sein de cette unité tous les mardis après-midi pendant presque un an.

C'est au mois de novembre, après un mois et demi de stage, que je me rends pour la première fois au sein de cette unité protégée. Quatorze personnes partagent ce lieu de vie, comme une grande maison commune où s'allient intimité et vie groupale. Je suis immédiatement frappée par leur manière de se rencontrer, parfois agressive d'autre fois en recherche d'étayage.

La maladie d'Alzheimer met à mal leur fonctionnement psychocorporel et notamment leur investissement corporel et affectif entravant la relation à autrui. En effet, les liens interpersonnels semblent s'instaurer et se briser sans cesse. Ma maître de stage me demande alors, aux côtés de Mélanie, stagiaire psychologue, de me questionner quant à une médiation à proposer dans l'objectif de refaire groupe au sein de cette unité. La danse nous apparaît comme une évidence, comme un moyen d'entrer en relation par le biais du corps conservant ses capacités expressives et pouvant peut-être pallier les difficultés langagières des sujets.

Je tenterai alors, à travers ce mémoire, d'éclairer la question que je me pose :

Comment, à travers la danse, peut-on travailler sur les liens interpersonnels mis en péril dans la maladie d'Alzheimer ?

Je m'appliquerai dans un premier temps à la présentation de ce groupe, de son évolution ainsi que de celle de deux patientes, Madame G et Madame T.

Afin d'étayer ces apports cliniques, je développerai la question du lien interpersonnel avant de me pencher sur les processus à l'œuvre dans la maladie d'Alzheimer et la manière dont cette

maladie peut impacter la relation. Par la suite, j'aborderai la danse-thérapie et ses aspects psychomoteurs.

Enfin, je tenterai de lier ces apports théoriques à des instants cliniques. Je me baserai sur les capacités communicationnelles du corps mises en jeu dans la danse, sur la manière dont notre corps s'engage dans la relation ainsi que sur les caractéristiques contenantantes de la danse afin de répondre à cette question précédemment évoquée.

PARTIE CLINIQUE

1. Contexte clinique

1.1. Présentation de l'institution

Ce groupe thérapeutique à médiation dansée se déroule au sein de l'UPDP. Cette unité fut créée dans le but de proposer différentes modalités de prise en charges adaptées à chacun des résidents. En effet, en 2017, 49 résidents sur les 95 accueillis étaient atteints de démences de type Alzheimer ou apparentées.

Le choix de créer un lieu réservé aux personnes atteintes d'une maladie de la mémoire, dont les capacités peuvent être mobilisées au travers d'actes de la vie quotidienne et d'activités thérapeutiques, pouvant vivre en groupe, a été fait fin 2018. Cette unité accueille donc des personnes avec des troubles cognitifs évolutifs et comportementaux : déambulation, agitation, apathie, trouble du sommeil mais ne présentant pas de trouble psychiatrique. Ces personnes, souvent angoissées mais ayant plaisir à être en groupe, ont besoin d'un cadre de vie chaleureux alliant sécurité et liberté. L'unité fermée permet d'avoir davantage de repères rassurants au sein de l'institution ainsi qu'une souplesse, respectant le rythme de chacun, dans laquelle chaque individualité peut évoluer tout en maintenant une certaine rigueur.

Les décisions d'accueil se font en plusieurs étapes. Tout d'abord, identifier les bénéficiaires pour le résident, puis pour son entourage et enfin pour le groupe de l'unité. Le résident fera d'abord un essai au sein de l'unité en s'y rendant uniquement en journée puis pourra s'y rendre de plus en plus fréquemment au fur et à mesure jusqu'à y rester au quotidien. Cette intégration progressive permet de faciliter son adaptation et son intégration au cours des semaines suivant son arrivée. Cette décision, prise en partenariat avec les familles, permet à ces dernières d'exprimer leurs difficultés, d'être aidées dans la compréhension des troubles et dans l'évolution de la maladie de leur proche. Ainsi, le respect des liens familiaux permettra un accompagnement plus personnalisé

du résident, prenant en compte son histoire de vie et respectant ses choix ainsi que ceux de ses proches.

Les objectifs premiers sont de valoriser et maintenir les capacités de chacun tout en préservant le lien social. Faire des moments de la vie quotidienne des instants de bien-être et de plaisir permettra notamment aux résidents de mobiliser leurs fonctions sensorielles et de maintenir, stimuler ou réhabiliter leurs fonctions cognitives et motrices.

1.2. Mon vécu dans l'unité

Je me rends pour la première fois au sein de l'UPDP au mois de novembre. J'ai alors pour objectif d'observer la dynamique de l'unité, son fonctionnement et de m'en imprégner par le biais d'échanges avec les équipes soignantes et avec les résidents dans l'idée de leur proposer un groupe à médiation adaptée. N'ayant auparavant rencontré que peu de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, je me familiarise peu à peu avec ce public en me saisissant de leurs sollicitations. Une des résidentes, passionnée de dominos, m'invite à jouer avec elle. Profitant de ce temps pour dialoguer, je sens la tension monter progressivement entre les résidents. Deux d'entre eux parlent de plus en plus fort, se lèvent et se querellent, je cherche alors à comprendre l'origine de leurs divergences en vain. Une aide-soignante me rejoint afin de m'aider à les séparer par peur que l'une d'entre elles puisse se blesser. Tous les résidents s'apaisent peu à peu et le silence règne de nouveau au sein de l'unité. Ce premier instant au contact des résidents me donne une impression d'un climat où règne le « tout ou rien », passant du débordement au vide comme si un détail pouvait faire basculer un équilibre alors précaire.

Je reviens chaque semaine, accompagnant les résidents pendant une heure. À chaque fois, je trouve une ambiance différente à mon arrivée : parfois le silence prédomine, d'autres fois les résidents sont très agités, se déplaçant constamment, sollicitant sans cesse leurs voisins, ... Je m'habitue peu à peu à cet inconnu. Nombreuses sont les activités proposées, tant dans les actes de la vie quotidienne auxquels ils participent que dans des contextes plus ludiques ou manuels. Souvent sollicitée par les mêmes personnes, je remarque la répétition qui peut se jouer dans leur manière de m'interpeller, d'entrer en relation, manière propre à chacun d'entre eux. Certains m'abordent sur le mode de la séduction, me couvrant de compliments tandis que d'autres semblent être dans une relation davantage conflictuelle ou infantile.

Ce temps d'observation m'a permis de me plonger dans leur quotidien. Je réalise peu à peu comme je prends plaisir à être en présence de chacun d'entre eux, au sein de cette unité où règne la convivialité, le plaisir et l'envie de partage, de faire avec, de faire ensemble. J'ai cependant le sentiment que certains des résidents éprouvent des difficultés à se rencontrer, que leurs échanges, parfois prédominés par une entrée en relation conflictuelle, peuvent être source d'angoisses. Certains, récemment arrivés dans l'unité, semblent avoir du mal à trouver leur place au sein d'un groupe déjà formé, à être ajustés et confortables dans la position qu'ils occupent.

2. Le projet de groupe danse

2.1. Présentation du projet

J'ai, depuis le mois de décembre, pour projet de monter un groupe au sein de cette unité aux côtés de Mélanie, stagiaire psychologue. L'objectif premier est de créer un moment de cohésion durant lequel chacun peut échanger, faire des rencontres et ce malgré les nombreux changements de résidents au sein de cette unité. Il y a une volonté de « faire groupe », dans un temps marqué mais aussi que cette dynamique s'inscrive au quotidien. En effet, cette unité ayant grandement été touchée par la COVID-19 au mois d'avril 2020, nombreux ont été les nouveaux arrivants au cours des mois qui ont suivi.

Ce groupe a pour vocation d'être ouvert et est donc accessible aux quatorze résidents de l'unité. Chacun peut alors participer ou non aux séances, selon ses envies, ses besoins, ses disponibilités psychiques et corporelles du jour. N'ayant pas de salle à disposition, l'atelier thérapeutique se déroule au sein du salon de l'unité, au sein du lieu de vie des résidents. Nous délimitons l'espace par les fauteuils disponibles afin de marquer les limites du groupe et d'y apporter une certaine contenance. Cet espace reste donc ouvert sur l'unité et la disposition des fauteuils laisse la possibilité aux résidents de réaliser des allers et venues entre l'intérieur et l'extérieur du groupe.

Il se tient une fois par semaine sur une durée de quatre mois. Son déroulement régulier permet d'apporter aux résidents des repères primordiaux pour des personnes pouvant présenter une désorientation spatio-temporelle.

Le déroulé du groupe est ritualisé, débutant par une chanson choisie au préalable avec les résidents, puis se poursuivant avec un temps d'exploration groupale, et se terminant par le goûter comme moyen de se dire au revoir.

Le personnel soignant de l'unité est présent durant ce temps afin d'accueillir les résidents souhaitant entrer ou sortir du groupe et de les accompagner en cas de besoin.

Le choix de la médiation fut source de nombreux questionnements. En effet, l'engouement quotidien des résidents et des soignants pour la musique nous a donné l'envie d'investir davantage ce média. La musique permet de créer une atmosphère reposante et chaleureuse dont se saisissent facilement les résidents. De plus, échangeant à propos de nos moments passés au cœur de l'unité, nous avons remarqué comme nous mettions en jeu notre corps pour entrer en relation avec les résidents. Mélanie et moi-même avons toutes deux pour habitude d'instaurer un contact corporel avec eux, un toucher pouvant paraître rassurant lors de moments d'angoisses. De ces observations découla alors notre choix de la danse comme médiation pour ce groupe thérapeutique. De plus, tous sont issus d'une génération où danser était un passe-temps et une activité plaisante, permettant alors de se remémorer des souvenirs passés.

Comme évoqué précédemment, l'objectif premier de ce groupe thérapeutique est de « faire groupe », dans un temps marqué.

Ce dispositif groupal à médiation corporelle vise à :

- Soutenir la personne dans l'investissement de son corps, de ses capacités, et de solliciter sa motricité globale
- Étayer la mémoire corporelle et inviter à l'exploration des souvenirs
- Proposer un support comme source d'expression de soi et de sa subjectivité.

Ayant posé le cadre, nous avons débuté le groupe.

2.2. La mise en place du projet

2.2.1. *Les premières séances*

Pour cette première séance, nous décidons d'arriver en avance afin de rappeler notre présence à l'équipe, de pouvoir trouver la meilleure disposition de la pièce de vie afin d'accueillir ce temps thérapeutique. Cela crée une soudaine émulsion au sein de l'équipe, tous s'activent rapidement, les aides-soignantes vont chercher les résidents un à un en se précipitant. Elles installent les résidents dans des chaises placées en cercle fermé, sans porosité, comme quelque chose de très cloisonné n'offrant pas la liberté aux résidents de s'en dégager s'ils en ressentent le besoin. Certains résidents se trouvent placés en dehors du cercle, comme en dehors du groupe par faute de place au sein de celui-ci. Cela m'apparaît contradictoire étant donné l'objectif premier de ce groupe thérapeutique : refaire groupe au sein de l'unité. Nous sommes alors très surprises de la tournure que prend cette installation, comme si une grande attente était placée autour de ce groupe. J'ai alors une impression de rupture temporelle, comme si tout c'était passé si vite, dans une forme d'impuissance. Mais j'ai aussi l'impression de venir chambouler les habitudes de cette unité, comme une rupture dans leur dynamique.

Ce temps d'excitation laisse ensuite place à un grand vide, un silence pesant régnant autour des résidents assis en rond autour de la table. Accompagnant le dernier résident, je me fais attendre. En entrant dans la pièce je perçois immédiatement ce climat de latence, de gêne et d'interrogation face à ce début de groupe. Cette agitation laisse alors place à un moment de silence m'apparaissant comme très pesant. Ce passage de trop plein au creux m'incite à tout faire pour « refaire groupe » le plus rapidement possible, par peur de laisser les résidents, et de me laisser, face au vide et aux angoisses que cela pourrait faire émerger.

Nous choisissons d'aborder le sujet de la danse en douceur avec un photolangage. Pour cela, nous débutons cette première séance par le biais de différentes images de danse sélectionnées au préalable. Ces images montrent des danseurs dans différents contextes, au bal, seuls chez eux, lors d'un spectacle face à un public, en duo, en groupe... L'objectif est alors d'accompagner les résidents dans l'évocation de leurs souvenirs, de leur propre vécu autour de la danse en appui sur les photos qui leur sont présentées. J'ai l'impression que cette sensation de vide s'installe dans le temps, les résidents m'apparaissent comme sidérés, dans une incapacité à élaborer, bloqués par la pression qui s'est placée sur ce groupe. Cela semble être en corrélation

avec la dynamique d'urgence précédemment mise en place, comme un empressement face à l'attente de retour de la part des résidents.

C'est après quelques minutes de sollicitations multiples et d'invitations à la parole que l'une des résidentes, très enjouée, les yeux comme remplis d'étoiles, prend la parole. Elle évoque un souvenir d'adolescence, quand, à 14 ans, elle allait voir « les grands » danser pour apprendre plus rapidement. Elle insiste alors sur le fait qu'elle n'avait rien d'autre à faire que de rester assise à les regarder, semblant alors encore ébahie face à ce qu'ils étaient capables de faire alors qu'elle était encore trop jeune.

Pendant ce temps, l'une des résidentes assise en périphérie du cercle s'approche de cette dame ayant pris la parole et lui caresse les cheveux, longuement. Après quelques instants, elle se plaint de l'absence de réaction de cette dernière. Il me semble que cette résidente cherche une manière d'attirer l'attention, d'entrer dans le groupe étant donné sa place non propice. Je lui propose ensuite de décaler sa chaise afin de se joindre à nous.

Puis, Madame T prend la parole. Elle évoque alors un passif aux abords plus négatifs, source d'un engouement moindre en comparaison avec le précédent témoignage. En effet, danser pour elle est synonyme d'interdits et de sanctions de la part de ses parents. Elle n'évoque alors pas ces moments de danse non autorisés mais uniquement ceux des remontrances auxquelles elle avait droit au retour chez elle.

Les témoignages s'enchaînant, je remarque comme les vécus et les passifs peuvent être différents d'une personne à l'autre, leurs rapports à la danse sont la preuve d'histoires qui leur sont propres.

Puis, peu à peu, le groupe semble s'essouffler, certains résidents font des allers-retours entre le salon télé et le groupe, semblant incapables de s'inscrire réellement dans un endroit. Le brouhaha prend le dessus et l'espace du groupe m'apparaît être de moins en moins marqué. Les résidents restants chantent tous ensemble sur les musiques que nous leur proposons. Je me sens comme abasourdie, ne sachant plus où donner de la tête. J'ai le sentiment que les résidents, sachant la fin proche, fuient progressivement le groupe. Il est alors compliqué de poser une réelle fin à ce groupe, difficilement verbalisable étant donnée la cacophonie régnant dans l'unité.

La seconde séance marque le réel début du groupe, c'est la première fois que nous allons proposer aux résidents de se mettre en piste. Nous avons tracé une trame de séance au préalable, que nous nous autorisons à ajuster au fil du temps si cela n'est pas réalisable. En effet, nous avons

des difficultés à nous projeter et à imaginer la manière dont va se dérouler cette séance. Nous décidons de commencer par mettre la musique, souvent des années 1960-1970, afin d'inviter les résidents à se joindre à nous. Dès lors, nous souhaitons former une ronde en se tenant par les mains et laisser libre court aux explorations de chacun.

Lorsque nous arrivons au sein de l'unité, nous commençons par délimiter l'espace. Les fauteuils sont disposés de manière suffisamment espacée afin de permettre aux résidents d'en sortir si besoin et de ne pas se sentir oppressés. Les fauteuils peuvent aussi servir à s'asseoir en cas de fatigue, de besoin de prise de distance ou bien si certains souhaitent rester en observation. Nous laissons un espace ouvert afin de faciliter l'entrée dans l'espace du groupe.

Nous tentons de prendre notre temps afin de ne pas créer une émulsion similaire à celle de la semaine précédente. Nous souhaitons une mise en place saine et rassurante pour les résidents. Nous allons les chercher afin de leur proposer de se joindre à nous. Nous leurs proposons d'abord de s'installer autour de la table afin de rappeler le contexte de notre présence et ce que nous allons faire ensemble au cours de la prochaine heure. Les résidents sont alors très calmes, à l'écoute. Lorsque nous annonçons le début du groupe, il semble compliqué pour eux de se lancer, la plupart restent longuement assis dans leurs chaises avant de se lever. Malgré de nombreuses sollicitations, très peu de résidents se joignent à nous, se stoppant à l'entrée de l'arc de cercle marquant la délimitation de l'espace groupal. Cet espace délimité peut être perçu comme angoissant, source de questionnement face à l'inconnu, à ce qu'il pourrait s'y passer.

Certains verbalisent leur peur de la différence, du jugement de leurs capacités, de manière détournée. Ce passage des fauteuils fait alors embouteillage, personne n'osant entrer dans cet espace. Il me semble que les résidents perçoivent la différence de contexte liée au groupe que nous mettons en place. Au préalable très calmes, beaucoup se trouvent désormais dans une logorrhée massive, preuve d'inquiétude et permettant de retarder ce moment inquiétant.

Je m'y engage alors afin de les inciter à me suivre tandis que Mélanie tente de rassurer les derniers hésitants. Je prends par la main les résidents s'étant rapprochés de moi, une ronde se forme peu à peu. Certains apparaissent sereins face à cette situation et commencent à se balancer sur le rythme de la musique. Pour d'autres, cela semble plus compliqué de faire partie du cercle, ils préfèrent danser seuls, regarder de loin, encore hésitants.

Le cadre se met en place progressivement mais l'attente paraît une fois de plus bien longue pour les premiers résidents prêts, ainsi que pour moi. Lorsque tout le monde se trouve enfin dans l'espace groupal, former une ronde marque alors la première étape pour faire groupe. Cependant,

les différences de dynamiques entre les résidents compliquent cette mise en place, certains prenant beaucoup de place, d'autres s'agaçant, d'autres se taisant.

La plupart semblent comme figés, en cercle mais dans une incapacité à se mouvoir. Certains me donnent l'impression de manquer d'ancrage, de confiance en eux, entravant leur expression gestuelle. J'ai le sentiment que le plaisir se trouve davantage dans le partage que dans le fait de se mouvoir à ce moment. Je perçois une forme d'incompréhension globale, d'angoisse difficilement verbalisable alors exprimée d'une manière propre à chacun.

Pour certains, cette première séance dansée me semble être synonyme de tristesse, de nostalgie. En effet, la résidente ayant, lors du photolangage, évoqué avec émotion son histoire personnelle autour de la danse m'apparaît vivre ce moment comme douloureux. Elle se fige dès son entrée dans le cercle, son visage devient inexpressif, son corps se balançant discrètement, son mouvement semble s'être automatisé en suivant celui du groupe. Présente corporellement mais absente psychiquement, elle ne répond à mes sollicitations verbales que par un hochement de tête, comme déconnectée. Plus tard, elle s'assiera, des larmes coulant de ses yeux et évoquera ses capacités passées, perdues, en comparaison avec ses possibilités actuelles. Le fait d'avoir partagé cet instant avec des personnes plus jeunes, dynamiques, semblent lui évoquer un deuil irréalisable.

De nouveau, nous avons des difficultés à mettre fin à ce temps groupal, les résidents se mettent à distance tout en restant dans l'espace dédié au groupe. Chacun des résidents nous accaparent un par un, verbalisant leurs vécus parfois difficiles. En effet, nous réalisons que la fin n'a pu être verbalisée, ce que nous faisons alors après coup mais il nous paraît indispensable de la symboliser en modifiant l'espace, que nous replaçons dans sa position habituelle. Finalement, je me sens submergée, comme incapable de restituer ce qui vient de se passer, comme perdue dans le temps aussi bien que dans l'espace. J'ai le sentiment qu'un important contre-transfert a eu lieu au cours de cette séance, que toutes les désorganisations vécues par les résidents sont devenues miennes.

2.1.2. Evolution du groupe

Au fil des séances, nous retrouvons régulièrement les mêmes résidents au sein du groupe. L'évolution de leur manière d'entrée en relation, de la place qu'ils peuvent prendre au sein de celui-ci ne se fait pas de manière continue mais davantage de façon sporadique, irrégulière. En effet, au fur et à mesure s'installe en moi l'impression que la dynamique se retrouvant au sein de notre groupe est le miroir de la dynamique actuelle de l'unité. Notre arrivée est, de fait, toujours teintée

de questionnements, d'un suspens quant à la manière dont va se dérouler la séance. Le climat régnant dans l'unité est alors perceptible dès notre entrée au sein de l'unité.

Durant quelques semaines, cette alternance de dynamique est flagrante. En effet, des suites des nombreux chamboulements ayant eu lieu au sein de l'unité du fait de la situation sanitaire, une émulation avec une volonté de faire groupe est grandement perceptible. Ainsi, cela se traduit au sein du groupe thérapeutique par une excitation, un instant durant lequel le personnel soignant sollicite tous les résidents afin qu'ils se lèvent, même ceux habituellement réfractaires, afin de danser ensemble. Cet engouement fait cependant peu à peu monter l'agressivité entre certains résidents entraînant ainsi l'émergence d'une nouvelle dynamique. La semaine suivante, nous percevons une recherche d'apaisement des tensions groupales par le biais d'une division du groupe, notamment dans l'espace, une volonté des soignants d'occuper chacun différemment dans le but de ne plus être ensemble. Au sein de notre groupe, nous ne parvenons alors à faire danser que quelques-uns des résidents, les autres étant sollicités par les soignants sur une autre activité. Ces mouvements ont initialement été difficiles à vivre pour Mélanie et moi-même. Nous apprenons alors peu à peu à nous adapter davantage à l'ambiance groupale de l'instant présent plutôt que de se placer dans une lutte face à ces différences de dynamique.

L'utilisation d'un objet médiateur traduit notre volonté d'instaurer une certaine continuité, une régularité au sein des différentes séances. Celui-ci, choisi selon ses propriétés, peut être amené à varier à chacune des séances, ou bien à se renouveler si l'investissement qu'en font les résidents nous apparaît porteur pour le groupe. Lors des premières séances, nous optons pour un petit cercle en caoutchouc nous évoquant alors la ronde que nous souhaitons former tout en gardant ses caractéristiques malléables. Celui-ci a également pour vocation d'incarner le centre de la ronde, il vient alors occuper l'espace tout en symbolisant la manière dont nous souhaitons l'occuper. En effet, il comble cet espace pouvant donner un sentiment de vide alors difficile à investir. La place que prend cet objet est évolutive au fil du temps. Lors des premières séances, il constitue le centre de l'attention. C'est à partir de la troisième séance que l'évolution de la position du cercle au sein du groupe me semble très symbolique. Ce dernier, se trouvant initialement au centre, semble se placer comme un point de repère. La ronde peut alors s'en éloigner de temps en temps, finissant toujours par y revenir. Certains résidents commencent à faire des échanges avec, comme des passes plus ou moins adressées. Ce mouvement les oblige à se placer sur un pied, trouvant ainsi leur équilibre en appui sur leurs voisins, montrant la confiance naissante en les liens qui les unissent. Par le biais de ces échanges, les résidents m'apparaissent, en s'identifiant à cet objet médiateur,

venir tester les limites du groupe. Ils semblent également venir tester la possibilité d'y entrer à nouveau après en être sortis.

Lors des dernières séances, la plupart des participants ne semblent plus remarquer sa présence. J'ai le sentiment que l'on peut progressivement faire abstraction de cet objet médiateur après avoir vérifié, par son biais, les liens unissant le groupe. De cette vérification découlerait alors un sentiment de sécurité.

L'émergence progressive de ce sentiment est également perceptible dans l'évolution comportementale des résidents. Effectivement, lors des premières séances, je remarque rapidement comme certains font preuve de stéréotypies de langage massives. Leur discours alors extrêmement répétitif et centré sur un même sujet peut entraîner un sentiment de lassitude chez moi, une impression de revivre la même scène en continu. Je peux alors prendre l'exemple de l'une des résidentes, questionnant sans cesse à propos de l'heure afin de savoir quand aura lieu le repas ou s'il est l'heure de prendre l'apéritif. Cette dame, présentant une désorientation temporelle, m'apparaît en lutte permanente contre un sentiment de vide, comme une défense contre l'angoisse. Ce discours très présent lors des premières séances semble s'atténuer peu à peu jusqu'à disparaître totalement. Il me semble que se mouvoir non pas seule mais à plusieurs, en lien à l'autre, a pu lui permettre d'abaisser ses stéréotypies défensives grâce à la réassurance qu'elle y trouve.

Tout l'enjeu du groupe réside alors dans le fait de trouver une place propre à chacun en son sein. En effet, chacun des résidents a pu expérimenter, au fil des séances, différentes postures au sein du groupe.

Cependant, le moindre changement semble être synonyme de rupture montrant comme rien n'est immuable. Ces variations de dynamiques parfois surprenantes me questionnent grandement quant à la possibilité de faire trace pour les résidents. En effet, du fait d'une concordance d'évènements, nous n'avons pu réaliser ce groupe pendant deux semaines de suite. À notre retour, j'ai le sentiment que l'osmose et les habitudes qui avaient commencé à s'ancrer avant notre absence ont disparu. M'apparaît alors une nécessité à refaire groupe afin d'aider les résidents à s'y joindre sans que cela puisse être source d'inquiétude. Lors de cette séance, je perçois de nouveau les phénomènes observables lors de nos premières venues, chacun semble avoir des difficultés à retrouver sa place, à se mettre en mouvement et à être en lien à l'autre autrement que par le biais du conflit. Les stéréotypies de langage refont massivement surface avant de retrouver peu à peu des bases rassurantes sur lesquelles s'appuyer par le biais de l'objet médiateur.

L'avant dernière séance fait également preuve de l'évolution de ce groupe face aux changements. En effet, je suis à plusieurs reprises sollicitée par des personnes extérieures au groupe, venant une fois de plus démontrer la porosité de l'espace dédié à ce dernier. Je me retire alors soudainement une première fois, stoppant les mouvements des résidents, comme si le temps s'arrêtait. Je m'échappe ensuite une seconde fois de l'espace groupal mais, cette fois-ci, le groupe semble maintenir une continuité, résistant à la rupture des liens physiques pour continuer d'exister en l'absence de l'autre.

Toutefois, lors de la dernière séance, nous rappelons la proximité avec la fin de ce groupe. Nombreux sont les résidents à fuir cette séance, semblant éviter de se mêler au groupe afin d'avoir moins de difficultés à s'en détacher par la suite. Cette fuite semble traduire une volonté de se placer comme acteur, de décider d'eux-mêmes quand ils se sépareront afin de ne pas subir une fin qui leur est imposée. Ce mouvement m'apparaît très défensif face à l'angoisse et au vide que pourrait susciter la séparation.

Le peu de résidents acceptant alors de se joindre à nous ne cessent de quitter le groupe avant d'y revenir, laissant place à une grande instabilité. J'ai l'impression que les résidents viennent ici tester par eux même l'absence induite par la fin. Je vis alors cette fin comme frustrante, me laissant sur un sentiment d'inachevé, n'ayant pu dire au revoir aux résidents s'étant placés dans la fuite. De fait, la fin n'a pu être verbalisée auprès de tous.

Je vais maintenant aborder les cas de Madame G et de Madame T. Deux femmes aux caractères bien différents, toutes les deux prenant une place importante mais bien distincte au sein du groupe.

3. Cas clinique

3.1 Etude de cas de Mme G

3.1.1. Présentation de la patiente

Madame G, née en 1940, est aujourd'hui âgée de quatre-vingts ans. C'est une dame de grande taille, élancée et paraissant plus jeune que son âge. Le visage amimique, elle semble privée de toute émotion. Les cheveux châtain clair, courts et aux grands yeux marrons, elle me donne le

sentiment d'être toujours stupéfaite, comme sans-cesse sur le qui-vive. Ses déplacements incessants au sein de l'unité semblent traduire de grandes angoisses, je ne la vois que rarement assise. Aphasique, il lui est parfois compliqué de rendre son discours intelligible.

Madame G est la troisième d'une fratrie de quatre filles, elle n'entretient que peu de liens avec ses sœurs. Elle a commencé à travailler à l'âge de quatorze ans en tant que vendeuse, d'abord de tissus d'ameublement de luxe puis dans un magasin de meubles. Madame G pratiquait le théâtre mais aurait cependant adoré jouer au basket, sport à l'époque pratiqué uniquement par les hommes.

Veuve et n'évoquant que rarement son mari, ce dernier travaillait auparavant comme livreur dans l'entreprise où elle était employée. Ils eurent ensemble deux enfants, un fils et une fille. Cette famille au sein de laquelle tout tourne autour des femmes est qualifiée de matriarcale. En effet, Madame G ne parle que peu de son fils qui semble avoir des difficultés à trouver sa place dans le cercle familial. Il lui rend visite de temps en temps mais leurs échanges ne sont que peu nombreux.

Madame G est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle a fait son entrée au sein de l'unité à la fin de l'année 2020. Deux mois plus tard, les soignants de l'unité contactent d'urgence les médecins pour cause de dégradation de son autonomie et de son état cognitif. Ces symptômes sont alors accompagnés d'une perte de la marche s'étant installée une semaine auparavant. À son arrivée, Madame G est décrite comme dépressive et dénutrie. Atteinte d'hyperthyroïdie, elle a subi une thyroïdectomie pouvant ainsi affecter ses émotions du fait du lien étroit unissant la thyroïde et l'humeur. Enfin, des suites d'une fracture du col du fémur, une prothèse de hanche lui a été posée du côté gauche ainsi qu'une prothèse de genou bilatérale pouvant limiter sa motricité.

Ses enfants disent avoir des difficultés à reconnaître leur mère depuis qu'elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer. En effet, ils décrivent Madame G comme très réservée avant l'entrée dans la maladie depuis laquelle elle est en recherche de lien permanent, faisant parfois preuve de désinhibition. Ses proches semblent alors culpabiliser de ne pas avoir remarqué plus tôt les premiers signes de maladie.

Madame G n'a passé aucun bilan psychomoteur. À son entrée dans l'unité, un projet de soin personnalisé est établi. Ce dernier vise à maintenir et favoriser le bien être psychique de Madame G afin de lui éviter de se sentir agressée. Maintenir son autonomie dans la toilette en

préservant son intégrité par le biais de guidance verbale est également un objectif. Enfin, il est important de favoriser et de préserver ses liens sociaux et notamment familiaux.

3.1.2. Parcours dans le groupe

Madame G m'apparaît rapidement pleine d'ambivalence, à la fois extrêmement présente dans le groupe mais également totalement en marge de celui-ci. Les échanges avec cette femme sont entravés par son aphasie se traduisant par de nombreuses paraphrasies. En effet, ses inversions de mots rendent son discours incompréhensible pour ses interlocuteurs. Ses difficultés à s'exprimer sont souvent à l'origine de discordes avec les autres résidents pouvant se sentir agressés par ses propos. De fait, Madame G, très anxieuse, semble avoir de grandes difficultés à trouver sa place au sein du groupe.

Lors de la première séance autour du photolangage, Madame G met rapidement en échec sa participation au groupe. Tout en fermant les yeux, elle dit ne pas voir ce qui est représenté sur l'image. Assise au bord de sa chaise, le dos droit, les jambes serrées et les mains posées sur ses genoux, elle semble figée dans cette position, comme cherchant à prendre le moins de place possible. Son tonus musculaire est grandement engagé. Se plaçant dans une forme d'opposition, se trouver au sein du groupe apparaît être trop intrusif pour elle.

Madame G engage alors une discussion avec Madame T, les deux femmes semblent chercher à se rencontrer. Peu à peu, je sens la tension monter entre elles. Madame G apparaît se sentir agressée, non seulement par madame T mais aussi par toute personne tentant d'échanger avec elle. Cette position au sein du groupe semble de plus en plus insoutenable pour elle. Elle s'énerve et ferme les yeux comme pour se retirer du groupe en se coupant du canal sensoriel qu'est la vue avant de le quitter réellement. L'agitation psychomotrice présente au sein du groupe semble à l'origine de ses manifestations anxieuses, rendant alors son départ nécessaire.

Au fil des séances, Madame G. semble profiter de ce temps groupal pour venir tester différentes postures, différentes places dans le groupe et dans l'espace. Se plaçant fréquemment dos à une partie des résidents, elle semble avoir des difficultés à faire face à tous les membres du groupe.

Cette posture vient-elle d'une volonté de cliver le groupe alors trop important pour elle à ce moment ? J'ai le sentiment que, comme précédemment, elle se couperait de ce canal visuel afin de rendre une situation moins intrusive pour elle.

Une ambivalence dans sa posture est souvent observable. Prenons l'exemple de l'une des séances au cours de laquelle Madame G. verbalise une volonté de sortir du groupe. Ne souhaitant pas se retrouver seule pour autant, elle sollicite les différents membres pour l'accompagner parce qu'« il y a trop de monde ici », selon ses dires. Les autres résidents manifestent alors leur mécontentement face à la place trop importante prise par Madame G. Cependant, ses voisines lui lâchant les mains, Madame G se retrouve, paradoxalement, seule au milieu du cercle auquel elle semblait avoir des difficultés à appartenir.

De même, lors d'une autre séance, Madame G., se trouvant à ma droite, me tourne le dos afin de s'orienter vers son autre voisine. Son corps est orienté de manière à se trouver face à cette dernière. Elle semble alors accaparée par cette relation duelle, se coupant du reste du groupe. Quand vient la fin de cette interaction, Madame G s'oriente de nouveau vers le groupe. Celui-ci s'étant agrandi entre temps, elle le regarde avec de grands yeux apeurés, son souffle se coupe, son tonus augmente et ses épaules se relèvent, elle semble prise de panique. Madame G demande à sortir, alors que j'essaie de la rassurer, elle s'agace et le ton monte, elle semble alors me désigner comme fautive, pensant que je lui ai tendu un piège. Madame G. semble chercher à donner une raison à ses peurs, à ses angoisses, avoir besoin de leur trouver une justification valable et une origine. Elle semble se sentir emprisonnée et la fuite m'apparaît être un moyen de réassurance pour elle. De même, avant de se joindre au groupe, elle s'accorde le temps de nous observer, comme se préparant psychologiquement à s'y joindre. Elle me donne ainsi l'impression d'avoir un besoin de contrôle sur son environnement, anticipant afin de ne pas se faire surprendre. Madame G semble avoir des difficultés à s'adapter, à s'organiser face à l'imprévu, à la surprise.

Cette difficulté à être et à rester en groupe se retrouve alors à chacune des séances. En effet, Madame G refuse systématiquement de se joindre au groupe dans un premier temps. Elle reste à proximité de celui-ci, l'observe tout en gardant ses distances. Parfois, s'adressant à l'une d'entre nous, debout en dehors du cercle elle semble vouloir s'y trouver psychiquement malgré ses difficultés à s'y trouver corporellement. Puis, vers le milieu du temps imparti, elle se dirige vers le groupe d'un pas hésitant et y prend place. Elle saisit la main de l'une de ses voisines, laissant alors une brèche dans cette ronde initialement fermée. Il me semble alors que fermer ce cercle puisse être source d'angoisses pour elle, pouvant s'y sentir enfermée, cloisonnée sans possibilité de s'en échapper. Elle ne reste que peu de temps au sein du groupe avant de le quitter de nouveau. Au fil du temps, les allers et venues de Madame G s'amoindrissent. Elle semble peu à peu y trouver une place, s'y sentir moins oppressée. Madame G justifie toujours ses retours, comme cherchant une excuse valable de nous rejoindre. Son tonus abaissé et sa logorrhée atténuée, je la trouve plus apaisée dans sa manière de se joindre à nous. Lors des dernières séances, Madame G ne semble

plus avoir le besoin de passer par ce « sas » intermédiaire avant d'entrer dans le groupe, l'entrée en relation se faisant alors bien plus naturellement.

De même, lorsque Madame G quitte le groupe, elle nous fait toujours part des raisons de son départ. Celles-ci portent souvent sur des tâches ménagères qu'elle aurait à réaliser, très régulièrement orientées autour du rangement. Madame G a une obsession pour l'ordre et m'apparaît vouloir incarner ce rangement. En effet, son hypertonie semble traduire une volonté de tout contrôler, que rien ne dépasse et que tout reste à sa place. Lors d'une des séances, Madame G se joint au groupe accompagnée d'un grand vase droit d'une hauteur d'environ un mètre. Elle le place au milieu du cercle en affirmant qu'il est « tout bien rangé ». Madame G semble alors associer les caractéristiques de l'objet, droit et lisse afin d'être « bien rangé ». Elle imite ensuite l'une des résidentes engageant grandement son corps dans les mouvements dansés et notamment son bassin. Cette imitation a des aspects très péjoratifs, elle semble la trouver dévergondée, vulgaire de par sa manière de danser. Son imitation est alors accompagnée d'un commentaire énoncé sur un ton agressif « comment voulez-vous être bien rangée en faisant-ça ? ».

De même, à plusieurs reprises, elle semble s'approprier des caractéristiques alors allouées aux objets. Lors de l'une des séances, Madame G me dit vouloir être un crayon de bois, je la questionne quant aux propriétés de cet objet que l'on qualifie ensemble de « tout droit », de solide et rigide, Madame G ajoute qu'il est toujours rangé à sa place.

Je m'interroge alors face à cette obstination pour le rangement. Celui-ci signifierait-il une tentative de remettre de l'ordre face à ses difficultés à ordonner son langage ? Ou bien, chercherait-elle à pallier ses difficultés mnésiques en tentant de tout ranger dans des tiroirs, comme elle souhaiterait le faire pour conserver ses souvenirs ? J'ai le sentiment que Madame G cherche à ordonner le désordre dans la manière dont elle se vit, ordonner son lieu de vie pour ordonner sa pensée.

Cette volonté de contrôle se retrouve également dans la manière dont Madame G investit son corps. En effet, elle semble le percevoir comme un corps fonctionnel et ne m'apparaît pas l'investir comme lieu et source de plaisir. J'ai pu observer l'engagement corporel de Madame G dans la danse, ou devrais-je dire, le non-engagement. Ses arrivées dans le groupe sont toujours synonymes d'arrêt sur image. Cette posture stoppe tout mouvement animant la ronde. En l'intégrant, Madame G se fige, les pieds cloués au sol comme une recherche d'ancrage profond et solide. Sa main n'est pas serrée sur la mienne, ses bras hypotoniques semblent suivre les mouvements qui leurs sont imposés par ceux de ses voisines. Cette mobilisation s'apparente à un

ballant dans lequel elle s'abandonnerait à l'autre à qui elle laisserait tout le contrôle. Cependant, ce mouvement s'interrompt au niveau de son épaule, comme si la transmission ne se faisait plus au-delà de cette articulation. Son bras semble déconnecté du reste de son corps alors figé. Madame G me donne, par-là, l'impression de choisir l'immobilité comme moyen de contrôle sur son environnement. Je me questionne alors quant à la confiance qu'elle pourrait avoir en ses appuis. En effet, lors de l'une des dernières séances, Madame G me dit avoir « trouvé des appuis sur les autres ». Cela lui permettrait alors de pallier son manque de confiance en ses appuis au sol ne lui permettant pas de tenir seule. En effet, la séance suivante, elle commence pour la première fois à mettre ses pieds en mouvement, à engager son corps dans la danse. Je la vois enfin danser. Ébahie, j'ai l'impression qu'elle ait pu trouver des appuis suffisamment solides ailleurs, dans le groupe, lui permettant de se détacher du sol auquel elle semblait s'agripper.

De même, si Madame G montre de grandes difficultés à communiquer par le biais de la parole, le dialogue tonique m'apparaît, lui aussi, être rompu. En effet, lorsqu'elle est présente dans le groupe alors que celui-ci tourne sur lui-même, elle ne semble pas percevoir ce mouvement, elle ne me semble pas à l'écoute du message qui lui est transmis, de l'intention mise dans le mouvement de ses partenaires. Son hypertonie précédemment évoquée pourrait être à l'origine de cette difficulté à comprendre l'autre par le biais d'un dialogue tonique. Ainsi, elle reste statique, bloquant la dynamique du reste du groupe, l'accordage à l'autre lui semble impossible.

J'ai, dans un premier temps, perçu la participation de Madame G comme extrêmement passive avant d'envisager que cette posture soit finalement active.

Si cette difficulté à comprendre l'autre se remarque au niveau du tonus, elle est également observable dans son mode d'entrée en relation avec ses pairs. En effet, elle fait souvent preuve d'agressivité envers les autres résidents. Cette agressivité apparaît être le fruit d'une grande incompréhension mais semble également être un moyen d'exprimer ses affects alors indicibles autrement. En effet, j'ai notamment pu observer cela lors d'une querelle avec Madame T. Le dialogue ne semblant pas suffire à ce qu'elles se mettent d'accord, Madame G pousse cette dernière dans le dos en direction du centre du groupe dans une volonté de l'éloigner d'elle tout en la gardant à proximité. Suite à cela, Madame G m'exprime comme Madame T lui fait peur, comme les sujets aux abords négatifs qu'elle évoque la dérange. Lui proposant d'échanger avec elle à ce propos, Madame G semble fuir le conflit en disant avoir oublié, que ses pensées sont parties dans une enveloppe. Elle apparaît alors avoir des difficultés à se confier à l'autre, à lui exprimer ses affects.

Cette difficulté à exprimer ses ressentis s'exprime également envers le groupe qu'elle semble comparer à la musique. Par exemple, les participants étant trop bruyants pour elle, elle prête cette caractéristique à la musique de fond dont elle se plaint alors. Une autre fois, alors que l'agressivité est omniprésente, elle évoque la violence que lui fait vivre la musique, semblant alors comparer les grésillements de cette dernière aux voix de ses camarades.

Toutefois, ne semblant pas pleinement s'inscrire dans le groupe, Madame G peut venir y rejouer des scènes familiales, famille au sein de laquelle elle a toujours eu des difficultés à s'intégrer. À la fin d'une séance, elle s'adresse à Mélanie en lui demandant si l'aide-soignante alors présente est sa sœur, semblant comparer les soignants entre eux, leur attribuant des liens fraternels. Peut-être s'attribuerait-elle des liens fraternels avec les autres résidents ? Madame G me donne effectivement l'impression de rejouer les relations conflictuelles qu'elle entretient avec ses sœurs en les assimilant à ses pairs. Alors, quel rôle aurions-nous au sein de cette famille ? Madame G se montrant agressive envers les autres lorsque notre attention se déporte sur eux, j'ai le sentiment qu'elle pourrait ici évoquer la jalousie fraternelle alors que nous jouerions le rôle des parents.

Elle semble cependant avoir intégré la notion d'espace commun dans lequel chacun apporterait un peu de soi, investir le groupe comme un lieu de partage. En effet, lorsque nous évoquons la fin du groupe, Madame G, usant d'une formulation tout à fait intelligible, évoque le fait d'avoir construit quelque chose tous ensemble, quelque chose pour lequel chacun a participé. Il me semble alors qu'il lui soit possible d'être dans le partage, laissant place aux individualités de chacun.

3.2. Etude de cas de Mme T

3.2.1. *Présentation de la patiente*

Madame T, âgée de quatre-vingt-sept ans, est née en 1933. De petite taille, les cheveux blanc mi-longs, elle a souvent les yeux cernés lui donnant un air fatigué. Cependant, pleine de dynamisme, elle sollicite grandement les autres résidents comme les soignants, ayant parfois tendance à les accaparer. Elle est alors perçue comme envahissante par l'équipe, semblant

provoquer de l'agacement. C'est une dame attachante, pouvant parfois se montrer agressive mais aimant plaisanter, jouer et partager.

Originaire d'Espagne, elle a fui son pays natal aux côtés de sa famille à l'âge de 6 ans, au début de la seconde guerre mondiale, pour venir habiter en France. Madame T est issue d'une grande fratrie au sein de laquelle son frère avait tous les privilèges, créant des rivalités au sein de la famille. Ainsi seuls les garçons étaient autorisés à manger de la viande. Cependant, enfant, son frère s'est étouffé avec ce met et en est décédé. Madame T semble éprouver de la culpabilité à son égard, culpabilité de l'avoir jaloué de par la place qu'il occupait au sein de la famille.

Madame T, mariée, a eu deux garçons ainsi que quatre filles, elle a maintenant trois petits enfants. Elle est veuve depuis quarante-trois ans, son mari étant décédé précocement d'un infarctus alors que leur fille aînée était âgée de huit ans. L'un de ses fils est atteint de handicap mental et peut parfois se montrer violent. Madame T évoque fréquemment les difficultés qu'elle a rencontrées à éduquer son fils seule, il lui a alors souvent été rapporté qu'elle en était incapable. Ce dernier a, par la suite, été placé en famille d'accueil. Sa fille aînée ne l'aidant que peu au quotidien, ce sont ses plus jeunes filles qui ont pris le relais. Elles l'ont beaucoup aidée dans sa fonction parentale et Madame T s'identifie maintenant grandement à elles. Des suites d'une chute, elle a habité avec son second fils pendant un an, ce dernier est lui aussi décrit comme anxieux et violent. Ne l'ayant jamais connue agressive auparavant, ses enfants disent aujourd'hui avoir des difficultés à la reconnaître lors de ses accès de violence.

Madame T est atteinte de la maladie d'Alzheimer depuis dix ans lorsqu'elle intègre l'unité en février 2020. Un cancer du sein gauche lui a été diagnostiqué, cancer alors opéré par mastectomie en 2017. Concernant sa vision, Madame T est atteinte d'une importante myopie, d'un glaucome ainsi que d'une cataracte opérée récemment. Elle est aussi appareillée pour une surdité bilatérale.

Avant son entrée en institution, Madame T vivait seule à domicile. Une chute engendra de grandes douleurs au niveau de la hanche gauche, dues à une fracture de la branche iliopubienne. Cet accident, vécu comme traumatisant a entraîné son placement en institution. Madame T est décrite comme extrêmement dépressive à son entrée, elle présente des troubles cognitifs avec confusion associée à une importante désorientation. Un Mini Mental State Examination fut réalisé début 2017 révélant un score de 15/30, puis il fut réévalué huit mois plus tard révélant alors un score de 18/30, signe d'une atteinte cognitive modérée.

Madame T n'a passé aucun bilan psychomoteur. Le projet de soin personnalisé de Madame T vise lui aussi à maintenir et favoriser le bien-être psychique et la sécurité par le biais d'un environnement calme et rassurant. L'autonomie et le bien-être physique sont à conserver et notamment par l'intermédiaire du maintien de sa vue. Enfin, il est également projeté pour Madame T de favoriser et de préserver le lien social grâce à une guidance familiale.

3.2.2. Parcours dans le groupe

Dès la première séance Madame T est très présente dans le groupe, aussi bien corporellement que psychiquement, semblant montrer des difficultés à laisser de la place à l'autre. Apparaissant très sensible, le moindre reproche semble grandement la toucher. Très logorrhéique, elle peut être le sujet d'agacement pour certains résidents se montrant agressifs envers elle. Elle prend alors une posture de petite fille et se déplace afin de se rapprocher de Mélanie. Elle parle d'une voix fluette, se recroquevillant sur elle-même comme pour prendre le moins de place possible. Elle semble venir chercher du réconfort auprès d'une soignante qu'elle assimilerait peut-être à sa mère après s'être fait gronder par un des hommes du groupe. L'apparente-t-elle ainsi à une figure paternelle ? Sa dynamique change du tout au tout, elle rit, fait des blagues. Ne cherche-t-elle pas une nouvelle manière de trouver sa place au sein du groupe ? Elle rejoue cette scène de querelle avec Mélanie, échangeant cette fois-ci les rôles pour passer d'une position précédemment passive à une posture active, prenant ainsi le rôle de la personne qui gronde.

Madame T oscille souvent entre différents comportements au sein du groupe tout au long des séances, allant de l'agressivité au rôle de petite fille, semblant toujours très peu sûre d'elle. Chaque annonce de groupe est synonyme de questionnements. Elle m'évoque systématiquement sa peur du jugement de l'autre à son égard. Se tenant dans une posture atypique, le buste penché en avant et sur le côté, son visage se rapproche souvent grandement de celui de son interlocuteur qu'elle regarde d'en dessous. Cette proximité, envahissant mon espace, peut parfois même m'inciter à avoir un mouvement de recul. Je m'interroge alors quant à cette distance relationnelle atypique : ne montrerait-elle pas elle aussi sa difficulté à trouver sa place, à s'ajuster à ses interlocuteurs ? Ou bien, Madame T ne chercherait-elle pas à pallier ses difficultés visuelles par le biais d'une grande proximité ?

Cette proximité entre son visage et celui de la personne à qui elle s'adresse me donne également le sentiment qu'elle cherche à se couper des personnes l'entourant. En effet, nous

regardant par le bas, son champ visuel dirigé vers le haut et limité par la proximité avec une personne l'empêche de percevoir les autres membres du groupe. Elle semble en effet se sentir plus à l'aise, plus en sécurité dans des relations ou des échanges duels plutôt que groupaux. Cela est notamment observable lors des premières séances de groupe durant lesquelles elle prend pour habitude de commencer par danser en binôme, souvent avec Mélanie, avant de pouvoir se joindre au groupe. Je me questionne alors face à l'investissement qu'elle fait de ce temps à deux : est-ce un élément de réassurance pour elle ? Son binôme lui sert-il d'appui aussi bien physique que psychique la sécurisant en sachant qu'elle pourra retrouver ce même appui une fois parmi le groupe ? A-t-elle besoin de créer une relation plus intime pour se sentir en confiance ? De même, dès les premières séances, un nombre restreint de résidents au sein du groupe semble aider Madame T à s'autoriser davantage d'expérimentations dansées. Au fil des séances, elle propose d'elle-même d'alterner des moments de danse en binôme avec des moments de danse groupale. Elle me semble alors se sécuriser au fur et à mesure, s'autorisant à expérimenter des variations de position au sein du groupe.

Par cette alternance de postures, elle semble chercher à tester les liens au sein du groupe, venir vérifier si ça tient, si en son absence, le groupe est toujours présent malgré qu'il ne soit pas matérialisé par une ronde. Une fois en binôme, je peux retrouver cette volonté de vérifier ce qui tient, ce qui la soutient. En effet, elle théâtralise et surjoue des scènes dans lesquelles elle serait en train de chuter, comme pour vérifier qu'on la rattraperait, qu'elle pourrait s'appuyer sur nous pour ne pas lâcher. Son tonus extrêmement bas à ce moment, elle lâche alors tout son poids sur nos mains, comme s'abandonnant à nous.

Il m'est arrivé, en ronde, d'engager un mouvement entraînant chacun des membres du groupe à se rapprocher du centre de la ronde avant de venir s'en éloigner, les bras tendus. Madame T s'engage alors volontairement vers le centre du cercle mais, au lieu de s'éloigner par la suite, y reste. Elle apparaît comme figée, effrayée par la distance que pourrait entraîner cette variation de notre position dans l'espace. Ainsi, son tonus s'abaissant lorsque la proximité s'accroît, j'ai l'impression que l'on se trouve comme dans un petit cocon au sein duquel elle pourrait abaisser ses tensions. Cependant, une rigidité semble s'installer lorsque nous nous éloignons, ses bras, plus toniques, empêchent ses voisins d'exprimer l'amplitude du mouvement qu'ils auraient souhaité réaliser. Au fil des séances, ses vas et viens de moins en moins timides donnent l'impression qu'elle peut prendre appui sur ses voisins pour se sécuriser et s'autoriser à sortir de ce cocon. En effet, elle sert fort ma main et semble y déposer tout son poids. Elle me dit alors qu'elle perd son pyjama, que ce dernier tombe, qu'elle n'a pas de sous-vêtement et qu'elle « va se faire pipi dessus ». Ce genre

de propos se retrouvera très fréquemment tout au long des séances. A-t-elle alors le sentiment que plus rien ne tient au sein du groupe lorsque nous nous éloignons, ce qui se symboliserait par des vêtements trop grands pour elle, comme un cercle également trop vaste pour elle ? Cette incapacité à se retenir qu'elle verbalise serait-elle le symbole d'une impression que tout va lâcher ? Ou a-t-elle le sentiment de se mettre à nu en se rapprochant de nous de la sorte ? J'ai l'impression que ce milieu du cercle serait synonyme d'intimité pour elle, difficile à atteindre mais, une fois atteint, difficile de s'en séparer.

Petit à petit, ses déplacements et ses mouvements dansés ont pu prendre de l'amplitude jusqu'à ce qu'elle puisse finalement prendre pleinement part aux mouvements du groupe, suivre son rythme et sa dynamique. Une fois de plus, cette variation de posture au sein du groupe paraît envisageable pour Madame T.

Lors de l'avant dernière séance, Madame T, s'étant rapidement jointe au groupe, s'éclipse de ce dernier à plusieurs reprises, fait des allers-retours entre l'intérieur et l'extérieur du groupe. Elle semble alors progressivement avoir pu intégrer les limites de celui-ci et peut-être ainsi, ses propres limites corporelles, entre l'intérieur et l'extérieur de son corps, entre elle et l'autre. Cette récente capacité à entrer et sortir du groupe sereinement laisse penser qu'elle ne se soucie plus de sa possibilité d'appartenir à ce dernier. J'ai alors l'impression qu'elle peut enfin y trouver une place lui permettant de prendre des libertés, de s'exprimer de plus en plus.

Cette question des liens unissant le groupe a pu également se jouer par le biais des objets médiateurs, grandement investis par Madame T. Lors d'une des dernières séances, nous apportons un élastique noué dans l'idée de former un cercle. Je propose de nous lâcher les mains afin de se tenir à celui-ci, instaurant alors une autre forme de lien, moins direct, plus symbolique. Madame T apparaît sceptique face à cette proposition, m'assurant que cet élastique n'est pas assez solide, elle exprime sa peur qu'il ne tienne pas, qu'il ne résiste pas. Je viens donc tirer dessus afin de lui montrer qu'elle peut être en confiance. Cependant, il rompt... Elle le lâche alors et nous prend par les bras, nous tenant fort comme pour maintenir un lien malgré la rupture de l'objet médiateur. Madame T me laisse ainsi penser que le groupe a pu être suffisamment pensé, symbolisé, pour que ses caractéristiques puissent ne plus s'apparenter à celles de l'objet. Elle semble ici avoir trouvé une place sécurisante au sein du groupe, dans la relation.

Puis, quelques minutes plus tard, alors que le groupe me donne réellement l'impression de rompre par le biais d'une proposition de goûter trop hâtive entraînant chacun des membres du groupe à s'y rendre, Madame T reste. Elle semble percevoir notre incompréhension, notre

agacement face à cette situation, faire preuve d'empathie. La fin du groupe n'ayant pu être verbalisée, j'ai l'amère impression que le groupe à peine formé, pourrait déjà se déchirer. Nous semblons échanger de rôle à ce moment. Madame T se place entre Mélanie et moi-même, passant ses bras sous les nôtres comme pour nous proposer, à son tour, un soutien, un appui nous empêchant de lâcher. Je ressens alors son hypertonie, comme si elle cherchait à nous transmettre une force, elle me paraît symboliser ce qui tient, venir, par le biais de ce contact symbolique, montrer qu'un lien peut se maintenir même en l'absence de l'autre. Elle semble alors en capacité de nous soutenir là où, habituellement, nous la soutenons corporellement lorsqu'elle théâtralise ses chutes. Le dialogue tonique, alors important à cet instant, a un effet contenant et apaisant pour moi, comme un accordage. Madame T, par le biais d'un discours confus, semble vouloir nous signifier d'ouvrir nos mains vers l'extérieur comme pour recevoir ce que les autres ont à dire. Il semble qu'elle soit en train de parler de ce qu'elle réalise avec nous à cet instant même, projetant sur nous ses désirs et ses attentes tout en nous montrant qu'elle est aussi capable de recevoir et d'accueillir les émotions d'autrui.

Pour faire preuve d'empathie il faut d'abord se sentir et se vivre comme sujet, percevoir la distinction entre soi et l'autre. Il semble alors que Madame T, malgré l'avancée de sa maladie d'Alzheimer, puisse encore se vivre comme sujet. En effet, elle montre sa possibilité à être en lien à l'autre, cela semble possible grâce à ce sentiment de sécurité précédemment évoqué.

Il en est de même pour jouer un rôle, il faut pouvoir se vivre comme sujet pour incarner un autre personnage. En effet, Madame T me donne souvent l'impression de me trouver dans une pièce de théâtre au sein de laquelle nous serions toutes les deux des actrices. Par le biais de ce jeu d'acteurs, elle semble rejouer des scènes d'agressivité dont elle aurait pu être la victime. Le lieu du groupe serait alors, pour elle, un endroit propice à l'expression des affects inavouables ailleurs. En effet, lors d'une des séances, Madame T arrive au groupe avec un léger retard, me dirigeant vers elle pour l'accueillir, j'ai immédiatement l'impression de me faire gronder comme une enfant sans en connaître la raison. Se plaçant directement dans une forme d'agressivité, je ne parviens pas à percevoir ce qui appartient au jeu de ce qui appartient au réel. Elle semble me reprocher de mal me comporter à son égard. Je me trouve dans l'incompréhension jusqu'à ce qu'un sourire fende son visage et que son rire brise cette attente. Au sein de la même séance, elle se place à plusieurs reprises dans le psychodrame, semblant venir vérifier ce que ce comportement peut faire vivre à l'autre, si ses réactions sont en corrélation avec ses propres vécus antérieurs.

Cette ambivalence entre agressivité et affection se jouera de nombreuses fois, faisant semblant de me cracher dessus avant de m'envoyer un baiser par exemple. Ce n'est qu'à l'avant-dernière séance que je peux percevoir des variations dans cette théâtralisation qui ne me semble

plus avoir la même fonction. Madame T faisant semblant de donner un coup de pied à l'un de ses coéquipiers, comme elle a pu avoir l'habitude de le faire auparavant, n'incarne pas son rôle de la même manière. Son visage d'habitude agressif, elle réalise ici ce geste en rigolant, comme se moquant de son comportement passé. Cette théâtralisation d'habitude utilisée pour être en lien à l'autre semble alors ne plus lui être nécessaire. Elle peut maintenant être en lien autrement, sans doute être enfin elle-même plutôt que de venir jouer un rôle ?

La théâtralisation semble aussi, pour Madame T, être une manière de prêter ses émotions à autrui afin de mieux les supporter, de mieux les comprendre, la rendant alors actrice et non passive face à ses ressentis auparavant inexprimables. Passer par l'autre pour exprimer ses ressentis doit lui permettre de s'en détacher et donc de mieux les accepter. Cela est également observable lors d'une séance au cours de laquelle, les autres résidents abordant la couleur de leurs vêtements, Madame T fait remarquer qu'elle est vêtue de noir, couleur semblant l'effrayer tant elle s'agite en prononçant ces mots, peut-être l'apparente-t-elle au deuil. Logorrhéique, elle agite ses membres supérieurs de manière désorganisée, semblant mimer quelque chose de mortifère en omettant toute forme de coordination. Juste après cela, elle tente de rentrer dans une forme de jeu au sein duquel elle essaye de me faire peur. J'ai alors l'impression que par le biais de ce jeu, elle souhaite me faire vivre la peur qu'elle a pu ressentir en abordant ce sujet.

Cette habitude à la théâtralisation s'étant peu à peu instaurée entre nous, je peux également en être à l'origine au fur et à mesure, m'en servir comme un moyen de communication semblant acceptable et intelligible pour elle. Ce moyen de communication alors instauré est accompagné d'un accordage tonico-émotionnel important, me servant de mon tonus abaissé pour jouer sur son hypertonie.

À chacune des fins de séance, Madame T semble manifester des difficultés à se séparer, à mettre fin au groupe. Toutefois, il lui est compliqué de verbaliser ses éprouvés lors des premières séances. Lors de l'une d'elles, elle s'assoit dans une chaise figurant l'espace du groupe. Cependant, elle ne s'y assoit qu'à moitié, une partie de son corps restant dans le vide. Elle semble alors en demande que l'on vienne s'asseoir à ses côtés, comme si une grande proximité était une condition pour qu'elle se sente en relation avec ce dernier. Madame T me donne de nouveau cette impression lors de la dernière séance. En effet, lors de l'annonce de la fin, elle prend dans ses mains celle de Mélanie ainsi que la mienne. Très logorrhéique, elle complète son discours par une gestuelle notamment manuelle. Nos mains, tenues dans les siennes, suivent ses mouvements. J'ai

l'impression qu'elle considère nos corps comme étant dans la continuité du sien, comme si elle avait fusionné avec nous, ne percevant alors pas la limite entre ses propres mouvements et les nôtres.

Un jour, la fin du groupe arrivant, Madame T s'installe dans l'un des fauteuils que nous remettons normalement en place à ce moment-là afin de marquer spatialement la fin de ce temps. Elle nous empêche alors de redisposer l'espace comme il l'est lors au quotidien. Je la questionne sur la raison de ce geste, si s'installer à cet endroit lui permettrait de rester encore un petit peu dans le groupe. Peinée, elle me répond que oui. Elle me retient par la parole, me sollicitant dès que je tente de m'éloigner. J'ai alors l'impression que Madame T cherche à ce moment à ressentir le contrôle qu'elle peut avoir sur son environnement, sentir que tout ne s'impose pas à elle. N'osant moi-même plus partir, elle rend cette séparation couteuse pour moi aussi. Madame T semble alors utiliser son corps afin d'avoir un impact sur son environnement.

Lors de l'avant dernière séance, quand vient le moment d'annoncer notre séparation, Madame T, debout à côté de moi, continue de tenir ma main ainsi que celle de son autre voisine alors que notre ronde s'est déjà séparée. Elle semble ne pas vouloir lâcher, vouloir maintenir symboliquement ce lien, le maintenir par quelque chose de concret, quelque chose de corporel. Je lui propose alors de se diriger vers l'espace dédié au goûter, elle s'y rend en m'y amenant avec elle par le biais de cette main qu'elle ne lâche pas, ce que je lui fais remarquer. À ce moment, Madame T m'exprime à quel point il lui est compliqué de « ne pas réussir à me lâcher ». Nous nous trouvons chacune d'un côté d'un poteau traversant la pièce et, à la suite de ces mots, elle se cache derrière cet obstacle qui nous aurait obligé à nous lâcher les mains pour continuer à avancer. Un jeu de cache-cache s'instaure alors, Madame T semble venir, ici, jouer cette alternance d'absence et de présence, comme une manière de s'habituer peu à peu à notre absence, une manière de trouver un intermédiaire plus acceptable de vivre cette séparation par le biais du jeu. En effet, ce jeu du tout petit accompagne le bébé dans son processus d'intégration de la permanence de l'objet. Madame T viendrait-elle ici vérifier qu'elle existe toujours pour nous lorsque nous ne sommes pas en sa présence ?

Lors de la dernière séance, quand vient la fin, Madame T semble s'agripper à Mélanie et moi-même, nous gardant auprès d'elle par le biais de sa logorrhée ainsi que corporellement, de par la fermeté avec laquelle elle nous tient les mains. Je retrouve ici aussi un agrippement semblable à celui de l'enfant à son doudou, par exemple.

Dès lors, nous allons étayer ces instants cliniques par des apports théoriques concernant les relations interpersonnelles, la maladie d'Alzheimer ainsi que la danse.

PARTIE THÉORIQUE

1. Les relations interpersonnelles

1.1. Structure du rapport interpersonnel

1.1.1. *L'origine du lien*

L'attachement est un besoin inné vital apparaissant dès la naissance, comme tout besoin, tout humain doit le satisfaire pour survivre au même titre que boire, se nourrir ou dormir. L'attachement est alors qualifié par Bowlby (cité par Dugravier & Barbey-Mintz, 2015) de besoin vital primaire. Chaque être humain naît et meurt avec ce même besoin, présent à tout âge de la vie.

L'enfant n'étant pas autonome à la naissance, cette survie dépend de l'adulte. Ce dernier va alors faire l'objet d'un attachement. Le bébé aura pour figure d'attachement tout caregiver, tout donneur de soin, s'engageant émotionnellement et durablement auprès de l'enfant. Le bébé établit une hiérarchisation de ses différentes figures d'attachement en distinguant une figure d'attachement principale des figures d'attachement subsidiaires. Les figures d'attachement choisies dans les premiers mois de la vie représentent les figures d'attachement primaires tandis que celles survenant plus tardivement correspondent aux figures d'attachement secondaires.

Pour Bowlby (cité par Dugravier & Barbey-Mintz, 2015), tout enfant qui vient au monde a un besoin de créer un lien d'attachement pour assurer une protection et un sentiment de sécurité interne. Ce lien d'attachement se construit progressivement, se renforçant avec le temps selon les soins apportés par l'adulte. Les comportements d'attachement du bébé s'adaptent en fonction de la réponse apportée par leur figure d'attachement. Ainsi, ils peuvent les minimiser si la réponse de l'adulte n'est pas ajustée à la demande de l'enfant ou bien les maximiser en cas d'absence de réponse.

La genèse du lien d'attachement se fait selon quatre étapes :

De zéro à trois mois le bébé adresse des comportements d'attachement sans distinction, ces comportements ne sont alors pas dirigés personnellement.

De trois à six mois les comportements d'attachement du bébé, percevant la régulière présence de certains adultes à ses côtés, s'orientent vers une ou plusieurs figures d'attachement.

De six à vingt-quatre mois la locomotion naissante du bébé lui assure un maintien de la proximité avec sa figure d'attachement, le rendant alors actif dans la relation. Le bébé, afin d'entamer son exploration de l'environnement, nécessite une réassurance trouvée auprès de sa figure d'attachement vers qui il revient régulièrement. C'est ainsi, auprès de sa figure d'attachement, que naîtra l'autonomie du bébé.

De vingt-quatre mois à trois-quatre ans le langage apparaissant et les fonctions cognitives se développant, l'enfant tolère de mieux en mieux l'alternance de séparation et de retrouvailles avec sa figure d'attachement. C'est la représentation mentale du partenariat émergent. Puis, l'enfant adapte à son tour son comportement à sa figure d'attachement en tenant compte de ses émotions et en faisant preuve d'empathie. C'est le partenariat corrigé quant au but.

La relation entre le parent et l'enfant se construit au quotidien et notamment lors des soins. Ce mode de relation leur est alors propre, régulier et permet la construction de la personnalité de l'enfant. Winnicott (cité par Golse, 2007) évoque les fonctions de l'environnement dans le développement psycho-affectif de l'enfant :

- La Préoccupation Maternelle Primaire :

La mère, dotée d'une capacité d'empathie, peut comprendre les besoins de son enfant par le biais de l'identification projective.

- La fonction de miroir de la mère :

Le bébé est un émetteur d'émotions. Il peut, par le biais du visage, voir le reflet de son propre visage. Cette expérience se répétant, l'enfant pourra petit à petit y mettre du sens. La mère, en se basant sur ce qu'elle comprend des émotions de son enfant, les enrichit en amplifiant et en modifiant cette imitation (Bachollet & Marcelli, 2010). Ce passage du symbolique à la réalité permet

au bébé de se différencier, d'entamer un processus de séparation du Moi et du non-Moi. C'est le stade de l'identification primaire.

- Le holding :

Le holding correspond au soutien tant physique que psychique donné par la mère à l'enfant, à la façon dont l'enfant est porté. Il constitue l'une des trois dimensions dans lesquelles l'environnement intervient afin de permettre la maturation du Moi. Pour Marcelli et Bachollet (2010), lorsque le bébé est dans les bras de sa mère, un dialogue tonico-émotionnel se met en place. Ce dernier est un point d'appui de la transmission émotionnelle. Durant ces expériences chargées d'affects, le bébé est davantage sensible à la manière dont sont réalisés les soins qu'aux actes purs de l'adulte. Il est ainsi sensible à l'intensité, au rythme, aux différentes formes d'interactions (visuelles, auditives, tactiles, ...) (Davis & Wallbridge, 1981).

La seconde est le handling, ce dernier se rapporte aux soins physiques et utilitaires donnés à l'enfant, à la manière dont l'enfant est manipulé, soigné. Le handling est également assimilable aux soins affectifs réalisés dans le même temps, tels que les caresses.

Ensuite vient l'object-presenting, la mère fait office de premier objet pour l'enfant qui la rêve jusqu'à ce qu'elle soit à sa disposition au moment où il en a le besoin. C'est ce que Winnicott (cité par Davis & Wallbridge, 1981) appelle l'objet trouvé-crée par l'enfant. D'autres objets pourront, plus tard, substituer la place de premier objet de la mère.

Le type d'attachement dans lequel se développe le bébé définit les types d'attachement dans lequel s'épanouira l'adulte en devenir, ses relations avec ses pairs et avec son environnement. Nous allons désormais nous pencher sur ces dernières.

1.1.2. Les relations

Tout d'abord, « la notion de relation désigne la forme et la nature du lien qui unit deux ou plusieurs personnes » (Marc & Picard, 2020, p.3). Omniprésentes par le biais de leur diversité avec notamment les relations familiales, amoureuses, amicales, les relations constituent une dimension élémentaire à chacun. De fait, à l'origine de notre bien-être et de notre équilibre psychique, elles sont source d'émotions et de sentiments puissants. Les liens affectifs, aussi bien amoureux qu'amicaux, et vécus comme un partage et un échange, sont ressentis « comme une des conditions

essentielles du bonheur » (Marc & Picard, 2020, p.53). Les relations interpersonnelles sont alors siège du développement de la personnalité. En effet, le regard qu'autrui porte sur nous influence grandement la conscience que nous avons de nous-même, l'estime de soi. De fait, « la relation répond aussi à un besoin de reconnaissance » (Marc & Picard, 2020, p.22).

Pour instaurer une relation entre deux sujets, il est nécessaire que ceux-ci éprouvent une attirance l'un envers l'autre. L'attirance d'un individu pour un autre se base le plus souvent sur des similitudes. Cette ressemblance évoque des sentiments positifs au sujet là où des divergences évoqueraient des sentiments négatifs. Cependant, l'attirance se base également sur la notion de complémentarité entraînant le sujet, sous une forme de compensation symbolique, à se diriger vers une personne ayant la capacité à réaliser l'infaisable pour lui. De fait, les fondements du lien interpersonnel se situent bel et bien au niveau des affects.

Selon Marc et Picard (2020), la nature de la relation entre deux individus dépend de ce degré d'engagement émotionnel et d'implication de soi. L'intimité, par exemple, se rapporte à l'engagement affectif et émotionnel absolu, source de l'épanouissement de soi pour les sujets. Mais la nature des relations est aussi fréquemment associée aux personnalités des sujets l'entretenant. Toutefois, des relations en présence de protagonistes bien différents peuvent être de même nature. Ces relations dépendent alors de la position prise par chacun en leur sein, c'est ce que l'on nomme le rapport de place. Ces places, amenées à évoluer au cours de la relation, font de la relation un système dynamique, en mouvement permanent. C'est dans les réalités objectives, sociales, culturelles et subjectives de par la manière dont le sujet perçoit sa position dans la relation que s'ancre alors la notion de place (Marc & Picard, 2020).

Marc et Picard (2020), abordent les relations interpersonnelles selon l'abord de leur temporalité. En effet, toutes s'inscrivent dans une durée qui leur est propre. La temporalité des relations peut être approchée à plusieurs niveaux. Le premier se fait dans l'ici et maintenant, dans l'immédiateté de la rencontre. Le second serait dépendant des expériences passées de chacun des protagonistes, le présent s'inscrit dans un avant et un après. De plus, le passé affectif de chacun, et notamment de la petite enfance, détermine la manière d'entrer en relation future du sujet. Enfin, la relation est également influencée par le contexte dans lequel elle se développe.

En effet, « dans la perspective psychanalytique, la relation interpersonnelle est sous-tendue par des processus inconscients de nature pulsionnelle et défensive, et s'appuie sur les expériences

relationnelles de l'enfance » (Marc & Picard, 2020, p.64). Dès l'enfance, les relations sont investies de fantasmes, de désirs pulsionnels, désir que l'on retrouvera plus tard dans toutes formes de relations interpersonnelles.

De la relation qu'entretiennent deux individus découlera un mode de communication qui leur est propre. De fait, la communication est un passage obligatoire pour entrer en relation avec autrui.

1.1.3. Communication

« La communication, elle, est le rapport d'interaction qui s'établit lorsque les partenaires sont en présence (...). C'est à travers elle que la relation se constitue, se développe et évolue ; elle représente donc la dimension dynamique du lien » (Marc & Picard, 2020, p.3-4). La communication est alors un système complexe et producteur de sens et d'enjeux pour les protagonistes. Ainsi, « « communiquer » c'est aussi : définir une relation, affirmer son identité, négocier sa place, influencer l'interlocuteur, partager des sentiments ou des valeurs et, plus largement, des significations » (Marc & Bonnal, 2020, p.78).

La communication ne se limite pas au message verbal émis mais est complétée par les signaux non-verbaux. Ceux-ci permettent d'enrichir le message par le biais de symboles sous forme de gestes, de postures, de mimiques, du ton employé, de la puissance de la voix, ... Le visage est alors source de grande expression infraverbale et ce notamment pour la transmission des émotions. D'après Marc et Bonnal (2020), notre corps, en structurant les échanges, endosse une fonction relationnelle notamment par le biais de gestes adressés à l'autre, gestes tendres, salutations, des gestes symboliques qui dépendent de la culture de chacun.

Les rituels sociaux sont grandement dépendants de la culture mais, pour certains, presque connus de tous, ils permettent un équilibre, une stabilité. Ces rituels engagent souvent les deux protagonistes en instaurant un échange sous forme d'aller-retour, l'intervention de l'un suscitant un retour de la part de son interlocuteur. Cette « façon d'agir situe d'emblée les relations sociales sous le signe d'une équité, de l'échange et de la réciprocité (...) principe régulateur fondamental des contacts sociaux » (Marc & Bonnal, 2020, p.46).

Pour Marc & Bonnal (2020), il existe deux conditions à une bonne communication. Être en lien avec autrui signifie également être capable de se mettre à sa place, de vivre émotionnellement et corporellement une expérience telle qu'il la vit, de faire preuve d'empathie. Cette capacité d'empathie est source de compréhension de l'autre. De fait, l'absence d'empathie entrave grandement l'échange. Ensuite, une bonne communication se base sur la capacité de congruence des protagonistes, soit l'adéquation entre ce que le sujet ressent, la manière dont il comprend ses ressentis et sa façon de les exprimer.

Les communications comprenant alors l'ensemble des interactions avec autrui, l'on peut distinguer la communication interpersonnelle des communications groupales. En effet, les relations groupales, elles, se discriminent des relations interpersonnelles en raison du nombre de protagonistes engagés. De fait, le groupe obéit à des mécanismes particuliers.

1.2. Le groupe

1.2.1. Les phénomènes de groupe

Le groupe ne peut se réduire qu'à l'addition des éléments le composant mais « un groupe s'alimente des liens narcissiques et objectaux des participants, des relations d'interdépendance entre les différents membres qui le composent » (Potel, 2019, p.423). Le groupe est un système de communication, d'interactions et ainsi, de relations au sein duquel les processus de la vie quotidienne se trouvent amplifiés. Cette relation, perçue comme le ciment du groupe, relie l'individu aux autres membres faisant du groupe une expérience affective partagée. Le contexte groupal résulte alors des interactions de ses membres ainsi que de leur motivation à tendre vers un but commun à l'origine de sa naissance (Marc & Bonnal, 2014).

Au sein d'un groupe thérapeutique, le thérapeute endosse tout d'abord une fonction maternelle en accueillant ce qu'apportent les membres du groupe par le biais d'un holding, d'un handling et d'un object presenting précédemment évoqués. Ainsi, il a une fonction de pare-excitation. L'aspect corporel d'une médiation l'entraîne également à exercer une fonction paternelle, venant bousculer le fonctionnement des patients en limitant les passages agressifs ou sexuels dans un cadre où les pulsions sont sollicitées.

Le thérapeute a également pour fonction de rassembler mais aussi d'accompagner les sujets dans leur différenciation. Les cadres physiques et psychiques qu'il apporte permettent au sujet de tisser des liens entre réalité interne et externe, de donner du sens à ce qui se joue au sein des séances (Lesage, 2009). Ainsi, la présence structurante du thérapeute à la tête du groupe crée un climat psychologique sécurisant, une atmosphère de confiance laissant libre court à l'expression et l'abaissement des défenses des patients. Lorsqu'ils sont suffisamment en confiance, une fluidité dans leur communication peut alors s'instaurer.

Cette sécurité se retrouve également grâce à la fonction d'enveloppe qu'endosse le groupe. Ce dernier peut alors être considéré comme un corps protégé par une enveloppe faisant office de limites entre l'intérieur et l'extérieur du groupe. Elle assure la protection de ce dernier en équilibrant ses échanges avec le dehors. Ainsi, selon Lesage (2009), au groupe pourrait s'appliquer la notion de Moi-Peau, louant à cette enveloppe groupale des qualités de contenance, de filtre, de pare-excitation, d'individuation. En effet, le collectif, fort et porteur, est aussi lieu d'expression des individualités, des singularités de chacun (Beaudoin & Pépin, 2013). Ses caractéristiques contenantes font du groupe le lieu où peut s'exprimer son soi intime amenant le sujet à dévoiler son authenticité. Le besoin de chacun des participants de s'individualiser, associé à leur recherche d'intégration anime le groupe.

Pour Foulkes (cité par Marc & Bonnal, 2014), des réactions inconscientes nouent les participants d'un groupe, celles-ci sont repérables aux personnifications de certains éléments inconscients. De ce fait, certains membres du groupe vont incarner, par exemple, le bouc émissaire se présentant comme le « mauvais objet » ou comme l'objet de pulsions agressives, ou encore le séducteur représentant la dimension pulsionnelle, l'expression du Ça, ... Cette personnification correspond alors à l'expression de conflits intérieurs extériorisés afin de mieux les appréhender en groupe. Les communications pathogènes sont alors évitées au profit de communications saines au sein du groupe.

Chacun des membres du groupe se trouve dans un désir grandissant de se différencier de ses pairs, de se sentir unique et autonome. La volonté d'être admiré, le désir de visibilité conforte le sentiment de chacun d'exister pour soi et pour l'autre. Ainsi, afin de s'auto-évaluer, le sujet se compare à l'altérité, comparaison pouvant être source de détresse, de motivation ou de valorisation. De là peuvent naître des rivalités. Alors, le contexte groupal permet l'émergence des problématiques relationnelles de chacun mais c'est également le lieu de ses résolutions par les

phénomènes que permet ce contexte : « créer du lien ; faire l'expérience de l'authenticité et restaurer sa capacité d'aimer et d'être aimé » (Marc & Bonnal, 2014, p.249).

1.2.2. La dynamique groupale

Selon Moreno (cité par Marc & Bonnal, 2014), l'homme n'existe qu'en relation. Cette condition fait alors de lui un être abordable et pleinement appréhendable dans le groupe. La pratique collective pour les personnes âgées est alors, d'après Missoum (cité par Klotz, 2010, p.39-40), l'un de moyens les plus efficaces de favoriser la relation à autrui, de renforcer la stabilité et de stimuler les contacts sociaux. En effet, la pratique groupale permet une lutte contre l'appauvrissement affectif de par ses caractéristiques relationnelles.

Un groupe, constitué de plusieurs réalités individuelles, est un lieu de réalité commune à chacun des membres du groupe. En effet, « la cohésion d'un groupe provient, selon Freud, de l'identification de ses membres au même idéal du moi » (Lesage, 2009, p.110). Le maintien dans le temps de cette cohésion est alors dû aux forces qui tissent un lien de coopération entre les membres. Chacun, dans la volonté de s'intégrer au groupe, se plie aux valeurs de ce dernier. Dès lors, le respect d'autrui et la réciprocité constituent les deux normes fondamentales de la vie en société (Marc & Bonnal, 2014).

Chaque groupe est différent et possède une structure qui lui est propre ce qui aboutit à une plus ou moins grande cohésion entre les différents membres. Ainsi, l'existence d'un groupe dépend de la capacité à atteindre ses objectifs plus aisément que si chacun des membres tentait de les atteindre séparément, créant ainsi une interdépendance réciproque (Kaës, 2002).

Mais l'existence du groupe dépend également de l'unité présente au sein de celui-ci. En effet, « un des phénomènes majeurs dans la dynamique groupale est le besoin d'unité, d'intégration et d'approbation, besoin qui peut conduire à un conformisme » (Marc & Bonnal, 2014, p.103). Selon Winnicott (cité par Marc & Bonnal, 2014), de la recherche d'intégration du Moi découle la prospection d'unité. Des angoisses archaïques pourraient émerger de cette désintégration du moi due à la différence entre les individus : de vide, de morcellement, de perte d'identité, ... C'est alors que le groupe s'échafaude sur des systèmes collectifs de défense contre une angoisse de mort ou de séparation. De fait, le groupe est souvent tiraillé entre une recherche

d'homéostasie, d'équilibre, de conformisme sécurisant et une volonté de changement, de différenciation.

Cette recherche d'unité, de cohésion émane du ressenti positif qu'elle procure en opposition avec le sentiment négatif d'insécurité provoqué par la division et la discorde (Marc & Bonnal, 2014).

Pour Marc et Bonnal (2014), cette unité dépend :

- De la normalisation :

Elle correspond aux habitudes, aux normes de fonctionnement d'un groupe.

- Du conformisme :

Il s'agit de la volonté de chacun de se conformer à des normes pour s'intégrer à un groupe. Cela peut alors se faire naturellement car, la différence pouvant être source de menace pour l'unité groupale, les individus sont poussés à la conformité. De fait, le conformisme entrave l'expression des spécificités de chacun afin de répondre aux attentes du groupe pour s'y intégrer.

- De la sécurisation :

Elle est nécessaire afin de se sentir exister, de s'autoriser à s'exprimer face au groupe et résulte d'une peur du jugement de l'autre.

- De la tendance à l'intégration :

Chacun ressent le besoin d'appartenance au groupe et de se sentir considéré par les membres de ce dernier, ce sentiment pouvant alors, à l'extrême, aller jusqu'à une volonté de fusion issu du lien primaire d'attachement.

- De la capacité à trouver la bonne distance :

Le maintien d'un lien pérenne entre les membres du groupe nécessite de trouver une juste distance. Une trop grande proximité serait source de douloureuse dépendance à l'autre tandis qu'une distance trop importante ferait vivre un sentiment de lancinante solitude.

D'après Puxeddu (2020), le groupe est une entité spécifique endossant une fonction de contenant, une enveloppe propice au développement de soi, de sa subjectivité, à l'expansion émotionnelle et expressive de par la liberté de choix qu'il propose. En effet, la relation que chacun

entretien avec lui-même est indissociable de la relation qu'il entretient avec les autres. Dès lors, si le groupe est un système de relations interpersonnelles à l'origine du sentiment d'appartenance, les relations naissant du travail groupal sont propices à la restauration d'une nouvelle image de soi positive. Potel (2019) appuie ces propos. Selon elle, si les thérapeutes peuvent faire office d'appui sécurisant, ce sont les pairs qui accompagnent le sujet dans la construction de soi par le biais de conflits mais aussi d'identification.

2. La maladie d'Alzheimer

2.1. Définition, étiologie

C'est en 1906 qu'Alois Alzheimer décrit pour la première fois la maladie d'Alzheimer. Il s'agit de la première cause de trouble neurocognitif majeur et de dépendance de la personne âgée. L'incidence de cette maladie est estimée à 900 000 personnes en France, touchant principalement des personnes âgées (75-85 ans) (HAS, 2018). Cette maladie est liée à l'âge et représente 25% des démences chez les 65-69 ans tandis qu'elle correspond à 86% des démences chez les personnes de plus de 90 ans.

Tout d'abord, comme l'explique Catherine Belin (2014), la classification de la maladie d'Alzheimer a récemment évolué avec l'apparition du DSM-5. Faisant auparavant partie des démences, la maladie d'Alzheimer est aujourd'hui considérée comme étant une origine possible au trouble neurocognitif. Cette nouvelle catégorie de trouble est caractérisée par la présence d'un déclin cognitif par rapport aux capacités antérieures, dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Les fonctions cognitives alors susceptibles d'être engagées dans ces troubles sont : l'attention, les fonctions exécutives, la mémoire et les apprentissages, le langage, la cognition, l'orientation, les praxies et les gnosies ainsi que la cognition sociale. Ces troubles neurocognitifs pourraient être majeurs ou légers, avec ou sans troubles comportementaux. En cas de trouble neurocognitif majeur, l'autonomie dans les actes quotidiens serait mise à mal.

La maladie d'Alzheimer pourrait donc être définie comme une dégradation progressive de la mémoire et des fonctions cognitives mettant notamment en jeu l'exécution d'actions, le langage, la reconnaissance et ainsi, le lien à l'autre.

Diverses hypothèses s'entremêlent encore concernant l'émergence de la maladie d'Alzheimer mais l'origine multifactorielle reste aujourd'hui privilégiée. En effet, la présence anormale de la protéine TAU dans le liquide céphalo-rachidien induirait une dégénérescence neurofibrillaire, cette dernière serait accompagnée de la formation de plaques amyloïdes sur les neurones ralentissant et diminuant les connections nerveuses. Cette dégénérescence serait prédominante dans les régions pariéto-temporo-occipitales et notamment au niveau de structures impliquées dans la mémoire telles que l'hippocampe (Krolak-Salmon, 2014 & Montfort, 2009).

D'après Helmer (2014), les facteurs vasculaires et en particulier l'hypertension artérielle, le niveau d'éducation ainsi que les conditions de vies générales et notamment l'alimentation pourraient constituer des facteurs de risques de démence.

Les troubles mnésiques sont les signes premiers de la maladie d'Alzheimer, concernant dans un premier temps la mémoire à court terme avant de toucher la mémoire à long terme. Ceux-ci sont accompagnés de la triade aphasie, apraxie, agnosie. L'agnosie entrave alors les capacités du sujet à reconnaître les objets, les visages, ... tandis que l'apraxie se traduit par une difficulté pour le sujet à adapter ses mouvements au but recherché. Enfin, l'aphasie étant un trouble du langage, limite les capacités communicationnelles du sujet.

La maladie d'Alzheimer est aussi caractérisée par une importante désorientation spatio-temporelle ainsi que de troubles du comportement constituant alors les symptômes comportementaux et psychologiques des démences. Ainsi sont observables une dépression ou une anxiété voir parfois une apathie associée à une irritabilité. L'agitation et l'agressivité prennent elles aussi une place importante dans la démence de type Alzheimer se liant à des symptômes positifs tels que les hallucinations visuelles ou auditives, des idées délirantes, ...

2.2. Sémiologie générale et psychomotrice

2.2.1. Sémiologie générale

L'évolution de la maladie est très variable d'un sujet à un autre mais l'on distingue tout de même une évolution en trois stades dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. Ces trois stades sont précédés d'une phase prodromale caractérisée par la présence de symptômes discrets semblant trop bénins pour alerter.

Le premier stade autrement dit stade léger prend place durant les deux à quatre premières années suivant l'installation de la maladie. Il se caractérise par une perte de mémoire à l'origine d'une gêne dans l'accomplissement d'un travail ou d'une tâche domestique, un oubli des choses simples entraînant le sujet à user de périphrases pour compenser, une perte d'intérêt pour les activités et les plaisirs habituels ainsi que d'une perte du sens commun. On observe des modifications émotionnelles mais l'autonomie est préservée durant cette phase.

Le second stade, présent au cours des trois à six premières années correspond au stade modéré. Alors, on assiste à une aggravation des symptômes et à l'apparition de nouveaux troubles cognitifs. Le sujet montre une prosopagnosie, incapacité à identifier un ami ou un proche, une désorientation temporo-spatiale entraînant une errance. La personne est dans une incapacité à accomplir les gestes de la vie quotidienne, c'est l'apparition des apraxies. Les agnosies visuelles peuvent parfois entraîner des réactions agressives de la part du sujet. Les symptômes positifs tels que des délires et hallucinations voient alors le jour. Enfin, la personne est sujette à des insomnies du fait de la désorganisation de ses rythmes circadiens.

Enfin, le stade sévère arrivant en dernier lieu est observable au-delà de la sixième année de la maladie. Celui se caractérise par une nouvelle accentuation des difficultés mnésiques jusqu'à la perte totale de la mémoire, le sujet serait en incapacité de reconnaître les membres de sa famille, de reconnaître des mots, ... S'y ajoute une apraxie de plus en plus importante impactant alors les transferts ainsi que la marche pouvant aller jusqu'à l'alitement. Le comportement de la personne devient inadapté. L'on observerait également des troubles de la déglutition.

Les difficultés mnésiques sont alors dominantes dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. En effet, « avec la maladie :

- Les expériences passées viennent d'un passé très lointain, donc décalé par rapport au présent
- L'expérience présente n'est pas toujours mémorisée
- La faculté d'anticipation est altérée » (Delamarre, 2014, p.200).

Toutefois, pour Delamarre, grâce à l'amygdale, l'encodage ainsi que le rappel d'une information sont grandement favorisés par le contexte émotionnel ainsi que par le sentiment de familiarité, offrant à la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer une porte d'accès à sa mémoire. Alors, « la mémoire n'a pas toujours besoin de passer par la parole. L'émotion, la

familiarité montrent effectivement que l'acte de mémoire peut, tout en demeurant conscient, se ressentir » (Delamarre, 2014, p.93).

2.2.2. Être dans son corps dans la maladie d'Alzheimer

La réduction quantitative et qualitative du mouvement est indissociable du vieillissement psychomoteur, mais la désorganisation tonique associée à la sensation de vulnérabilité de la personne atteinte de démence restreint d'autant plus ses possibilités motrices. Le syndrome apahaso-apraxo-agnosique dont parle le neurologue, psychologue, gériatre, Monfort (2009) serait alors une des conséquences de la déstructuration du schéma corporel d'ores et déjà touché dans ses aspects représentationnels, psychiques et sémantiques. En effet, le sentiment d'identité peut être mis à mal par les pertes sensorielles, motrices et relationnelles.

La désorganisation corporelle dans la maladie d'Alzheimer se fait selon trois étapes, atteignant dans un premier temps la capacité de faire d'un individu avant d'entraver sa capacité d'être. La première étape se traduirait alors par la déformation de l'image du corps. En effet, tout au long de sa vie, l'individu est amené à s'adapter à ses changements corporels incessants, cependant, « la maladie d'Alzheimer réduit la possibilité de créer de nouvelles représentations et avec l'avancée de la pathologie, elle finit par détruire celles existantes » (Meyre, 2018, p.41). L'image du corps alors altérée, renvoie à une vision négative de soi.

Vient ensuite la détérioration des fonctions assurant l'autonomie corporelle. En effet, le sujet atteint d'un syndrome dysexécutif fait preuve de difficultés à organiser des tâches d'abord complexes puis habituelles.

Dans un troisième temps, la continuité du sentiment physique de soi sera remise en cause se traduisant par une alternance entre agitation anxieuse et indifférence passive (Charazac, 2009).

L'individu atteint de la maladie d'Alzheimer serait alors en lutte permanente, usant de son corps pour se protéger contre la mort, considérant la station debout comme synonyme de corps fonctionnel (Monfort, 2009). De même, Dolto (cité par Hoenner & Gardey, 2004) aborde l'image du corps comme élément constitutif du sentiment d'exister d'un être humain. Cette continuité narcissique se met en place par le biais d'une continuité spatio-temporelle cependant défailante chez le sujet amnésique. Cette discontinuité pourrait ainsi être à l'origine d'une difficulté à se représenter son corps (Hoenner & Gardey, 2014).

Alors, « par les intenses modifications du schéma corporel et de l'image du corps, la personne âgée atteinte de démence se retrouve en difficulté pour mentaliser et donc avoir une image mentale de son corps » (Meyre, 2018, p.42). Par la suite, le sujet, pouvant avoir des difficultés à se reconnaître dans le miroir, verra son identité se fragiliser et son narcissisme touché.

Les premiers stades de la démence sont synonymes de plaintes concernant les difficultés mnésiques concentrant toute l'attention sur les capacités intellectuelles de la personne. Qu'en est-il alors de leur mémoire corporelle ? Le corps est effectivement abordé uniquement selon l'aspect douloureux qu'il peut faire vire. Cependant, cette mémoire du corps se manifeste constamment par le biais du schéma corporel, des réflexes, des vécus kinesthésiques ou bien des sensations aussi bien agréables que désagréables. Tout cela parle du vécu et du passif de la personne, des sentiments, des sensations, des vécus affectifs inconscients et propres à chacun (Hoenner & Gardey, 2004).

2.2.3. Les fonctions du Moi Peau

Pour Anzieu (cité par Hoenner & Gardey, 2004), toute fonction psychique nécessite, pour se développer, l'appui sur une fonction corporelle dont elle pourra se détacher par la suite. Ainsi, il serait possible de faire le lien entre le corps de la personne démente et son atteinte narcissique. Pour cela, il s'appuie sur les neuf fonctions du Moi-peau dont cinq peuvent être abordées dans le cadre d'une médiation corporelle.

La première serait la fonction de maintenance, permettant au nourrisson de se nourrir d'un appui externe lui permettant l'acquisition d'un appui interne. Cependant, dans le cas où les limites entre le dedans et le dehors viendraient à s'amenuiser dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, cette projection deviendrait inefficace. Alors, le sujet viendrait à perdre son image du corps, son schéma corporel et ainsi, sa conscience de soi laissant ses contenus intrapsychiques se dérober.

Ensuite viendrait la fonction contenante : la peau endosserait le rôle de liant entre tous les éléments du corps en le recouvrant. Une carence de cette fonction apporterait le sentiment de manque de continuité de l'enveloppe qui devient alors un Moi-passoire. La porosité de cette enveloppe laisserait alors s'échapper pensées et souvenirs. Cela, dans le cadre de la maladie

d'Alzheimer, pourrait se traduire par la difficulté de conservation des souvenirs ainsi que par les angoisses suscitées par une perte du sentiment de la continuité du Soi.

Puis, la fonction pare-excitation normalement assurée par les caractéristiques protectrices de l'épiderme et prenant appui sur la musculature, permet la protection du corps et du psychisme d'éventuelles agressions et stimulations nociceptives venant de l'extérieur. Cependant, l'hypertonie observable chez la personne démente et induite par une motricité investie en termes de gestes répétitifs, de déambulation ou d'agitation permanente, peut venir entraver cette fonction.

La fonction d'individuation alloue à la peau une qualité de limite entre le soi et l'extérieur permettant ainsi de se reconnaître en tant qu'individu. Elle est déficiente chez la personne démente du fait d'un affaiblissement du moi venant estomper ces frontières. Cela entraîne un sentiment « d'inquiétante étrangeté », de non-reconnaissance de son corps venant bousculer le sentiment d'identité.

Enfin, la fonction d'intersensorialité où la peau est considérée comme un liant entre les différents organes sensoriels peut être, si elle est disetteuse, comme c'est le cas dans le processus démentiel, à l'origine d'angoisses de morcellement du corps, de démantèlement. Ces angoisses se traduisent par un ressenti de fonctionnement anarchique et dissocié des différents organes sensoriels (Hoenner & Gardey, 2004).

1.3. Compréhension du monde altérée

1.3.1. Atteinte de l'identité

D'après Charazac (2009), la maladie d'Alzheimer s'accompagne très tôt de troubles de l'identité touchant alors le moi corporel. Selon lui, « Historiquement, le premier sens donné au mot démence condensait la perte de la raison et la perte de soi, au sens de la perte de l'identité » (Charazac, 2009, p.63). Il décrit la personne démente comme se dépersonnalisant, altérant les rapports à autrui et la conscience de soi.

L'identité représenterait le sentiment d'exister en tant qu'être singulier et d'être reconnu comme tel par l'autre. Alors, pour Mucchielli « c'est l'ensemble de nos sensations qui nous rappellent constamment que « nous sommes nous ». Le sentiment de continuité d'existence se fonde sur les expériences sensori-motrices » (cité par Meyre, 2018, p.43).

Cependant, d'après Duquenoy-Spychala (2005), le premier temps de la maladie d'Alzheimer se traduirait par un désinvestissement de la réalité extérieure caractérisé par un désintérêt, la perte de curiosité, le détachement en faveur d'un surinvestissement des souvenirs. La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer surinvestit le passé aux dépens de la réalité extérieure, entravant alors sa capacité à se remémorer qui elle est et ainsi, son sentiment de continuité d'existence.

Le second temps de la maladie serait ensuite caractérisé par « un appauvrissement des contenus de pensée, aboutissant à la sensation de vide mental, effacement des représentations des objets internes » (Duquenoy Spychala, 2005, p.49). Le patient se repliera sur ses perceptions en surinvestissant le canal sensoriel visuel pouvant alors aboutir, par appauvrissement des représentations, au retour des hallucinations mnésiques. En effet, ces hallucinations mnésiques sont la preuve de la confusion entre la réalité et l'omniprésence des souvenirs.

D'après Krolak-Salmon (2014), la famille peut aussi témoigner, dès le début de la maladie, d'un changement de caractère de la personne. Celui-ci se traduit par la présence de symptômes psychologiques et comportementaux tels que l'irritabilité, les troubles du sommeil, l'apathie comme difficulté d'initiation de l'action entraînant un repli sur soi ainsi que des signes dépressifs ou anxieux. Une anxiété avec agitation verbale telle que des cris ainsi qu'une agitation motrice avec la déambulation peuvent être synonymes de mode de réaction à l'environnement. La réponse apportée se fera alors souvent sous forme d'agressivité verbale ou physique. L'apparition d'hallucinations, d'idées délirantes traduiraient une perception et une interprétation de l'environnement altérée. Enfin, les personnes malades pourraient également faire preuve de désinhibition, de comportements langagiers, sexuels ou alimentaires inappropriés (HAS, 2018).

Cependant, « Pour l'Association Psychogériatrique Internationale, les « signes et symptômes comportementaux et psychologiques de la démence » sont définis comme étant les signes et les symptômes évocateurs de troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur et des comportements » (Delamarre, 2014, p.117). En effet, pour Gil et Poirier (2018), ces comportements sont décrits comme gênants par rapport à des normes culturelles et sociales. Toutefois, on s'aperçoit que l'incompréhension de l'environnement éprouvée par la personne

atteinte de la maladie d'Alzheimer serait à l'origine de cette réaction perturbatrice. Prenons l'exemple de ce que l'on nomme « agressivité », elle témoignerait alors d'une incompréhension ou bien d'une difficulté à s'exprimer, à exprimer son désaccord aussi bien que ses ressentis, ne trouvant nul autre moyen de communiquer avec autrui.

1.3.2. La transformation de la relation

La maladie d'Alzheimer est fréquemment décrite comme une pathologie du lien. La personne se déleste peu à peu de son histoire, de son rôle social, familial, ... En effet, d'après Charazac (2009), ce n'est pas uniquement le patient qui bascule dans la démence mais aussi la relation. L'évolution démentielle est synonyme d'entrée dans une relation d'une autre nature alors de l'ordre de la dépendance. Elle est décrite comme incohérente, arbitraire, associant l'incompréhension du patient au déni de l'aidant quant à ses propres vécus. Le couple aidant-aidé se voit alors contraint de trouver de nouveaux rythmes. Cependant, cet accordage est entravé par l'altération ou la perte de la parole plaçant le corps et le comportement au premier plan. De nouveaux modes de communication doivent ainsi s'instaurer.

Toutefois, les comportements sont souvent perçus comme perturbateurs au lieu de s'imposer comme une ressource. Initialement, les comportements sont un ensemble de séquences motrices ayant pour vocation d'interagir intentionnellement ou non avec l'environnement. Toutefois la personne atteinte de démence place son interlocuteur face à ses troubles du comportement définis par Charazac comme « le ralentissement ou l'excitation psychomotrice qui caractérise un trouble de l'humeur » (2009, p.100). Les troubles du comportement manifesteraient alors « l'incapacité d'une personne à gérer ses fonctions de manière autonome, notamment la décharge de ses excitations internes et la régulation de celles qui lui parviennent de l'extérieur » (Charazac, 2009, p.101). De cette perte d'autonomie découlerait une relation de dépendance à l'autre.

D'après Duquenoy Spychala (2005), la relation de dépendance aurait pour origine l'union étroite avec un objet d'étayage cherchant à compenser des structures intrapsychiques. En effet, cette fusion ferait partie des défenses antidépressives, c'est ce que l'on appelle la symbiose démentielle. Cependant, ce besoin de réassurance conduit la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à des conduites d'agrippement, forme de relation régressive à l'objet.

Pour Montfort (2009), la dégénérescence du cortex occipital entraverait la reconnaissance des proches. Alors, comment la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer pourrait-elle être en relation avec des personnes méconnues ? Quant à la dégénérescence du cortex limbique, elle entraînerait une diminution des émotions ressenties par les personnes atteintes de démences. Cependant, comme évoqué précédemment, la relation étant aussi bien à l'origine que dépendantes des émotions, celles-ci se trouveront nécessairement impactées par cet émoussement affectif.

Toutefois, pour Rousseau (2018), jusqu'aux stades avancés de la maladie demeure la valeur sociale de la communication et ce malgré les déficits linguistiques. En effet, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer préserveraient une capacité d'adaptation comportementale, des réactions et des interactions cohérentes avec leur entourage. De plus, le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer « serait plus adapté lorsqu'il est dans le « l'agir » que dans le « dire », sa communication avec son entourage serait plus adaptée lorsqu'il partage une expérience que lorsqu'il est en situation de dialogue » (Rousseau, 2018, p.27). C'est alors que le non verbal pourrait prendre le pas sur le verbal, mettant davantage l'accent sur la tonalité, l'écho émotionnel plutôt que sur le contenu du discours. L'expression comportementale devient alors primordiale, les mimiques, la posture, la gestuelle restent riches de sens chez les sujets atteints de démence. Dès lors résiderait tout l'intérêt de l'usage d'une médiation corporelle auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

3. Pourquoi faire danser en EHPAD ?

3.1. Danse et psychomotricité

3.1.1. *Le groupe danse comme médiation psychomotrice*

Dans un premier temps, qu'est-ce qu'une médiation ? D'après Potel (2019), la médiation offre un espace transitionnel, un lieu servant d'intermédiaire entre soi et l'autre. La médiation serait alors un objet commun, un élément à partager et à créer témoignant de la relation existante entre les membres d'un groupe par exemple. Au sein de ce dernier, le travail thérapeutique prend naissance à travers les échanges qui éclosent dans le jeu commun, partagé. Ainsi, exprimer sa créativité singulière permet à chacun des membres du groupe d'exister à part entière et ainsi de se faire sa place au sein de celui-ci.

La médiation corporelle offrira alors au patient un espace de « parole corporelle », source d'expression à part entière mais également lieu donnant place aux agirs du corps pouvant être reçus et écoutés par le thérapeute. Le groupe à médiation corporelle alors lieu d'expression du corps, lieu où se mouvoir en appui sur sa sensorialités (sensations, éprouvés, ressentis, ...) est source d'une symbolisation nécessaire à la construction psychique (Potel, 2019). De fait, la danse peut être envisagée comme médiation corporelle.

Historiquement, la danse constitue un fait social, un patrimoine relevant alors de la culture. La danse, pratiquée par différents peuples, constitue encore et toujours un facteur de socialisation. En effet, elle permet au groupe d'entretenir un sentiment d'unité, de convivialité grâce à la charge pulsionnelle et émotionnelle qu'elle engage.

Ainsi, continuons par une définition de la danse, « Danser c'est bouger, se mouvoir... même si l'immobilité est une figure de danse, mais alors une immobilité pleine, habitée et habitante. » (Lesage, 2009, p.12). La danse se rapporte au corps, au rapport que l'on entretient avec ce dernier, « c'est mettre en œuvre le mouvement en dehors d'une finalité instrumentale » (Lesage, 2009, p.12). La danse permet ainsi une mise en forme, une mise en mouvement du corps à partir de ce qui nous anime, des affects, des sensations, des vécus. La danse crée alors un espace relationnel, corporel et ludique permettant au sujet « une appropriation plus subjective de ses mouvements internes, d'un corps plus « sujet » » (Puxeddu, 2020, p.153).

Selon Laban (cité par Lesage, 2009, p.68), l'esprit inspire le mouvement tandis que dans le cas de la danse, c'est le mouvement qui serait à l'origine de l'activité spirituelle. Ainsi, la danse serait porteuse d'un aspect émotionnel et langagier. « Le mouvement-dansé est un processus de libre association au niveau mental, sensoriel, corporel » (Greilsammer, 2014, p.11).

Alors, danser serait également une manière de se mettre en lien, « la subjectivité à l'œuvre dans la danse soutient dans bien des cas une intersubjectivité » (Lesage, 2009, p.12). Effectivement, engager le corps c'est mettre en demeure l'histoire du sujet, interpeller sa mémoire relationnelle, sa subjectivité. En psychomotricité, la danse peut également être un moyen de travailler autour des relations interpersonnelles. De fait, la danse se partage. Cela invite à s'accorder à l'autre par le biais du tonus de chacun, du rythme, à partager les espaces afin de gérer les distances interpersonnelles.

Notre subjectivité s'établit dans notre investissement corporel, dans la manière dont nous rencontrons l'autre et dialoguons avec lui par le biais de notre corps laissant alors place à nos éprouvés, nos modes de présence. D'après Lesage (2009), cette rencontre a pour vocation de s'ancrer dans l'espace et dans le temps. Cette rencontre, source de dialogue et de communication, peut trouver sa place dans l'aspect esthétique de la danse. Cette dernière « prend le corps concret comme corps métaphorique, elle peut faire retrouver notre aptitude au symbolique » (Klein, 2019, p.73). La pratique de la danse serait alors lieu d'usage du corps et du mouvement comme moyen d'expression voir comme vecteur de communication. Le corps serait l'expression, la mise en forme de ce qui peut être pensé. Le corps, donnant un aspect physique au psychisme, rend les pensées de chacun plus accessibles et permet leur mise en abîme. Ainsi, l'interlocuteur, en capacité de verbaliser une interprétation subjective, offrirait un retour verbal sur l'expérience corporelle vécue. Cela permettrait alors au sujet d'entamer un processus de symbolisation.

La thérapie, basée sur le symbolique, est un lieu propice à l'usage d'un autre symbole que celui qu'offre le langage derrière lequel il est aisé de se dissimuler. Ainsi, la danse, élisant le corps comme symbole, se bâtit sur le mouvement s'ancrant dans une dimension spatio-temporelle, dans un lien à l'autre (Klein, 2019).

Terminons alors par la citation de Nahman de Braslaw « chaque jour il faut danser, fut-ce seulement par la pensée » (cité par Greilsammer, 2014, p.1).

3.1.2. Composantes psychomotrices mises en jeu dans la danse

La danse permet une recherche de réaménagements psychocorporels harmonieux de par les nombreuses composantes psychomotrices qu'elle engage :

- Le tonus :

Danser c'est mettre en jeu son corps, engageant alors le tonus qui assure « sa fonction régulatrice de l'équilibre émotionnel et de la relation, il doit sans cesse se moduler dans un véritable flux tonique » (Lesage, 2009, p.21). L'habileté et l'agilité avec laquelle la personne se meut en passant d'une posture à une autre est alors totalement dépendante de cette régulation tonico-émotionnelle. Le tonus serait support du mouvement et ainsi support de l'expressivité.

- Le schéma corporel :

La danse, engageant le tout que représente le corps, s'appuie sur les connaissances somatognosiques du sujet. Autrement dit, la danse s'appuie sur la connaissance de son corps dans son anatomie et dans l'agencement des parties du corps en elles, dans leur fonctionnement synergique, dans ses particularités le rendant unique. Les connaissances somatognosiques faisant partie intégrante du schéma corporel, celui-ci peut être nourri par le biais de la danse.

En effet, dans la danse-thérapie, le schéma corporel, résultat de toutes les sensations provenant du corps et étoffé par la richesse des sensations kinesthésiques, est sans-cesse interrogé (Puxeddu, 2020).

- L'image du corps et de soi :

L'image du corps, accompagnée du schéma corporel et en appui sur ce dernier, permettrait de se constituer un moi-corps-mouvement. L'image du corps, liée au sujet et à son histoire, est propre à chacun car synonyme de la synthèse des expériences émotionnelles. « L'image du corps est à chaque instant de la vie une représentation inconsciente où se source le désir mais c'est le schéma corporel qui sera son interprète » (Roussillon, 2019, p.272-273).

Danser se fait souvent à plusieurs, venant ainsi influencer cette image de soi par le biais du regard de l'autrui. Ce dernier, que peut porter le sujet sur l'autre ou sur le corps du clinicien peut alors servir de miroir offrant un moi-corps-mouvement comme modèle identificatoire. Par le biais de sa présence, de son regard, de son corps, de l'attention portée au sujet, le thérapeute offrirait une enveloppe rassurante, contenant pouvant allouer une possibilité de restructuration positive de sa propre image, de l'estime qu'il a de lui-même.

- Les appuis et équilibre :

Pour Lesage (2014), la notion d'appui se réfère à la relation qu'entretiennent le corps et son support, l'interaction entre le corps et son environnement. Alors, les appuis peuvent être internes comme externes, physiques comme psychiques. La mise en mouvement de la danse sollicite alors, pour s'engager corporellement, une confiance en la solidité de ces appuis. En effet, en dansant, chaque mouvement et chaque déplacement va provoquer une modification de la répartition des charges et donc un déséquilibre de la personne s'ajustant en expérimentant des transferts d'appuis.

De fait, la danse permet un travail autour des processus d'équilibration et ce aussi bien au niveau musculaire, que vestibulaire ou ostéoarticulaire.

- Les coordinations :

Les coordinations représentent l'ensemble des mécanismes assurant le bon déroulement du geste. « En pratique le geste et le mouvement impliquent la globalité du corps même s'il s'agit de mobiliser un seul segment. Le corps dans son entier porte le mouvement d'une partie, assurant notamment son ancrage au sol » (Lesage, 2012, p.187).

Ainsi, la danse, mettant en jeu le corps dans sa globalité, engage les coordinations entre ses différentes parties, entre le haut et le bas du corps, entre les deux hémicorps afin d'apporter de la fluidité au mouvement.

- Le rythme et le temps :

La notion de rythme est conditionnée par la notion de temps. En effet, la perception du rythme est conditionnée par l'impression temporelle.

Le mouvement s'inscrit dans une temporalité. En psychomotricité, la danse peut permettre une expérimentation de sa propre temporalité à travers une écoute fine de son corps, de ses possibilités et de ses limites. Mais aussi confronter et adapter sa temporalité à celle de l'autre ou plus largement, à celle de l'environnement par le biais de la musique par exemple.

- L'espace :

La danse créer un espace relationnel soutenu par l'attention partagée des différents membres du groupe.

La danse met également en jeu le toucher et peut ainsi convoquer les questions du rapport à l'autre, de l'intime voir de l'enveloppe et de la contenance. Ainsi, la proximité et le contact que peut supposer la danse accompagnent le sujet dans la différenciation du dedans et du dehors, dans l'objectivation de ses limites, de l'espace propre et de l'espace de l'autre.

La danse et plus généralement le mouvement aboutit à un investissement de l'espace de son corps mais aussi, plus largement, de l'espace, de l'environnement dans lequel s'inscrit le mouvement dansé. En effet, le corps et ses articulations permettent la réalisation de mouvements d'amplitudes variables s'inscrivant de différentes manières dans l'espace environnant. Ces mouvements peuvent alors investir différents plans de l'espace plus ou moins bien perçus par le sujet tel que l'investissement de l'espace arrière parfois négligé.

3.2. Soutien par le corps

« La part du corps est essentielle, tant dans la formation même du psychisme que dans le fonctionnement quotidien, lequel mêle émotions, affects et cognition » (Lesage, 2012, p.26)

D'après Giromini (2012), le corps et la psyché s'influenceraient réciproquement, cette relation se ferait sous une forme d'étayage. Effectivement, la construction des liens entre la structuration corporelle, la psyché ainsi que la relation à l'autre serait à l'origine d'un sentiment de continuité d'existence.

La conscience de soi, le fait de se vivre comme sujet ainsi que la conscience de l'autre serait la base du sentiment d'identité. C'est alors par le biais de la présence de l'autre que l'on peut se différencier de ce dernier et instaurer ses propres limites corporelles avec l'extérieur. Il s'agirait donc de se percevoir comme une entité stabilisée dans le temps et dans l'espace. Cette structuration spatio-temporelle trouverait son fondement dans l'intégration corporelle. En effet, se représenter dans l'espace nécessite de s'être individué.

Alors, « l'intégration proprioceptive nourrit la pensée et la met en forme » (Lesage, 2012, p.23). C'est ainsi qu'un travail psychocorporel permettrait au sujet d'élaborer un rapport au temps et à l'espace, interne comme externe, par le biais des éprouvés corporels. L'inverse est également véridique, l'état corporel pourrait lui aussi affecter la pensée qui serait amenée à se déstructurée en cas de perte d'ancrages corporels (Lesage, 2012).

La danse thérapie est définie par l'Association Européenne Danse Mouvement Thérapie comme « l'utilisation thérapeutique du mouvement visant à l'intégration émotionnelle, cognitive, physique, spirituelle et sociale de l'individu. [...] Basé sur le concept que l'esprit, le corps, les états émotionnels et les relations sont interconnectés » (cité par Puxxedu, 2020, p.139). La pratique nous met face à des sujets aux corps désorganisés signifiant leurs troubles identitaires aussi bien aux niveaux émotionnels, qu'imaginaire, relationnel ou cognitif (Lesage, 2009). C'est ainsi que la danse, engageant le corps, serait alors une manière de se le réapproprier, de se souvenir, de « revivre et d'expérimenter des processus émotionnels » (Greilsammer, 2014, p.12). Cela serait alors notamment permis par la répétition de gestes renvoyant aux activités basales. Cette répétition serait ainsi source d'inscription corporelle et psychique de l'expérience. Cette trace laissée inviterait le sujet à l'inscription de nouvelles habitudes atteignant la mémoire par le biais de la mémoire

corporelle et émotionnelle. L'individu pourrait alors être amené à libérer les émotions auparavant contenues de manière ludique et artistique (Klein, 2019).

La danse comme une aire de jeu crée un espace relationnel au sein duquel le corps deviendrait un instrument de musique, un outil « d'expression des dimensions les plus profondes de l'individu » (Puxeddu, 2020, p.149).

Ainsi, « Être à soi-même son propre réanimateur permet au danseur de rappeler que l'âme, même réduite en braise, garde sa flamme disponible au cœur de toute matière humaine » (Klein, 2019, p.72).

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

Aux abords du récit concernant le parcours de Madame G et de Madame T au sein du groupe danse et des éléments évoqués dans ma partie théorique, j'aimerais développer une question qui m'a interpellée au cours de la réalisation de ce groupe : je souhaiterais évoquer la manière dont, selon moi, la danse permet de travailler autour du lien à l'autre défaillant dans la maladie d'Alzheimer. Pour cela, je me baserai sur des éléments cliniques présentés précédemment.

Dans un premier temps, je tenterai d'expliquer en quoi le geste peut être source d'expression par le biais de la posture, de l'échange qu'il permet et de la manière dont cela se met en place dans la danse.

Ensuite, nous verrons comment le corps entre en relation grâce au dialogue tonico-émotionnel, au commun créé ensemble et au plaisir partagé.

Puis, j'exposerai en quoi, selon moi, les caractéristiques spatiales et rythmiques de la danse font d'elle un facteur de contenance pouvant accueillir la résurgence d'angoisses archaïques.

1. L'expressivité du geste

Hoenner & Gardey (2004) font le lien entre le psychisme disloqué des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et l'investissement qu'ils font de leur corps. Ici se trouverait l'intérêt d'une médiation corporelle venant soutenir un psychisme morcelé. La médiation corporelle serait alors lieu de relation pouvant pallier les difficultés de communication verbale de ces sujets. L'expression corporelle et verbale sont ainsi amenées à se compléter. C'est l'alliance de ces deux modes de communication engageant l'individu dans son entièreté qui lui allouera d'amples capacités communicationnelles.

1.1. Votre posture me parle de vous

Dans la maladie d'Alzheimer où le langage fait parfois défaut, le corps devient un élément de compréhension du sujet. La danse, mettant en jeu le corps, m'a alors parfois permis de communiquer avec ces personnes, de se comprendre sans user du langage verbal. En effet, j'ai rapidement été surprise de voir comme les affects pouvaient s'exprimer au cours d'un temps restreint et sans inviter les résidents au dialogue. La plupart des participants ayant conservé de bonnes capacités motrices leur permettant de se mouvoir en station debout, j'ai pu voir que leurs corps, dans leur globalité, ont la capacité de parler.

Tout d'abord, « c'est l'arrangement (la « disposition ») des organes qui impose la forme et qui permet à un corps de se mouvoir » (Greilsammer, 2014, p.3). C'est la qualité du corps indissociable de l'âme qui fait de lui non pas un corps objet mais le lieu d'expression de l'histoire individuelle. Lesage (2021), parle de soi postural comme une manière propre à chacun d'habiter son corps.

En effet, il m'a semblé que le corps puisse parler, au-delà des gestes mais aussi par le biais des postures. Ces dernières se réfèrent à la position des parties du corps, à la forme de celui-ci, à ce que l'on donne à voir de soi. De fait, la posture dirige la perception ainsi que l'action. Prenons l'exemple de Madame G : sa posture dans l'espace, la place qu'elle choisit d'occuper au sein de ce dernier détermine la manière dont elle le perçoit. Alors, lorsque debout, elle reste statique au centre de la ronde que nous formons, tournant le dos à la moitié des résidents, elle ne peut voir que les personnes se trouvant face à elle. Ainsi, par le biais de sa posture Madame G vient influencer la perception qu'elle aura de son environnement. En effet, pour Lesage (2021), la posture se réfère également à la manière dont le sujet s'oriente face à son environnement, se positionne par rapport à l'autre. Mais aussi, peut-être s'est-elle suffisamment imprégnée de son environnement pour lui permettre d'ajuster sa posture à ce dernier.

La posture peut aussi traduire les émotions. Pour Lesage (2021), il existe autant de nuances de formes du corps que de nuances d'éprouvés émotionnels pour chacun d'entre nous. Madame T me semble fréquemment ajuster sa posture pour dialoguer avec autrui et avec son environnement. Comme expliqué précédemment, cette femme a tendance à faire de l'espace de danse celui d'une pièce de théâtre. Venant souvent rejouer des scènes de conflits, sa posture éclaire souvent son discours. En effet, prenant une voix fluette, elle se recroqueville sur elle-même, comme se plaçant

en position d'infériorité, me regardant du dessous avec un regard triste. Ramenant ses bras contre son buste et s'enroulant autour de son axe comme pour se faire toute petite, elle me donne le sentiment de vouloir disparaître, ou du moins de mimer une scène à laquelle elle aurait préféré être absente. C'est alors par le biais de cette posture que je compris à quel point les situations de conflits pouvaient être effrayantes pour elle. Elle se recroqueville dans une posture dans laquelle elle semble se sentir plus en sécurité, moins exposée aux dangers que peut représenter son environnement. Assimile-t-elle ces scènes de conflits à un vécu familial ? En effet, nommant fréquemment Mélanie ou moi-même « maman » lors de ces moments, j'ai l'impression qu'elle use de cette posture pour nous communiquer un vécu familial douloureux, rempli de conflits. Pour Lesage « en tenant son corps de diverses manières on parcourt un nuancier relationnel et émotionnel » (Lesage, 2021, p.71).

Mais aussi notre posture peut être le témoin de notre qualité de présence. En effet, nous pouvons, par son biais, faire part à l'autre de notre état dans l'instant présent. Nous pouvons nous ouvrir, nous refermer sur nous même, nous grandir, nous tasser, manifester une recherche de contact ou le fuir sans pour autant se mouvoir mais simplement par le biais de notre posture (Lesage, 2021). Rappelez-vous de cet instant au cours de nos premières mises en mouvements au sein du groupe : l'une des résidentes, initialement enthousiaste à l'idée de danser, se fige à son entrée au sein de la ronde. La neutralité de sa posture, l'orientation de son regard comme perdu dans le vide semble traduire une profonde tristesse, une nostalgie. S'installant sur un fauteuil, ses bras sont déposés sur ses jambes serrées, elle est voutée, la tête dirigée vers le sol. Son apparente hypotonie associée à sa posture de fermeture me donne le sentiment qu'elle n'est plus réellement présente, comme vidée après s'être exposée à ses affects douloureux, se fermant pour ne plus s'y confronter. Les émotions modulent ainsi les formes du corps faisant de la posture un marqueur d'expressivité corporelle, de communication non verbale. À travers notre panel postural, nous contons notre histoire, nous nous vivons et nous vivons l'autre, nous entrons en relation.

« La posture est davantage qu'une position, c'est un véritable programme, une gestalt tonique engrammée qui constitue un habitus, une façon de se poser, donc d'habiter » (Lesage, 2021, p.81).

1.2. Le geste comme dialogue

La posture est, de fait, le point d'amorcement, le support, l'ancrage du geste. Mais, de quoi le geste est-il composé ? Le temps, le flux, le poids et l'espace seraient alors les éléments caractéristiques du geste lui attribuant « ses qualités affectives et expressives » (Lesage, 2009, p.88). Les caractéristiques spatiales, temporelles et énergétiques du geste ont pour vocation d'être modulables afin d'être vectrices d'interaction et de relation.

C'est de cette nuance dont fait preuve Madame T au fil des séances. En effet, à plusieurs reprises au sein de la ronde, le visage dur, elle fait semblant de me donner un coup de pied. J'ai initialement des difficultés à percevoir l'intentionnalité mise derrière ce geste qui m'apparaît agressif. Je vois son tonus s'élever par la force qu'elle met dans sa main pour tenir la mienne, ses sourcils froncés et son silence à ce moment me laissent perplexe. Par son geste, elle semble montrer son mécontentement alors difficilement verbalisable, passant par son corps pour me l'exprimer. Toutefois, plus tardivement, Madame T rejoue cette même scène d'une manière m'étant jusqu'ici étrangère. Son attitude est différente, elle me regarde, mime ce coup de pied en riant. Son corps est plus relâché, son visage l'est aussi. Ce geste ne semble dès lors plus porter une once d'agressivité mais s'apparente à une blague, une forme de jeu qu'elle aurait instauré. C'est alors qu'un même geste, peut avoir une signification bel et bien différente voir même contradictoire grâce à la nuance apportée dans sa réalisation, grâce à la fluctuation de sa couleur.

Ainsi, la qualité du geste dépend de la capacité de l'individu à nuancer sa posture et son tonus (Lesage, 2021).

D'après Lesage (2012), le geste serait un mouvement organisé, préparé, porteur de sens et soutenu par un programme moteur. Le système locomoteur gouverne les attitudes, les interactions gestuelles ainsi que l'organisation posturo-tonique. Par conséquent, la posture elle-même pourrait être qualifiée de gestuelle, engageant alors le corps dans sa globalité. « Nous sommes corporellement présents et engagés dans une rencontre du monde, et cet entrelacement sensible et moteur se module dans les qualités posturales et gestuelles » (Lesage, 2009, p.68). Le corps, par le biais du mouvement, parle du sujet et renvoie à l'autre des informations. Les habitudes gestuelles sont ainsi un langage corporel qui raconte la manière dont l'individu s'est adapté à la vie dans son environnement et la façon dont il gère ses forces intérieures. Ainsi, il serait possible, par le biais du mouvement, de favoriser le processus d'intégration aussi bien psychique que physique du patient (Klein, 2019). Il en est de même selon Lesage (2009) pour qui, le fait de se mettre en mouvement peut avoir comme point de départ les ressentis, les affects mais peut aussi être à l'origine d'un

feedback, d'une production de sensations et d'émotions. Apparaîtrait alors une boucle allant de l'esprit au corps et du corps à l'esprit.

Toutefois, qu'en est-il lorsque le sujet apparaît se placer dans une forme d'immobilité, dans un corps semblant ne rien laisser transparaître ? C'est en effet l'impression que me donne Madame G. Cette dame, tant son visage et son corps se montrent inexpressifs, me semble même ne rien ressentir. Alors, s'est-elle construite une carapace afin de ne plus se laisser impacter par son environnement ou bien ses difficultés expressives sont-elles dues à la maladie d'Alzheimer ? Cependant, son discours paraissant parfois dénué de sens, comment peut-on accéder aux émotions de Madame G ? Lorsqu'elle se joint à la ronde, elle s'immobilise et immobilise le reste du groupe avec elle. Cette absence gestuelle fait-elle preuve de difficultés à se mettre en mouvement ou bien souhaite-elle, par le biais d'une prise de position nette, se faire comprendre et écouter ?

Les différentes teintes données au geste viendraient alors faire exister les contenus psychiques. Mais c'est aussi par ce biais que l'individu peut se vivre, se sentir. L'appauvrissement et l'apparente immuabilité du geste de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer serait alors preuve des difficultés de l'individu à se considérer comme sujet à part entière. En effet, ce dernier peut parfois faire preuve de monotonie dans sa gestualité (Lesage, 2009). Toutefois, le sujet atteint montrant des difficultés de communication verbale grandissantes, use de son système sensori-moteur comme vecteur de messages non-verbaux. Effectivement, la valeur sociale de la communication demeure jusqu'à des stades très avancés de la maladie. Madame T, ne pouvant exprimer ses affects, ses éprouvés envers l'autre par le biais d'un échange verbal, use de son corps pour s'en rapprocher. En effet, nous tenir par la main semble pour elle être un moyen de créer un lien, d'entrer en relation. La fin arrivant, c'est même par ce biais que se manifestent ses difficultés de séparation. Le corps prend alors une place de plus en plus importante dans la relation. Le moi corporel perdure très longtemps et le corps reste un moyen d'expression quand il n'y a plus de mot.

1.3. Exprimez-vous en dansant

La danse offre l'opportunité au sujet de laisser transparaître quelque chose de personnel, quelque chose de son histoire. Elle permet de rendre l'invisible visible. Ainsi, le mouvement pourrait permettre une lecture de l'organisation psychocorporelle du sujet. Les manifestations corporelles externes donnent un sens aux manifestations internes. En effet, l'homme est consubstantiel à

l'expression par laquelle il se révèle à autrui. L'expression, à l'inverse de la communication, est inconsciente faisant d'elle le reflet de la profondeur de l'individu. La thérapie par la danse aurait alors pour but d'encourager le patient à s'éprouver, à se vivre, par le biais du mouvement, de l'aider à faire du lien entre son corps et son esprit. L'absence de parole permet l'élaboration de l'inconscient, l'émergence des souvenirs corporellement ancrés. Cette association corps-parole par la danse permet une expression harmonieuse de l'individu, une association entre son corps, ses émotions, sa pensée et son esprit. On parle ici d'un corps pouvant se mouvoir et s'émouvoir. C'est pourquoi, « celui qui danse ne peut se dissocier de sa danse » (Lesage, 2009, p.31).

Laisser les résidents libres dans leur expérimentation dansée leur permet une exploration personnelle, une manière de s'exprimer et peut-être de revivre des expériences passées. Il est fréquent que l'un d'entre nous puisse proposer un mouvement dès lors reproduit par le reste du groupe, comme un moyen d'entrer en relation. Lors d'une séance, un résident souvent en marge du groupe s'y joint gaiement en chantant en arabe et en dansant des danses traditionnelles. Ce Monsieur a en effet habité dans les pays maghrébins lorsqu'il était plus jeune et semble, par la disposition du groupe ou bien par sa dynamique, se remémorer corporellement ses expériences passées qu'il partage alors. C'est la liberté induite par les mouvements de danse improvisée, dénuée de toute forme d'apprentissage, qui leur alloue leur authenticité tant ils sont porteurs d'émotions et d'histoire. Dans un contexte de mouvement chorégraphié, ce Monsieur n'aurait pu partager ses souvenirs passés, son histoire faisant de lui qui il est actuellement car en incapacité de l'exprimer par le biais d'un dialogue. C'est ainsi que son authenticité a pu s'exprimer par l'improvisation et la liberté de ces instants de danse.

L'objectif de la danse réside ainsi dans le fait que, « dans le mouvement mais également dans les gestes qui occupent l'espace, chaque individu puisse laisser une trace de soi tout en partageant ses expériences et ses ressentis avec autrui » (Puxxedu, 2020, p.145). Dès lors, pour Lesage (2021), la danse permet un investissement et une réactualisation de l'expressivité et de la créativité parfois oubliée de chacun.

Mais l'objectif de la danse thérapie réside aussi dans le fait de susciter un état corporel afin de faire émerger des émotions nécessitant d'être représentées. En effet, lorsque j'arrive au sein de l'unité, il est fréquent que chacun des résidents soit assis dans son fauteuil, silencieux, le regard dans le vide et le visage amimique. Alors, est-ce l'absence de mouvement qui entrave l'émergence d'émotions ? En s'engageant dans le mouvement dansé, il arrive fréquemment que resurgissent des angoisses semblant dissimulées à notre arrivée. Ce type de groupe thérapeutique est alors un lieu propice à l'expression des vécus indicibles au quotidien car pouvant notamment être à l'origine de pleurs comme nous l'avons vu avec l'une des résidentes précédemment.

La danse permet ainsi, par le biais de l'expression tonique et motrice, par le biais des postures, de rendre à l'individu son unicité communicationnelle, de faire émerger ses émotions enfouies.

Alors, au-delà, de la connaissance, pour le thérapeute, qui en découle du patient, cette médiation est une ouverture vers de nouvelles possibilités, un élargissement du répertoire permettant au patient de retrouver un équilibre entre son corps et sa pensée (Greilsammer, 2014).

Ainsi, l'interaction passe par la parole mais aussi par l'édification posturale, l'expressivité gestuelle, percevant alors le corps en relation mais « on peut aller plus loin et envisager le corps comme relation » (Lesage, 2021, p.367).

2. Le corps relationnel

2.1. Le dialogue tonico-émotionnel

Tout d'abord, « la tonicité est le jeu adaptatif qui sous-tend notre façon d'être là, d'entrer en matière selon un nuancier subtil, qui actualise, communique et nous donne à percevoir nos états psychiques ainsi que ceux d'autrui » (Lesage, 2021, p.119). Le tonus peut être considéré comme la toile de fond des émotions. Ces dernières se communiquent de l'un à l'autre et directement de corps à corps. En effet, les émotions sont automatiquement traduites par des modifications toniques localisées ou généralisées permettant ainsi au corps de parler face à une situation.

Madame G, occupe une place particulière au sein du groupe et ce notamment par le biais de son niveau tonique très élevé. En effet, les pieds comme cloués au sol, les jambes et le buste droits et immobiles, les mouvements de Madame G m'apparaissent grandement limités par une hypertonie omniprésente. Toutefois, cette hypertonie semble se limiter à son buste, comme ne s'appliquant pas à ses membres supérieurs qui, eux, se trouvent dans une totale hypotonie. En effet, immobile et ne se déplaçant pas dans l'espace, Madame G me donne l'impression de se laisser guider par les autres membres du groupe. Ses bras semblent alors suivre, voir même subir les mouvements de ses partenaires, comme si rien ne venait d'elle mais que ces mouvements s'imposaient à elle. Toutefois, ce mouvement se stoppe au niveau de ses épaules à partir desquelles

plus aucune variation n'est discernable. Il m'apparaît alors particulièrement complexe pour Madame G d'accéder à des fluctuations de ce tonus semblant fonctionner dans une forme de « tout ou rien ». Elle paraît en incapacité d'écouter ce que ses voisins ont à lui transmettre, comme dans une impossibilité de s'accorder, de s'ajuster toniquement.

C'est Ajuriaguerra (cité par Giromini, 2012) qui définit en premier la notion de dialogue tonico-émotionnel comme le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre. Alors le dialogue tonico-émotionnel, naissant des interactions précoces mais persistant tout au long de la vie, est un moyen de communication à part entière. Il peut être considéré comme la base de la communication non verbale et venir, de fait, compléter le langage. Pour Lesage (2009), cet accordage peut se faire aussi bien entre deux personnes qu'entre une personne et un groupe.

En effet, avec du recul, le manque d'accordage de Madame G me semble la placer en dehors du groupe, comme si, ne pouvant le comprendre, elle ne pouvait en faire partie. Effectivement, l'ajustement du geste se faisant dans une dynamique sensori-motrice est grandement influencé par cette réorganisation tonique. Ainsi, pour Lesage (2009), ces variations toniques vont intervenir dans la danse, conditionnant la qualité du mouvement alors source d'expressivité. « L'exercice des qualités gestuelles est en effet un des domaines majeurs d'accordage. Entrer dans la qualité d'un partenaire crée une relation, un partage intersubjectif » (Lesage, 2012, p.211).

Nos nombreux échanges verbaux avec Madame T sont souvent accompagnés d'un échange corporel et plus précisément tonique. En effet, lorsque, au sein de ses mouvements dansés, Madame T simule une chute comme attendant d'être rattrapée, elle se place en hypotonie. Celle-ci est perceptible à l'amplitude de ses mouvements, à l'absence totale de fermeté dans sa main que je tiens. Elle semble chuter là où son corps ne tiendrait plus car dénué de tonus. Je lui exprime alors mon soutien par le biais d'une hypertonie comme quelque chose de solide, sur lequel elle pourrait s'appuyer. Cet échange devance les mots. Il me semble que, grâce à nos différences de tonus, nous venons signifier à l'autre le rôle que nous souhaitons incarner, la posture relationnelle que nous désirons adopter. Ces scènes m'évoquent une recherche d'un soutien de sa part par le biais d'une hypertonie inatteignable pour elle à cet instant.

Ce n'est que plus tardivement que les rôles s'inversèrent, non pas dans une forme d'accordage où nous pouvons rendre à nos tonus respectifs leur équivalence, mais davantage dans une rencontre des deux opposés pour pallier les défaillances de l'autre. En effet, lors de l'une des

séances évoquées dans ma partie clinique, la danse est interrompue de manière brutale nous plaçant, Mélanie et moi-même dans une grande incompréhension et frustration, Madame T est la seule résidente à rester à nos côtés dans l'espace dédié à la danse. Je me sens désespérée, comme déconnectée de la réalité et plus réellement présente. Ce n'est que lorsque Madame T place son bras sous le mien que je réalise comme mon tonus s'est abaissé. En effet, elle me surprie par la force de son soutien. J'ai l'impression qu'elle souhaite, par le biais de son hypertonie, me proposer un appui sur lequel m'appuyer à mon tour.

« Par la tonicité, nous donnons à sentir, nous sentons ce que nous donnons, et nous entrons en résonnance, en empathie, ou au contraire nous nous coupons de la relation, selon que nous nous accordons ou désaccordons » (Lesage, 2021, p.119). Alors, au-delà de ce que Madame T peut me signifier par le biais du langage verbal sur lequel j'ai parfois des difficultés à mettre du sens, il me semble que le message qu'elle me transmet par le biais de son tonus soit bien plus fort et porteur de sens.

En effet, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer expriment leurs ressentis émotionnels, ce qui leur permet de rester « totalement orientées et cohérentes dans l'espace et le temps relationnel » (Delamarre, 2014, p.42). Par le biais de la danse, nous pouvons, comme nous le faisons constamment, « essayer sur nous, a minima, les schémas toniques d'autrui, dans une sorte de sympathie qui nous permet de participer à l'état psychocorporel de nos interlocuteurs » (Lesage, 2009, p.21). La danse est ainsi un moyen de rencontrer la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en s'appropriant ses schémas toniques par le biais d'un dialogue.

2.2. Faire du même ensemble

« Chaque pratiques de l'autre métissait nos corps et nos pensées de formes inédites, comment elles enrichissaient notre quotidien de gestes inattendus et de spiritualités singulières » (Beaudoin & Pépin, 2013, p.31). L'influence de l'autre et l'influence que l'on a sur l'autre sont l'essence même de la relation. En effet, l'être humain vit en société avec qui il échange en permanence, sur qui il prend exemple.

La danse en ronde permet à chacun de porter un regard sur l'autre. Un résident peut être à l'origine d'un nouveau mouvement et, sans consigne particulière, celui-ci est rapidement repris par les autres. Madame T, en dansant effectue souvent un mouvement laissant penser qu'elle

donne un coup de pied à quelque chose d'imaginaire se trouvant au centre du cercle. Ce mouvement, d'abord repris par l'un des résidents, est progressivement imité par tous. Les autres membres du groupe n'auraient probablement pas réalisé ce mouvement s'ils ne l'avaient pas vu être fait par Madame T au préalable. L'imitation de l'autre au sein d'un groupe est ainsi instinctive et permet de trouver un moyen de se rencontrer, de montrer à l'autre que l'on écoute et qu'on le comprend. Ce mouvement proposé par Madame T me donne initialement une impression d'agressivité. Cependant, une fois repris par le groupe, j'ai le sentiment que le message porté par celui-ci n'est plus du même ordre, comme si le groupe l'avait transformé, adapté afin qu'il soit acceptable pour tous, comme un accord passé entre chacun.

Dans le cadre de l'improvisation dansée, chacun regarde l'autre et s'en inspire inconsciemment. Des similarités naissent de cet échange tout autant permis par le regard que par le dialogue tonique, comme expliqué précédemment. Chacun est à l'origine de la création mais celle-ci serait toute autre si le sujet n'avait pas été en présence d'une altérité lors de son émergence. La danse est alors considérée comme « un lieu où la création émerge du dialogue entre des personnes très différentes les unes des autres. C'est de cette différence, de cette mixité que naît toute sa richesse » (Beaudoin & Pépin, 2013, p.29-30). Chacun met un peu du sien dans la danse alors à l'origine d'un métissage des personnalités des danseurs. De là naît un langage commun dans lequel tous s'engagent naturellement, une langue propre à un groupe et différente du dialecte d'un autre.

L'usage que le groupe fait de l'objet médiateur semble notamment lui être propre. En effet, lors d'une séance, l'anneau en caoutchouc placé au milieu suscite particulièrement l'attention des résidents qui l'investissent grandement. Une forme de tension présente ce jour-ci semble compliquer l'échange rendu possible par la danse. En effet, habituellement le groupe réalise le même mouvement en se synchronisant. Toutefois, la rencontre ici impossible, le groupe trouve un autre moyen d'y parvenir par le biais d'échanges footballistiques avec l'objet médiateur. Je perçois dès lors une meilleure écoute du fait de l'attention particulière portée à l'action de l'autre, comme si la rencontre était de nouveau possible. De plus, certains résidents en convient d'autres, hésitants à se joindre au groupe ce jour-ci, et notamment Madame G jusqu'alors à l'écart. Cette dernière renvoie l'anneau au reste du groupe et trouve, par-là, une manière de s'y inscrire.

De fait, la danse peut constituer, selon Beaudoin et Pépin (2013), un facteur d'inclusion, d'intégration au sein d'un groupe. Ce média peut ainsi être à l'origine de la naissance d'une relation ou de l'amélioration d'une relation d'ores et déjà instaurée. Dans la maladie d'Alzheimer, les

contraintes de langage peuvent ainsi trouver une alternative permettant à la relation de naître de cet accordage infraverbal. Alors, bâtissant cet échange sur les différences de chacun, l'improvisation serait l'un des moyens de favoriser l'égalité et le respect au sein d'un groupe par le biais d'un espace commun créé ensemble.

De plus, la danse est une expérience intime donnant accès au toucher perçu comme porte d'entrée à la relation selon Beaudoin et Pépin (2013). Les sujets en sont davantage connectés à leurs sensations. Celles-ci sont à l'origine du mouvement dont découle le langage par lequel il va à la rencontre de l'autre. Alors, la danse « participe au développement de la proprioception (ce que l'on perçoit de soi) et de l'extéroceptivité (ce que l'on perçoit du monde) de la personne » (Beaudoin & Pépin, 2013, p.32). Ce dialogue naissant peut dès lors être source de plaisir.

2.3. Le plaisir corporel

De la satisfaction d'un besoin, d'un désir peut découler le plaisir. Celui-ci peut être considéré comme un état de bien-être, de plénitude. Alors, « Les activités qui ont des chances de réussir sont celles qui sont centrées sur la recherche de plaisir » (Montfort, 2009, p101).

Penser au plaisir du mouvement m'évoque immédiatement Madame B, l'une des résidentes de l'unité qui participe systématiquement au groupe. Une fois sollicitée pour se joindre au groupe, elle s'y engage volontairement. Madame B, commence alors à se mouvoir, à se balancer sur le rythme de la musique. Elle propose fréquemment de nouveaux mouvements, regardant ses pieds lors de ces variations la faisant sourire. Un abaissement de son tonus est dès lors observable, amenant au fur et à mesure davantage de fluidité dans le mouvement, comme un cercle vertueux dans lequel se mouvoir procurerait du plaisir abaissant alors son tonus et permettant une plus grande aisance. Cette dernière rendrait alors le mouvement d'autant plus agréable.

En psychomotricité et notamment dans la danse, l'investissement du corps dans sa globalité peut, à travers les sensations agréables que peut amener le mouvement, permettre une perception de son corps comme source et lieu de plaisir. On parle ainsi de plaisir sensori-moteur. En effet, « le plaisir de bouger est aussi un plaisir d'agir qui se transforme progressivement en projet d'agir et donc en mouvement créatif, à travers l'exploration motrice, la libération du geste, la relation dynamique avec le sol et le rapport avec les objets » (Puxeddu, 2020, p.144). Alors, du

mouvement pourrait découler le plaisir mais ce dernier pourrait également être le facteur de motivation au mouvement : « l'impulsion du mouvement se lie aussi au plaisir du mouvement » (Puxeddu, 2020, p.144).

Toutefois, faut-il s'engager dans le mouvement pour goûter à ce plaisir sensori-moteur ? Madame T me donne souvent l'impression de se joindre au groupe davantage pour être avec l'autre que pour le plaisir de danser. Cette première volonté l'entraîne alors au mouvement, comme si la relation pouvait elle aussi être à l'origine du mouvement. Alors le plaisir dont elle fait preuve découle-t-il du mouvement ou de la relation ?

La danse fait l'objet d'une forme de motricité relationnelle. En effet, si l'on peut trouver du plaisir dans le mouvement, depuis le plus jeune âge, la relation est souvent source de plaisir. Puxeddu (2020), souligne que l'enfant est porté au mouvement par ses relations avec son environnement et notamment avec autrui. La relation serait alors à la base du mouvement de tout individu. La danse permet, par le biais d'une relation interactive avec l'autre, « la redécouverte du plaisir du mouvement rythmique et coordonné, le plaisir millénaire du corps dansant qui rend possible un perfectionnement du schéma corporel afin de reconquérir une image positive du corps et de soi, une image de soi » (Puxeddu, 2020, p.147). De fait, la danse-thérapie constitue avant tout le rétablissement d'un plaisir et d'une pulsation ancestrale qui s'est souvent perdue dans la vie quotidienne.

Quant à Madame G, il semble impossible pour elle de se mettre en mouvement autrement que par le biais de ses déambulations. Comme évoqué précédemment, son corps est figé, impassible à toute émotion et, dès lors, impassible au plaisir. Son visage reste lui aussi extrêmement neutre. Toutefois, lors de l'avant dernière séance, Madame G rejoint le groupe et prend les mains de ses deux voisines dont je fais partie. Très naturellement, me donnant l'impression qu'elle agit comme elle l'eût toujours fait, elle se met à danser. Je pose mon regard sur son visage. Celui-ci est tout autre, comme vivant. Elle sourit. Ce ne sont que quelques pas de danse, toutefois, cela semble réanimer quelque chose en elle, comme un lâcher-prise lui laissant libre accès au plaisir auparavant inaccessible. Du mouvement découle donc une forme de plaisir. Cet instant, offrant une possibilité de trouver de la fluidité dans le mouvement, semble valoriser son corps, aussi bien à mes yeux qu'aux siens. Madame G apparaît alors se vivre autrement que par le biais de l'hypertonie inhibant son exploration. Elle est alors capable de créer quelque chose, d'offrir quelque chose d'elle-même à son environnement ce qui peut être vécu comme renarcissant.

Aussi, la danse, pour Lesage, permet de solliciter l'image du corps, le plaisir et le vécu du corps comme lieu sécuritaire par le mouvement dansé. La production en découlant serait, elle, à l'origine d'une fierté, d'une renarcissisation qui viendrait accentuer cette notion de plaisir. Alors, la danse permet de se ressentir, favorisant, de fait, l'intégration des limites corporelles ainsi que l'assouplissement d'une éventuelle hypertonie comme pour Madame G.

La danse engage le corps dans sa globalité et place ce dernier sous le regard de l'autre. À chaque début de groupe, les résidents nous verbalisent systématiquement le fait de ne pas savoir danser, qu'ils n'ont plus l'âge. Mais alors, comment, avec ce corps vieillissant parfois difficilement acceptable, s'engager sous le regard de l'autre ? Car danser signifie être avec l'autre, mais avant de pouvoir être avec l'autre il faut dans un premier temps pouvoir être bien avec soi-même. Madame T, m'évoque souvent cette peur de l'autre, d'être jugée, de ne plus être capable, se privant alors de l'investissement de son corps comme source de plaisir. En dansant, ces questionnements disparaissent peu à peu, comme si, se mouvoir et y prendre du plaisir permettait de réinvestir son corps sur un versant plus positif. Alors ce plaisir sensori-moteur et relationnel pourrait-il être à l'origine d'une plus grande confiance en soi ? Le plaisir réside-t-il dans l'expression de soi ?

Ainsi, les caractéristiques spatiales et rythmiques de la médiation dansée apportent-elles une contenance suffisante afin de laisser libre court à cette expression de soi ?

3. La danse, création d'un environnement contenant

Les différentes séances de groupe sont souvent lieu d'émergence d'angoisses pouvant entraver la relation comme venir la nourrir. Nous verrons alors de quelle nature sont-elles avant de se pencher sur les caractéristiques groupales permettant de les accueillir et de les rendre plus acceptables.

3.1. La résurgence d'angoisses archaïques

Winnicott considère que le bébé est presque constamment sous l'emprise d'angoisses archaïques pouvant prendre différentes formes telles que : le morcellement, la liquéfaction, l'effondrement, la dévoration. Le bébé met alors en place des mécanismes de défense afin de se protéger de l'angoisse. Ceux-ci peuvent s'apparenter à l'introjection, la projection, de clivage du moi ou de l'objet.

Certains résidents m'évoquent ces angoisses. Madame T, à plusieurs reprises, semble se dissocier de son corps, abordant celui-ci comme s'il lui était étranger. Répétant souvent s'être « fait pipi dessus », Madame T semble craindre de ne plus contrôler son corps. Cela m'évoque une angoisse de morcellement au sein de laquelle le bébé perçoit les parties de son corps comme étrangères, montre des difficultés à distinguer ce qui lui appartient de ce qui appartient à autrui. Le vécu de l'enfant en devient alors fusionnel. Madame T m'évoque souvent cette sensation de ne pas se vivre comme différenciée de moi, comme si mon corps se plaçait dans la continuité du sien sans en être réellement dissocié. J'ai notamment ressenti cela lors de la fin de la dernière séance, au moment de se séparer. En effet, Madame T tient la main de Mélanie ainsi que la mienne. La parole de Madame T est accompagnée de ses gestes, baladant nos mains dans l'espace comme si elles lui appartenaient, comme si elles n'étaient qu'un prolongement de ses propres bras. Sa logorrhée massive me donne l'impression d'une volonté de sa part de remplir le vide que pourrait créer notre séparation. Tustin (cité par Piereyre, 2015) évoque ces angoisses de séparation corporelle comme pouvant être à l'origine d'un vécu d'effondrement alors source d'angoisses.

Pour Tustin (cité par Piereyre, 2015), cette angoisse résiderait également dans le contrôle que les bébés peuvent avoir de leurs sphincters, ne sachant pas ce qui sort de leur corps. Cela m'évoque alors les dires de Madame T quant à son envie d'uriner. Cette dernière est notamment apparue lorsque, dans la ronde, nous nous rapprochions et éloignions du centre par alternance. Cet éloignement pourrait alors être source d'angoisses pour Madame T, craignant de s'effondrer.

Selon Péruchon (1994), nous pourrions, sous certains aspects, assimiler l'appareil psychique du dément à l'appareil psychique primaire du tout petit. Effectivement, la maladie d'Alzheimer met à mal la perception et la compréhension du monde du fait du délitement de l'appareil psychique aussi bien conscient qu'inconscient. Pour Ferreira (2011), cette atteinte de l'appareil psychique entrave le fonctionnement du système de pare-excitation. Ce dernier, alors inefficace, expose le sujet n'ayant pas la capacité de répondre à une surcharge d'excitation, aux menaces du monde

extérieur. À l'inverse du tout petit que sa mère accompagne afin de mettre du sens sur ses vécus, le sujet dément, ne sachant à qui s'adresser, reste dans l'insatisfaction et l'incompréhension de ses vécus. Cette perte de moyen est alors ressentie comme effrayante.

Le sujet, dans une incapacité de contenir, est débordé par ses émotions. Le délitement de l'appareil psychique laisse alors place à l'émergence d'angoisses archaïques, le sujet lutte contre les pertes objectales et identitaires. Ces comportements entravent, de fait, la relation à autrui. En effet, des manifestations comportementales d'angoisses sont observables notamment par une hypertonie, des déambulations, des cris, des comportements agressifs, ...

Par le biais de sa manière de se joindre au groupe, Madame G semble tenter de mettre en place des défenses pour répondre à ses angoisses. Son hypertonie et ses déambulations au sein de l'unité sont intarissables, elle semble sans cesse fuir ce qui pourrait susciter de l'angoisse chez elle. Je perçois au fur et à mesure chez Madame G une plus grande écoute d'elle-même, comme si elle conscientisait davantage son besoin d'observation avant de pouvoir s'engager. Cette observation m'apparaît être un moyen de réassurance afin de ne pas se lancer vers l'inconnu. En effet, sa mémoire lui fait défaut, son aphasie entrave sa compréhension de l'autre et celle que l'autre a d'elle du fait de l'inintelligibilité de son discours. Mais, comment contrôler son environnement si elle ne parvient pas à contrôler son propre corps ? Cette hypertonie semble alors traduire une volonté d'avoir de l'influence sur quelque chose, comme se forgeant une carapace pour se protéger des intrusions de son environnement.

Freud (cité par Ferreira (2011)), distingue deux types d'angoisses. La première est qualifiée d'automatique et découle du Ça. Le sujet, ne parvenant pas à mettre en place ses mécanismes de défense, subit l'angoisse due à une situation de détresse trop invasive. La seconde est, elle, engendrée par le Moi et est la preuve d'une volonté de contrôle par le sujet. Ce second type d'angoisse intervient en prévention d'un trauma à venir, comme une anticipation permettant ainsi l'instauration de défenses par le sujet. Madame G, mettant en place des processus de défense en prévision d'une situation potentiellement angoissante, me semble alors vivre ce second type d'angoisses.

En effet, l'atteinte de l'orientation temporo-spatiale chez le sujet dément, montre des difficultés à comprendre son environnement. Les défenses sont alors le seul moyen trouvé afin de se protéger d'un extérieur perçu comme trop dangereux. Le travail corporel, mis en jeu dans la danse, peut placer le sujet face à ses difficultés. C'est ainsi un lieu propice à la résurgence

d'angoisses et de défenses pouvant se traduire par une volonté de s'échapper, de l'agressivité, des manifestations de peur, ... (Puxeddu, 2020).

La résurgence d'angoisses archaïques est accompagnée de celle des réflexes archaïques. Ainsi, l'on peut voir chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer une succion automatique, une aimantation du regard ou encore, des réflexes d'agrippements. En effet, lors des fins de séance, Madame T manifeste parfois ses difficultés de séparation en tenant les mains de Mélanie ainsi que les miennes comme pour que nous restions à ses côtés. Cela m'évoque le réflexe de grasping de l'enfant lorsqu'il s'accroche aux mains. Peut-être cela manifeste-t-il une difficulté à lâcher prise, une manière de s'agripper à la vie sans trouver d'autres moyens de s'y rattacher ?

De même, par le biais de ses postures que j'ai précédemment assimilées à celles d'une petite fille, Madame T semble chercher à se rassembler. Ce rassemblement est alors assimilable à l'enroulement observable dans la position qu'occupe le fœtus dans le ventre de sa mère. Cette posture témoigne d'une recherche de contenance, d'un milieu rassurant au sein duquel elle pourrait se sentir en sécurité. L'enroulement serait alors un retour aux positions archaïques, comme une demande adressée à l'autre de la contenir afin de pallier ses angoisses.

Au sein d'un groupe, le cadre entretient une fonction de contenance. En effet, la médiation corporelle, à l'origine d'un certain niveau d'excitation psychocorporelle, invite le thérapeute à mettre en avant son rôle pare-excitatoire. Ce rôle interviendrait alors en réponse aux angoisses, à l'agressivité.

Perrot (2014) évoque les bases archaïques dans lesquelles la musique s'ancre permettant alors à cette dernière d'y donner accès. La musique constitue ainsi un support sensoriel sur lequel s'appuyer face à l'émergence d'angoisses primitives.

3.2. Contenance et rythmicité de la musique

Tous les aspects de la vie sont marqués par le rythme qui met en jeu simultanément un ensemble d'éléments tant moteurs que psychologiques et mentaux. Il est présent dans l'individu et autour de l'individu dès les premières secondes de sa vie. Les notions de temps et rythme sont extrêmement intriquées. Elles organisent la vie et les relations humaines. Elles sont à la fois objectives et totalement subjectives car vécues et incarnées d'une manière propre à chacun.

De fait, le rythme induit par la musique écoutée au sein du groupe constitue un appui, un élément commun sur lequel chacun des membres peut se rencontrer. En effet, de chaque début de musique découle un temps de latence, comme un temps nécessaire à l'accordage. Cette pulsation commune retrouvée, chacun peut s'autoriser à faire varier le mouvement de base sachant qu'il lui est possible de retrouver la sécurité rassurante de celui-ci lorsqu'il le souhaite. Le rythme du groupe apparaît alors constituer un socle commun ouvrant aux possibilités expressives de chacun.

En effet, la musique et le rythme sont difficilement dissociables. La musique vient marquer un rythme et dynamise, invite au mouvement. « Rythmer serait donc une façon d'être, apparemment notre mode de percevoir, d'organiser et de jouer notre présence au monde » (Lesage, 2009, p.134). En effet, le rythme permet de coordonner un geste mais aussi de coordonner, de synchroniser ce dernier avec ceux d'autrui. Le rythme structure. Il se présente comme un langage universel, un moyen de se comprendre et de s'accorder dans l'instant présent. Du rythme naissent donc des interactions ludiques structurant un espace relationnel, un partage ayant pour origine un vécu rythmique, un vécu commun.

La musique a des propriétés enveloppantes grâce au bain sonore dans lequel elle permet au groupe de s'inscrire. Elle peut donc constituer un moyen de rencontre, un soutien à l'accordage et à l'ouverture relationnelle. Effectivement, si la mémoire fait défaut chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, certaines peuvent conserver dans leurs souvenirs des paroles de certaines musiques, n'engageant pas la même zone cérébrale. De fait, au sein du groupe, la musique peut s'avérer fédératrice. Les résidents s'accordent, se complètent et s'entraident afin de créer un espace de rencontre, un espace relationnel par le biais du chant. Cela est notamment remarquable lors de la première séance au cours de laquelle l'absence de mise en mouvement incite les résidents à échanger par le biais du dialogue. En effet, tous chantent en cœur les musiques qui leur sont proposées, des regards s'échangent lorsque l'accordage se réalise et des sourires se dessinent.

Pour Perrot (2014), l'aspect sensoriel de la musique permet de constituer une enveloppe sonore pour le sujet mais aussi pour le groupe. Cette peau commune relie les résidents les uns aux autres afin de créer un espace psychique groupal.

De plus, la répétition induite par le rythme le rend entraînant ainsi que prévisible. Cette dernière caractéristique lui loue une qualité rassurante, un moyen d'éviter l'inconnu parfois insécurisant. La répétition permet de créer une pensée anticipatrice, une ritualisation donnant un

sens à l'attente. La rythmicité de la musique vient plonger le groupe dans un bain sonore, comme une enveloppe contenant venant s'ajouter à la sphère groupale précédemment évoquée.

Au sein du groupe danse, l'enveloppe contenant créée par la musique vient à se rompre lors des interruptions entre deux musiques. Comme si l'absence de rythme brisait les liens préalablement établis. En effet, chacun des membres interrompt son mouvement, les mains se délient venant ainsi désorganiser le groupe. Ce silence me fait ressentir un sentiment de vide. Ce vécu m'appartient-il ou traduit-il une peur face à la possibilité que les résidents puissent le vivre comme tel ? Madame G verbalise, à plusieurs reprises, une volonté de quitter le groupe dans ces instants, comme s'il était trop compliqué pour elle « d'exister dans les silences » (Lesage, 2009, p.136). Alors, que lui font vivre ces silences ? Laissent-ils ressurgir ses angoisses ? Madame G, quittant le groupe, semble alors mettre en place un moyen de défense.

En effet, le rythme est composé de silences, interruptions entre deux pulsations, ce que Lesage (2009) nomme une transition, une pulsation retenue, gardée en soi, et non un arrêt. Mais alors, comment « ne pas disparaître entre deux coups » (Lesage, 2009, p.136) ? Ce vide durant lequel chacun est livré à lui-même peut être source de peur. Toutefois, au sein d'un groupe, l'individu peut prendre appui sur ce dernier pour ne pas sombrer dans l'angoisse pendant cet intervalle.

La rupture du rythme évoquée précédemment me questionne alors quant au sentiment de continuité d'existence de Madame G. Comment se vit-elle lors de l'interruption de cette répétition ? En effet, la maladie d'Alzheimer laisse place à une désorganisation temporelle pouvant faire vivre ces ruptures brutales et inattendues comme désorganisantes pour Madame G. De même, comment se vit-elle au sein d'une relation ? Il me semble alors que Madame G ne puisse pleinement s'engager dans la relation, car ce laisser aller l'exposerait à la perte de l'objet apparaissant comme une rupture rythmique.

Dès lors, si la musique permet une contenance, l'espace peut-il aussi s'avérer rassurant ?

3.3. Espace de danse

La notion d'espace est, selon Perrin (2006), vaste et insaisissable. Compliquée à définir, elle varie selon le contexte au sein duquel elle est employée. Pour Lesage (2006), dès son plus jeune

âge, l'homme aménage l'espace par l'investissement de son corps, « habiter l'espace se soutient d'une expérience du corps » (Lesage, 2006, p.115).

Dans le cadre de la danse, l'espace concerne tout d'abord le lieu dans lequel elle se produit. Mira considère ce dernier comme « un composant de la pièce chorégraphique et pas seulement comme un cadre figé, un contenant à remplir » (cité par Perrin, 2006, p.4). Puis, vient l'espace à l'échelle du corps. En effet, la structuration de l'espace est ancrée dans le corps et dans les perceptions. Dès lors, la danse nous amène à « occuper l'espace », selon Lesage (2006).

Chacun perçoit l'espace selon un référentiel qui lui est propre, « penser l'espace, c'est aussi se concevoir dans l'espace, y habiter, s'y orienter, s'y mouvoir et s'y déployer » (Lesage, 2006, p.114). Toutefois, si le corps construit l'espace, l'inverse est également véritable. En effet, cette construction corporelle se fait par le biais du mouvement s'inscrivant dans l'espace. Ce mouvement permet au corps de concevoir ses propres limites aboutissant à l'édification de la spatialité. Cette dernière notion devient, de fait, consubstantielle à la corporéité. La danse « peut bouleverser l'usage d'un espace et en modifier la perception. C'est dans ce deuxième temps que cette reconnaissance du corps fait naître de nouvelles possibilités d'appropriation (relecture) de l'espace » (Guérin, 2006, p.18), une nouvelle manière de sentir et de vivre un lieu. Alors c'est grâce au corps et aux émotions qu'il porte, aussi bien pour lui-même que pour l'autre, que cette relecture est possible.

Comme évoqué précédemment, chacun d'entre nous peut trouver du plaisir dans la relation. L'approche de la danse « implique de se confronter physiquement à soi-même et aux autres » (Fabre & Guérin, 2006, p.16) et est alors à l'origine d'un espace relationnel. En effet, la danse offre la possibilité de faire varier notre manière d'habiter un lieu selon l'orientation de notre propre corps dans l'espace et face à l'autre. « Le corps est nécessairement corps-en-relation ... et cette relation est avant tout spatiale » (Lesage, 2006, p.119). La relation dépend donc de l'investissement corporel que l'on fait de l'espace, des postures que nous adoptons, de notre manière de l'habiter afin de pouvoir être avec l'autre, être ensemble (Fabre & Guérin, 2006). Toutefois, pour Lesage (2006), il ne s'agit pas de se figer à une place que l'on aura choisie mais d'avantage d'en faire un espace de rencontre malléable. Alors, chacun est le créateur de son propre espace source de liberté, c'est pourquoi « l'espace se pense, se questionne, naît, s'expérimente, vit et disparaît dans des échelles de temps très lointaines » (Guerin, 2006, p.18).

Madame T me questionne quant à sa perception de son propre espace mais aussi de celui de l'autre. En effet, j'ai souvent le sentiment qu'elle ne parvient pas à trouver une distance relationnelle ajustée. Je vis régulièrement cette manière de se placer dans une proximité avec l'autre comme intrusive, comme si elle s'immisçait dans mon espace personnel, dans ma « sphère ». Delamarre (2014) nous explique qu'en deçà d'une certaine distance séparant deux individus, ceux-ci rentrent dans le domaine de l'intime. J'éprouve en effet ce sentiment que Madame T puisse rentrer dans mon intimité sans que je puisse en décider. Est-ce tout simplement la preuve que chacun élabore son propre espace selon ses besoins faisant ainsi preuve des différences entre ceux de Madame T et les miens bien supérieurs ? Ou alors, cette proximité traduit-elle une manière d'entrer en relation par le biais de l'intime, une manière de s'approprier l'objet ? Dans quelles mesures la maladie d'Alzheimer impacte-t-elle sa manière d'entrée en relation ?

Si chacun a sa propre perception de l'espace, il a alors un espace qui lui est propre. « Hall a identifié différentes sphères (ou « bulles » autour de notre corps) qui sont chacune porteuses du type de relation que nous établissons avec autrui suivant la distance physique que nous mettons entre lui et nous » (Delamarre, 2014, p.5). Ces sphères sont perçues comme sécurisantes pour le sujet qui est le seul décideur des personnes pouvant y pénétrer.

De fait, ces sphères permettent de conserver l'intégrité d'un individu en société, au sein d'un groupe social. D'ailleurs, elles font également office de protection pour ce même groupe qui s'inscrit alors dans un espace qui lui est propre. Cet espace définit les limites entre le dedans et le dehors comme élément d'affiliation à l'ensemble que constitue le groupe. S'en éloigner peut ainsi être à l'origine d'angoisses : angoisse de briser les liens unissant les membres du groupe, angoisse de ne plus y appartenir et de devoir faire face à la solitude (Delamarre, 2014).

Chacun possède sa propre sphère, son propre espace au sein de l'espace groupal. Cet espace peut donc faire office d'échappatoire, comme une manière de s'isoler tout en restant en présence. Toutefois, « on comprend que le danseur puisse être hors espace, c'est-à-dire sans aucune relation avec l'espace [...] il faut alors chercher à la relier, et induire des situations qui les amènent à bouger en relation avec l'espace » (Lesage, 2006, p.121). Pour Delamarre (2014), les comportements individuels peuvent être régularisés par les interactions sphériques. Ce type d'interaction engage une proximité engageant à la rencontre, aussi bien visuelle que tactile ou sonore, « du corps de l'autre et de ce corps collectif du groupe qui va se déployer dans l'espace, obligeant chacun à prendre en considération cette présence vivante » (Guerin, 2006, p.18).

Ces interactions sphériques dont parle Delamarre sont alors le moyen d'occuper l'espace choisi par le groupe. Cette disposition est propice à l'échange car la possibilité d'entrer en relation avec chacun des membres de la ronde reste envisageable. Faire entrer quelqu'un dans la ronde signifie alors l'inclure au groupe, accepter qu'il fasse partie de ce dernier. Ce dispositif favorise l'intégration. Toutefois, cette disposition met le sujet face à l'altérité et aux angoisses qu'elle peut suggérer. Madame T semble souvent souhaiter se couper de ce « trop » en tournant le dos au reste du groupe afin de maintenir une relation duelle.

La notion d'espace me questionne grandement lors de l'élaboration du groupe thérapeutique aussi bien que durant sa mise en place. Je m'interroge notamment quant au manque de dissociation des espaces entre le lieu de vie se transformant alors en lieu d'élaboration du groupe danse. Comment les résidents peuvent-ils trouver une contenance dans un espace ouvert ? Cet espace me paraît souvent poreux, s'apparentant peut-être aux défaillances du Moi-peau des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. En effet, j'ai souvent le sentiment que l'extérieur du groupe peut faire effraction à l'intérieur de celui-ci. La création d'une ronde a peut-être été le moyen trouvé par le groupe afin de créer un espace clos au sein de cet espace poreux, une source de rassurance. Cependant, nous avons pu voir comme fermer un espace pouvait être difficile pour Madame G. Lors des premières séances il lui semble inenvisageable de donner ses deux mains à ces voisines, geste empêchant alors la fermeture de la ronde. Cela est-il trop angoissant pour elle ? Est-elle trop effrayée à l'idée de ne plus trouver d'issue, de moyen de s'échapper en cas de vécu d'insécurité ?

La délimitation de l'espace groupal « géométrique, symbolique, affectif et relationnel [...] se caractérise, entre autre, par sa relation avec l'élément défini comme l'« enveloppe sonore » de l'expérience, facteur de structuration contenant ayant pour but la création d'un milieu accueillant et stimulant » (Puxeddu, 2020, p.146). Le groupe semble inconsciemment trouver des moyens de pallier la porosité de l'enveloppe spatiale. En effet, lors de l'avant dernière séance, nous laissons un espace d'entrée dans le groupe plus important qu'à notre habitude. Cet espace délimité par les fauteuils paraît alors ouvert sur l'extérieur, peut-être plus fragile et exposé aux menaces de l'extérieur. Au fil de la séance, le groupe initialement placé au milieu de l'espace de danse, se déplace vers cette ouverture, cette porte d'entrée trop largement ouverte. Les limites du groupe symbolisées par la ronde que nous formons me donnent ici l'impression de remplacer les limites manquantes de l'espace de danse. Le groupe me semble alors en capacité de maintenir la relation et de s'ajuster face à un cadre trop perméable.

« La danse m’a appris le plaisir que l’on peut avoir à se mouvoir dans un espace » (Fabre & Guerrin, 2006, p.16).

CONCLUSION

La création de ce groupe m'a aidée dans la construction de ma posture professionnelle. À travers ce mémoire, j'ai souhaité vous faire vivre une partie de ce projet à mes côtés, le plaisir que j'ai eu à rencontrer et à danser avec les résidents. Ce fut une expérience riche en découvertes, en apprentissages grâce aux partages intergénérationnels. Mais surtout riche en contacts humains ce qui m'a permis de me conforter dans mon choix professionnel.

J'ai beaucoup apprécié cette approche groupale qui prenait, pour moi, tout son sens au sein de cette unité de vie. Je n'ai pas souhaité placer le groupe au centre de ce mémoire mais il y occupe tout de même une place non négligeable. En effet, c'est bien au sein et grâce à ce groupe qu'ont pu évoluer les individualités dans leur lien à l'autre. Pour Lesage, « Nous nous construisons dans l'intersubjectivité et nous ne pouvons pas nous concevoir en dehors d'elle » (2021, p.368).

Lorsque la démence vient s'ajouter au processus du vieillissement physiologique, les bouleversements ne touchent pas uniquement le sujet mais également toutes les personnes qui l'accompagnent, qui l'entourent. En effet, les atteintes cognitives, mnésiques, langagières, praxiques et gnosiques touchent le sujet dans son intégrité psychique et corporelle. Comment maintenir une relation dans un corps si différent de celui perdu ?

La danse a permis un partage, le partage du paysage mental et corporel des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. J'ai souvent eu le sentiment d'une volonté de leur part d'exprimer l'indicible là où les mots semblent avoir perdu leur sens, tâtonnant et cherchant une manière de se faire comprendre jusqu'à ce que leur corps puisse s'exprimer. Cette approche sensori-motrice a permis aux résidents de se réconcilier avec un corps jusqu'alors désinvesti de toute forme de plaisir. Peut-être l'intérêt réside-t-il dans le fait d'habiter son corps jusqu'à la dernière heure afin de le percevoir comme source et lieu d'un bien-être.

Dès lors, cette incompréhension du monde extérieur mise en avant dans la maladie d'Alzheimer pourrait-elle s'apparenter à celle de l'Autisme ? En effet, toutes deux sont fréquemment décrites comme étant des pathologies du lien au sein desquelles les relations des

sujets à eux-mêmes et aux autres sont bouleversées. Leur sensorialité perturbée rend leur manière d'appréhender leur environnement atypique mettant ainsi en péril leur accès à l'altérité. Alors, nous pourrions nous demander : dans quelles mesures la danse pourrait-elle accompagner la personne atteinte d'Autisme dans son lien à l'autre ?

Références bibliographiques

- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfance & Psy*, 49, 14-19.
- Beaudouin, P., & Pépin, C. (2013). La danse intégrée : Une coordination motrice intersubjective. *Movement & Sport Sciences*, n° 81(3), 29. <https://doi.org/10.3917/sm.081.0029>
- Belin, C. (2014). Nouveaux critères diagnostiques du DSM-5 : En quoi modifient-ils notre pratique ?
In *Les démences : Aspects cliniques, neuropsychologiques, physiopathologiques et thérapeutiques* (p. 1-11).
<http://sbiproxy.uqac.ca/login?url=https://international.scholarvox.com/book/88841201>
- Charazac, P. (2009a). Le soutien par le corps. In *Soigner la maladie d'Alzheimer : Guidance des aidants et relation soignante* (p. 99-114). Dunod.
- Charazac, P. (2009b). Le transfert et le contre-transfert. In *Soigner la maladie d'Alzheimer : Guidance des aidants et relation soignante* (p. 95). Dunod.
- Charazac, P. (2009c). Vie et mort du patient dément. In *Soigner la maladie d'Alzheimer : Guidance des aidants et relation soignante* (p. 67-71). Dunod.
- Danse Avec Moi. (2013, novembre 13). <https://tadelee.wordpress.com/2013/11/13/danser-cest-comme-parler-en-silence-cest-dire-plein-de-choses-sans-dire-un-mot-yuri-buenaventura/>
- Davis, M., & Wallbridge, D. (2009). Glossaire des concepts winnicottiens. In *Winnicott : Introduction à son œuvre* (p. 177-184). Quadrige/PUF.
- Delamarre, C. (2014). *Alzheimer et communication non verbale*. Dunod.
- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfance & Psy*, 66, 14-22.
- Duquenoy Spychala, K. (s. d.). Approche psychodynamique de la maladie d'Alzheimer. In *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer* (p. 49-55).

- Fabre, X., & Guérin, P. (2006). Toute architecture est un cadrage du mouvement. *Repères, cahier de danse*, n° 18(2), 16-17.
- Ferreira, É. (2011). Démence et fonction de contenance dans les unités protégées. *Cliniques*, N° 1(1), 110-124.
- Giromini, F. (2012). La médiation en psychomotricité. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation* (p. 253-264).
file:///C:/Users/Cl%C3%A9a%20Le%20Gall/Downloads/ERES_LESAG_2012_01_0253.pdf
- Glou, M. (2014). Introduction : *Repères, cahier de danse*, n° 33(1), 2a-2a.
<https://doi.org/10.3917/reper.033.0002a>
- Golse, B. (2007). Donald W. Winnicott. In *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant* (3^e éd., p. 78-92).
- Greilsammer, H. (2014). La Thérapie par la danse et le mouvement : Entre corps, mouvement et parole. *Open Edition Journals*. <http://journals.openedition.org/bcrfj/7364>
- Guérin, P. (2006). Le corps à l'édifice. *Repères, cahier de danse*, n° 18(2), 18-18.
- Haute Autorité de Santé. (2018, mai). *Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée*.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf
- Helmer, C. (2017). Amélioration de certains facteurs de risque de démence. In *Les démences : Aspects cliniques, neuropsychologiques, physiopathologiques et thérapeutiques* (p. 18-19).
<http://sbiproxy.uqac.ca/login?url=https://international.scholarvox.com/book/88841201>
- Hoenner, C., & Gardey, A.-M. (2004). La démence sénile de type Alzheimer (DSTA) : Pertinence d'une prise en charge psychothérapique à médiation corporelle. *L'information psychiatrique*, 80(10), 829-840.
- Kaës, R. (2002). Le groupe comme entité spécifique. In *Les théories psychanalytiques du groupe* (p. 45-69).

- Klein, J.-P. (2019). *L'art-thérapie, avec quoi ?* (p.47-81). Presses Universitaires de France.
- Klotz, M. (2010). *Application du groupe aux personnes âgées et à la maladie d'Alzheimer*. Institut supérieur de rééducation psychomotrice.
- Lesage, Benoît. (2006). Naître à l'espace : Prémices d'une clinique élargie. *Enfances & Psy*, 33(4), 113-123. <https://doi.org/10.3917/ep.033.0113>
- Lesage, Benoît. (2009). *La danse dans le processus thérapeutique*. ÉRÈS. <https://doi.org/10.3917/eres.lesag.2009.01>
- Lesage, Benoit. (2012a). Corps et psychisme, une relation d'étaillage. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étaillage, mouvement et relation* (p. 17-35). ÉRÈS. [file:///C:/Users/Cl%C3%A9a%20Le%20Gall/Downloads/ERES_LESAG_2012_01_0015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cl%C3%A9a%20Le%20Gall/Downloads/ERES_LESAG_2012_01_0015%20(1).pdf)
- Lesage, Benoit. (2012b). La qualification et l'expressivité du geste. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étaillage, mouvement et relation* (p. 207-220). ÉRÈS. file:///C:/Users/Cl%C3%A9a%20Le%20Gall/Downloads/ERES_LESAG_2012_01_0207.pdf
- Lesage, Benoît. (2012). L'usage du corps et l'organisation du geste. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 171-206). ÉRÈS.
- Lesage, Benoît. (2014). Mémoires d'appui : Chronique d'un acte fondateur. *Repères, cahier de danse*, 33(1), 3. <https://doi.org/10.3917/reper.033.0003>
- Lesage, Benoît. (2021a). Conclusion : Accordage et résonnance. In *Un corps à construire : Tonus, posture, spatialité, temporalité* (p. 367-371). ÉRÈS.
- Lesage, Benoît. (2021b). Habitus et dialogue postural. In *Un corps à construire : Tonus, posture, spatialité, temporalité* (p. 69-117). ÉRÈS.
- Marc, E., & Bonnal, C. (2014a). La cohésion groupale. In *Le groupe thérapeutique* (p. 75-86). Dunod.
- Marc, E., & Bonnal, C. (2014b). La dynamique groupale. In *Le groupe thérapeutique* (p. 103-121). Dunod.
- Marc, E., & Bonnal, C. (2014c). Les fondations. In *Le groupe thérapeutique* (p. 11-33). Dunod.

- Marc, E., & Bonnal, C. (2015). Améliorer les relations à autrui. In *Le groupe thérapeutique : Approche intégrative* (p. 249-260). Dunod.
- Marc, E., & Picard, D. (2020). *Relations et communications interpersonnelles*. Dunod.
- Meyre, F. (2018). "J'avais conscience de moi..." Quand la démence fragilise l'investissement corporel. Apport de la psychomotricité chez le sujet âgé présentant une démence de type Alzheimer [Université de Bordeaux]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01838748/document>
- Monfort, J.-C. (2009). Les états démentiels des personnes âgées. In *La psychogériatrie* (p. 84-105). <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://www.cairn.info>
- Perrin, J. (2006). L'espace en question. *Repères, cahier de danse*, n° 18(2), 3-6.
- Perrot, C., Ligonnet, F., Gire, P., Auguste, N., Fabre, F., & Gonthier, R. (2014). Traitement non médicamenteux de l'anxiété dans le cadre de syndromes démentiels : Aspects psychiques de l'utilisation de la musique dans une unité de neuropsychogériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 14(84), 334-342. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2014.05.006>
- Péruchon, M. (1994). Repères et développements théorico-cliniques. In *Le déclin de la vie psychique : Psychanalyse de la démence sénile* (p. 7-51). Dunod.
- Pireyre, E. (2015). Les angoisses corporelles archaïques. In *Clinique de l'image du corps* (p. 141-156). Dunod.
- Poirier, N., & Gil, R. (2018). *Alzheimer : De carpe diem à la neuropsychologie*. ÉRÈS.
- Potel, C. (2019a). Les groupes en psychomotricité. In *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 416-434). ÉRÈS.
- Potel, C. (2019b). Médiations thérapeutiques et symbolisation en psychomotricité. In *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 401-415). ÉRÈS.
- Puxeddu, V. (2020). La danse-thérapie. In *Les art-thérapies* (2^e éd., p. 137-181). Armand Colin.
- Rousseau, T. (2018). La communication dans les pathologies neuro-dégénératives. In *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication* (p. 21-50).
- Wenders, W. (2011, mars). *Pina* [Film]. France Televisions Editions.

Lu le 6 mai 2021

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'C' followed by a series of loops and a horizontal line.

Célia MAYETTE ALBERINI

Auteur : Cléa LE GALL

Titre :

Danseurs Alzheimer, liens interpersonnels dans la pratique de la danse

Mots – clés : Maladie d'Alzheimer – Danse – Liens interpersonnels – Groupe

Alzheimer's disease – Danse – Interpersonal bonds - Group

Résumé :

La maladie d'Alzheimer implique des difficultés dans le lien à l'autre. Elle soumet les sujets à de nombreuses pertes : cognitives, corporelles mais aussi relationnelles. En effet, leurs difficultés communicationnelles entravent la compréhension de leur environnement et restreint l'intelligibilité de leur discours. De fait, le corps devient le lieu où s'expriment leurs affects mais devient aussi un moyen d'échange, de communication. Nous pouvons alors nous demander comment la danse permet-elle de travailler les liens interpersonnels défaillants dans la maladie d'Alzheimer ? En effet, la danse mettant en jeu le corps dans la globalité, permet au sujet d'exprimer corporellement ses vécus internes indicibles, de mettre en jeu sa psychomotricité.

Alzheimer's disease involves difficulties in bonding to others. It submits the subjects to many losses : cognitive, bodily but also relational. Indeed, their communication difficulties hinder the understanding of their environment and restrict the intelligibility of their speech. In fact, the body becomes the place where their affects are expressed but also becomes a means of exchange, of communication. We can then wonder : to what extent dance can work on the failing interpersonal bonds in Alzheimer's disease. In fact, dance brings into play the body as a whole, allows the subject to express bodily his internal experiences, to bring into play his psychomotricity.