



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

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



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

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

La médiation danse à travers le regard de la psychomotricité en Unité Alzheimer : un
étayage du sentiment de continuité d'existence

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

Par : Brunet Flora

Juin 2019

N° 1480

Directeur 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. VERHAEGHE Damien

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. COCHAT Pierre**

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 Stéphanie VIALE
Psychomotricienne

Responsables des stages
Mme Christiane TANCRAY, Mme Aurore JUILLARD
Psychomotriciennes

Secrétariat de scolarité
Mme Pascale SACCUCCI

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin ont motivé mon choix d'orientation vers la psychomotricité.

Je remercie Elsa Nicollet, ma maître de mémoire pour ses conseils, ses relectures, sa patience et pour m'avoir amenée vers sa passion pour la danse.

Je remercie également Nathalie, ma maître de stage, pour la confiance qu'elle m'a fait en me laissant proposer ce dispositif et sans qui ce mémoire n'aurait pas été possible.

Je remercie les patients de l'EHPAD, et tous les patients et leurs familles que j'ai rencontré durant mes études.

Je remercie les psychomotriciennes qui m'ont accueillie en stage, ainsi que tous mes professeurs qui m'ont transmis leur passion pour ce métier.

Merci à mes amis et ma famille pour votre présence, votre aide, vos conseils avisés...

Table des matières

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| PARTIE THEORIQUE | 3 |
| I. Corps support de la construction identitaire..... | 3 |
| A) Naissance du sentiment de continuité d’existence | 3 |
| B) Construction d’une enveloppe corporelle unifiante : Moi Peau | 5 |
| C) Le mouvement qui permet de se sentir exister..... | 7 |
| II. Vieillesse et pathologie démentielle | 9 |
| A) Vieillesse normale..... | 9 |
| 1. Point de vue sensoriel et corporel | 9 |
| 2. Point de vue cognitif | 11 |
| 3. Point de vue psychique | 11 |
| B) Les troubles neuro cognitifs majeurs..... | 12 |
| 1. Différents syndromes | 13 |
| 2. Conséquences sur la continuité du sentiment d’existence | 15 |
| 3. Troubles psycho-comportementaux..... | 16 |
| III. La médiation danse en groupe | 17 |
| A) La médiation | 17 |
| B) Danse thérapie | 19 |
| C) Le groupe..... | 21 |
| PARTIE CLINIQUE | 23 |
| I. Présentation de la structure d’accueil..... | 23 |
| A) L’EHPAD | 23 |
| B) L’Unité de Vie Protégée | 24 |
| II. Présentation du groupe Danse..... | 25 |
| A) Genèse du groupe | 25 |
| B) Cadre, dispositif, objectifs | 27 |
| C) Composition du groupe | 30 |
| D) Étude de cas de Mme A | 31 |
| 1. Présentation de la patiente : | 31 |
| 2. Parcours de Mme A dans le groupe | 34 |
| E) Étude de cas de Mme M..... | 38 |
| 1. Présentation de la patiente : | 38 |
| 2. Parcours de Mme M dans le groupe | 41 |

| | |
|---|----|
| PARTIE THEORICO-CLINIQUE | 44 |
| I. La maladie d'Alzheimer et la perte du sentiment d'identité | 44 |
| A) Ma rencontre avec ces sujets | 44 |
| B) La résurgence d'angoisses archaïques qui menacent la continuité d'être | 45 |
| C) Les défenses contre l'angoisse | 47 |
| II. Contenance et tentative de restauration des enveloppes | 49 |
| A) L'unité protégée, une première enveloppe institutionnelle | 49 |
| B) Le groupe semi ouvert, les fonctions d'enveloppe du groupe | 49 |
| C) La danse : expérience de conscience corporelle au service d'un sentiment d'unité.. | 51 |
| D) L'enveloppe sonore et la contenance du rythme | 52 |
| E) La restauration des enveloppes par le toucher | 54 |
| III. L'étayage corporel et le positionnement du psychomotricien | 56 |
| A) La fonction contenante du psychomotricien | 56 |
| B) La communication non verbale | 57 |
| C) Le dialogue tonico-émotionnel, la danse à deux | 58 |
| IV. La danse au fauteuil : | 59 |
| V. Expressivité corporelle, créativité : spécificité de la médiation danse | 61 |
| CONCLUSION | 64 |
| Références bibliographiques : | |

« Marcher, se croiser, aller ensemble, réinvestir des gestes de la vie.

La danse naît du mouvement vers l'autre.

Toujours la seule présence suffit.

Rien n'est plus beau et fort que l'humanité qui arrive d'un corps, d'un geste, d'un bras qui se lève.

[...]

Car le plus émouvant, c'est d'en passer par des petites choses, des gestes simples, des brefs déséquilibres, des verbes d'action -pousser, glisser, marcher- pour partager un chagrin qui n'a pas de nom et qui devient une danse.

C'est par le corps que tout passe, quelquefois dans un silence épais et actif. Et le moindre geste devient une parole pour rendre compte de la vie. »

(Desplechin & Thieû Niang, 2018, p. 46)

INTRODUCTION

Après une première et courte rencontre avec la gériatrie en fin de deuxième année, j'ai eu le désir de me consacrer plus longuement à cette population. J'ai eu l'opportunité d'effectuer un stage durant cette troisième année de formation dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Dans cet EHPAD se trouve également une Unité de Vie Protégée (UVP) pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées. J'ai donc partagé mon temps entre les étages de l'EHPAD, où vivent des personnes âgées dépendantes et l'UVP.

Dès mon premier jour de stage, j'ai rencontré les patientes de l'unité protégée : neuf femmes, qui partagent ce lieu de vie a priori sans se voir et sans se parler... J'ai fait la rencontre de celles qui ne parlent plus, ne bougent plus, j'ai rencontré l'absence, l'indifférence. J'ai aussi rencontré celles qui déambulent, hurlent, agrippent, hèlent... Les petits pas inquiets, la déambulation, les regards vides, la motricité compulsive, les stéréotypies...

Ce qui m'a frappé tout d'abord, ce sont les retentissements de la maladie d'Alzheimer (et apparentées) sur le fonctionnement psychocorporel et affectif de ces personnes. J'ai été souvent face à une désorientation et des angoisses si massives qu'elles remettaient en doute leur sentiment de continuité d'être Sujet. J'ai également observé un appauvrissement de leur investissement corporel. Le corps ne pouvant plus être un repère stable et rassurant devenait au contraire le lieu d'expression de leur désorganisation.

Quand ma maître de stage m'a demandé de réfléchir à une médiation adaptée à ces neuf dames, la danse m'est apparue comme une évidence. Ayant déjà pu entrevoir les bénéfices de la musique et l'importance du contact tactile auprès d'elles, j'ai senti que cette médiation allait pouvoir être le support de mon accompagnement vers un réinvestissement corporel au profit d'un sentiment de continuité.

Je me suis alors demandé : **comment la médiation danse en psychomotricité peut-elle devenir le support du sentiment de continuité d'existence de patients atteints d'un trouble neurocognitif majeur ?**

Ainsi je m'appliquerai à développer une approche théorique de la création du sentiment de continuité d'existence et du rôle du mouvement dans celui-ci. Je décrirai les

processus à l'œuvre dans le vieillissement et la démence qui mettent à mal ce sentiment de continuité. Enfin j'aborderai le groupe, la médiation et plus précisément, la danse thérapie.

Pour illustrer ces apports théoriques j'exposerai dans une seconde partie le processus de création du groupe danse ainsi que ma rencontre avec les patientes de l'unité. Je décrirai plus précisément Mme A et Mme M, toute deux aux prises avec un vécu corporel particulier, envahi par l'angoisse se manifestant par des symptômes psychocorporels importants.

Enfin je développerai dans une dernière partie comment la maladie a pu mettre à mal leur sentiment d'existence. Pour cela, je tenterai de lier les apports théoriques et des instants cliniques, illustrant comment la psychomotricité, au travers de la médiation danse a permis de soutenir leur identité et leur sentiment de continuité d'existence.

PARTIE THEORIQUE

Avant de présenter le contexte clinique et ma rencontre avec les patients de l'Unité de Vie Protégée, il convient de faire quelques rappels théoriques.

Mon questionnement étant autour du thème de la continuité du sentiment d'existence, il m'a été important de retracer le cheminement de la création de ce sentiment, qui s'élabore au travers des soins primaires et de la perception de son corps notamment dans le mouvement. Puis je tenterai de décrire les mécanismes à l'œuvre dans le vieillissement ainsi que dans les troubles neurocognitifs (qui sont une forme de vieillissement pathologique). Je tâcherai d'expliquer comment ces mécanismes participent à l'affaiblissement de ce sentiment de continuité d'existence. Ensuite je m'appliquerai à décrire théoriquement le dispositif et le cadre du groupe dans lequel j'ai rencontré ces patients : un atelier hebdomadaire groupal utilisant la médiation danse.

I. Corps support de la construction identitaire

Il est possible de décrire le sentiment d'identité et de continuité comme la conviction interne qui nous fait sentir que nous serons toujours le même à la seconde suivante.

La construction du corps est liée à celle de l'identité, qui, comme le rappellent B. Lesage et F. Giromini « Suppose une permanence (on est identique à soi-même, ce qui n'empêche pas une évolution) ». (2013)

A) Naissance du sentiment de continuité d'existence

État de base : à la naissance

Malgré l'existence d'une vie sensorielle fœtale, la naissance constitue une véritable rupture dans les perceptions du bébé dont les systèmes sensoriels se trouvent assaillis de stimulations nouvelles. (Jouen & Molina, 2000)

À la naissance, le corps est traversé par des courants sensoriels, des sensations de plaisir et de déplaisir. Ces différentes sensations sont d'abord diffuses, globales, et peu différenciées de l'environnement. C'est quand le bébé peut localiser plus tard les différentes sensations et tensions perçues dans son corps qu'il peut distinguer le soi du non soi.

Rôle de l'environnement dans l'intégration du sentiment de soi

D. Winnicott décrit le sentiment de continuité comme étant le support de la structuration du Moi. Ce sentiment doit être suffisamment bien installé pour que le bébé puisse faire face à ce que D. Winnicott nomme les agonies primitives, ou angoisses d'annihilation. La constitution du self découle d'étapes progressives qui permettent un passage de l'indifférenciation à la différenciation. (1969)

Le sentiment de continuité d'existence se construit à travers les soins primaires et particulièrement le Holding, qui permettent à l'enfant d'intégrer ses expériences et sensations en un tout cohérent et ainsi d'avoir un sentiment continu d'exister. Selon Winnicott, la construction de l'identité est donc en partie liée aux soins maternels.

À sa naissance, l'enfant est totalement dépendant de son environnement, le potentiel inné ne peut advenir que s'il est couplé aux soins parentaux.

D. Winnicott a donc conceptualisé le triptyque Holding/Handling/Object-presenting comme étant les différentes dimensions de la fonction maternante supports de la construction identitaire.

Le holding correspond à la manière dont l'enfant est porté corporellement et psychiquement. Quand il est assuré de manière adaptée le sentiment de continuité d'exister peut se construire, car il assure un sentiment de sécurité intérieur qui permet au bébé de lutter contre ses angoisses désorganisatrices. Ce que D. Winnicott nomme « l'état d'unité » dépend alors de l'adéquation des soins et aboutit à une délimitation du dehors et du dedans indispensable à son individuation.

En plus de ce portage, la manière dont la figure maternelle s'occupe du corps de l'enfant en lui prodiguant des soins se nomme le handling. Ces moments d'interaction permettent progressivement à l'enfant d'intégrer une sorte de rythmicité, de continuité, qui ritualisent son quotidien et lui permettent d'organiser et de relier ces moments entre eux. Le

handling permet au bébé de se constituer une enveloppe, sur laquelle va pouvoir s'étayer la constitution de son moi et de son identité.

Pour finir, L'Object-presenting correspond à la manière dont la mère présente l'environnement à l'enfant. (Winnicott & Lynn Rosaz, 2006/1953)

S. Freud lui, souligne le rôle fondamental du corps et de la peau dans la construction de la limite soi et non soi. La peau constitue une zone d'échange entre les milieux interne et externe. (2010/1923)

Cette idée, développée et approfondie par D. Anzieu sous le nom de Moi-peau permet de comprendre comment la constitution de l'enveloppe corporelle est liée à la constitution d'une enveloppe psychique unifiante et contenant.

B) Construction d'une enveloppe corporelle unifiante : Moi Peau

De la symbiose initiale à la séparation

Les échanges symbiotiques mère-enfant fortifient l'objet contenant interne. Une fois celui-ci suffisamment intégré il devient un appui nécessaire pour se séparer physiquement de la mère et pour que l'enfant puisse explorer son environnement en se sentant contenu dans sa propre peau.

D. Anzieu développe le concept de Moi-Peau en le désignant comme « une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface de la peau ». (1995, p. 61)

Ce concept permet d'éclairer pourquoi la notion de limite est nécessaire au sentiment de conscience de soi. En se sentant individualisé et séparé de l'autre, l'enfant peut acquérir un sentiment d'identité.

Le Moi-Peau permet au Moi d'acquérir un sentiment de continuité temporelle en étant assez souple pour contenir les pensées et constituer une interface avec l'environnement. Le moi-peau possède huit fonctions, en voici les principales :

- La fonction de maintenance, qui désigne l'intériorisation du holding présenté par Winnicott.

- La fonction contenante, qui désigne l'intériorisation du handling permettant la contenance des pulsions.
- La fonction de pare-excitation, issue de l'intériorisation de la mère qui protège des excès de stimulations.
- La fonction d'individuation du soi, qui assure le sentiment d'être unique, et la possibilité de s'affirmer comme individu différencié et différent.
- La fonction d'inter sensorialité, les sens fonctionnent en interrelation autour d'un objet commun.

D. Anzieu définit également le moi-peau comme une structure en feuillets. Il décrit un feuillet externe issu des expériences vécues avec « l'entourage maternant » et un feuillet interne qui correspond à « l'enveloppe interne, à la surface du corps du bébé, lieu et instrument d'émission de messages ». (1995, p. 56)

Comment émerge le mouvement ?

Au début de sa vie, la motricité du bébé est involontaire, réflexe, et organisée autour d'une hypotonie de l'axe et une hypertonie segmentaire. S. Robert-Ouvray explique que l'état d'immaturation neuromotrice de l'enfant entraîne des états de crispation, supports d'angoisses mortifères, ainsi que des états de détente support d'états de plaisir. Ces polarités extrêmes tendent ensuite à s'équilibrer avec la maturation du système nerveux qui conduira à la diminution de l'hypertonie périphérique et une augmentation de la tonicité axiale.

Autour de 6 mois, ce début « d'ambivalence tonique » pourra venir soutenir l'accès à une conscience d'un Moi global. (Robert-Ouvray, 2007). La place de l'entourage est alors primordiale, et en répondant de manière adaptée aux besoins physiologiques du bébé qui le plongent dans des états de souffrance psychocorporel, il pourra tendre à équilibrer son « univers physiologique ». L'alternance rythmée entre frustration et satisfaction est la base de la construction psychique de l'enfant, et l'intégration de ces extrêmes participe à construire des limites aux espaces corporels et psychiques de l'enfant.

Au début de la vie seuls les mouvements d'enroulements sont possibles, et une attitude d'extension signe un état pathologique. Petit à petit, avec la maturation neuromotrice, l'enfant découvre les mouvements d'extension et peut commencer à coordonner les différentes parties de son corps. (Robert-Ouvray, 2007)

C) Le mouvement qui permet de se sentir exister

Le geste est le déplacement du corps ou d'une partie du corps dans l'espace, tandis que le mouvement est une association de plusieurs gestes mais qui contient une intentionnalité, un but à atteindre. Où se situe alors le mouvement dansé ?

Pour Descartes, cité par H. Greilsammer en 2014, « le mouvement est l'expression de l'âme à travers le corps, en ce qu'ils constituent ensemble une unité. »

H. Greilsammer fait l'hypothèse que la décharge physique de la pulsion est accompagnée de l'affect. Le mouvement est l'expression de la pulsion déchargée sous forme d'action. Et par conséquent, en thérapie par le mouvement, le mouvement est un « mouvement-émotionnel ».

B. Lesage, en 2018, explique que bouger et organiser son geste c'est intégrer « les sensations qu'il procure : sensations externes, défilement des images sur la rétine, sons produits et reçus de l'environnement, caresse de l'air sur la peau, glissement des habits... et sensations proprioceptives, internes, en particulier jeu musculaire, sensation d'effort, jeu articulaire, mouvements de la peau, perceptions vestibulaires, modulations végétatives (organiques, thermiques...). Chaque geste, chaque mouvement se perçoit comme un pattern neuromoteur associé à un cortège de perceptions »

Mouvement et relation à l'environnement

Le mouvement permet à l'esprit de s'exprimer par le corps, par l'intermédiaire de sa sensorialité, de sa motricité, et de ses émotions ; c'est un moyen d'entrer en relation avec son environnement. D'une manière encore plus conscientisée, la langue des signes est par exemple un moyen de communication par le mouvement, des gestes des mains et une amplification des mimiques faciales. Le mouvement est donc plus qu'une expression mais également un outil de langage et de communication dans ce cas.

Durant son développement, le mouvement permet à l'enfant d'établir une relation avec son environnement. Ses sensations et sa motricité agissent donc sur son développement cognitif et perceptif.

B. Lesage va plus loin en demandant « qu'est-ce qui pousse à bouger ? » Sa réponse considère la racine commune des mots motricité et motivation et permet de penser le mouvement comme une action orientée vers quelque chose ou quelqu'un. (2018)

L'homme se construit et s'identifie comme être par la relation qu'il entretient avec son environnement. Lesage explique que l'homme est un « mimeur » : « Il rejoue le monde à travers ses gestes, restituant ainsi ce qu'il a traversé à sa façon, selon sa structure. Il rejoue donc ce qu'il a joué, touché, affecté, impressionné. » (Lesage, 2012, p. 37).

Il est intéressant également d'aborder l'importance du contact et donc du mouvement « passif », amorcé par l'autre dans la construction du sentiment d'existence. En effet, F. Giromini développe l'importance de la notion « d'étayage corporel » : l'enfant a besoin d'être regardé, et touché pour construire sa proprioception : ce qu'il ressent de lui-même et de son corps et qui construit son « éprouvé corporel ». Toutes ces sensations somatiques constituent une première représentation du corps en termes d'espaces différenciés et reliés les uns aux autres. F. Giromini explique ensuite, que ce sont « les structures corporelles comme matrices psychiques et relationnelles qui vont construire le sentiment de la continuité d'existence :

- le squelette : les os par leur capacité vibratoire et les articulations qui unissent et séparent les différentes parties du corps ;
- les membranes (système fibreux du corps, le collagène) comme lien élastique servent à la transmission du mouvement ;
- la peau comme zone d'échange entre le dedans et le dehors comportant son système de protection (pare-excitation et élimination). C'est aussi une surface d'inscription symboligène ;
- les organes comme machine énergétique, pulsionnelle et rythmique ;
- les muscles par leur réseau tridimensionnel extensible, comme mise en mouvement de la charpente osseuse. Par leur fonction tonico-émotionnelle, ils peuvent se tendre et se détendre en fonction de l'environnement et exprimer une attitude liée aux émotions ressenties. » (Giromini, 2017)

Le mouvement est donc extrêmement structurant dans la perception de soi comme sujet. L'homme advient subjectivement au monde, se représente physiquement et

psychiquement par ses expériences d'un corps en mouvement en lien étroit avec les relations qu'il construit à l'intérieur et à l'extérieur de lui.

II. Vieillesse et pathologie démentielle

A) Vieillesse normale

1. Point de vue sensoriel et corporel

Le vieillissement est accompagné de modifications morphologiques et sensorielles qui bouleversent le rapport au monde du sujet et son image du corps.

Privations sensorielles

Les désafférentations visuelle et auditive constituent une privation sociale autant qu'une privation sensorielle et peuvent s'accompagner d'une attitude de méfiance envers l'entourage et d'une tendance à l'isolement social. En effet, cette privation lèse le canal acoustico-verbal, qui est le principal mode de communication humaine, ce qui peut entraîner une hausse de la fréquence du vécu dépressif. (Gonzalez, 2004)

À la surface de la peau, on constate une diminution de la concentration en terminaisons nerveuses libres, corpuscules de Meissner et complexes de Merkel qui se manifeste par l'élévation des seuils de sensibilité cutanée. (Gonzalez, 2004)

Également, selon Gonzalez la désafférentation gustative est moins connue, mais le nombre de papilles de la face supérieure de la langue chute brutalement à partir de 75 ans. Cette désafférentation a une importance particulière chez les personnes âgées pour lesquelles l'oralité est un des derniers abris du plaisir.

Cet émoussement sensoriel épargne relativement le tact mais rétrécit les espaces d'évolution de la personne et ses possibilités de communication.

Vieillesse psychomotrice

La motricité globale est impactée par le vieillissement. Notamment l'équilibre, en effet, selon J.C Juhel, le vieillissement modifie notre posture, en touchant les différents systèmes qui régulent notre équilibration (système vestibulaire, visuel, kinesthésique). (2010)

Plus le vieillissement avance, plus les sentiments de manque de stabilité et de vertige augmentent et avec ceux-ci, c'est le sentiment d'insécurité et de dépendance qui s'accroît. (Aubert & Albaret, 2012)

Les altérations corporelles dues au vieillissement vont entraîner une baisse de la force musculaire, de l'endurance, de la souplesse et une réduction de l'attention en lien avec une réponse motrice ralentie et plus difficile à programmer. (Aubert & Albaret, 2012)

Au niveau locomoteur, on observe des modifications d'aspect de la marche, elle est moins sûre, les réponses aux stimuli de l'environnement sont plus lentes, on observe une diminution de la vitesse de marche, de la hauteur du pas, un élargissement du polygone de sustentation et une réduction de l'amplitude du mouvement des chevilles. (Aubert & Albaret, 2012)

Modification de l'image du corps

Le vieillissement fait traverser au corps des remaniements intenses que l'inconscient refuse activement de reconnaître, parfois jusqu'au déni. (Linx, 2007) L'enveloppe corporelle va devenir le représentant des stigmates du temps qui passe. Les transformations somatiques : changement de poids, perte de la tonicité de la peau, blanchissement des cheveux viennent marquer le corps réel.

Cette modification du corps peut entraîner une discordance entre apparence et intériorité. La personne âgée voit dans le miroir un corps usé, morcelé qui ne correspond pas au vécu interne dans lequel il perçoit la continuité de son identité. L'image renvoyée au sujet par son environnement peut alors amener à des vécus de sidération et de rejet tant elle est différente de l'image que le sujet a de lui-même.

2. Point de vue cognitif

Le vieillissement ne s'accompagne pas nécessairement d'un déclin cognitif mais le ralentissement cognitif est inhérent à l'avancée de l'âge. Un allongement du temps de réaction apparaît, la vitesse de traitement diminue et les mécanismes d'inhibition sont moins efficaces. La mémoire est touchée, mais il est souvent difficile d'établir un début précis de cette altération, car elle mêle des composantes instrumentales et affectives. (Juhel, 2010)

La mémoire des faits anciens est généralement préservée par le vieillissement, mais c'est celle des faits récents qui est touchée. Ceci entraîne un allongement du temps nécessaire à la prise de décision (Juhel, 2010) Également, les effets du vieillissement sont particulièrement marqués en mémoire de travail (maintien temporaire et manipulation de l'information), mais peu visibles en mémoire sémantique (stockage des connaissances générales, abstraites). (Dujardin & Lemaire, 2008)

3. Point de vue psychique

Pour G. Le Gouès, le vieillissement est un lent processus inversement comparable à la croissance. Il établit le début de ce processus au moment où le « fantasme d'éternité » rencontre le fléchissement réel des capacités de puissance ou de séduction, jusque-là ignoré. Ce fantasme d'éternité est accompagné par un refus inconscient de la mort, lié à la conviction d'immortalité du Moi. Le début du vieillissement peut donc être rapproché du moment de la crise de milieu de vie, moment où le vieillissement corporel apparaît prématurément par rapport au vieillissement psychique.

Toujours pour G. Le Gouès, le vieillissement impose au Moi une nouvelle épreuve de la réalité : ce qui n'a pas encore été vécu perd progressivement ses chances de l'être et ce constat conduit à une perte de la toute-puissance, et un sentiment d'engagement sur une pente descendante.

Il s'opère durant le vieillissement un affaiblissement psychique dû à la survenue d'une porosité du préconscient. Cet espace intermédiaire entre conscient et inconscient agit en faisant lien entre les représentations d'objets et les représentations des mots. Et par conséquent, « le sujet perd petit à petit son aptitude à la symbolisation » (Linx, 2007)

Le vieillissement est également accompagné d'une dépendance croissante qui s'exprime par des pertes réelles à un niveau interne et objectal. Durant sa vie active, la personne n'éprouve pas forcément le besoin de sentir qu'elle existe en tant que personne, ses actes et leurs répercussions suffisent à lui renvoyer cette conscience d'elle-même. Mais avec l'âge, l'arrêt de la vie professionnelle, l'émoussement social, certaines peuvent développer le sentiment qu'elles n'existent plus car elles n'agissent plus. L'environnement fait alors office de contenant externe et est nécessaire pour leur sentiment d'existence.

B) Les troubles neuro cognitifs majeurs

Selon le DSM V, les troubles neurocognitifs majeurs sont caractérisés par la « présence d'un déclin cognitif significatif à partir d'un niveau antérieur de performance dans un ou plusieurs domaines de la cognition (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, cognition perceptivo-motrice ou sociale). » (2015, p.711)

L'ancien terme de « démence » tend à être moins utilisé au profit du terme de trouble neurocognitif majeur. Pourtant l'étymologie du terme démence est sans doute intéressante et porteuse de sens. Tiré du latin *Dementia*, ce terme désigne « la folie en général, dans le sens de l'extravagance du comportement et de l'égarement de la raison [...] le terme démence désigne alors un état mental aigu ou prolongé qui enlève à l'individu son libre arbitre » (Le Gouès et al., 2008, p.177)

Pour Esquirol, cité par Le Gouès, « L'homme en démence est privé de biens dont il jouissait autrefois, c'est un riche devenu pauvre » (2008, p.177)

Cette idée renvoie donc à la perte plus qu'au manque, et la démence est isolée des autres maladies mentales pour désigner une maladie dont l'évolution est détériorative.

Cette idée tendrait aussi à imaginer la démence comme une continuité du vieillissement, mais accélérée : davantage de pertes, plus de déliaison.

Il paraît tout d'abord important de présenter ces maladies différentes mais souvent apparentées.

1. Différents syndromes

Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer a été décrite pour la première fois en 1906 par Alois Alzheimer. Il s'agit de la première cause de trouble neurocognitif majeur et de dépendance de la personne âgée. La fréquence de la maladie est estimée entre 600- 800 000 personnes (HAS, 2018).

Selon le DSM-V, la maladie d'Alzheimer correspond à l'apparition progressive et croissante de troubles neurocognitifs dont les manifestations sont :

« – Présence évidente d'un déclin se manifestant dans la mémoire et l'apprentissage et dans au moins un autre domaine cognitif. [...] »

- Un début insidieux et une évolution progressive des symptômes cognitifs et comportementaux ».

(American Psychiatric Association, 2015, p.722)

La maladie d'Alzheimer peut donc être définie comme une perte progressive de la mémoire et des fonctions cognitives telles que le langage, l'exécution d'actions, la reconnaissance...

Il existe encore plusieurs hypothèses quant à l'origine de la maladie. On observe une atrophie cérébrale et en particulier au niveau de l'hippocampe. Cette structure étant impliquée dans la mémoire, il apparaît alors une perte de neurones due à une présence anormale de protéines (Tau et bêta amyloïde) « Ces dépôts se comportent comme de véritables déchets dans l'usine chimique qu'est le neurone, l'accumulation de ces déchets finit par « tuer » la machine neuronale » (Drera & Brocker, 2004).

Une étiologie génétique semble être responsable de ce dépôt de plaques, mais il s'agit plutôt de facteurs prédisposant à la maladie plutôt que d'une cause directe. L'étiologie multifactorielle reste aujourd'hui privilégiée, impliquant des facteurs génétiques interagissant avec des facteurs environnementaux (virus, stress oxydatif, exposition à des substances toxiques...)

Atteintes praxiques

On observe une atteinte des praxies, des troubles toniques (hypertonie principalement), des mouvements anormaux (de la face) et des troubles locomoteurs. L'apparition de ces dysfonctionnements se fait progressivement en touchant en premier lieu les praxies constructives (capacité à reproduire un dessin ou une forme géométrique). Les praxies d'habillage apparaissent souvent avec au départ une tendance à superposer des vêtements, puis une difficulté dans l'orientation et l'enfilage du vêtement. (Aubert & Albaret, 2012)

Troubles neurocognitifs vasculaires

Ces troubles étaient anciennement décrits sous le terme de « démence vasculaire ». On considère que les causes vasculaires seraient responsables de 15 à 20 % des étiologies des troubles neurocognitifs majeurs (HAS, 2018)

L'âge médian pour le diagnostic de cette forme est de 80-85 ans, mais on remarque fréquemment un sous diagnostic car elle est confondue avec une fatigue ou une dépression post-AVC. (HAS, 2018)

Troubles neurocognitifs avec corps de Lewy

Cette classification regroupe aujourd'hui la « maladie à corps de Lewy » et les « démences » parkinsoniennes. Il s'agit de la deuxième cause de maladie neurodégénérative en France après la maladie d'Alzheimer. L'âge de survenue est généralement plus jeune que pour la maladie d'Alzheimer (70 ans). Il existe une forte errance diagnostique car elle est confondue avec une maladie de Parkinson si les signes initiaux sont moteurs ou avec une maladie d'Alzheimer quand les troubles initiaux sont cognitifs. (HAS, 2018)

Trouble neurocognitif fronto-temporal

Cette maladie débute généralement avant 70 ans, et l'errance diagnostique est importante car elle est très souvent confondue avec des syndromes psychiatriques (dépression, troubles bipolaires, etc.). Le tableau clinique est assez hétérogène mais on décrit des troubles du comportement (désinhibition, apathie, indifférence) et des troubles du langage très présents.

2. Conséquences sur la continuité du sentiment d'existence

L'apparition d'un sentiment d'étrangeté

Les pertes sensorielles, motrices, relationnelles peuvent entraîner un sentiment de non reconnaissance de son corps, et peuvent bousculer le sentiment d'identité.

C. Vigier décrit la maladie d'Alzheimer (nous pouvons transposer ces mots aux autres troubles neurocognitifs apparentés) : « La maladie d'Alzheimer est une pathologie du lien. Petit à petit tout se délite, la personne perd son rôle social, son rôle familial, sa « personnalité », son histoire, ses valeurs, tout ce qu'elle a construit tout au long de sa vie se désagrège petit à petit, se perd ». (2009)

G. Le Gouès parle également d'une pathologie de la déliaison, car elle altère les tenants de la pensée en entraînant une perte de la représentation-mot au profit de la représentation-chose.

Selon Vigier, il est fréquent que cette pathologie soit accompagnée d'une dépression ou d'un vécu anxieux. « Au début de la maladie, la personne démente est mise en échec par ses défaillances cognitives réagit par des réactions d'anxiété, de perplexité anxieuse, voire de catastrophe. Un véritable désarroi s'installe lié à un sentiment d'étrangeté, une perte dans la continuité de l'être selon l'expression de Winnicott » (2009)

Face aux nombreuses pertes causées par le vieillissement et la maladie démentielle, les capacités d'élaboration du sujet se trouvent dépassées et il n'arrive plus à mettre du sens sur ses angoisses. Le sujet fait alors face à des situations d'une telle violence, qu'il est confronté à des angoisses irréprésentables. Ces situations de stress intenses menacent alors l'intégrité de son appareil psychique, qui peut s'apparenter à la fragilisation de la fonction pare-excitatrice selon l'approche de Anzieu du Moi-peau développée précédemment. (Ferreira, 2011)

Ce moi-peau qui a pour rôle de protéger le psychisme des attaques extérieures se trouve débordé, et se trouve alors transformé en « moi-passoire qui laisse libre cours à la fuite des pensées, des souvenirs, l'émergence d'une angoisse et de la perte du sentiment de la continuité de soi. » (Ferreira, 2011)

M. Péruchon explique que quand la démence est avancée, la perte des « représentations-mots » vient en contre-indication à la psychothérapie verbale (2017) Elle conseille alors le

passage par des médiations adaptées au « retour en force du pôle perceptivo-sensoriel et affectif » telles que l'art-thérapie qui peut faire appel aux représentations de choses visuelles et auditives.

3. Troubles psycho-comportementaux

Selon l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, les troubles du comportement attribués à la maladie d'Alzheimer ou apparentée sont porteurs de sens, en manifestant un mal être moral ou physique. Leurs manifestations sont désorganisatrices et peuvent accélérer le déclin cognitif de la personne.

Ils sont « les signes et les symptômes évocateurs de troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur et des comportements »

Six catégories de troubles sont décrites :

« L'errance - l'agitation/agressivité - la résistance aux soins - les comportements sexuels inappropriés - la réaction de catastrophe - le syndrome crépusculaire » (2016)

Les persévérations motrices, ou gestes compulsifs sont pour Cécile Delamarre un signe d'anxiété à repérer et à ne pas banaliser. Ils peuvent prendre la forme de persévérations sonores, musculaires accompagnées d'une hypervigilance. (2014)

L'affaiblissement cognitif trouble très fortement les capacités de communication et perturbe les activités de la personne. Les troubles cognitifs peuvent donc conduire à une forme d'hypersensibilité aux stimuli de l'environnement qui ne peuvent plus être traités et sont donc vécus comme des dangers... En présence d'un trop plein d'informations sensorielles en peu de temps (sons, odeurs, mouvements, lumières...) les capacités d'analyses sont dépassées et cela peut provoquer une réaction de défense qui peut se manifester sous plusieurs formes : « sentiments d'anxiété ou d'angoisse, conduites de retrait, explosions de larmes ou de cris, gestes désordonnés... ». (Pellissier, 2011, p.20)

Alors que les capacités verbales sont largement diminuées par les troubles neurocognitifs, la communication doit alors trouver un nouveau canal. « on ne peut pas ne pas communiquer » (Pellissier, 2011, p.30). Et lorsque les phrases et les mots ont perdu leur

sens, les cris peuvent venir les remplacer, et il est important de ne pas les interpréter comme des simples symptômes comportementaux. Ce qui n'est pas dit peut alors être agi ou montré : à travers une expressivité corporelle, des conduites qui sont souvent mal interprétées.

« Si nos émotions résonnent en nous, nous raisonnons nos émotions » (Pellissier, 2011, p.32) : les conduites réunies sous le terme de « trouble du comportement » témoignent des instants où les capacités cognitives se trouvent débordées par les émotions. Alors que la mentalisation de nos émotions permet de garder une maîtrise sur celles-ci, comment alors dans ce contexte limiter l'expression des ressentis et de leur transformation en actes ?

III. La médiation danse en groupe

A) La médiation

Le médium, pour R. Kaës, est intimement lié aux espaces transitionnels conceptualisés par Winnicott. L'objet médiateur est celui « qui relie deux bords disjoints, clivés ou séparés ». (2004, p.12)

La médiation propose alors une aire transitionnelle, un espace où l'activité va faire transition entre soi et les autres. (Potel, 2010). La médiation utilisée fait office de liant, et de support d'investissement des patients.

F. Giromini, (2017) explique la fonction miroir du médium, c'est-à-dire sa capacité à mettre en forme l'indifférencié, en réduisant l'informe en passant par la représentation. Elle fait alors le rapprochement avec la fonction réflexive maternelle, dans laquelle la mère va refléter ce qu'elle reçoit de l'émotion du bébé pour lui renvoyer cette émotion en retour, mais qui ne sera plus tout à fait sienne et aura subi une première étape de représentation par la transformation. La médiation aurait alors la même fonction : celle de réfléchir les sentiments exprimés en leur donnant une première forme de représentation.

R. Kaes extrait les constantes de la médiation, parmi lesquelles se trouve la fonction de lien entre « la force et le sens », c'est-à-dire entre la puissance de la pulsion et sa figuration symbolique. En effet, le médium ouvre la voie vers la représentation et la symbolisation en donnant une forme à ce qui n'est pas encore représenté.

Aussi, pour R. Kaes, la médiation s'inscrit dans une « oscillation entre créativité et destructivité » et dans l'alternance entre l'espace singulier et les espaces communs partagés. La médiation, contenue dans un cadre thérapeutique contenant et adapté permet alors « d'explorer sans s'y perdre ». (2004, p.13)

Également, il explique que toute médiation s'inscrit dans une « problématique des limites » dans le sens où elle entre dans la catégorie de l'intermédiaire, de l'entre deux et se situe donc au niveau du préconscient. Comme nous avons vu précédemment, le vieillissement de l'appareil psychique s'accompagne d'un affaiblissement du pré-conscient. La médiation peut-elle être alors une aide à l'établissement de liens auprès de cette population ?

Les souffrances psychiques qui se situent au niveau des limites, de la déliaison et de la déficience des processus de transformation seraient alors selon Kaes tout à fait indiquées pour les thérapies à médiation.

Spécificité de la médiation corporelle

C. Potel explique que le soin à médiation corporelle offre au patient un espace de « parole corporelle » à des patients qui seraient encore en deçà d'un travail d'élaboration verbale. Ce lieu permet alors la régression, qui « contenue par la relation thérapeutique peut devenir un moyen d'expression à part entière ». (2010, p. 382). Dans le cadre de cliniques dans lesquelles l'accès à l'élaboration verbale est entravée par les troubles psychique ou cognitif, comme celle de la maladie d'Alzheimer, il est compliqué de parler de régression sur un mode non verbal. Il s'agirait alors plutôt d'une régression du soignant qui changerait de mode de communication pour se retrouver sur le même canal que son patient.

Également, C. Potel explique que ces groupes donneraient place aux agirs du corps, en leur trouvant une « écoute spécifique » par un thérapeute formé à ce travail.

F. Giromini, dans un ouvrage de B. Lesage explique : « Une des fonctions de la médiation [...] est de permettre une opération psychique, un passage (une transition) entre un état et un autre. Le médium employé est momentanément inextricablement mêlé au psychisme qui s'en autonomise ensuite, comme dans la création artistique où l'artiste se distancie de son travail une fois qu'elle a fait son œuvre ». (2012, p.254)

Elle évoque aussi la spécificité du travail corporel par ces mots « La médiation corporelle semble avoir une particularité par rapport à d'autres médiations qui font appel à un matériau extérieur, comme la peinture. Si le peintre peut lâcher son pinceau, le violoniste remiser son instrument, le « travailleur du corps » ne peut à aucun moment le quitter ».

Sur ce sujet, F. Giromini ajoute que c'est la « corporéité » du psychomotricien en tant qu'instrument de la relation qui fait office de médiateur.

B) Danse thérapie

Pour commencer à définir la danse, j'aimerais commencer par cette citation de B. Lesage qui explique les composantes du mouvement dansé.

« Danser c'est bouger, se mouvoir..., même l'immobilité est une figure de danse, mais alors une immobilité pleine habitée et habitante, ..., cela concerne donc a priori le corps, ce qui laisse à penser que l'on danse en fonction du rapport au corps que l'on entretient... Danser c'est mettre en œuvre le mouvement en dehors d'une finalité instrumentale..., c'est aussi mettre en forme le corps, tracer des formes... Danser c'est mettre en jeu le geste dans ses qualités spécifiques selon trois paramètres : espace, temps, énergie. Le danseur crée son espace, son temps, déploie son énergie. » (Lesage, 2009, p. 12)

La danse est un moyen utilisé depuis toujours par les peuples divers. Elle occupe différentes fonctions notamment celles de la rencontre, des cultes, des rites de passages... Elle permet aussi de s'entraider au travail, rythmer les pas, organiser les marches, soutenir les combats... Elle permet d'apporter une charge pulsionnelle ou émotionnelle au groupe, de lui donner un sentiment d'unité, convivialité, force et rythme... Avant d'être thérapeutique, il est important de rappeler le rôle social de la danse.

Historiquement, la danse, le rythme ont toujours fait partie des approches ancestrales des chamans et guérisseurs traditionnels. H. Duplan, danseur haïtien a conceptualisé la danse primitive, et en ce sens, fait émerger tout l'intérêt de la danse dans le soin, par son expérience de la danse traditionnelle. À ce sujet il explique :

« Le corps est une centrale qui génère, capte et régénère les énergies. Afin de mieux le solliciter, l'aiguiser, des exercices progressifs de placements, d'échauffements, assouplissements, étirements, rotations, basés sur une logique anatomique permettent une

circulation équilibrée et canalisée de l'énergie. Puis c'est l'adaptation au rythme. Sous son impulsion, le groupe participant revisite les gestes ancestraux et universels du quotidien : pousser, tirer, lancer, jeter, lever, donner, recevoir, etc. » (Duplan, 2001)

La thérapie par la danse et le mouvement telle qu'elle est connue aujourd'hui est née au cours des années quarante, initiée par des danseuses contemporaines : Marian Chace et Mary Starks Whithouse. Elles intervenaient alors à l'hôpital auprès de populations malades et handicapées avec l'idée que le mouvement dansé accompagne et permet le développement psychique et corporel des individus. Ces danseuses vont alors développer la « thérapie par la danse et le mouvement ».

J. Vaysse cite alors un psychiatre surpris devant la pratique Marian Chace dans les asiles « À voir ces patients psychotiques, très malades, et Mlle Chace danser, on a l'impression qu'au travers de ce moyen, ils ont la possibilité de faire un pas hors de leur monde... vers les autres. Leurs mouvements semblent libres, faciles, confortables... exprimant en déplacement et rythme ce qu'ils ne peuvent exprimer en mots ou en comportements sociaux conventionnels... C'est le rappel qu'il y a peu, pour ne pas dire aucun malade réellement 'inaccessible' ». (2011)

Les termes « thérapie » et « danse » accolés suggèrent qu'une théorie reconnue : la psychothérapie et la psychanalyse peuvent se saisir de la motricité expressive permise par le mouvement dansé. La danse thérapie utilise donc le rythme, les appuis, l'espace... associés aux émotions, à l'imaginaire, à l'associativité dans un cadre thérapeutique. Ainsi, l'action thérapeutique de la danse est orientée vers la recherche de réaménagements psychocorporels harmonieux, d'une meilleure conscience de soi. (Vaysse, 2011)

Il est important de rappeler les liens entre art et soin. Pour B. Lesage « les démarches artistiques et thérapeutiques ne se confondent pas. Les pratiques en danse-thérapie ne sont pas nécessairement des moments de création artistique avec mise au jour d'une œuvre. En revanche, l'émotion esthétique peut être partout présente, y compris dans un groupe de polyhandicapés... Qu'il s'agisse de création, d'interprétation ou de contemplation, l'art accomplit un travail, mobilisant des processus qui éclairent et complètent des données de la psychologie du développement. » (2009, p.93)

En d'autres termes, l'art en soi n'est pas thérapeutique, Gillis, cité par Lesage en 2009 explique alors que plutôt que de chercher à expliquer l'œuvre il faut la considérer comme une communication sensible, une mise au travail (du corps pour le danseur). La danse

devient alors une façon de créer le corps, plus que de l'utiliser ; et selon Lesage, à un niveau primaire et présymbolique. Il évoque trois paramètres du mouvement dansé : énergie, espace et temps. Le danseur mobilise alors son énergie par un jeu de « tensions/rétention/détentes » grâce aux modulations toniques.

La danse élit le corps comme symbole et le danseur thérapeute interprète « par sa propre gestuelle ce qu'il percevra intuitivement autant qu'intellectuellement de ce qui est en jeu de l'autre, et de lui-même dans la relation transférentielle ». (Klein, 2014)

En d'autres termes, la danse amènera un échange symbolique qui pourra se passer de la conscientisation en langage verbal explicite. « Le corps devient symbole sans cesser de rester corps » (Klein, 2014).

C) Le groupe

Le dispositif groupal, ne se limite pas à des aspects matériels, et la posture des thérapeutes est primordiale. « À travers leur façon d'être, les thérapeutes fournissent un étayage psychique aux patients et ce, sans interpréter. Il semble nécessaire de se situer dans une zone à mi-chemin entre ce que l'on est comme thérapeute et ce que l'on est comme personne ». (Robert, 2001)

Un parallèle entre le Moi-peau développé précédemment et la structure du groupe thérapeutique peut être fait. En effet, « un groupe s'est constitué en entité dès lors que le dedans et le dehors sont différenciés, à savoir qu'une enveloppe groupale délimite dedans et dehors ». (Fredenrich, 2009, p.115).

La perception d'une enveloppe groupale est nécessaire pour que les groupes puissent se construire un espace propre et que l'espace soit suffisamment contenant pour que les régressions soient possibles.

C. Vacheret conceptualise les rapports entre groupe et objet médiateur en effet selon elle, ceux-ci agissent en synergie, en potentialisant mutuellement leurs effets contenant. (2011)

C. Potel, a écrit en 2010 sur les groupes thérapeutiques à médiation corporelle. Elle explique que chaque membre du groupe est invité à trouver sa place et à exprimer sa créativité singulière au sein du groupe.

Le groupe danse est donc un aménagement entre les bienfaits corporels de la danse : détente musculaire, manifestations corporelles, rythme rassurant et structurant, et le support du groupe qui potentialise ses effets par son enveloppe groupale structurante et rassurante.

PARTIE CLINIQUE

I. Présentation de la structure d'accueil

Durant cette 3^{ème} année de formation, j'ai pu effectuer un stage dans un EHPAD un jour par semaine : une fois sur deux accompagnée par ma maitre de stage, et l'autre seule. Ce contexte particulier en semi-autonomie a été très enrichissant pour moi, et m'a permis de prendre des responsabilités en douceur, tout en étant accompagnée par ma maître de stage et le reste de l'équipe.

A) L'EHPAD

Cet établissement accueille une population très hétérogène, en effet, il s'agit d'une résidence pour personnes âgées qui, historiquement, accueillait des personnes autonomes, dans des appartements avec cuisine équipée. La résidence dispose donc d'une cinquantaine d'appartements, du studio au T2, accueillant des personnes seules ou des couples. Il y a en tout 70 places dont 9 dans l'unité protégée. Aujourd'hui, les personnes accueillies arrivent plus âgées et plus dépendantes mais il reste dans l'identité de cette maison de retraite l'idée que cet endroit est un lieu de vie plus qu'un le lieu de soin.

L'équipe est composée d'une directrice, du service administratif et technique. Une animatrice est présente à temps plein, un médecin coordinateur présent deux jours par semaine, une infirmière coordinatrice et son équipe d'infirmières, d'aide soignantes, et d'auxiliaires de vie.

Une psychologue est présente deux jours par semaine, la psychomotricienne est sur l'établissement deux jours par mois. Des kinésithérapeutes libéraux interviennent, ainsi qu'une orthophoniste si besoin. Des bénévoles viennent chaque semaine animer des ateliers autour de la musique, de la médiation animale.

Place de la psychomotricité dans la structure :

L'établissement ne dispose pas d'un bureau pour la psychomotricienne, nous partageons donc celui de la psychologue. Les séances individuelles se font le plus souvent dans l'appartement du résident. Nous disposons également d'une pièce suffisamment grande pour y accueillir le groupe « équilibre et prévention des chutes »,

En raison de son petit temps de présence dans la structure, la psychomotricienne ne peut pas proposer de séances individuelles aux patientes de l'unité protégée. Elle dispose de trois créneaux pour des suivis individuels au sein de l'EHPAD.

Elle tenait donc à créer un groupe au sein de l'unité protégée, car les résidentes présentent des problématiques psychocorporelles importantes. Malgré ce temps de présence sur la structure, la psychomotricienne a une place reconnue dans l'équipe, elle est souvent appelée pour aider à réfléchir sur des situations complexes, et les soignants n'hésitent pas à lui dire quand ils sentent qu'un résident qu'elle ne connaît pas encore pourrait avoir besoin de la rencontrer.

B) L'Unité de Vie Protégée

Au sein de cet établissement, se trouve « une petite maison dans la grande maison » selon les dires des soignants : c'est-à-dire une unité protégée Alzheimer. Cette unité dispose de neuf places, pour des personnes atteintes de démence type Alzheimer et présentant une désorientation spatio-temporelle importante. Il n'y a en ce moment que des femmes dans l'unité. Les neuf chambres individuelles sont réparties autour d'une salle commune qui permet, dans le même lieu, de partager les repas, accueillir les familles sur les temps de visites, de se reposer, participer aux activités proposées par les soignants et passer la journée.

L'équipe de l'unité est composée d'aides-soignants et d'auxiliaires de vie (six personnes sont affiliées à l'unité, de façon à garantir une grande stabilité). Le reste du personnel de l'EHPAD fait aussi partie de la vie de l'unité mais de manière plus ponctuelle : il y a d'abord les infirmières qui passent plusieurs fois par jour, le médecin coordinateur ainsi que les médecins traitants des résidentes, la psychologue, les kinésithérapeutes libéraux, la psychomotricienne, et moi-même, une fois par semaine entre octobre et juin de cette année.

Ma découverte de l'unité protégée

Dès le début de mon stage, j'ai passé beaucoup de moments informels dans cette unité fermée, afin de me familiariser avec les résidentes dans l'idée de leur proposer un groupe à médiation adaptée. Si j'ai passé autant de temps dans ce lieu, c'est aussi que j'ai pu rapidement y trouver une place et m'y sentir à l'aise. Contrairement aux autres services de l'EHPAD, qui me donnaient plutôt la sensation que les lieux de vie commune n'étaient que des lieux de passage, dans l'unité fermée je pouvais réellement me mêler au quotidien des résidentes. Parfois je m'installais seulement à côté d'elles et j'observais la vie du groupe, installée avec elles dans leur principale pièce de vie, me plongeant dans leur quotidien. Je pouvais par exemple participer aux animations, aider au moment des collations ou tenter d'apporter mon aide dans des moments complexes ou anxiogènes pour les résidentes.

J'ai été tout de suite marquée par la manière dont elles pouvaient être si proches et pourtant interagir si peu entre elles. En effet, les neuf résidentes partagent cette unique et grande pièce de vie et sont très rarement dans leur chambre. Pourtant, elles n'entrent que très rarement en communication les unes avec les autres. La grande majorité des échanges est initiée par les soignantes.

II. Présentation du groupe Danse

A) Genèse du groupe

Le choix de la médiation :

Dès le début de mon stage, ma maître de stage m'a fait part de son désir de créer un atelier thérapeutique pour l'unité protégée. Elle m'a donc proposé de me laisser rencontrer les résidentes afin de réfléchir à une médiation et à un projet de soin qui m'intéresserait particulièrement, car j'allais accompagner ce groupe seule une fois sur deux.

Le toucher comme agent indispensable à la rencontre :

Après avoir passé quelques moments dans l'unité, mon impression première était que la médiation que j'allais choisir devrait contenir une dimension tactile. En effet, j'ai pu

rapidement me rendre compte qu'assez naturellement, lorsque je m'adressais à elles, j'accompagnais mon regard et mes mots d'un contact corporel, parfois une main sur leur main ou sur l'épaule et que ceci nous aidait bien souvent à entrer en lien plus facilement. Comme s'il fallait se toucher pour s'entendre.

Le pouvoir de la musique

Également, j'ai pu à plusieurs reprises remarquer l'effet que l'écoute de musique pouvait avoir sur elles. Tantôt dynamisante, et semblant réveiller à elle seule les résidentes apathiques, tantôt apaisante et participant à la diminution des troubles du comportement chez d'autres.

Il m'est donc apparu pertinent de choisir une médiation mêlant ces deux aspects : le toucher et la musique. La danse est alors devenue une évidence, bien que je ne sois pas du tout danseuse.

Aussi, la question du peu d'interactions visibles dans le groupe m'a amenée à être attentive au pouvoir fédérateur de la musique. Plusieurs fois, les chansons sont devenues des éléments rassembleurs, les résidentes se mettant enfin toutes sur le même rythme, le même mode pour chanter ensemble des paroles si profondément inscrites que la maladie ne les avait pas effacées. Certaines musiques leur rappelaient des souvenirs, des souvenirs qu'elles avaient même peut-être en commun.

Nos premiers pas vers le mouvement dansé

Lors des deux premiers mois de mon stage, j'ai observé à plusieurs reprises des petits mouvements spontanés de danse chez certaines patientes sur des moments de musique. Certaines tapaient le rythme du pied, d'autres hochaient la tête de gauche à droite... Ceci m'a semblé briser l'aspect figé dans lequel je les trouvais souvent. A d'autres moments j'ai initié un mouvement qui a été repris en imitation par des patientes. Ces petits moments informels m'ont en quelque sorte aidée à préparer l'atelier danse.

B) Cadre, dispositif, objectifs

Le lieu de l'atelier

L'atelier se déroule dans le lieu de vie des résidentes, dans leur salon. Ce cadre thérapeutique est spécial car nous ne disposons pas d'une salle séparée, nous dansons donc dans un lieu ouvert, avec beaucoup de passage, sans distinction claire avec leur lieu de vie.

Par conséquent, il nous est apparu rapidement nécessaire d'aménager l'espace pour qu'il soit le plus contenant possible, tout en restant perméable pour les patientes qui ont besoin de déambuler. Quand nous arrivons dans l'unité, nous déplaçons alors les tables et chaises afin de construire un cercle, en tâchant de reproduire le plus possible le même aménagement d'une semaine sur l'autre. En effet, pour ces patientes très désorientées, il apparaît primordial de pouvoir leur proposer des repères spatiaux stables. Par la répétition et la permanence du cadre, nous visons aussi à la création d'un sentiment de continuité d'être. Le dispositif a pourtant évolué au cours de l'année, nous proposons au départ un espace assez large au centre du cercle afin d'avoir le plus de place possible pour danser. Or, nous avons remarqué que lorsque cet espace était trop important, la contenance diminuait, cela se remarquait par plus de déambulation, de départs d'aller et venues pendant l'atelier.

Accompagnement du groupe :

Le groupe est accompagné par la psychomotricienne et moi-même une semaine sur deux, et je suis seule l'autre semaine. Les soignants sont invités à participer au groupe, si possible un d'eux durant toute la durée du groupe. La présence des soignants est un élément très important, nous avons fait la demande au début de l'atelier pour qu'une personne puisse rester avec nous tout le long de l'atelier, afin de créer le plus de stabilité possible. Ceci n'a pas toujours été possible, les soignants étant parfois obligés de quitter le groupe pour aller s'occuper de patients.

L'après-midi suivant le groupe, nous avons un temps de réunion avec les soignants, qui est très important, et fait partie intégrante du dispositif. Il nous permet de parler de ce qui a pu se vivre pendant le groupe, de partager nos ressentis et observations sur les patientes avec les soignants. Parfois, ça a été une nécessité afin d'analyser les répercussions de ce qui se vivait dans l'atelier sur le reste de la journée des patientes. Par exemple, au début de la prise

en soin, j'ai pu être inquiétée par les émotions et les affects qui se déployaient durant l'atelier pour certaines dames, notamment les reviviscences émotionnelles dues à la musique. Ces temps de reprises en équipe m'ont permis de comprendre que cet espace propice à l'expression des affects ne déstabilisait pas les patientes sur le long cours mais pouvait au contraire les rendre plus apaisées sur la suite de la journée. Le dispositif et le groupe semblent suffisamment contenant pour qu'ils soient l'objet d'une décharge émotionnelle vive, sans que cela ne désorganise trop les patientes.

Description du groupe :

Le processus commence à partir de notre entrée dans le service, nous allons saluer chacune des résidentes pour replacer le but de notre venue et leur demander si elles souhaitent « danser avec nous ». Ceci permet parfois de faire du lien avec les séances précédentes, qui ont pu laisser une trace. Il apparaît très clairement que pour certaines de ces dames, les séances ont pu faire trace grâce à la régularité de l'atelier. Ceci a été marqué par des petits mots parfois lors de mon arrivée, ou des réponses empruntées de certitudes à ma question « Je suis venue danser, voulez vous vous joindre à moi ? »

L'atelier commence toujours par l'écoute de musiques classiques (Rubinstein, Chopin, Satie...), temps durant lequel nous leur proposons un temps d'échauffement et de conscience corporelle. Les patientes qui le peuvent sont invitées à imiter nos propositions ou à en proposer, mais très souvent, nous venons donner une guidance corporelle à chacune d'elle. En effet, en raison de leur maladie l'initiative du mouvement est altérée et il est souvent nécessaire de venir leur donner une sensation de leur corps par nos frictions et massages avant qu'elles ne puissent se mettre seules en mouvement. Ces frictions et mobilisations passives ont pour but de leur procurer une sensation globale du corps. Nous proposons également durant ce temps d'éveil corporel des tapotements, pressions, des « lissages »... Nous adaptons l'intensité, l'amplitude selon qu'on veuille éveiller la peau, le muscle, faire résonner l'os... Nous avons aussi intégré quelques fois à ce temps des balles à picots afin que les participantes puissent s'en servir pour se procurer des automassages.

Un deuxième temps est basé sur le mouvement et la mise en jeu corporelle avec l'aide d'un objet facilitateur (foulard, ruban, balle à picots, parachute...). Durant ce temps, nous les invitons à mettre en mouvement cet objet qui permet de matérialiser le mouvement et qui devient un vecteur de lien entre les participants au groupe. En effet, nous nous lions grâce à

eux en produisant des « figures » : cercle, chapiteau avec une personne au milieu... Ces objets viennent représenter une sorte de prolongation du corps, et créer de la stimulation sensorielle, au niveau visuel, tactile... Les tissus liés entre eux et tenus par les résidentes viennent également appuyer l'accordage tonique et rythmique, la relation à l'autre ou en tout cas sa prise en compte.

Les objets permettent aussi de ne pas se sentir seul, nu, et peuvent représenter une certaine mise en confiance pour ensuite se lancer dans le mouvement.

Le groupe se poursuit par un troisième temps de danse en duo, dans lequel nous proposons des danses à chacune des patientes qui le souhaitent. Debout, ou assise dans leur fauteuil. Ces danses à deux permettent d'amorcer un lien, qui renforcé par le contact physique permettent d'être présent à soi et à l'autre. Durant ce temps de danse, nous choisissons les musiques suivant si l'on veut plutôt impulser un rythme lent, marqué... (tango, valse...)

Un dernier temps de retour au calme, à soi et d'écoute de musiques. Après avoir vécu des expériences corporelles, ce temps permet de se recentrer sur son corps, sur ses sensations propres.

Le choix des musiques est aussi très important, alors que nous commençons et finissons toujours par de la musique classique, il est nous arrivé de proposer sur les autres temps d'atelier tantôt des rythmes marqués et sans parole pour inviter au mouvement, tantôt des chansons connues pour fédérer le groupe et amener à une dynamisation par le chant.

Objectifs psychomoteurs :

Ce groupe permet par l'intermédiaire du mouvement dansé un travail de mise en jeu corporel bénéfique à la psychomotricité globale.

- Proposer un temps corporel global aux résidents qui présentent chacun une problématique psychocorporelle (déambulation, angoisses, retrait, apathie...)
- Proposer une médiation qui permet l'expressivité non verbale.
- Proposer un temps propice à la reconnexion avec des automatismes moteurs, l'écoute de musique et les souvenirs associés.

Les mouvements dansés et rythmés permettent de travailler les coordinations et l'équilibre à travers une activité plaisante dans le but de vivre son corps comme un espace de plaisir et de partage.

En plus de solliciter le corps et le mouvement, la musique sollicite les affects, les émotions, les sensations. C'est donc une voie d'accès privilégiée à leur expression. Le cadre contenant du groupe peut contribuer à leur donner du sens et donc à agir sur les manifestations d'anxiété.

Ce groupe est également un vecteur de lien entre les résidentes entre elles, et avec les soignants. Alors que certaines patientes ont perdu l'usage des mots, le mouvement dansé permet de faire lien différemment, d'exprimer par le corps, le regard.

Ces différents objectifs concourent à un objectif transversal qui est celui de maintenir au maximum le sentiment de continuité de soi des patientes en soins, par l'intermédiaire du mouvement dansé et des sensations proprioceptives qu'il procure

C) Composition du groupe

Le groupe est ouvert aux neuf résidentes de l'unité, qui participent de façon libre chaque mardi. En effet, nous venons leur proposer chaque semaine, et suivant leur disponibilité psychique et somatique nous décidons ensemble si c'est possible pour elles d'être là. Elles peuvent aussi commencer de loin, en nous regardant hors du cercle, si être plus près n'est pas possible. Elles peuvent commencer par venir puis partir quand elles en ont besoin. La déambulation de certaines, le passage dans la pièce de vie, donnent une atmosphère particulière au groupe. Il est parfois dur de nous tenir toutes ensemble.

Pour conclure sur le groupe, il est important de décrire la grande évolutivité et adaptabilité que demande ce dispositif particulier. Nous avons commencé certaines séances à trois, pour les finir à dix, j'ai parfois été accompagnée par plusieurs soignantes, parfois été seule avec les résidentes dans ce lieu de vie et de passage. Au fil de l'année, nous avons vécu ensemble des séances très différentes, au gré des variations thymiques et somatiques qui se vivent au sein de cette unité fermée. Certaines séances ont été très animées, rythmées, les résidentes étant réveillées, toniques, en lien, puis nous avons traversé une période plus difficile, durant laquelle le groupe semblait s'essouffler, les mouvements et les interactions disparaissant au profit de manifestations d'anxiété ou d'apathie.

Si dans la partie suivante j'ai choisi de développer plus précisément le parcours de deux résidentes au sein du groupe, c'est parce qu'elles m'ont paru avoir des problématiques différentes et complémentaires autour de la question de la réappropriation de leurs sensations au profit d'un soutien de leur continuité identitaire.

Je vous présenterai donc d'abord Mme A patiente de 85 ans relativement apathique et qui a semblé se « réouvrir » à son monde par le biais de la médiation danse, puis Mme M, âgée de 95 ans patiente très anxieuse et spastique, qui a pu trouver dans le groupe danse un lieu d'apaisement.

D) Étude de cas de Mme A

1. Présentation de la patiente :

Quelques éléments de vie

Mme A est née en 1933 (85 ans). Elle est née et a vécu toute sa vie en ville. De son histoire, j'ai pu apprendre dans son dossier qu'elle est mariée et mère de trois enfants. Elle est décrite par ses enfants comme une femme de fort caractère, qui a géré le foyer tout en ayant une vie sociale très développée. Son mari vit toujours dans leur appartement et lui rend visite régulièrement. Elle a pratiqué pendant longtemps la gymnastique de compétition.

Elle a été traitée en 2015 pour un cancer du sein et a subi une ablation de la tumeur. Elle présente également un diabète de type 2, une prothèse totale de genou droit, et un œdème de lymphes au bras droit qui nécessite le port d'un manchon.

Jusqu'à janvier 2017, elle vivait à domicile, avec son mari, dans une relative autonomie malgré l'apparition de troubles cognitifs. À la suite d'une chute en janvier 2017, elle est hospitalisée dans un contexte d'urgence, elle est alors décrite comme confuse, désorientée et anosognosique et les examens confirment un accident vasculaire au niveau des noyaux gris centraux.

Elle sera alors orientée dans un EHPAD pour quelques mois mais des troubles du comportement apparaissent (déambulation, agressivité, insomnie) et ont nécessité l'intervention d'une équipe mobile spécialisée qui a préconisé son entrée dans une unité

protégée. Elle a donc intégré la structure dans laquelle j'effectue mon stage en novembre 2017.

Bilan et Observations :

Aucun bilan psychomoteur n'a été réalisé pour Mme A, mais je dispose d'un bilan psychiatrique établi lors de son entrée dans l'unité (il y a plus d'un an). Je vais donc tâcher de vous présenter ce bilan en y ajoutant mes propres observations et en réactualisant certaines informations.

Mme A souffre d'un syndrome démentiel : une démence mixte évoluée (c'est-à-dire vasculaire et dégénérative). Cette démence est notamment caractérisée par un syndrome frontal qui se manifeste par une désinhibition.

Selon le psychiatre, sa présentation est soignée, son contact étant cordial et courtois hors de ses moments d'agressivité. Sur ce point j'ajouterai qu'elle n'entre jamais de façon spontanée en relation, elle présente un certain pragmatisme relationnel. Aujourd'hui les troubles frontaux de Mme A ont évolué et qu'il est de plus en plus fréquent qu'elle se déshabille en public.

Son discours est perturbé par des troubles phasiques, avec un manque du mot principalement. Sur ce point, j'ajouterai qu'elle est capable de produire des phrases complètes lorsqu'elle est en relation individuelle et lorsqu'on lui pose une question ciblée, sinon elle ne parle pas et ne crie jamais. Elle est le plus souvent silencieuse. Lors de mes premières observations, j'ai pensé être face à une perte d'intérêt pour les relations sociales, mais ma vision a changé au cours des séances de groupe que j'évoquerai plus tard dans ma présentation.

Sur le plan thymique, le psychiatre ne décrit pas de franc aspect dépressif ou maniaque, En effet, je la trouve dans une relative apathie, sans plainte autour d'une souffrance psychique.

Le psychiatre décrit la problématique psycho-comportementale de la façon suivante :

- Mme A présente une agitation avec déambulation dans la résidence avec volonté de sortir pour se promener mais pas véritablement pour la quitter.

- Une agressivité verbale et physique à l'encontre des résidents et des soignants lorsqu'elle est entravée dans sa déambulation.
- Une insomnie

Selon le psychiatre, ces différents troubles sont présents depuis son entrée en établissement et se sont majorés crescendo. Depuis l'introduction de rispéridone dans le traitement, les manifestations d'agressivité ont diminué.

Ce bilan datant de plus de deux ans, j'ai pu remarquer encore une évolution sur le point de de l'agressivité, laquelle est presque inexistante aujourd'hui.

D'un point de vue moteur :

Concernant ses déplacements, aujourd'hui Mme A ne déambule plus car elle est contenue par une ceinture pelvienne (suite à de nombreuses chutes) au fauteuil. J'ai pu apprendre par le médecin de l'EHPAD, qu'elle se levait et ne tenait plus sur ses jambes, se laissant tomber au sol à de nombreuses reprises. Quand je la rencontre, elle ne présente aucun mouvement pouvant signifier une envie de se verticaliser ou de se déplacer. Elle n'utilise jamais ses pieds, pour se pousser ou se tracter, qui sont pourtant au sol et non sur des cale-pieds.

Elle est le plus souvent installée en extension sur son fauteuil, les jambes tendues, avec seulement la face postérieure des talons reposée au sol.

Ses bras sont le plus souvent contre son torse, ses épaules sont verrouillées, aucun mouvement en avant n'est possible, elle semble chercher l'appui du fauteuil contre son dos de manière très forte.

Mme A alterne des moments d'immobilité et des moments d'agitation. Parfois en arrivant dans l'unité je la trouve dans un mouvement compulsif et ininterrompu. Elle présente notamment des stéréotypies de type « grattage » sur son buste. Elle essaye très souvent de retirer ses vêtements, remonte son teeshirt derrière sa tête, comme si elle avait chaud. Dans ces moments-là, elle est encore plus inaccessible à la relation, et semble repliée dans son monde, aux prises avec ses sensations.

Nos premières rencontres, l'impression du vide :

Lorsque je la rencontre pour la première fois, Mme A est installée dans son fauteuil roulant, avec une contention. Elle est étendue, en extension totale. Ses jambes sont croisées et ne reposent que très peu au sol. Son bassin est avancé, et le haut de son dos en appui sur le fauteuil. Elle est à la fois rigide et semble glisser. Sa tête est penchée en arrière, comme si elle dormait et que sa nuque ne pouvait pas tenir le poids de son crâne. Ses yeux sont pourtant ouverts et orientés vers le bas.

C'est une femme aux cheveux courts, gris, qui porte des lunettes. Son visage est figé, ses yeux sont grands ouverts et fixent des points d'horizon. Dans un premier temps, mon sentiment vis-à-vis d'elle est plutôt de l'indifférence, car elle me semble indifférente au reste du monde, elle est très passive, je n'arrive pas à entrer en lien avec elle, donc je préfère m'occuper d'autres résidentes. Ceci se répète à plusieurs reprises, et donc pendant plusieurs semaines je ne parviens pas à trouver le canal pour m'intéresser à elle et m'adresser à elle, il me faudra plusieurs semaines pour faire vraiment sa rencontre.

2. Parcours de Mme A dans le groupe

Apaisement des stéréotypies :

Lors des premières séances de l'atelier, je remarque que les autostimulations de Mme A se calment et cessent lorsqu'elle est au sein du groupe. Elle peut se saisir des objets que nous mettons à disposition et en faire une utilisation à visée de mouvement et non compulsive. (Elle fait bouger le foulard, imite mes propositions...) Elle lâche petit à petit ses autostimulations pour être plus attentive à ce qu'il se passe autour d'elle. Les autostimulations sont peut-être une façon pour elle de se sentir exister, en se procurant des sensations sur la peau pour sentir ses propres limites corporelles et psychiques contre un sentiment de vide.

Ouverture à l'autre qui amène au mouvement :

Pour autant, elle est restée longtemps très tendue, sa position en arrière fait que ses bras ne peuvent pas descendre sur ses cuisses, ses épaules sont comme verrouillées. Ses bras bougent, mais c'est tout. Dans ces moments-là, nos regards se croisent, elle est présente avec

moi, et va à plusieurs reprises pouvoir exprimer des émotions positives, de la tendresse, en me faisant un baise mains, ou en posant mes mains sur ses joues.

J'ai la sensation de la rencontrer enfin au bout de quatre ou cinq séances. Mais ceci n'est possible que dans la relation à deux. Le groupe est un groupe sans en être un. Mme A, comme les autres dames, cohabitent sans se rencontrer dans l'unité. Elles continuent d'être présentes au groupe dans un agrippement aux soignants mais sans tentatives de communication entre elles.

Un lien se crée entre nous, elle me cherche du regard selon les dires des soignantes lorsque je danse avec d'autres résidentes. À plusieurs reprises, elle va pouvoir être moins figée et lever les bras comme pour m'appeler quand elle croise mon regard. Comme si le mouvement pouvait être orienté vers l'autre et plus seulement vers elle-même lorsqu'elle se gratte compulsivement et se déshabille.

Après avoir passé plusieurs séances à la solliciter, sans obtenir de réaction de sa part, j'ai l'impression que c'est elle qui me sollicite. En effet, elle peut à plusieurs reprises me « héler », m'interpeller pour que je vienne danser avec elle.

Je profite alors de ces mouvements pour initier avec elle une « chorégraphie » improvisée à distance. Je commence à onduler mes bras devant mon visage, en m'avançant vers elle, je suis mes mains du regard et je l'invite à imiter. Nous sommes à un mètre l'une de l'autre, et alors que pour l'instant ses gestes n'ont été que des gestes de contacts direct (attraper mes mains, poser ses mains sur mon visage, me faire un baise main) j'essaye de l'amener à un mouvement plus à distance, mais toujours en lien avec moi. Elle s'en saisit et tout en gardant un lien très étroit avec moi par le regard nous pouvons passer quelques secondes comme ceci, en miroir l'une de l'autre, à s'imiter à tour de rôle. Cette légère distance permet que nous sortions du « collage » précédant. Par ceci j'espère qu'elle se subjectivise petit à petit, en se ressentant elle-même. Que nous existions de façon différenciée l'une et l'autre afin que puisse émerger son sentiment d'être.

Pendant plusieurs séances, nous allons donc continuer à danser comme cela, elle assise, et moi en face d'elle, à nous tenir les mains parfois, ou à initier des mouvements du haut du corps, face à face. Je n'arrive jusque-là qu'à lui faire bouger le haut de son corps.

Réinvestissement du bas du corps :

Il est difficile de faire bouger ses jambes. Lors du temps d'éveil corporel, je me concentre maintenant sur le bas de son corps, lui proposant des mouvements de « tapage » du sol pour lui faire sentir ses plantes de pieds, ou des massages de ses jambes. Je ne l'imagine absolument pas pouvoir marcher, elle semble glisser et ne pas investir le bas de son corps.

Pourtant, lors d'une séance : elle fait un mouvement comme pour se redresser. En effet, elle pose ses pieds au sol et cherche ses appuis tout en pliant son buste et en se penchant en avant. Tout le monde autour est assez étonné, mais malgré ce temps de latence, les soignantes vont chercher son déambulateur et nous l'aidons à se mettre debout. Elle est stable sur ses appuis, son polygone de sustentation est très large mais elle semble bien équilibrée. Elle avance droit devant elle, assurée.

Une soignante l'amène à danser avec elle et à quitter le déambulateur. Mme A place alors ses mains autour du buste de la soignante, et toutes deux commencent à se déplacer en rythme. Cette danse est très saccadée, crispée, elle bouge comme d'un bloc, mais elle réinvesti la marche, chose qu'elle ne faisait plus. L'image qui me vient est alors celle d'un tuteur extérieur. Elle a pu expérimenter par la contenance et la répétitivité du groupe que c'était un espace dans lequel elle pouvait se mettre à explorer, sécurisée.

Ce sentiment de contenance lui a permis de se lever et se tenir debout, de ressentir à nouveau la fermeté de sa colonne vertébrale.

A une autre reprise : nous dansons assises en nous tenant les mains, et j'alterne ceci avec des mouvements de son fauteuil, pour la faire valser avec moi en rythme. À un moment où je lui reprends les mains, sans doute lancée par le mouvement précédent de son fauteuil, elle commence à reposer ses pieds de façon plus stable au sol, et se met à avancer et à reculer en utilisant ses jambes pour se pousser et se tracter. Elle semble alors retrouver la sensation du sol qu'elle n'expérimentait plus. C'est très nouveau pour moi de la voir utiliser ses jambes. Je verbalise : « on se rapproche, on s'éloigne, on danse ». Elle prend les devants et mène la danse, nous nous tenons les mains et nous nous approchons, nous éloignons comme si on dansait debout. Je verbalise « Vous menez la danse »

C'est comme si elle reprenait le pouvoir sur ses déplacements, ses jambes servent de nouveau à se déplacer, à jouer, elles sont décroisées, et en contact avec le sol. Ce contact

avec le sol vient lui donner un sentiment d'ancrage corporel qui est sans doute à la base du sentiment d'intégrité corporelle et donc d'existence.

Ce réinvestissement de la marche va se poursuivre hors du groupe danse. Quelques jours plus tard, alors que chaque matin elle avait l'habitude d'attendre le passage des soignantes pour se lever, elle s'est levée seule et a tenté de rejoindre le salon de l'unité, en s'agrippant à la main courante du couloir. Ceci a pu être un peu anxiogène pour l'équipe, qui avait peur d'une éventuelle chute mais cela n'a jamais eu lieu à nouveau. Les soignantes ont organisé ensuite pour Mme A des moments de marche dans le reste de la journée à l'EHPAD. Mme A en a retiré un grand plaisir, retrouvant certainement des sensations perdues et une autonomie.

Le réinvestissement relationnel et des déplacements de Mme A ont été très impressionnants, et très encourageants. Mais il me semble important de rappeler que si le cadre du groupe danse a pu lui permettre d'être stimulée et lui a donné envie de retrouver une certaine mobilité, il semble qu'hors du groupe, cette mobilité reste encore déambulatoire et exploratoire. Mais cette mobilité exploratoire lui permet de retrouver un lien avec son espace plus large, et peut-être de réinvestir son lieu de vie qui s'était jusque-là réduit considérablement à cause de son apathie et son apragmatisme.

Si Mme A a réussi à réinvestir la marche, c'est que le groupe danse lui a permis d'expérimenter son corps dans le mouvement. C'est une ancienne gymnaste qui a senti les bienfaits du mouvement, du muscle qui se mobilise pour exprimer, communiquer un affect.

Ainsi, Mme A serait dans un Repli sur elle, dû en partie aux pertes cognitives qui la coupent de son environnement. Les autostimulations témoignent peut-être de ce repli dans une tentative de retrouver de la maîtrise sur son corps. Le groupe danse et la relation en psychomotricité lui permettent de se relier à son corps et de réinvestir des fonctions qu'elle n'utilisait plus, pour partager avec l'autre et se sentir exister.

E) Étude de cas de Mme M

1. Présentation de la patiente :

Quelques éléments de son histoire :

Mme M est née en 1923 (95 ans). Elle est née en Espagne et y a vécu jusqu'à l'âge de 7 ans. J'ai pu apprendre dans son dossier qu'elle s'est mariée à 17 ans et a eu deux enfants. Son mari est décédé en 2006. Elle a travaillé comme gérante d'un bar durant de nombreuses années. Mme M a souffert toute sa vie d'un trouble bipolaire.

Elle est entrée dans l'EHPAD où j'effectue mon stage en 2013 suite à une hospitalisation pour syndrome dépressif et suspicion de syndrome de glissement. L'entrée en institution a été difficile car elle ne parvenait pas à faire le deuil de son appartement où elle a vécu toute sa vie. J'ai appris qu'elle a vécu cela longtemps comme une trahison de la part de ses enfants. À ce moment-là, elle a traversé des périodes maniaques et des phases à tendances dépressives très intenses. Elle a également plusieurs fois refusé les soins et présenté un délire de type paranoïaque vis-à-vis du personnel de L'EHPAD.

Après avoir passé plus de deux ans dans les étages de l'institution, elle a intégré l'unité protégée en 2015, en raison de ses troubles psychiatriques, du comportement et de l'arrivée progressive de troubles cognitifs. Le médecin écrivait à propos de son entrée dans l'unité protégée « Mme M a besoin d'un environnement plus contenant, son asthénie très importante nécessite une surveillance, pour éviter qu'elle ne se mette en danger ».

Les troubles du comportement de Mme M sont devenus plus importants, et ont rendu son intégration très compliquée dans l'unité protégée. J'ai retrouvé beaucoup de rapports d'incidents et de transmissions relatant des faits importants d'agressivité verbale et physique envers les soignants et les résidents. Elle présentait également un délire persécutoire, accusant les soignants de vol par exemple.

En parallèle, l'aggravation des troubles cognitifs : notamment la désorientation spatio-temporelle de Mme M, a nécessité des examens neurologiques, qui ont mis en évidence une démence mixte vasculaire (due à des AVC et à une maladie dégénérative associée) avec leucopathie (atteinte neurologique se traduisant par une mauvaise irrigation

cérébrale par les artérioles et les capillaires.), ainsi que la présence d'un méningiome frontal gauche.

Mme M présente également un état de dénutrition. Elle souffre d'une fragilité cutanée favorisant la survenue d'escarres. Elle a une prothèse de hanche droite et a subi une fracture péri prothétique en 2013. À cette période elle se déplaçait en autonomie avec son déambulateur et a fait de nombreuses chutes.

Elle a perdu l'usage de la marche progressivement, après de nombreuses chutes et d'importantes gonalgies, elle a commencé par perdre l'appui unipodal et petit à petit la marche avec déambulateur est devenue dangereuse. Elle est aujourd'hui au fauteuil et ne souhaite que rarement être verticalisée avec aide hors des temps de toilette. Ces derniers mois, ses troubles du comportement ont largement diminué, ainsi que son syndrome paranoïaque, si bien qu'il est assez difficile pour moi de reconnaître la dame que j'ai rencontrée en octobre dans les différents écrits de son dossier.

Notre rencontre :

Je rencontre pour la première fois Mme M lors de mon premier jour de stage, alors que je viens faire connaissance avec l'unité protégée. Quand j'arrive, il est l'heure du goûter, elle est installée au fauteuil, à table, et une aide-soignante lui donne à manger. Elle penche la tête sur le côté et son regard fixe droit devant elle. Elle ne bouge absolument pas, ni ses mains, ni ses jambes, ni son regard, tout est absolument immobile, exceptée sa bouche qui s'ouvre faiblement pour y laisser entrer la cuillère. Puis après quelques secondes, elle se met à hurler. Ce cri strident me paraît sortir de ses entrailles, il me surprend, me laisse quelques secondes sans réaction à me demander d'où il provient. Je ne parviens pas à comprendre ce qu'elle vient d'essayer de dire, était-ce un cri de douleur, de peur ? Une manière de signifier sa présence, ou de communiquer avec la soignante qui la nourrissait ? Ce cri me donne l'impression de sortir de nulle part, comme si elle redevenait présente à elle-même d'un coup, et qu'elle luttait pour rester bien là. Ces questions autour du sens de ses manifestations sonores me suivront tout au long de cette année.

Bilan et observations

Aucun bilan psychomoteur n'a été réalisé pour Mme M, et au vu de ses troubles cognitifs et moteurs, il aurait été sans doute peu adapté et compliqué de le faire. Je vais donc tenter de vous faire une présentation la plus complète possible, qui retranscrira mes observations dans un contexte non directif et groupal.

Mme M est une femme très mince, aux cheveux courts, son visage est maigre et ses yeux semblent transpercer ceux qui la regardent. Elle passe ses journées dans un fauteuil avec appui pour les jambes. Ses jambes minces, sont donc allongées, toujours habillées de collants couleur chair. Elles semblent interminables tant elles sont fines et se finissent par des pantoufles trop grandes qui glissent souvent de ses pieds. Ses pieds eux, sont donc en position verticale, les talons reposant sur le socle du fauteuil, mais sans contact plantaire avec cet appui.

Mme M présente un tonus très élevé de manière globale. Elle présente une importante spasticité due aux différents AVC qu'elle a faits (notamment dans la région sylvienne). Ses bras sont crispés, ses poings serrés se croisent sur son ventre. Ses jambes sont étendues, parfois croisées distalement, au niveau de chevilles. Cette carapace tonique semble renforcée par la présence de ce fauteuil long, imposant, qui semble beaucoup plus grand qu'elle et former comme une seconde carapace protectrice.

Son buste et sa tête sont comme soudés par son hypertonie, elle semble avoir perdu la capacité à tourner la tête et les épaules. Les seuls mouvements qu'elle fait sont des mouvements du haut vers le bas, elle se plie dans le plan frontal, tandis que les rotations sont impossibles dans le plan transverse et sagittal.

La plupart du temps, elle ne bouge absolument pas, mais paradoxalement, elle ne semble pas repliée sur elle-même. Son petit et mince corps ne prend pas de place mais elle est très présente, son regard est ouvert, elle fixe la pièce et les gens qui passent autour d'elle. J'ai l'impression qu'elle voudrait entrer en contact avec nous mais sans trouver le moyen d'y arriver.

Au niveau sonore et verbal, Mme M est très présente dans l'unité. Certains jours, quand j'arrive à l'EHPAD, je l'entends hurler depuis l'entrée de l'établissement à plusieurs dizaines de mètres de l'unité protégée. Ceci marque un écart très important avec l'utilisation de son corps et de sa motricité qui semble être complètement empêchée par une spasticité

importante. Son corps n'est alors « mis en mouvement » que par sa voix. Cette voix lui permet-elle d'éprouver son corps, sa continuité d'existence ? La résonance, l'écho, les sensations vibratoires que cela produit qui lui permettent de se sentir elle-même, de s'entendre, et d'exister de façon intense ?

Les seules manifestations de son existence sont des cris stridents, des chants, des mots sortis du fond de son corps qu'elle lance, et qui sont la plupart du temps incompréhensibles à qui ne la connaît pas. J'ai pu au fil de nos rencontres saisir de plus en plus de ses mots, mais il a fallu m'habituer à sa prononciation et au volume important qui limitent l'intelligibilité.

Son regard est dirigé et engagé dans les échanges, elle peut tourner la tête pour orienter son regard et elle a tendance à fixer son interlocuteur. Son regard est très profond, éloquent, et communicatif. Alors qu'elle semble prisonnière de cette carapace tonique, son regard vient briser l'aspect rigide et froid de la spasticité.

2. Parcours de Mme M dans le groupe

Première partie de l'année, agitation sonore

Lors des premières séances de groupe, début décembre 2018, Mme M a été parfois un élément moteur qui dynamisait le groupe. Les autres résidentes étant très perméables à l'ambiance affective de l'unité, la tonalité des manifestations sonores de Mme M pouvait à elle seule teinter l'ambiance générale du service. À cette période, elle présentait des moments d'agitation semblables à des phases maniaques dans lesquelles elle était agitée, tantôt dynamique, tantôt anxieuse et très bruyante.

Parfois, lorsque nous arrivions dans le service, elle était agitée et ce comportement mettait à mal l'équipe qui ne savait comment l'aider à s'apaiser. Lors de ces moments, elle criait énormément, venant troubler le calme du service, et par contagion ceci pouvait déclencher des manifestations anxieuses chez d'autres résidentes.

Nous tentions alors de lui proposer de se joindre à nous, en recontextualisant notre venue. Plusieurs fois, le simple fait de l'installer autour du cercle et de mettre une musique à écouter a permis d'apaiser ses cris très rapidement.

La mise en mouvement, l'entrée en relation, la contenance du groupe ont permis un apaisement progressif qui a pu nous amener au fil de l'année vers d'autres modalités de présence et d'implication dans le groupe. En effet, après avoir été longtemps agitée et bruyante, elle a pu lâcher un peu ses stimulations sonores afin de se laisser littéralement porter par le fauteuil et le mouvement dansé.

La spasticité qui vient entraver le mouvement

La spasticité importante de ses mains l'a souvent empêchée d'investir pleinement les objets proposés. Souvent, elle agrippait du bout des doigts le bout du tissu, la poignée du parachute, mais ne pouvant pas ouvrir ses doigts, la prise était toujours très instable.

Je suis restée des longs moments auprès d'elle pour lui proposer des mobilisations passives afin de faire baisser son tonus et l'aider à amorcer le mouvement. J'ai par exemple souvent commencé l'atelier par de longs massages de ses mains et de ses bras. Ces moments à deux étaient très forts et elle me répondait par le regard et par de courts mots criés pour faire part de son plaisir à être touchée et mobilisée.

Au départ, elle est restée très hypertonique, avec une grande difficulté à se relâcher. Ses membres se déplaçant d'un bloc, sans dissociation du bout de ses doigts jusqu'à l'épaule. Petit à petit, ses membres ont pu se détendre lors de certaines séances. Ses poings ont alors pu s'ouvrir au fil des massages, jusqu'à ce qu'elle puisse ouvrir assez la main pour y tenir une balle à picot. Néanmoins, cela n'a pas fonctionné à chaque séance.

La recherche de mouvement dans son fauteuil

Les mouvements de Mme M ont toujours été très rares, et se sont faits de plus en plus rares au fil du temps. Alors qu'elle pouvait à certains moments lever les bras, imiter nos propositions lors de l'échauffement, c'est aujourd'hui de moins en moins fréquent. L'avancée de la maladie, le renforcement de la spasticité me donnent l'impression qu'elle se fige de plus en plus. Son corps devenant une prison sur lequel elle ne semble plus avoir de prise. Je ne sais pas à quel point cet état tonique est lié à un mal-être psychique ou dû aux rétractions musculaires.

Malgré cet état, Mme M semble encore en recherche de mouvement, et elle a beaucoup apprécié la « valse » de son fauteuil. En effet, après avoir essayé de danser ensemble mains dans les mains en bougeant le haut du corps, j'ai essayé de faire bouger son fauteuil avec moi, au rythme de la musique. J'ai commencé tout doucement, consciente du peu de déplacements et de mouvements qu'elle peut ressentir et expérimenter d'habitude, afin de ne pas la brusquer. Le fauteuil induit des bercements d'avant en arrière, de gauche à droite, auxquels elle a tout de suite adhéré, en intensifiant son regard et en me demandant parfois « plus vite » ou « faites-moi bouger », ou en s'exprimant par des cris de joie.

Son corps, pourtant toujours figé a semblé réappréhender des sensations vestibulaire, tactile peut être oubliées et ceci a été source de plaisir. En retrouvant des sensations dans le corps, peut-être que l'image de son corps figé par la spasticité et le fauteuil s'est petit à petit modifiée.

Je me suis demandé plusieurs fois si ce canal était le plus pertinent, car évidemment cela ne remplace pas le déplacement de son corps, mais par ce biais, son corps éprouve des sensations de déplacements impossibles. Cette mobilisation passive permet à Mme M d'avoir un nouvel intérêt à la relation.

Elle est toujours immobile car elle n'est pas autonome dans ses déplacements, et ce temps de danse vient en tous points changer la statique de son fauteuil immobile. Ces temps lui ont permis par l'intermédiaire de la danse à deux de retrouver une mobilité, une fluidité, de « rouler ».

La mobilisation passive, comme lorsque le tout petit est « holdé » par son parent permet de percevoir son corps qui se meut. La perception des bercements induits dans les portages, peut s'apparenter à la perception de Mme M dans son fauteuil, même si ce portage est plus rigide.

PARTIE THEORICO-CLINIQUE

À partir des éléments évoqués dans ma partie théorique, du récit de la création du groupe danse, de ma rencontre avec ces neuf patientes et des études de cas de deux d'entre elles, dans cette troisième partie, j'aimerais développer comment la danse m'a parue être un outil psychomoteur pertinent pour soutenir leur sentiment de continuité d'existence. Pour ceci, je vais reprendre des éléments cliniques évoqués plus haut, à partir des études de cas de Mme A et Mme M, que je compléterai de vignettes cliniques d'autres participantes du groupe que je n'ai pas encore évoquées jusqu'ici.

Je commencerai donc par tenter d'expliquer comment ce sentiment de continuité est mis à mal par les troubles neurocognitifs. Pour ceci je décrirai des instants cliniques marqués par le vide, les angoisses déstructurantes et le désinvestissement de l'espace et de la relation.

Puis je tenterai d'expliquer comment grâce à la danse, la contenance groupale, musicale et par la posture clinique du psychomotricien, s'opère une tentative de restauration des enveloppes délitées par la maladie.

Enfin j'expliquerai le rôle du fauteuil roulant dans ces moments dansés, ainsi que la spécificité de la danse par rapport à d'autres thérapies corporelles. Les notions de créativité et d'improvisation inhérentes à la danse se présentant comme des supports au sentiment d'identité.

I. La maladie d'Alzheimer et la perte du sentiment d'identité

A) Ma rencontre avec ces sujets

Lors de mes premiers pas dans l'unité protégée, j'ai été frappée par le relatif calme qui transparaissait du service. Ces neuf dames étaient souvent assises, assoupies, endormies, silencieuses, comme apaisées par le cadre contenant de l'institution. Mais cette impression de calme était aussi teintée d'une importante sensation de vide. En regardant l'une ou l'autre, il m'est souvent arrivé de me demander : « Est-elle encore là? ... » « Est-elle consciente de

ce qu'il se passe autour d'elle ? » « Va-t-elle me regarder si je m'approche d'elle ? » « Va-t-elle m'entendre si je lui parle ? »

A d'autres moments, au contraire j'ai pu me sentir submergée avec elles par des manifestations émotionnelles très intenses, des cris, des agrippements, parfois de l'agressivité physique ou verbale qui semblaient être d'ultimes tentatives de communication et d'expression qui ne pouvaient souvent pas trouver de destinataire.

Ces différents sentiments m'ont amenée à me demander si l'environnement de ces patientes était désinvesti, faute de ne plus pouvoir le comprendre et le maîtriser. Celui-ci leur faisant vivre des angoisses déstructurantes. Avaient-elles trouvé par là une la solution pour s'en protéger s'apparentant à un repli sur elles ? Ce repli également corporel, se traduisant par des postures courbées, voutées, des regards fermés, des attitudes compulsives de « tripotage », « rangement ». Ces différentes manifestations peuvent être comprises comme des stéréotypies les enfermant dans leurs sensations pour compenser des angoisses trop fortes mais formant un écran encore plus important entre elles et leur environnement.

À ce sujet, Linx explique « tout vieillissement, qu'il soit normal ou pathologique, confronte le sujet à ce même détachement, désintérêt et désinvestissement qui gagne et envahit sa vie, le forçant à une réorganisation psychique sur un mode plus ou moins délétère. [...] Au-delà des déficits neurologiques provoqués par l'invasion de cette protéine tueuse qui a pour nom « Beta Amyloïde » et que l'on ne sait pas encore maîtriser chimiquement, c'est souvent par défaut d'étayage, par absence d'un autre qui le reconnaît encore et qui lui parle, que le sujet se laisse aller. Il se laisse envahir par cette pulsion de mort, ombre portée par lui-même. » (2007)

Ces différentes lectures m'ont donnée envie de m'intéresser au rôle du psychomotricien dans les unités fermées. Il peut représenter un étayage tant psychique que corporel pour ces patients, notamment à travers la médiation danse.

B) La résurgence d'angoisses archaïques qui menacent la continuité d'être

La maladie d'Alzheimer et les démences apparentées mettent à mal la perception et la compréhension du monde par les patients par le délitement des fonctions cognitives, de mémorisation, de mentalisation. Ceci aboutit à un débordement de la personne par ses

émotions, qui, couplé à une désinhibition croissante renforce les manifestations comportementales d'angoisse visibles notamment sous forme de troubles toniques, de compulsions, de déambulations, de pleurs, de cris...

E. Ferreira explique « Le délitement de l'appareil psychique entraînerait une atteinte du pare-excitation, une altération de l'enveloppe psychique et par conséquent, un risque d'effraction accru du monde externe sur le monde interne du sujet dément. Les conséquences peuvent être l'émergence d'angoisses archaïques affectant la relation à l'autre (vécu d'intrusion, vécu persécutif, etc.) et pouvant générer des comportements agressifs. Le moi n'assure plus alors sa fonction intégratrice. » (2011)

Les troubles mnésiques et cognitifs mettent à mal le sentiment de continuité d'existence de ces patients, qui se retrouvent alors en perte de leur identité, de leurs souvenirs, de la sensation de soi. La perception du temps est également altérée conduisant à des instants de troubles qui les plongent dans l'immédiateté sans pouvoir retracer le lien logique de leur venue dans le lieu, de leur rencontre avec les soignants.

Je pense ici particulièrement à Mme L, arrivée en cours d'année dans l'unité fermée, et qui n'a pu que très rarement se joindre à nous tant la désorientation et les angoisses ont été massives suite à son arrivée en institution. Mme L est souvent restée prostrée dans la pièce de vie, près de nous mais a toujours refusé de se joindre à notre cercle. Elle passait de longues heures à pleurer, inconsolable mais surtout dans l'incapacité de mettre du sens sur ses émotions. Elle semblait redécouvrir le lieu comme au premier jour et sans pouvoir l'investir pendant plusieurs mois. Le passé et le présent semblaient se mêler dans une sorte de tourbillon mêlant souvenirs, sensations et dans un discours difficilement compréhensible. Elle pouvait s'exprimer par ses pleurs tout en semblant ne pas pouvoir relier ses ressentis avec un évènement déclencheur clair. Son arrivée dans l'établissement semblait venir marquer une rupture insurmontable et elle est restée longtemps dans l'incapacité de retrouver de la continuité dans son histoire.

Ceci peut renvoyer à la période où le nourrisson, incapable d'interpréter et de localiser ses différentes sensations corporelles, a besoin de sa mère pour l'aider à mettre du sens sur ses vécus afin qu'ils ne deviennent pas destructurants. La satisfaction des besoins lui apporte alors un sentiment de détente psychocorporel en mettant fin à ces sensations anxiogènes. La personne souffrant de démence vivrait un retour à un stade plus archaïque,

mais ne trouve pas toujours une personne disponible et apte à l'aider à transformer ses vécus et à y apporter satisfaction.

Revenons à Mme L, qui par ses pleurs et son attitude prostrée, repliée, le regard orienté à l'inverse du groupe, en coupant le lien avec les autres, semble trouver le seul moyen accessible pour se protéger d'un extérieur qu'elle perçoit comme dangereux, et peut être dans un second mouvement nous alerter sur ses tensions internes. Le psychomotricien, peut-il, par son analyse psychocorporelle et son approche du corps en mouvement tenter de lui traduire ce qu'il peut lire de son besoin et lui apporter un apaisement en satisfaisant celui-ci?

C) Les défenses contre l'angoisse

Le sujet dément perd la relation avec son environnement et avec son corps. Il perd également ses repères spatiaux, temporels et corporels. Toutes ces pertes de repères l'entraînent à présenter des symptômes comportementaux qui luttent contre l'angoisse, et tentent de lui redonner une sensation de son corps. Charazac, cité par Ferreira explique « L'atteinte de l'identité dans la maladie d'Alzheimer ne se joue pas seulement dans la pensée mais aussi dans le corps, au double niveau du schéma corporel et de l'image du corps ». (Ferreira, 2011)

Je pense ici aux attitudes d'autostimulations que présente Mme A. Lorsqu'elle se gratte compulsivement, elle semble chercher à s'accrocher à des sensations pour continuer à se sentir exister. La peau devient l'interface privilégiée pour lui donner des informations d'elle-même. En luttant contre un vécu possible de désintégration elle frotte sa peau du buste et du ventre de plus en plus fort, quitte à se faire mal et ces stimulations sensorielles répétées lui permettent d'être présente à elle-même, mais seulement à une partie d'elle-même, et surtout plus du tout à son environnement. Il est très intéressant dans cette perspective d'observer comment le groupe et la danse ont pu lui permettre de se détacher de ces autostimulations au profit d'un mouvement global non compulsif, voire créatif, en relation avec l'autre, comme lorsque nous avons pu danser face à face, nous imiter mutuellement, à jouer à s'approcher, s'éloigner.

En évoquant les différents mécanismes de défense face à l'angoisse, je ne peux pas m'empêcher de penser à Mme R, cette patiente de 70 ans. Elle a participé à tous les ateliers

danse avec un plaisir souvent communicatif. Pourtant, le reste de la journée, elle le passe à déambuler, passer de chambre en chambre, fouiller les placards, faire le ménage, ou plutôt ramasser tout ce qu'elle trouve sur son chemin. Elle agit et se déplace sans arrêt, ce qui l'empêche totalement d'être en lien avec son environnement, et inquiète les soignants, qui la cherchent une bonne partie de la journée et ont peur qu'elle ne sorte de l'unité.

Ces déambulations lui permettent-elles de sentir son corps en mouvement, ses muscles se contracter et se relâcher ? De remplir le vide causé par les pertes mnésiques et cognitives par un recours à une motricité compensatoire, de remplissage, qui lutte contre le vide ? Toutes ces sensations que la déambulation lui procure viennent-elles annuler l'angoisse ?

Il apparaît ici intéressant de faire un lien entre ces manifestations corporelles compulsives et l'instabilité psychomotrice décrite par M. Berger. Il explique à propos des enfants hyperactifs qu'ils s'agitent pour échapper à la pensée. Il parle d'un fonctionnement opératoire, d'une « pensée motrice » qui vient protéger d'une angoisse d'effondrement sur un mode dépressif. (Berger, 2013). A l'instar des enfants hyperactifs, l'agitation motrice des personnes âgées démentes, rendrait compte d'une pensée qui s'échappe, qui échappe à la maîtrise, au contrôle. Le corps s'agite car il ne trouve plus comment cogiter.

Si on considère que ce mécanisme de défense a un rôle, que se passerait-il si elle était contrainte dans ses déplacements ? Pour Charazac, cité par Ferreira, « « L'identité se cristallise dans le corps, ce qui nous fait regarder d'une autre manière les troubles du comportement. Ils sont souvent le dernier refuge de l'identité, si bien que les supprimer équivaut à la faire disparaître définitivement. » (Ferreira, 2011) En ce sens, cet auteur nous pousse à considérer ces manifestations psychocorporelles comme réellement porteuses de sens, et liées à la survie de l'identité. Il apparaît alors tout à fait indiqué de l'aider à transformer ce recours à la déambulation par une activité l'ouvrant à moins de répétitivité et de repli sur soi, mais lui permettant également de sentir son corps en mouvement, comme la danse par exemple.

Après avoir défini les mécanismes à l'œuvre dans l'affaiblissement du sentiment de continuité d'existence et les angoisses qui lui sont liées ainsi que leur retentissements psychocorporels (les manifestations défensives), je vais maintenant tenter de présenter comment le groupe peut devenir un support de la continuité d'être de ces patientes par le biais de la contenance et de la restauration d'enveloppes psychiques et corporelles atteintes.

II. Contenance et tentative de restauration des enveloppes

A) L'unité protégée, une première enveloppe institutionnelle

En plus des dégradations neuro-dégénératives et des angoisses massives qui atteignent les patients atteints de démence, apparaissent des pertes au niveau de l'autonomie et un besoin de surveillance accru pour éviter les mises en danger. La dépendance physique nécessite souvent un placement en institution afin de soutenir les aidants familiaux souvent épuisés et dépassés par la situation. Ainsi, la création d'unités spécialisées Alzheimer dans les EHPAD devient une nécessité pour la bonne prise en soin de ces patients.

Ces unités disposent alors d'un environnement architectural et d'un nombre de soignants adaptés aux problématiques d'errance, de risque de chute, au besoin de réassurance des patients qui y vivent.

Pour Elisabeth Ferreira, l'unité devient une « bulle protectrice », un lieu qui protège la personne fragilisée par sa maladie en lui offrant des repères stables, et qui est capable d'accueillir et de contenir les moments d'agitation ou d'anxiété. « Confronté à ses troubles et à la vie en collectivité, tout est mis en œuvre afin de préserver « l'être social » dans son identité et sa singularité » (2011)

Si on se réfère au concept du Moi-peau développé en partie théorique, ce lieu d'accueil assurerait alors les fonctions de contenance, de pare-excitation, de maintien, de filtre et de liaison, notamment en délimitant clairement un extérieur et un intérieur. En étant suffisamment adaptable à l'intérieur pour permettre les mouvements (déambulations, déplacements, troubles du comportements) sans être débordé, percé, troué : en restant hermétique et protecteur.

B) Le groupe semi ouvert, les fonctions d'enveloppe du groupe

Les groupes thérapeutiques dans les unités fermées assurent également cette fonction de contenance, en contribuant au maintien des repères spatiaux, temporels, au maintien du lien social... et par tous ces aspects au maintien de la continuité d'être.

Le cadre du groupe se doit alors d'être suffisamment contenant, sécurisant afin d'éviter la dispersion ou le morcellement, mais également souple, adaptable pour s'adapter aux patients et permettre le déploiement de leur expressivité, les explorations et expériences.

Le groupe Danse, en ayant lieu chaque semaine au sein même de la pièce de vie des résidentes, a un cadre bien particulier. À la fois ouvert : car proposé à toutes sans jamais d'obligation, fermé car il n'est pas ouvert aux résidents du reste de l'EHPAD.

Pour Anzieu, cité par Antoine Ducret « Un groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus. Tant que cette enveloppe ne s'est pas constituée, il peut se trouver un agrégat humain, il n'y a pas de groupe. Quelle est la nature de cette enveloppe ?[...] réduite à sa trame, l'enveloppe groupale est un système de règles[...] de ce point de vue, tout groupe est pris dans une trame symbolique » (Ducret, 2011, p.17)

Dans ma partie clinique j'ai expliqué mon sentiment d'être parfois face à une somme de dames sans cohésion formant un groupe. En effet, la continuité et l'unité du groupe ont parfois été compliquées à maintenir, en raison du lieu qui était propice à de nombreux passages de soignants, du fait que le groupe n'était jamais constitué de la même manière, d'une semaine sur l'autre, et d'une minute à l'autre. En prenant place dans la pièce de vie, le groupe s'est souvent mêlé au quotidien de l'unité, par exemple lorsque certaines résidentes prenaient encore leur petit déjeuner, étaient coiffées par les soignants juste à côté de nous.

Les expériences au sein du groupe sont alors personnelles et interpersonnelles. Le sentiment d'appartenir à un tout dans un contexte où les interactions sont rares ne va pas de soi, et j'ai souvent eu la sensation d'assister à un groupe disloqué, morcelé. La pathologie démentielle semble alors en lien avec ce vécu, qui m'a parfois donné la sensation d'être face à une somme de discontinuité du soi, les conduites d'errance aggravant cette perception. Pourtant, alors que ces neuf dames vivent ensemble tout au long de la journée, en interagissant très peu entre elles, j'ai pu voir au sein du groupe, de beaux moments de partage et d'interactions advenir grâce au mouvement dansé.

En effet, grâce à l'appui du groupe, de nos invitations à se mettre en mouvement, certaines participantes ont pu chercher à entrer en lien entre elles. Je me souviens d'un instant marquant dans lequel je dansais debout avec Mme R, et que Mme P s'est levée pour nous rejoindre. D'abord arrêtée, immobile et muette, elle nous a regardées quelques instants. Nous avons ouvert nos mains et je l'ai invitée à se saisir de mon bras et de la main de Mme R. Nous avons alors formé une sorte de ronde toutes les trois. Je tentais d'amener

du mouvement en rythme en me balançant de gauche à droite qu'elles ont pu suivre. À la fin de la chanson, je les ai remerciées et me suis extraite de cette ronde qui est vite redevenue un couple. L'une et l'autre prenant l'initiative de refermer le rond. Elles ont ainsi pu danser toutes les deux, sur la chanson suivante, sans avoir besoin de moi pour rester ensemble. Soutenues par la danse et la musique, c'est par le regard que le lien a été le plus fort entre elles durant cet instant.

C) La danse : expérience de conscience corporelle au service d'un sentiment d'unité

La danse est une invitation au mouvement, ces mouvements procurent des sensations du corps, et peuvent permettre de se reconnecter à soi. En ce sens la danse peut représenter une expérience de rassemblement psychomoteur et par ceci participer au sentiment de continuité d'existence.

J'ai déjà évoqué le rôle des médiations thérapeutiques corporelles dans la partie théorique, mais j'aimerais ajouter que pour F. Joly, elles ont recours à « une expérience de corps qui se voudrait transformatrice des souffrances..., soutien préférentiel du travail psychique et des processus de symbolisations et de subjectivations difficiles voire impossibles à appréhender dans des approches plus classiques..., et comme permettant, favorisant, accélérant parfois les liens et rencontres vers les autres et via son corps en relation. » (Joly, 2013)

La danse, au-delà de toute autre activité physique met en jeu toutes les composantes psychomotrices du sujet : posture, tonus et dialogue tonique, ancrage et équilibre, capacités de modulation, mouvements d'avant en arrière, de gauche à droite... Tous ces mouvements qui mobilisent le corps et la tête participent de la sensation de soi globale, par la stimulation des récepteurs tactiles, vestibulaires...

« Le danseur modifie constamment la forme de son corps, ouvrant certains espaces et en rétractant d'autres. Cette distension est perçue visuellement et kinesthésiquement en particulier par les sensations musculaires articulaires et cutanées. Dans les formes qu'adoptent les membres notamment, se créent des volumes qui changent sans cesse » (Lesage, 2009, p.102)

Le début de l'atelier danse commence toujours par un travail d'éveil corporel et sensoriel, dans lequel nous proposons aux participantes de mobiliser leur corps avec des gestes dansés, libres mais que nous initions pour qu'elles puissent s'en saisir. Il semble que la perception d'un vécu proprioceptif soit une étape antérieure primordiale pour ensuite en passer par le mouvement vers l'autre. Et les temps de préparation à la danse, qui sont déjà des temps de danse sans doute, mais temps durant lesquels nous venons proposer aux patientes des touchers, des mouvements divers, sont des précurseurs à ce qui a pu se déployer par la suite. Mme A aurait-elle pu venir vers moi, me tendre les mains, retoucher le sol avec ses pieds, si précédemment je n'avais pas tenté de venir l'aider à réveiller les sensations dans toutes ces parties de son corps ? Alors qu'elle stimulait jusqu'à présent que son buste et ses mains, dans un mouvement compulsif et ininterrompu, est-ce grâce à mes propositions de conscience corporelle plus globale et notamment au bas de son corps qu'elle a pu « retrouver » le contact avec ses jambes et se déplacer avec son fauteuil, jusqu'à se mettre debout ?

À ce sujet, C. Poultorak, dans un ouvrage de Benoit Lesage explique : « A partir de cette expérience du corps vécu qui se densifie, qui éprouve, un « Je » sujet peut advenir : « c'est mon corps qui éprouve », un espace intermédiaire peut alors s'ouvrir. » (Poultorak, 2012, p. 272)

Mme A peut sortir de sa répétition mortifère, et la relation à l'autre devient possible. C'est également la conscience de sa kinésphère (son espace en danse) grâce à cet exercice qui a pu l'y aider.

D) L'enveloppe sonore et la contenance du rythme

Comme nous avons pu le voir en partie théorique, la rythmicité des sensations entre éprouvé de manque et éprouvé de satisfaction est un premier facteur de construction d'une conscience temporelle.

La rythmicité de l'atelier, a été un facteur important dans la mise en place du dispositif. Ma maître de stage n'étant présente sur la structure que deux jours par mois, elle avait l'habitude de proposer des prises en charge en quinzaine. Alors que dans le reste de l'EHPAD ceci a toujours bien fonctionné, il apparaissait que pour les patientes de l'unité

protégée, il serait primordial de pouvoir proposer des séances plus rapprochées. Alors que les troubles mnésiques viennent mettre à mal le sentiment de continuité et les liens avec l'environnement, la stabilité et la répétitivité de l'atelier ont sans doute été bénéfiques et ont pu potentialiser ses effets. En effet, au bout d'un mois, c'est-à-dire quatre séances de suite, j'ai déjà pu entrevoir les traces que pouvaient laisser les séances précédentes. Au contraire, au retour de vacances, lorsqu'une pause d'une semaine avait lieu, j'avais la sensation qu'elles me redécouvraient pour la première fois.

F. Schott-Billman explique également que proposer des mouvements rythmés de structure binaire (comme le pas de base de la danse) permet de recréer les conditions d'un vécu archaïque sécurisant. Elle fait le lien entre le rythme dansé, le pas et les balancements et les battements de cœur qui font écho à la première relation avec la mère. (2012)

L'importance de la musique

La musique et la danse sont difficilement dissociables, la musique vient marquer le rythme en dynamisant et en invitant aux pas marqués, elle vient apaiser en fin de séance, en contenant le groupe grâce à ses possibilités d'enveloppement. Elle plonge le groupe dans un « bain sonore » qui vient se surajouter à l'atmosphère contenante en devenant une enveloppe liante de plus autour du groupe.

C. Perrot explique alors « La musique trouve son ancrage dans la période pré-verbale et le percept auditif permet l'accès aux traces les plus archaïques. Ainsi, avec la musique, le sujet peut accéder à des « formes », des « contenants » primaires de pensée. C'est donc un support bien adapté pour redonner un « amarrage » sensoriel à nos patients ne pouvant plus s'appuyer sur leurs capacités cognitives, et chez qui émergent des angoisses primitives. » (Perrot et al., 2014)

La musique renvoi également à ce que Winnicott a pu exprimer sous le terme du holding, la musique permet de porter, contenir et ceci paraît essentiel au vu de la pathologie démentielle (qui crée des ruptures, des trous) que présentent les neuf patientes du groupe.

Également, lors des moments d'écoute de musique, elle a pu être fédératrice, recréant du lien entre les patientes qui côte à côte sans se regarder ont pu partager des moments où elles s'accordaient sur le même rythme, retrouvaient des paroles communes... Je me souviens d'un instant particulier où elles ont pu chanter ensemble la Java bleue. Ces paroles

inscrites profondément paraissaient ressurgir, venir faire tissu commun, souvenir, et par la voix elles se mettaient alors au diapason.

C. Perrot explique que la musique établit un lien perceptif entre les membres d'un groupe « La musique dans son aspect le plus sensoriel, a reconstitué une enveloppe sonore, pour le sujet, mais aussi une « peau sensorielle » de groupe, un tissu sensoriel auditif, non palpable, mais perceptible, qui a relié les patients les uns aux autres, et avec nous soignants, et a créé d'emblée un espace psychique groupal ». (2014)

La musique reconstitue alors une enveloppe sonore qui contient le groupe et lie les participantes et constitue un repère stable là où la maladie cause des pertes.

Le caractère répétitif de la musique peut contribuer à créer un sentiment de continuité. La répétition d'une organisation début/milieu/fin peut venir combler les désorientations tel un fil rouge dans le temps.

Le fait de se souvenir des paroles a souvent été pour elles très rassurant, comme si elles pouvaient enfin se reposer sur un repère fiable en retrouvant des choses connues. Le fait de retrouver ces souvenirs enfouis participe du sentiment de continuité d'existence, en donnant la possibilité parfois de lier ces rythmes, mélodies ou paroles à des souvenirs vécus.

E) La restauration des enveloppes par le toucher

Les différents touchers que nous proposons, notamment en début de séance au moment de la phase d'éveil corporel, par leur multiplicité (lissage, tapotement, percussions...) participent également à un « nourrissage proprioceptif » (Lesage, 2009) de la peau, des muscles, des os, et participent au sentiment d'unité corporelle en permettant de se remettre en lien avec la sensation d'enveloppe du corps. Les limites dedans et dehors sont alors sensoriellement retracées, pour aider à leur intégration.

Les pressions viennent donner des informations plus profondes du corps, nous tentons de proposer des touchers fermes et sécurisants pour sentir la mise en tension musculaire et par cela venir donner encore plus d'informations sensorielles au sujet sur son corps en mouvement et ses variations toniques.

Enfin, nous proposons également des touchers de type percussions osseuses. La résonance de l'os permet de s'assurer de sa solidité, sa constance, et le sentir amène à des vécus de solidité. (Lesage, 2009)

L'atelier danse que nous proposons s'inspire de la pratique de la danse contact. Durant nos mouvements la relation passe par le contact physique : la peau devient l'interface relationnelle et identitaire à la fois : elle est ce qui fait limite entre nous mais nous permet d'être ensemble. C'est souvent par le contact que le mouvement émerge, ou alors par l'envie de contact. Nous ne dansons pas à proprement parler des danses de couple (valse, tango...) mais nous nous inspirons de la musique, du rythme pour tenter d'inventer à deux un mouvement libre qui nous tient ensemble, en se laissant porter par les propositions improvisées.

Je pense ici à Mme A, qui après avoir passé beaucoup de temps à danser face à moi, nos mains dans les mains de l'autre, a pu se servir de cette envie de continuer le contact lorsque je me suis éloignée et ai lâché ses mains. Elle s'est alors approchée de moi en utilisant ses pieds pour se tracter alors qu'elle ne roulait plus du tout avec son fauteuil jusque-là.

Ceci fait écho à ma sensation première lorsque j'ai découvert l'unité, et que j'ai senti que le contact corporel était primordial pour rencontrer et communiquer avec les résidentes.

Cependant, il subsiste beaucoup d'agrippements, mais que le mouvement dansé peut permettre de transformer. Quand le mouvement est une tentative de « nous attraper », nous retenir, quand l'angoisse survient, la danse permet de garder le lien et être rassurant tout en se détachant. Après avoir répondu plusieurs fois à ce besoin de contact physique j'ai découvert que le mouvement dansé me permettait de retarder ma venue et mon contact corporel en leur proposant d'imiter à distance, que le regard et le mouvement nous lient. Le lien s'est noué avec distance, comme la mère qui peut se détacher corporellement de son enfant qui grandit et s'autonomise. Le toucher devient donc un toucher à distance, par le biais du regard et du mouvement commun et grâce à une disponibilité intérieure du psychomotricien.

III. L'étayage corporel et le positionnement du psychomotricien

A) La fonction contenante du psychomotricien

C. Vigier cite G. Le Gouès « Un sujet qui souffre d'une défaillance de mémoire [...] recourt spontanément à la technique d'étayage. Il cherche à prendre appui sur un tiers » (Vigier, 2009)

Le travail en psychomotricité présente une spécificité importante dans la dimension corporelle qu'il propose. Le psychomotricien peut aider à lever l'anxiété en offrant la possibilité de s'accrocher à d'autres sensations corporelles source de plaisir, de lien, de création.

La relation en psychomotricité repose sur l'investissement global du sujet, et par ceci, C. Vigier opère un parallèle avec la relation mère enfant, notamment dans la fonction de contenance et de pare excitation que le psychomotricien va assurer par son entière implication et sa tentative de trouver le patient au plus près de ses ressentis psychocorporels.

La relation est alors avant tout humanisante grâce à « l'attention que nous portons au patient, [...] parce que nous ne nous attachons pas uniquement au symptôme. Notre attention se porte sur les fonctions psychomotrices (coordination, tonus, axe corporel, schéma corporel, latéralité, l'espace et le temps) et à la manière dont elle organise le symptôme dans la relation ainsi que la place qu'elles prennent dans le discours du patient (discours corporel et verbal). » (Vigier, 2009)

Ceci fait écho pour moi à la manière dont j'essaye d'aborder les neuf patientes de l'unité. D'abord en me mettant en position d'écoute pour être au plus près de ce que je peux comprendre de leur vécu corporel et dans un second temps en étant à l'écoute de mes propres éprouvés corporels qui reflètent en miroir ce que j'ai pu percevoir d'elles. Cette position paraît primordiale pour établir une relation dans laquelle le sujet puisse se sentir compris et reconnu.

Avec Mme M, par exemple, il a été important dans un premier temps d'accueillir ses manifestations corporelles et vocales, de lire les expressions de son visage, de tenter de percevoir dans son regard ce qu'elle tentait d'exprimer à sa manière. Lorsqu'elle était agitée j'ai cherché à l'amener en prenant appui sur mon corps vers un état plus calme, plus apaisé vers un comportement plus serein en me mettant moi-même dans une position plus calme.

Cette tentative d'accordage tonique et psychique participe à la fonction de contenance du psychomotricien, qui prête en quelque sorte son psychisme et son corps au patient. Ce dernier peut alors projeter des éléments difficilement représentables sur le soignant, qui doit pouvoir les contenir, et les lui renvoyer sous une forme plus représentée.

B) La communication non verbale

« Elle me parle avec les yeux mais que dit-elle ? »

« Ses troubles du comportement ont un sens, mais lequel ? »

Durant ce stage à l'unité fermée je me suis souvent trouvée face à des énigmes. L'absence de mot place dans une incompréhension et le risque est celui de l'interprétation. J'ai souvent eu peur de prêter des émotions aux patientes, de me tromper ? L'analyse du langage non verbal apparaît alors comme un outil essentiel au psychomotricien afin d'être au plus près du vécu de son patient.

Le langage non verbal souvent couplé à la parole est composé de nos gestes, intonations, réactions tonico-émotionnelles. Il teint, modifie, complète notre discours explicite. La communication digitale concerne les « différents codes et conventions définis par un groupe culturel, tels que le langage verbal. [...] ces codes sont abstraits [...] et leur intégration fait appel aux fonctions cognitives. » (Delamarre, 2014, p.5)

Toujours pour Delamarre, la communication analogique « concerne le langage non verbal, qu'il s'agisse des gestes et attitudes [...] excluant le verbe, comme le dessin, la peinture, la sculpture, la danse ou la musique. [...] le mode analogique est dit « chosiforme » dans la mesure où il y a un rapport beaucoup plus direct entre le signifiant et le signifié ». (Delamarre, 2014, p. 6)

Ceci fait écho à la perte de la capacité à symboliser présente dans la maladie d'Alzheimer que j'ai pu présenter en partie théorique, dans laquelle la représentation chose remplace le mot. Le langage non verbal devient alors la modalité privilégiée des patients souffrant de démence.

Cécile Delamarre parle de « l'observation écoutante » qui nécessite de se mettre à l'écoute des gestes et des mouvements qui nous « disent » en exprimant leurs états intérieurs. Ces gestes nous apparaissent alors parfois comme des manifestations agressives mais se manifestent en fait en réaction à ce qu'il leur est donné à vivre, à des violences qu'eux-

mêmes subissent. Ces violences peuvent être vécues lorsque nous nous obstinons à parler alors que les mots ne suffisent plus à entrer en lien avec eux, ou lorsque nous ne voyons pas, ne comprenons pas ce qu'ils expriment. Les mimiques, les grimaces, les gestes portés à mon égard sont des tentatives de communication que je tente d'interpréter.

Ceci me fait penser à Mme S, dont je n'ai pas encore parlé. Mme S présente de nombreux gestes d'agrippement, elle peut également régulièrement essayer de mordre, pincer, griffer lorsque quelqu'un s'approche d'elle. Elle semble nous dire sans un mot que nous l'envahissons, qu'elle sent que quelqu'un occupe son espace, se place trop près d'elle. Sa sphère intime (kinesphère en danse) est intrusée et elle tente de nous rappeler à l'ordre sous forme non verbale. Ce sont toujours des contacts corporels ou des intrusion rapides dans son champ de vision qui provoquent ces manifestations. Alors qu'elle est immobilisée, contenue dans un fauteuil roulant, elle ne dispose d'aucun moyen pour s'éloigner de ce qu'elle perçoit comme dangereux. Ces manifestations deviennent alors ses seuls moyens d'expression pour tenter de lutter contre ce qui l'angoisse.

C) Le dialogue tonico-émotionnel, la danse à deux

Lorsque les capacités de verbalisation et de mentalisation sont atteintes par la maladie, le dialogue tonique devient un véritable outil pour le psychomotricien.

Cet ajustement corporel, tonique, postural devient un outil de communication non verbale à part entière. Cet outil paraît compliqué à utiliser lorsque la spasticité vient entraver les capacités de modulations du patient.

Ainsi, il m'a été compliqué de rencontrer Mme M par ce biais. Ce fut un challenge que de travailler autour du dialogue tonico-émotionnel avec cette patiente, tant l'accordage était rendu compliqué par son hypertonie. Son corps, replié dans son fauteuil, ses bras tendus, ses mains toujours fermées. En la mobilisant j'ai cru souvent participer à son hypertonie, et j'ai pu progressivement m'adapter en proposant des mouvements plus englobants, plus lents. J'ai senti à plusieurs reprises ses bras se détendre au fil des massages, ses jambes se décroiser. En adaptant mon tonus a-t-elle pu comme en miroir se détendre ?

Le dialogue tonique se construirait alors comme un véritable aller-retour : le psychomotricien essayant d'être conscient de ce qu'il renvoie au patient mais le patient se servant du corps du psychomotricien pour s'apaiser.

Il a été toujours important de passer par des moments de danse à deux, dans lesquels toute notre présence était donnée à une participante du groupe pour le temps d'une musique (3, 4 minutes). Tout en restant au sein du groupe, sous le regard et au milieu des chaises placées en rond, ceci semblait être une première ouverture à l'altérité. Il était en effet plus facile de faire lien comme ceci, et beaucoup de moments se vivent dans un « un pour un ». La relation individuelle, qui pouvait profiter de la contenance plus globale du groupe semblait potentialisée par ces moments privilégiés à deux. On peut interpréter ces moments comme des spectacles donnés à voir aux autres. Ceci met en lumière l'importance du retour du regard que l'autre porte sur soi pour se sentir exister.

Également, des zones cérébrales liées aux neurones miroirs s'activent lorsque l'on voit quelqu'un agir. En proposant aux participantes des temps d'observation, le spectacle donné à voir leur permet également de stimuler des zones cérébrales semblables à celles mises en marche lors du mouvement. Cela peut avoir une incidence dans leur corps sur les mouvements réalisables, et participer à une conscience de l'autre permet de garder une conscience de soi et à soi.

IV. La danse au fauteuil :

Le fauteuil : espace de contenance ou carapace qui sépare ?

Sur les neuf participantes du groupe danse, seulement deux n'ont jamais participé au groupe dans un fauteuil roulant. Il s'agissait pour quatre d'entre elles du moyen de déplacement (et peut être de vie, celles-ci n'en sortant presque jamais, celui-ci étant adapté aux déformations de leur corps) unique, ayant perdu l'appui et la marche suite à l'aggravation de leur pathologie. Trois autres ont été tantôt en fauteuil tantôt pas, au gré de leur fatigabilité, ou des récentes chutes qu'elles ont pu traverser. Parler du fauteuil roulant ou au moins de la position assise me paraît donc primordial pour aborder le groupe danse que nous leur avons proposé.

Si Mme A a retrouvé l'envie et les capacités de marcher au fil de l'année, pour d'autres, il a fallu adapter le dispositif et les danses à cette position particulière.

Ceci m'a donc amenée à me questionner sur le rôle du fauteuil roulant dans l'investissement corporel de ces dames.

Est-ce un espace de sécurité qui contient ou une carapace qui empêche de bouger ?

Florence Berthier, à propos d'un groupe danse avec des patients polyhandicapés explique « Comment faire avec ce fauteuil qui socialise mais qui fige en même temps ? [...] l'objectif de la danse en fauteuil est d'intégrer le corps au fauteuil roulant il permet aussi de travailler l'accordage du tonus à deux, ou à plusieurs et de favoriser ainsi la régulation tonique » (Berthier, 2012)

Au départ, j'ai vécu le fauteuil comme quelque chose qui nous empêchait de danser ensemble, restreignant le mouvement, le contact, venant faire barrage. Mais rapidement, j'ai pu sentir l'intérêt des roulements, des balancements qu'il rend possible.

Mme M par exemple, qui ne peut pratiquement plus bouger son corps, a pour autant des yeux très mobiles, sa tête peut s'abaisser et se relever légèrement. C'est par l'intermédiaire du mouvement du fauteuil qu'elle a pu réappréhender des sensations intenses de déplacement qui lui ont procuré un bien-être et une stimulation propice à son apaisement et son ouverture au monde. Parfois je ne savais plus si le fauteuil roulait et m'entraînait ou si je le faisais rouler... Le mouvement devenant fluide, me donnant l'impression que Mme M m'amenait avec elle à danser. Mes mains étaient alors sur les armatures du fauteuil : une main au niveau du haut des roues, (c'est-à-dire à la hauteur du bassin de Mme M) et l'autre qui tenait derrière l'appui tête. Comme pour lui donner un appui supplémentaire ? Cette position m'a renvoyé l'image d'une danse debout dans laquelle je tiendrais son épaule. Elle, toujours dans l'impossibilité de bouger ses bras seule, pouvait venir chercher un contact avec mon bras en penchant la tête comme pour la reposer sur l'intérieur de mon avant-bras.

Avec Mme A, la danse assise commence toujours par un contact de nos mains, je m'assois en face d'elle sur un tabouret roulant, afin de pouvoir suivre les mouvements de son fauteuil duquel j'ai retiré les freins. Nous nous tenons, nous approchons, nous éloignons en tentant de suivre le rythme de la musique. Des balancements apparaissent alors, petit à petit, que Mme A peut amplifier en venant poser ses pieds au sol et le pousser avec différents degrés de force.

Également, nous pouvons voir le fauteuil comme un espace contenant nécessaire et rassurant pour ces patientes. À ce sujet, Florence Berthier cite Geneviève Haag et l'intérêt de l'appui dos dans la construction du sujet. « Il permet un sentiment de sécurité, l'interpénétration des regards et la verticalisation. La toile de fond que constitue ce sentiment de sécurité étant « l'objet d'arrière-plan » [...] ce fond mental est la toile de fond des contenus psychiques ». (Berthier, 2012)

Éprouver ce contact du dos aurait donc un effet contenant, qui limiterai les vécus de chute et d'effondrement.

Florence Berthier va plus loin et explique « le fauteuil ne remplace pas et ne peut pas bien sûr se comparer au portage d'une mère. Cependant dans sa fonction également verticalisante et permettant l'échange des regards, nous pouvons dire qu'il peut prendre une grande importance dans l'étayage du corps de la personne polyhandicapée. Cet appui dos autorise l'équilibre de l'axe qui permet les échanges avec l'environnement, et la contenance des mauvaises régulations toniques. » (pluri-handicapée dans ce cas précis)

La restriction due au fauteuil a donc pu être dépassée dans notre groupe, en devenant même un point fédérateur de jeu et de danse. En effet, nous avons pris plaisir à bouger et faire bouger, dans un accordage l'une à l'autre grâce aux possibilités nouvelles qu'offraient les fauteuils. Cela demande un cadre stable et sécurisant comme développé plus haut car nécessitant du un pour un.

Cette invention de groupe, la danse au fauteuil a aidé les patientes concernées à prendre une place concrète et active dans le groupe. Par les mobilisations passives, nous avons pu permettre à Mme M d'accroître sa perception du monde, sa mobilité corporelle et en cela son investissement d'elle comme sujet.

V. Expressivité corporelle, créativité : spécificité de la médiation danse

La danse remet au travail l'organisation psychomotrice de la personne. Elle permet de communiquer ses émotions et devient un moyen de communication et d'expression. Elle est un langage intuitif.

Le geste dansé est un mouvement à visée non instrumentale. Le geste, sans but précis peut alors se déployer dans toute son expressivité. Lesage explique alors que si d'ordinaire l'esprit dirige l'action, dans la danse c'est le « mouvement qui stimule l'activité de l'esprit. » (Lesage, 2009)

Le mouvement dansé constitue alors un outil et de lecture psychomotrice des états internes du sujet qui s'expriment à travers son corps en mouvement.

La créativité permise par la danse est le support de la subjectivation. En effet, quand je crée quelque chose je me reconnais comme différent parmi des autres. En ce sens, la créativité redonne une identité, et donc dans la pathologie permet de se retrouver, là où on a du mal à se rappeler qui on est.

Le mouvement dansé est donc teinté de notre individualité, la coloration émotionnelle d'un espace et d'un temps, et de la complexité de notre construction psychomotrice. La danse est donc la représentante de notre identité et donne accès à un statut de sujet : elle est notre manière d'être au monde.

« Chaque posture, chaque geste, est une façon d'être, de recevoir, de se présenter. Le corps dont la création est aussi celle du sujet, n'est pas un instrument de l'être, un objet qu'il manierait, mais son écrin, sa présentation. Il y a donc une expressivité fondamentale du corps qui n'est pas mise en signes ». (Lesage, 2009, p. 67)

À ce sujet, les neuf participantes du groupe, ont toujours présenté des façons différentes de s'approprier nos propositions. Elles se sont autorisées à improviser, dans un langage personnel et singulier, fait de leurs possibilités motrices individuelles mais également teinté de l'investissement de leur corps. Par exemple, j'ai pu percevoir dans leur façon de danser un rythme propre à chacune, une fluidité, une rigidité de certaines parties du corps. Pour être à l'écoute de ceci, il nous fallait proposer un dispositif suffisamment libre, pour que puisse émerger l'improvisation, mais suffisamment étayant, pour venir soutenir des capacités créatrices et d'impulsion motrice diminuées par la maladie. Cette expression d'elles-mêmes dans ce cadre sécurisant a pu mettre au travail leur image du corps et en ce sens leur sentiment d'identité.

Pour conclure cette partie théorico-clinique, je souhaite revenir sur le rôle de la danse dans le soutien de l'identité des patients atteints de démence. Cet espace de liberté sécurisée offert aux patientes a pu contribuer à nuancer leur vécu de dépendance dans l'institution. La

danse a créé une relation entre nous, et notamment à travers le fauteuil. La danse n'exige pas forcément d'avoir des compétences motrices optimales. Mais elle permet au contraire de venir remobiliser l'image du corps qui se figeait jusqu'alors dans la pathologie. Ceci contribue donc à retrouver en partie un contact avec un corps d'antan, support du narcissisme, et de recréer de la continuité d'existence.

Pour ouvrir la réflexion autour de la créativité il me semble intéressant d'aborder la question de la surprise dans le soin. Cette dimension est largement permise par la danse improvisée, elle permet au soignant comme au patient de proposer un jeu, une nouveauté à son partenaire de danse. Le thérapeute renvoie alors son patient à sa propre créativité, et notamment au travers de la surprise. À ce sujet, Bastien Morin reprend Marcelli et explique : « Appartenant autant au surpris qu'au surprenant, elle rouvrirait un espace transitionnel, véritable aire de jeu. Car la surprise apparaît où on ne l'attend pas. [...] La surprise semble finalement indispensable à la rencontre car permettant à l'autre d'être unique » (2014).

CONCLUSION

Ce travail d'écriture a été très engageant et m'a aidé à construire ma posture de future professionnelle. Par ailleurs, le fait d'accompagner une fois sur deux un groupe à médiation pour lequel j'étais la seule représentante de la psychomotricité a également été très formateur. J'ai beaucoup apprécié cette approche groupale, qui prenait pour moi tout son sens au sein de cette unité de vie, si intime et pourtant au sein de laquelle la maladie avait délité la capacité des résidentes à faire lien.

À partir de ces expériences cliniques, reliées à des notions théoriques, j'espère avoir pu exprimer comment le sujet atteint de démence se retrouve contraint à se réorganiser sur un pôle perceptif et émotionnel. Cette réorganisation altère son sentiment de continuité d'être, il doit alors faire face à un monde qu'il ne comprend plus. Quand les capacités de mentalisation sont altérées, le passage par le corps dans une dynamique créatrice et relationnelle, devient alors une voie privilégiée de soutien de l'identité. La psychomotricité et l'utilisation de la danse thérapie me paraissent alors tout à fait indiquées dans l'accompagnement de ces sujets. L'expérience corporelle et le mouvement dansé deviennent des manières de relier le sujet à lui-même et à son environnement. Les notions d'improvisation et de liberté de mouvement, inhérentes à la danse me paraissent également des voies de subjectivation, en ce qu'elles permettent au sujet de s'éprouver comme créateur et donc comme sujet.

Ainsi, j'espère avoir pu rendre compte de l'outil psychomoteur que représente la danse notamment au travers de l'accordage et du dialogue tonico-émotionnel. Cette approche de la danse d'un point de vue thérapeutique m'a énormément enthousiasmée, et m'a donné l'envie de continuer à explorer ses différents bienfaits. En effet, en passant par le corps, en invoquant la créativité, le contact, la danse me semble tout à fait adaptée à de nombreuses cliniques, notamment celles où les mots ont perdu leur sens. J'aimerais, dans ma future vie professionnelle pouvoir continuer à utiliser cet outil auprès de différentes populations.

« Il me donne sa lenteur et son immobilité, ses balancements inquiétants et la beauté de sa
main s'ouvrant comme un éventail.

Comment fais-tu passer dans un geste ce qui t'arrive du monde ? »

(Desplechin & Thieû Niang, 2018, p. 58)

Références bibliographiques :

- Albaret, J.-M., & Aubert, É. (2012). *Vieillesse et psychomotricité*. Paris : De boeck.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Anesm. (2016). *Analyse de la littérature nationale et internationale portant sur l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative (mnd) en pôle d'activités et de soins adaptés (pasa) et en unité d'hébergement renforcé (uhr)*. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_troubles_comportement_1-2.pdf
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Paris : Dunod.
- Berger, M. (2013). *L'enfant instable* (3ème). Paris : Dunod.
- Berthier, F. (2012). Un fauteuil pour danser ! La danse en fauteuil roulant auprès d'adultes polyhandicapés en psychomotricité. *Thérapie psychomotrice et recherche*, 172, 86-103.
- Delamarre, C. (2014). *Alzheimer et communication non verbale*. Paris : Dunod.
- Desplechin, M., & Thieu Niang, T. (2018). *Au bois dormant*. Villefranche de Rouergue : Éditions des busclats.
- Drera, H., & Brocker, P. (2004). *Un « tabou » nommé Alzheimer*. (2e éd.). Paris: Ellipses.
- Ducret, A. (2011). La contenance, histoire d'un concept. In J.-B. Chapelier, *Groupe, contenance et créativité* (p. 13-35). Toulouse : Erès.
- Dujardin, K., & Lemaire, P. (2008). *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*. Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Duplan, H. (2001). L'expression primitive. Consulté 26 avril 2019, à l'adresse <http://herns.duplan.free.fr/textes/article.html>

- Ferreira, É. (2011). De l'annonce à l'installation en unité spécialisée Alzheimer. *Cliniques*, N° 2(2), 48-65.
- Ferreira, É. (2011). Démence et fonction de contenance dans les unités protégées. *Cliniques*, N° 1(1), 110-124.
- Ferrey, G., Le Gouès, G., & Rivière, B. (2008). *Psychopathologie du sujet âgé*. (6ème édition). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Fredenrich, A. (2009). Groupes ouverts en institution : une entité à éclipse. In R. Kaës & P. Laurent, *Le processus thérapeutique dans les groupes* (p. 105-123). Toulouse : ERES.
- Freud, S. (2010/1923). *Le moi et le ça*. Paris : Payot.
- Giromini, F. (2012). La médiation en psychomotricité. In B. Lesage, *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 253-264). Toulouse : ERES.
- Giromini, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité. *Enfances & Psy*, (74), 51-60.
- Giromini, F., & Lesage, B. (2013). Quand le corps parle de soi-même...et à l'autre. *Thérapie psychomotrice et recherche*, 174, 114-126.
- Gonzalez, L. (2004). Conséquences de la désafférentation sensorielle chez les personnes âgées. *La Revue de Gériatrie*, 29, 61-66.
- Greilsammer, H. (2014). La Thérapie par la danse et le mouvement : entre corps, mouvement et parole. *Bulletin du Centre de recherche français à Jérusalem*, 25.
- Haute Autorité de Santé. (2018). *Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée*. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf
- Joly, F. (2013). Psychomotricité et médiations corporelles thérapeutiques. *Thérapie psychomotrice et recherche*, 173, 38-52.

- Jouen, F., & Molina, M. (2000). Le rôle des flux sensoriels dans les débuts du développement. *Enfance*, 53(3), 235-247.
- Juhel, J-C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée*. Québec : Les presses de l'université de Laval.
- Kaës, R. (2004). Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires. In Bernard Chouvier, *Les processus psychiques de la médiation*. Paris : Dunod.
- Klein, J.-P. (2014). L'art-thérapie : avec quoi ? *Que sais-je ?*, 9e éd., 44-84.
- Le Gouès, G. (SD). Psychanalyse du sujet vieillissant. Consulté 6 avril 2019, à l'adresse : <https://www.spp.asso.fr/textes/la-psychanalyse/psychanalyse-du-sujet-vieillissant/>
- Lesage, B. (2018). *L'engagement sensori-moteur : un récit sensé*. Présenté à : 47èmes Journées annuelles de Thérapies psychomotrices, Dijon.
- Lesage, B. (2009). *La danse dans le processus thérapeutique*. Toulouse : Ères.
- Lesage, B. (2012). Structures. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 37-49). Toulouse : ERES.
- Linx, P. (2007). Rencontre avec le sujet dans la maladie d'Alzheimer : Pari d'un ultime transfert. *Le Journal des psychologues*, 250(7), 37.
- Morin, B. (2014). De la « copréhension » à la compréhension, place de la surprise dans la thérapie psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et recherche*, (182), 204-210.
- Pellissier, J. (2011). *Ces troubles qui nous troublent*. Toulouse : ERES.
- 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.
- Péruchon, M. (2017). La maladie d'Alzheimer à l'épreuve de la déliaison neuropsychanalytique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(99), 181-187.

- Potel, C. (2010). 5. Les groupes en psychomotricité. In *Être psychomotricien* (p. 380-398). Toulouse : ERES.
- Poultorak, C. (2012). Du repli corporel au corps médiatisé, Présentation d'un cheminement clinique à travers une réflexion sur la médiation thérapeutique en psychomotricité. In B. Lesage, *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation*. (p.265-276).
- Robert, P. (2001). II Le groupe comme contenant. *Dialogue*, no 152(2), 31-32.
- Robert-Ouvray, S. (2007). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité*. Paris : Desclée De Brouwer.
- Schott-Billmann, F. (2012). *Quand la danse guérit*. Paris : Courrier du livre.
- Vacheret, C. (2011). Le groupe et l'objet médiateur : quelles fonctions et quelles synergies ? In J.-B. Chapelier, *Groupe, contenance et créativité* (p. 159-171). Toulouse : ERES.
- Vaysse, J. (2011). Être acteur de sa santé par la danse : apports socioculturels entre Afrique et Europe. *Presence Africaine*, N° 183(1), 49-64.
- Vigier, C. (2009). La psychomotricité : ou de la fonction d'étayage et de lien dans la maladie d'Alzheimer. *Thérapie psychomotrice et recherche*, 160, 38-49.
- Winnicott, D. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.
- Winnicott, D., & Lynn Rosaz. (2006/1953). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot.

Vu par le maitre de mémoire

Elsa Nicollet

À Lyon,

Le 30 avril 2019



Auteur : Flora BRUNET

Titre :

La médiation danse à travers le regard de la psychomotricité en Unité
Alzheimer : un étayage du sentiment de continuité d'existence

Mots - clés :

Psychomotricité - Sentiment de continuité d'existence – Danse-thérapie –
Démence - Groupe

Résumé :

La pathologie démentielle implique une problématique de discontinuité d'existence. Elle soumet les sujets qui en souffrent à de nombreuses pertes : cognitives, relationnelles, et met à mal leur sentiment d'identité. Ce sentiment se fonde durant les premiers temps de la vie et s'étaye sur le corps. Nous pouvons alors nous demander comment le travail en psychomotricité, et plus spécifiquement la danse thérapie, peuvent accompagner l'individu dans le maintien de son sentiment de continuité d'existence ? Il s'agira de proposer à travers le récit de la création d'un groupe danse en Unité de Vie Protégée, et par la présentation de deux participantes à ce groupe : Mme A et Mme M, de répondre à la question du maintien du sentiment d'être sujet.