HAL
open science

Jouer en corps et ensemble : intérêt de la prise en soin en psychomotricité de personnes âgées atteintes de pathologie démentielle à travers une médiation ludique et groupale

Bastien Djidel-Hennenfent

To cite this version:

Bastien Djidel-Hennenfent. Jouer en corps et ensemble : intérêt de la prise en soin en psychomotricité de personnes âgées atteintes de pathologie démentielle à travers une médiation ludique et groupale. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01017963

HAL Id: dumas-01017963

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017963v1

Submitted on 3 Oct 2014

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
Du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

JOUER EN CORPS ET ENSEMBLE

Intérêt de la prise en soin en psychomotricité de personnes âgées atteintes de pathologie démentielle à travers une médiation ludique et groupale

DJIDEL-HENNENFENT Bastien

Né le 23 mars 1991 à Foix

Juin 2014

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels de santé qui ont partagé avec moi leur savoir et qui m'ont aidé dans ce travail de réflexion ainsi qu'au cours de ma formation. A ce titre, je remercie tout particulièrement Jean-Guillaume pour son écoute et tout le soutien qu'il m'a apporté. Je souhaite également remercier Claire et Fabienne pour leurs précieux conseils.

Merci à ma famille et à mes amis les plus proches qui m'ont aussi accompagné et soutenu tout au long de mon parcours et de l'écriture de ce mémoire.

Je souhaite enfin remercier toutes les personnes âgées que j'ai rencontrées pour la richesse des échanges que nous avons pu partager et tout ce qu'elles m'ont permis de vivre.

Sommaire

Remerciements 2
Sommaire 3
Avant-propos 5
Introduction 6

Partie 1 : La démence ou Les démences 8
1. Origines et évolution du concept de démence 8
2. Notion de syndrome démentiel 10
3. Les différents types de démences 11
4. Les troubles psycho-affectifs et comportementaux 19
5. Autre hypothèse sur l'étiologie de la démence 22

Partie 2 : L'impact de la maladie … comment y répondre … 23
1. Inscription de la maladie dans le processus de vieillissement 23
2. Impact sur la vie psychique 25
3. Impact sur le fonctionnement quotidien 30
4. Impact sur la vie sociale et relationnelle 32
5. Finalement, une problématique majeure et commune… 37
6. Quelles réponses face à la démence 38

Partie 3 : Vers une compréhension théorique de l'atelier « Jeu et Mouvement »… 46
1. Le concept de médiation transitionnelle en psychomotricité 46
2. Le jeu 49
3. Le groupe en psychomotricité 57
4. Le cadre thérapeutique 60

Partie 4 : Clinique en psychomotricité 64
1. L'atelier « Jeu et Mouvement » 64
2. Etude de cas de Mme M 68

Conclusion 79
Table des Matières 81

Bibliographie 84
Annexes 87
Annexe 1 87
Annexe 2 88
Annexe 3 89
Annexe 4 90

Avant-propos

« *Subie ou combattue, la maladie est une expérience qui place l'être humain face à sa destinée en lui rappelant sa condition de mortel. Elle entraine une confrontation avec l'inconnu. La personne découvre l'étendue de sa faiblesse et de sa dépendance mais peut-être aussi la richesse de ses ressources intérieures.* »[1]

[1] DUQUENOY SPYCHALA K., *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*, 2ème éd., Ramonville Saint-Agne, érès, 2005, p. 83.

Introduction

Grâce aux progrès réalisés en matière de santé, nous avons vu l'espérance de vie augmenter progressivement et, à l'heure actuelle, l'évolution démographique nous entraîne vers un vieillissement de la population de plus en plus important. Mais vieillir n'est pas nécessairement chose facile. Avancer en âge, c'est avant tout construire son histoire, atteindre un certain savoir grâce à toutes les expériences que l'on a vécues. Cependant, c'est également être exposé à une diminution de ses capacités physiques et cognitives, à un changement de statut social. C'est aussi être confronté à un risque plus important de perdre son autonomie, d'être touché par certaines pathologies et par conséquent d'entrer en institution.

Le secteur d'aide dans le domaine de la gériatrie a donc logiquement pris un essor considérable ces dernières années au niveau national et également dans la branche de la psychomotricité[2]. N'ayant jamais appréhendé ce domaine avant ma troisième année de formation, je souhaitais vivement pouvoir découvrir et saisir tout l'intérêt et l'apport que la psychomotricité pouvait avoir en gériatrie.

J'ai ainsi été très vite confronté à l'importance et la place que prenaient les pathologies démentielles. Les données recueillies de la cohorte Paquid en 2003 évoquaient déjà que 75 à 80 % des malades institutionnalisés de plus de 75 ans seraient déments [3]. La démence m'a alors beaucoup interrogé et j'ai été particulièrement saisi, dans un premier temps, par le caractère impressionnant ou du moins étrange des troubles du comportement que pouvaient présenter les personnes malades. Un questionnement qui m'habitait déjà avant le commencement de mon stage est devenu ensuite encore plus prégnant : c'est la question de la conception du soin auprès de ces personnes. Comme le dit C. Potel lorsqu'elle parle de la gériatrie, « *l'enjeu n'est plus le développement et le déploiement des possibilités et des capacités, mais le confort et la conservation au maximum des potentiels et du plaisir de vivre dans un corps investi* ». Il me semble que c'est d'autant plus vrai dans le cas de la démence et je tenais, à la fois à travers mon stage et à travers ce mémoire, à mieux appréhender cette conception du soin.

---

[2] POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, érès, 2012, p. 206.
[3] PARIENTE A., HELMER C., RAMAROSON H. et al., in DEMOURES G., STRUBEL D., *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2006, p. 5.

Partant de ces éléments, je me suis interrogé sur l'intérêt et l'apport spécifique de la psychomotricité, de manière générale, auprès de ce public en particulier. Ce questionnement ouvrant sur un sujet extrêmement large, j'ai voulu ensuite restreindre l'objet de ma réflexion. J'ai donc cherché, à travers ce que je pouvais moi-même expérimenter en stage, un élément plus précis, dans lequel je me sentais à l'aise, et qui pouvait répondre à ce qu'il est possible d'apporter à ce public en tant que psychomotricien. Mon choix s'est alors porté sur un atelier de jeux à « support corporel », proposé par mon maître de stage à des personnes âgées démentes reçues dans le cadre d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés, afin de me servir de ce dernier comme support et matériel clinique pour mener ma réflexion.

J'ai ainsi recentré et défini ma problématique comme telle : **en tant que psychomotricien, que peut-on apporter à des personnes âgées atteintes de pathologie démentielle, à travers une médiation ludique et groupale ?**

L'atelier « Jeu et Mouvement », qui a donc servi de support à ma réflexion, est un atelier auquel j'ai participé dès le début de mon stage, et que j'ai pu animer seul dans un second temps. C'est un élément auquel je tenais particulièrement car cela m'a permis de me confronter personnellement et directement à ma problématique.

Pour commencer, il sera tout d'abord nécessaire d'expliciter la notion de démence. En effet, ce terme recouvrant en réalité une constellation complexe de différentes pathologies plus ou moins proches, il m'apparaît important de bien définir ce que l'on entend par « démence », et de savoir de quelles démences nous parlons exactement.

Il me semble ensuite essentiel de se pencher et d'étudier plus en détail l'impact et les différentes répercutions que les démences peuvent avoir sur l'individu. Cela permettra de cerner le lien entre ces différents types de pathologie et d'en retirer une problématique commune. C'est en effet la problématique de la relation et du lien qui me semble être majeure et relier ces dernières. Ainsi, nous pourrons mieux appréhender la conception du soin dans laquelle il serait pertinent de se placer, un soin avant tout relationnel. Il nous sera alors possible de réfléchir à l'apport spécifique du psychomotricien auprès de personnes âgées atteintes de pathologie démentielle. Nous développerons l'hypothèse qu'à travers son langage corporel, son écoute et son ajustement, le psychomotricien peut contribuer à répondre aux différents besoins et à la problématique de la relation et du lien de ces personnes. Nous aborderons ensuite les concepts théoriques clefs qui servent d'appuis à l'élaboration du travail de l'atelier « Jeu et Mouvement ». Cela permettra de comprendre, en mettant en lien ces concepts avec la clinique, quels supports et quels moyens peuvent être utilisés par le psychomotricien dans la prise en soin qu'il propose.

Partie 1 : La démence ou Les démences

1. Origines et évolution du concept de démence

Le mot démence est un dérivé du latin *dementia* qui signifie hors d'esprit. Historiquement, on retrouve ce terme au XIVe siècle où il est principalement associé à la folie. Il fait donc référence au départ, à la maladie mentale et à l'idée d'une perte de la raison d'un individu.

Au XIXe siècle, le psychiatre français Esquirol donne une première définition rigoureuse de la démence en la décrivant comme « *une affection cérébrale … caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté* »[4]. Il la sépare des psychoses et des oligophrénies et la présente surtout comme « *une maladie chronique, progressive et incurable, qui est rapportée à l'effet de l'âge* »[5].

A la suite d'Esquirol, et notamment au début du XXe siècle, se développent alors différentes recherches sur la démence ainsi que les premières tentatives de classification de celle-ci en s'appuyant sur la méthode anatomo-clinique. On voit par la suite apparaître des descriptions plus poussées de différents tableaux démentiels comme par exemple le cas d'Auguste D. en 1906 et de Johannes F. en 1911 présentés par Aloïs Alzheimer.

C. Belin explique que « *jusque dans les années 80, la démence est considérée comme une détérioration globale des fonctions intellectuelles où il n'apparaît pas possible de différencier cliniquement les différents types de démences* »[6]. La parution en 1980 de la troisième édition du manuel de diagnostic et de statistiques des maladies mentales (DSM-III) par l'association Psychiatrique Américaine constitue alors un apport important dans l'évolution de la conception de la démence. Il permet d'élaborer « *une définition commune, basée sur la présence de troubles mnésiques associés à des déficits touchant les autres fonctions supérieures, d'une intensité telle qu'il existe un retentissement dans la vie sociale et/ou*

[4] BELIN C., ERGIS A-M., MOREAUD O., *Actualité sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, Marseille, Solal, 2006, p. 11.
[5] Ibid.
[6] Ibid., p. 13.

professionnelle et soulignant l'origine organique de cette affection »[7] ce qui fait de la démence un syndrome clinique regroupant de nombreuses causes.

Avec la parution du DSM-IV apparaît une notion importante, celle de déclin significatif par rapport au fonctionnement antérieur. Cependant, dans cette nouvelle version, les « *notions de troubles du jugement et de la personnalité disparaissent, transformant la démence en une affection purement cognitive, en ignorant le retentissement sur le comportement* »[8].

En 1993 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) établit ses propres critères diagnostiques de la démence au sein de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10). Dans cette classification, les critères diagnostiques présentent certains points communs avec ceux des DSM mais soulignent également d'autres points. En effet, dans la CIM-10 « *le déclin émotionnel et les modifications du comportement sont des critères à part entière insistant sur le fait que la démence n'est pas un déficit purement neuropsychologique* »[9].

Dans le DSM-V, le terme de démence disparaît, pour être remplacé par la notion de troubles neurocognitifs majeurs[10] (où les troubles de la mémoire n'apparaissent plus indispensables pour poser le diagnostic)[11] et complété par celle de troubles neurocognitifs légers.

Grâce aux progrès des études anatomo-pathologiques et de la médecine plus généralement, différents tableaux cliniques spécifiques vont être peu à peu mis en évidence avec des critères diagnostiques propres à chacun, définissant donc différents types de démences.

La démence est donc de manière générale liée à des affections cérébrales, mais le terme de démence lui-même constitue en réalité une entité nosographique large et complexe qui regroupe un ensemble de pathologies différentes. Ces pathologies diffèrent notamment en fonction de leur étiologie et de leur pronostic. Finalement, on pourrait dire que *« la démence n'est qu'une définition syndromique et non un diagnostic et les causes sont multiples même si certaines sont exceptionnelles* »[12]. En effet, comme le dit C. Belin « *les causes des démences sont nombreuses et peuvent être classifiées de différentes manières, en fonction de l'âge de*

---

[7] BELIN C., ERGIS A-M., MOREAUD O., *Actualité sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, Marseille, Solal, 2006, p. 13.
[8] Ibid., p. 15.
[9] Ibid.
[10] http://www.jle.com/fr/revues/medecine/gpn/e-docs/00/04/8F/C3/resume.phtml.
[11] http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2013-05-16/troubles-neurocognitifs-leger-et-majeur.
[12] LACOMBLEZ L., MATHIEUX-LAURENT F., *Les démences du sujet âgé*, Paris, John Libbey Eurotext, 2003, p. 1.

début, de la nature dégénérative ou non de l'affection, du type des lésions, des caractéristiques sémiologiques du tableau clinique, de la curabilité ou non et du caractère héréditaire ou sporadique »[13].

L'identification et la distinction des différents types de démences, de la manière la plus précoce possible, constituent alors un enjeu important dans la mise en place de stratégies thérapeutiques spécifiques et efficaces, notamment en ce qui concerne les traitements médicamenteux. Les conceptions et les modèles autour de la démence ont donc beaucoup évolué, notamment depuis ces trente dernières années et continuent, encore à l'heure actuelle, à changer et à être remodelés.

2. Notion de syndrome démentiel

La notion de syndrome démentiel peut constituer un point commun entre les différents types de démences. C'est en quelque sorte un noyau sémiologique commun vers lequel tendent, à terme, les démences que l'on retrouve chez le sujet âgé. La définition de ce syndrome démentiel s'appuie sur les critères diagnostiques de la démence du DSM-IV, très proches des critères diagnostiques de la maladie d'Alzheimer.
Il implique plusieurs éléments :

- La présence de déficits cognitifs multiples qui doivent inclure :
  - Un trouble mnésique (difficulté à enregistrer les informations nouvelles ou à restituer les informations précédemment acquises).
  - Une ou plusieurs des difficultés suivantes : aphasie, apraxie, agnosie, perturbation dans le fonctionnement exécutif (c'est-à-dire une atteinte des capacités de planification, d'organisation, de jugement, de raisonnement abstrait).
- Un déclin significatif par rapport à un niveau de fonctionnement antérieur.
- Un déficit suffisamment sévère pour retentir sur le fonctionnement professionnel ou social de la vie quotidienne.
- Ces troubles ne doivent pas se manifester seulement au cours d'un épisode confusionnel mais doivent perdurer dans le temps.

[13] BELIN C., ERGIS A-M., MOREAUD O., *Actualité sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, Marseille, Solal, 2006, p. 18.

3. Les différents types de démences

Sous le terme de démence on retrouve donc une multitude de pathologies aux étiologies nombreuses et variées. Nous avons vu qu'il existe différentes manières de classer ces pathologies et notamment en fonction de leur nature dégénérative ou non. De manière générale, « *les démences dégénératives concernent des pathologies primitivement cérébrales, dont l'évolution, progressive et inexorable, se fait vers l'aggravation. Elles diffèrent en cela des démences non-dégénératives, qui secondaires à des causes extérieures sont parfois qualifiées de « curables » ou de potentiellement curables* »[14]. Les démences non-dégénératives peuvent donc être liées à des causes toxiques (alcool, agents chimiques, drogues), infectieuses (notamment la Syphilis), ou encore inflammatoires (Sclérose en Plaques).

La distinction entre ces deux classifications de démence me semble importante à réaliser parce qu'elle marque, en premier lieu, une grande différence en ce qui concerne le mode d'apparition, mais parce qu'elle marque surtout une grande différence en ce qui concerne le pronostic du processus démentiel. Cela peut alors changer les objectifs thérapeutiques et la conception du soin dans laquelle on se place, dans le sens d'une récupération des capacités et plus seulement de leur maintien. Cette distinction est également importante puisque la très grande majorité des démences rencontrées chez les sujets âgés vivant en institution est de nature dégénérative.

Dans le cadre de mon sujet, je m'attacherai donc à décrire les pathologies démentielles les plus fréquemment retrouvées en institution. Il me semble alors également important d'introduire ici la notion de Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées (MAMA). Cette dénomination regroupe les pathologies démentielles apparentées à la maladie d'Alzheimer, dont les symptômes varient, notamment au départ, mais qui aboutissent à terme à un tableau clinique assez proche. Selon l'association France Alzheimer, « *Les maladies apparentées sont des maladies qui vont présenter les mêmes types de symptômes que la maladie d'Alzheimer mais dont le mécanisme, les manifestations et le traitement différent* »[15]. La maladie d'Alzheimer est la pathologie démentielle qui a la prévalence la plus importante, elle représente

[14] BELIN C., ERGIS A-M., MOREAUD O., *Actualité sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, Marseille, Solal, 2006, p. 19.
[15] http://www.francealzheimer.org/comprendre-maladie/maladies-apparent%C3%A9es.

environ 60% des cas de syndromes démentiels en France, ce chiffre étant « *susceptible d'être modifié par les travaux sur les formes différentes de démences, récemment individualisées* »[16].

Dans la littérature et le langage courant, lorsque l'on traite la démence de manière générale, on parle souvent de la maladie d'Alzheimer, mais de nombreuses descriptions se rapportant à cette pathologie spécifique me semblent souvent pouvoir être élargies aux autres pathologies démentielles rencontrées chez le sujet âgé.

a. La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer constituant la pathologie démentielle ayant la prévalence la plus importante, ce sera celle que je décrirais le plus en détail.

a.a. La pathologie

D'un point de vue neuropathologique, la maladie d'Alzheimer est définie par la présence associée et en grande quantité de deux types de lésions caractéristiques. Le premier type de lésion correspond à la formation de plaques séniles, localisées dans le cortex, surtout hipoccampique et associatif. Le deuxième type de lésion correspond à des dégénérescences neurofibrillaires provoquées par la phosphorylation anormale de protéines Tau. Ce serait l'association de ces deux types de lésion qui entrainerait la mort des neurones.

En ce qui concerne le mécanisme à proprement parler des troubles cliniques « *le dysfonctionnement caractéristique est la détérioration de la transmission cholinergique* »[17]. Cependant, même si c'est à un moindre degré, les autres systèmes de neurotransmission sont aussi affectés.

Chronologiquement, dans la maladie, la première atteinte se situe au niveau de l'hippocampe, puis envahit progressivement l'ensemble du cortex. C'est ce qui explique l'apparition progressive des troubles, dans un ordre assez similaire (modulé par les variabilités interindividuelles).

[16] LACOMBLEZ L., MATHIEUX-LAURENT F., *Les démences du sujet âgé*, Paris, John Libbey Eurotext, 2003, p. 3.
[17] Ibid., p. 4.

F. Mathieux-Laurent explique qu'en « *l'absence de signes pathognomoniques, que ce soit clinique ou paraclinique, le diagnostic de la maladie repose, comme les troubles psychiatriques sur des listes de critères, en particulier celles du DSM IV, du NINCDS-ARDA, et du CIM-10* »[18].

Cette pathologie fait donc partie des démences dégénératives. Son incidence augmente fortement avec l'âge. Selon C. Derouesné, après 70 ans, sa fréquence double tous les 5 ans[19]. Elle entraîne au premier plan une **altération mnésique**, une **désorientation spatiale et temporelle**, des troubles des fonctions cognitives représentés classiquement par le **syndrome aphaso-apraxo-agnosique**, aboutissant, à terme, à une **perte d'autonomie**. A ces signes cliniques peuvent s'associer des **troubles psycho-affectifs et comportementaux**.

Alors que je passe non loin de Mme K, sur le lieu de vie, je la vois interpeller un soignant. Elle est en pleurs, elle me donne l'impression d'être au bord de la panique, et elle dit alors au soignant d'une voix tremblante « Je suis perdue ! Je ne sais plus où je suis ! Aidez-moi ! ». La désorientation spatiale et temporelle provoquée par la maladie d'Alzheimer se traduit par une impossibilité à se remémorer et à relier entre eux les éléments nécessaires pour se repérer dans le temps et l'espace. Cette désorientation est alors source pour Mme K d'une importante anxiété, anxiété qui l'envahit et qu'elle n'arrive pas à réguler seule.

En ce qui concerne le syndrome aphaso-apraxo-agnosique, voici quelques précisions :

L'aphasie est un trouble du langage affectant l'expression ou la compréhension du langage parlé ou écrit survenant en dehors de tout déficit sensoriel ou de dysfonctionnement de l'appareil phonatoire.

[18] LCOMBLEZ L., MATHIEUX-LAURENT F., *Les démences du sujet âgé, Paris*, John Libbey Eurotext, 2003, p. 4.
[19] DEROUESNE C., in BELIN C., ERGIS A-M., MOREAUD O., *Actualité sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, Marseille, Solal, 2006, p. 25.

Sur le lieu de vie, Mme R va souvent aborder d'autres résidents pour leur parler. Mais Mme R présente une jargonaphasie, avec un débit rapide de paroles inintelligibles, rendant la compréhension de son discours pour son interlocuteur extrêmement compliquée (même si sa communication non-verbale reste efficiente). Elle est alors souvent repoussée par les autres résidents. Mme M, elle, présente une aphasie de compréhension, comprenant ainsi, parfois, d'autres mots que ceux que l'on emploie en s'adressant à elle. L'aphasie peut ainsi prendre différentes formes en fonction de l'endroit où sont situées les lésions. Cependant, quelle que soit la forme qu'elle prend, elle vient toujours perturber la communication, d'une manière ou d'une autre.

L'apraxie est un trouble acquis du mouvement intentionnel, empêchant la réalisation de certains gestes alors qu'il n'existe ni déficit moteur ou sensitif, ni incoordination, ni trouble majeur de la compréhension. Pour accomplir un geste intentionnel, nous passons par différentes étapes. D'abord, une première phase où est établit un projet idéatoire, correspondant à la représentation mentale du geste à accomplir, puis une phase de communication de ce projet aux régions cérébrales effectrices, et pour finir, une phase d'exécution motrice du mouvement. Il existe différentes formes d'apraxies perturbant l'une ou l'autre de ces phases.

L'agnosie, enfin, constitue un trouble de la reconnaissance de stimuli en l'absence de déficit sensoriel. Elle peut prendre également plusieurs formes en touchant différentes modalités sensorielles.

a.b. La mémoire

Les troubles mnésiques étant au premier plan dans la maladie d'Alzheimer, il me semble pertinent de se pencher plus en détail sur la définition de la mémoire.

La mémoire est un système complexe qui implique différentes régions cérébrales. Son fonctionnement repose sur des processus cognitifs : ce sont les opérations d'**encodage**, de **stockage** et de **restitution**. L'encodage est une étape de sélection et de mise en mémoire des informations (l'hippocampe, l'une des premières structures atteintes dans la maladie

d'Alzheimer, joue un rôle essentiel dans cette phase). Le stockage consiste au maintien de l'information dans le temps. Il est favorisé par l'effet de répétition et fait intervenir le cortex. Enfin la restitution correspond à la recherche de l'information en stock et à sa récupération. Elle fait intervenir le lobe frontal. Elle peut se faire en rappel actif, spontané, ou indicé.

Il existe différents modèles de la mémoire mais la majorité de ces derniers met en avant le fait que notre mémoire n'est pas un système unitaire.

Parmi les modèles les plus connus, on peut citer le modèle d'Atkinson et Shiffrin. Ce modèle décompose la mémoire en mémoire sensorielle, mémoire à court terme (limitée dans le temps) et mémoire à long terme (sans limite de durée dans le temps).

Le modèle de Tulving, lui, décompose de manière plus précise cinq systèmes de mémoire : la mémoire procédurale, les systèmes de représentations perceptives, la mémoire de travail, la mémoire épisodique et la mémoire sémantique.

- **La mémoire procédurale** est mise en jeu dans l'acquisition d'automatismes moteurs et de règles cognitives. C'est une mémoire qui apparaît résistante à certaines pathologies neurodégénératives (notamment la maladie d'Alzheimer). Elle fait intervenir le cervelet et les noyaux gris centraux.

- **Les systèmes de représentations perceptives** correspondent à des amorçages perceptifs permettant de mieux traiter une information déjà présentée au sujet.

- **La mémoire de travail**, elle, nous permet de manipuler les informations et de stocker temporairement le résultat des opérations effectuées.

- **La mémoire épisodique** correspond aux souvenirs d'épisodes contextualisés, repérés dans le temps et l'espace.

- **La mémoire sémantique**, enfin, correspond à un stock de connaissances décontextualisées.

Nous pouvons également évoquer les notions de mémoire implicite et explicite, amenées par le modèle de Schacter, traduisant le fait que le sujet peut mémoriser et récupérer des informations de manière consciente ou non.

Nous savons que plusieurs facteurs peuvent influencer les processus mnésiques : l'altération des systèmes sensoriels, les effets iatrogènes, l'anxiété, la dépression, et surtout, plus largement, les émotions.

Les professeurs M. Van der Linden et A. d'Argembeau expliquent le fait qu'après avoir été encodé, un élément peut être consolidé, ce qui veut dire être stocké à long terme de manière plus efficace. Ce processus de consolidation est notamment en lien avec la répétition, répétition que les soignants utilisent d'ailleurs souvent en institution pour permettre la meilleure intégration possible de l'environnement par les résidents. Selon ces deux professeurs, l'émotion jouerait alors un rôle dans la modulation des « *processus de consolidation mnésique, permettant de maintenir en mémoire de façon prolongée le contexte dans lequel nous avons été confronté à des stimulus émotionnels* »[20]. C'est donc un élément d'autant plus important à prendre en compte et sur lequel nous pouvons nous appuyer dans la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Mme D participe toutes les semaines à un atelier de « travail corporel », avec le psychomotricien et moi-même, qu'elle investit souvent avec plaisir. Elle présente une importante altération mnésique. Pourtant, à chaque fois qu'elle nous voit, même si elle ne sait pas exactement qui nous sommes, elle peut reconnaître quelque chose de familier chez nous et nous interpeller. A travers les relations qui s'établissent dans l'atelier entre Mme D et nous, cette dernière peut vivre des expériences associées à des stimuli émotionnels positifs et ce sont certainement ces éléments qui l'aident à reconnaître quelque chose de familier chez nous lorsqu'elle nous voit en dehors de l'atelier. Cela illustre pour moi l'influence que l'émotion peut avoir sur la mémoire.

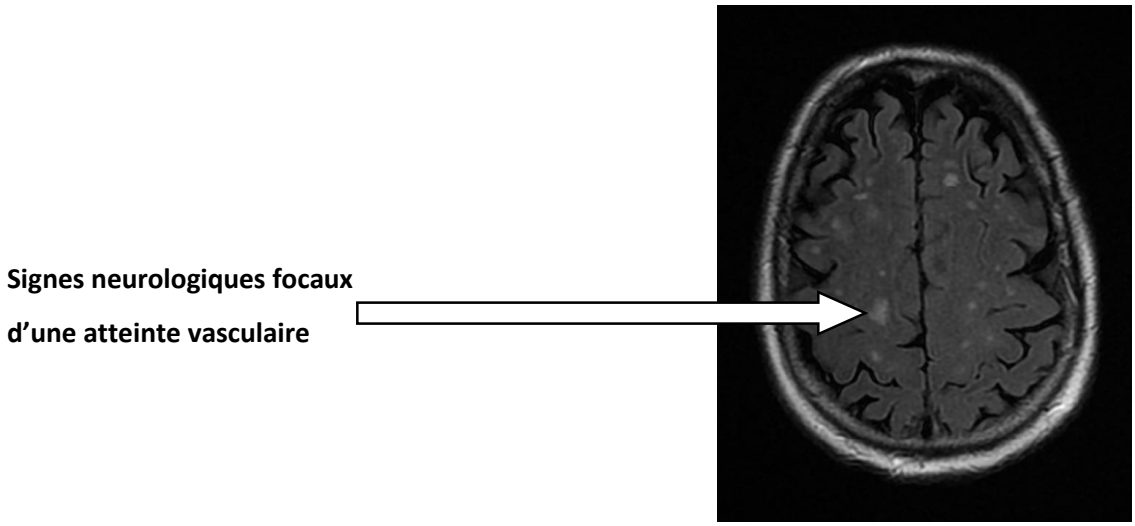
Il me semble alors pertinent de reprendre également les propos de C. Delamarre. En effet, face aux capacités de compréhension de soi-même et de l'environnement qui déclinent

[20] http://www.neur-one.fr/la%20m%E9moireemotion.pdf, p. 2.

chez ces personnes, C. Delamarre met également en avant l'importance accrue de la composante émotionnelle dans la possibilité de traiter les informations du moment présent. Elle dit ainsi que « *chez l'adulte âgé qui a une démence, la composante émotionnelle de l'intelligence va devenir d'autant plus active que les pertes neuronales vont progressivement altérer sa faculté d'introspection* »[21].

b. Les démences vasculaires

Les démences vasculaires caractérisent un état démentiel associé à des lésions vasculaires cérébrales. Elles occupent un statut particulier dans le sens où elles ne rentrent pas complètement dans la catégorie des démences « purement » dégénératives. Leurs présentations cliniques sont d'une grande hétérogénéité en raison de la variété des lésions vasculaires à l'origine des troubles. J. Touchon et F. Portet expliquent que face à un tableau démentiel, « *le diagnostic de démence vasculaire s'appuie sur l'existence de facteurs de risque vasculaire, d'antécédents d'accidents vasculaires cérébraux, d'un début brutal, d'une évolution par à-coups, de la présence de signes neurologiques focaux à l'examen et d'images séquellaires d'AVC au scanner ou à l'IRM* »[22].



Exemple d'IRM présentant des signes neurologiques focaux d'une atteinte vasculaire[23]

[21] DELAMARRE C., *Démence et projet de vie. Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées*, Paris, Dunod, 2007, p. 63.
[22] TOUCHON J., PORTET F., in DEMOURES G., STRUBEL D., *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2006, p. 47.
[23] Image extraite du support de cours « *Vieillissement normal et pathologique* » de M. GAESTEL Y.

Le terme de démence mixte est utilisé lorsque les lésions vasculaires s'associent aux lésions de la maladie d'Alzheimer et nous d'ailleurs mettre en avant le fait que « *ce type de situation clinique est particulièrement fréquent en EHPAD* »[24].

c. La démence à corps de Lewy

La démence à corps de Lewy est une démence dégénérative. Elle est liée à la présence dans le cerveau de lésions appelées corps de Lewy Les principales manifestations qui la caractérisent sont des fluctuations franches de l'état cognitif et du comportement, des hallucinations visuelles, et des troubles moteurs modérés, le plus souvent de type Parkinsonien. Dans ce type de démence, les troubles de la mémoire sont moins prononcés que dans la maladie d'Alzheimer et ne se manifestent pas directement au début de la pathologie.

d. La dégénérescence lobaire fronto-temporale

La dégénérescence lobaire fronto-temporale fait également partie des démences dégénératives. C'est une démence qui survient généralement chez des sujets plus jeunes que ceux atteints de la maladie d'Alzheimer. Elle comprend elle-même trois formes cliniques : la démence fronto-temporale, l'aphasie primaire progressive et la démence sémantique.

Dans la démence fronto-temporale, les symptômes prédominants sont comportementaux (conduites désinhibées ou apathie, désintérêt, négligence physique, négligence des convenances sociales, rigidité mentale …). Elle évolue inéluctablement vers l'aggravation. L'aphasie primaire progressive débute, elle, par une altération progressive du langage alors que la démence sémantique entraîne des troubles de la reconnaissance des objets et des visages. Ces deux dernières formes ont tendance à évoluer vers une démence « globale ».

[24] TOUCHON J., PORTET F., in DEMOURES G., STRUBEL D., *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2006, p. 47.

4. Les troubles psycho-affectifs et comportementaux

Ces troubles ont un impact extrêmement fort sur la vie des personnes qui en sont atteintes et sur leur entourage. Ils mobilisent beaucoup d'énergie de la part des aidants, contribuant fortement à leur épuisement et étant ainsi, souvent, la cause de départ du domicile pour entrer en institution. Selon K. Duquenoy Spychala, ils peuvent être la conséquence des déficits cognitifs, mais certains semblent cependant évoluer indépendamment. Elle décrit alors plus précisément, en ce qui concerne l'origine et l'expression des comportements dits « perturbateurs », un élément qui me semble important à mettre en avant. Au-delà des comportements « perturbateurs », cet élément me semble d'ailleurs pouvoir être appliqué à l'ensemble des troubles psycho-affectifs et comportementaux. C'est le fait que les lésions cérébrales ne suffisent pas à elles seules à expliquer ces troubles et que « *d'autres facteurs comme les caractéristiques de l'environnement, la personnalité antérieure, les habitudes de vie, peuvent influencer sur leur développement* »[25], autant d'éléments qui seront donc à prendre en compte dans la prise en soin des personnes atteintes par ces troubles.

Il existe différents types de troubles psycho-affectifs et comportementaux, s'exprimant de manière plus ou moins sévère et pouvant se cumuler. En fonction des auteurs, ils peuvent être classés plus ou moins différemment, mais de manière générale on retrouve sensiblement à chaque fois les mêmes. L'inventaire neuropsychiatrique (NPI) permet notamment de recueillir des informations sur la présence de ces troubles chez les patients souffrant de démence. En m'appuyant à la fois sur cette grille et sur les descriptions de K. Duquenoy Spychala[26] et de F. Lebert[27], je présenterai les principaux troubles psycho-affectifs et comportementaux que l'on peut retrouver chez ces personnes.

- **Les hallucinations** : par définition, ce sont des expériences sensorielles sans présence de stimuli détectables. Les personnes peuvent ainsi avoir la conviction de voir tel objet, telle personne, d'entendre tel son ou de sentir telle sensation, sans que ceux-ci n'existent. Le plus souvent, les hallucinations sont de nature visuelle. Elles peuvent alors être source d'anxiété ou

[25] DUQUENOY SPYCHALA K., *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*, 2ème éd., Ramonville Saint-Agne, érès, 2005, p. 41.
[26] Ibid., pp. 34-46.
[27] LEBERT F., in DEMOURES G., STRUBEL D., *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2006, pp. 125-127.

d'agitation. Dans la démence à corps de Lewy, les personnes sont par contre souvent capables de critiquer leurs hallucinations.

- **Les idées délirantes** : ce sont de fausses croyances, non systématisées, fondées sur une déformation de la réalité. On y retrouve le plus souvent les thèmes de l'abandon, de la persécution, du préjudice ou de la jalousie. Ces idées délirantes peuvent entraîner des accès d'agitation ou d'agressivité.

Alors que Mme B vient de passer un moment seule sur le lieu de vie, elle s'approche de moi et me dit, très énervée « des gens viennent de me dire que je puais ! ». Pourtant personne ne vient de parler à Mme B et de toute évidence elle ne parait pas « sentir mauvais ». Je lui demande qui lui a dit cela et elle me répond qu'elle ne sait pas, que ce sont des gens. J'essaye alors d'engager la discussion avec elle dans l'idée de la calmer et de la rassurer. Mme B présente ici une idée délirante axée sur un thème de persécution. Je peux me rendre compte en échangeant avec elle à quel point cela la perturbe, fait monter chez elle une forte agressivité et l'entraîne finalement à « couper » la relation et à s'isoler encore plus.

- **L'agitation** : elle correspond à une activité verbale, vocale ou motrice inappropriée par sa fréquence ou par sa survenue inadaptée au contexte social. L'agitation peut donc être verbale ou physique (comportement de déambulation par exemple). Elle peut également être accompagnée de manifestations agressives ou non.

- **L'agressivité** : elle peut se manifester de manière très variable, allant des débordements verbaux avec cris et injures aux agressions physiques avec coups de poing et de pied, morsures, pincements.

- **Les manifestations dépressives** : elles correspondent de manière générale à une tristesse de l'humeur, pouvant s'accompagner d'une perte d'intérêt avec apathie. Elles

compliquent le diagnostic, rendant difficile la différenciation entre pathologie démentielle et dépression.

- **L'anxiété** : on peut la définir comme un sentiment d'inquiétude, de malaise intérieur ou de désarroi profond. Elle peut être favorisée par de nombreux facteurs, notamment une prise de conscience partielle du déficit, mais aussi lors de mises en échecs, d'incompréhension de l'environnement ou encore de désorientation spatiale et temporelle.

- **Les troubles de l'affectivité** : ils représentent principalement deux types de troubles. Premièrement, l'émoussement affectif qui correspond à un défaut de réactivité aux stimulations émotionnelles et se caractérise donc par une perte de recherche du plaisir, une apathie, une indifférence. Deuxièmement, l'incontinence émotionnelle qui est liée à une labilité émotionnelle, correspondant à des changements brutaux du ressenti et de son expression, avec des apparitions ponctuelles de vécus dépressifs ou euphoriques, d'explosions coléreuses, de phases d'excitation ou de désintérêt. On peut, enfin, retrouver de manière plus systématisée chez une personne donnée un état d'euphorie ou alors d'irritabilité.

- **Les comportements moteurs aberrants** : ce sont des conduites stéréotypées, des activités motrices automatiques qui sont dépourvues de finalité apparente.

- **Les troubles des conduites neurovégétatives** : ils regroupent principalement les troubles du sommeil et du rythme circadien (fragmentation du rythme de sommeil, hyper somnolence diurne) et les troubles des conduites alimentaires (notamment une perte fréquente d'appétit).

On peut aussi retrouver chez les personnes souffrant de démence **des troubles des conduites sexuelles** avec une **désinhibition**. Ces troubles des conduites sexuelles s'expriment par une désinhibition verbale et/ou comportementale et peuvent le plus souvent être mises en lien avec un dysfonctionnement frontal.

5. Autre hypothèse sur l'étiologie de la démence

Il existe un courant de pensée, dont J. Maisondieu est l'un des représentants, qui met en avant d'autres hypothèses quant à l'origine et les causes d'apparition de la démence chez le sujet âgé.

J. Maisondieu avance dans sa théorie qu'il faudrait se dégager d'un enracinement purement biologique de la maladie et il évoque alors des origines à la fois intrapsychiques et interindividuelles à la démence. Il aborde donc la démence d'un point de vue essentiellement psychologique et social.

Pour lui, la démence serait liée à des facteurs humains et sociaux et les lésions neurologiques ne seraient que concomitantes voir secondaires à ces facteurs. La démence serait alors, en quelque sorte, une réponse face à la mise à l'écart et la dévalorisation faite du sujet âgé par notre société actuelle, et de manière plus large, une réponse pour se protéger des angoisses de mort. Il dit ainsi que « *dans les situations difficiles, qu'elles soient d'ordre affectif ou matériel, quand on a le sentiment d'être dépassé par les évènements et qu'il n'y a rien d'autre à faire que de les subir, se refuser à réfléchir à ce qui arrive apparaît parfois comme un moyen de le supporter. Ce pourrait être celui qu'utilise de façon plus ou moins spontanée le dément* »[28].

[28] MAISONDIEU J., *Le crépuscule de la raison*, 4ème éd.,Paris, Bayard, 2005, p. 17.

Partie 2 : L'impact de la maladie … comment y répondre …

1. Inscription de la maladie dans le processus de vieillissement

Les pathologies démentielles du sujet âgé s'inscrivent dans un autre élément plus vaste, le processus de vieillissement, processus qui impacte déjà lui-même fortement l'individu dans son évolution et son histoire de vie.

Par définition, le vieillissement correspond, selon l'OMS, au « *processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps* »[29]. Il est donc lié à de nombreux facteurs, à la fois génétiques et environnementaux. Il me semble intéressant de reprendre également la définition qu'en donne le docteur P. Hugeux et qui met en avant une notion importante du vieillissement, à savoir son caractère extrêmement subjectif. Il explique en effet que « *devenir vieux est une notion individuelle et une affaire personnelle. C'est le moment où l'individu perçoit une dégradation de sa qualité de vie ; c'est aussi le moment où la mort se profile, car la vieillesse et la mort sont indissociables. Or qu'y a-t-il de plus personnel, de plus intime, que le rapport à la mort ?* »[30]. Si le vieillissement est fortement teinté de subjectivité, la culture et la société jouent aussi un rôle important dans notre façon de percevoir ce processus, de nous le représenter, de le vivre.

Le vieillissement engendre de **nombreux changements**. Au niveau **physiologique**, on voit petit à petit diminuer l'acuité sensorielle (altération progressive de la perception visuelle, de l'audition, du goût, de l'odorat, de la sensibilité cutanée), le volume de la masse musculaire, la hauteur des corps vertébraux ou encore la masse hydrique par exemple. Ces changements ont alors eux-mêmes des conséquences sur des domaines comme la motricité, le tonus musculaire, l'équilibre ou la posture. À un âge « avancé », la chevelure blanchit, la texture de la peau se modifie, entraînant l'apparition de rides ; c'est toute **l'apparence physique** au sens large qui change. Sur le plan **cognitif**, le processus de vieillissement entraîne une diminution de la vitesse

[29] Organisation Mondiale de la Santé, in JUHEL J-C., *La psychomotricité au service de la personne âgée, réfléchir, agir et mieux vivre*, Lyon, Chronique Sociale, 2010, p. 6.
[30] JUHEL J-C., *La psychomotricité au service de la personne âgée, réfléchir, agir et mieux vivre*, Lyon, Chronique Sociale, 2010, p. 6.

de traitement de l'information, une diminution des processus attentionnels (vigilance, attention soutenue, attention sélective). La mémoire peut perdre également en efficacité, notamment la mémoire à court terme. Au niveau **social** et **affectif**, de nombreux changement s'opèrent également. L'arrivée à l'âge de la retraite modifie le statut social, entraînant donc des remaniements identitaires et peut être parfois vécu difficilement, voir comme une mise à l'écart de la société. L'avancée en âge s'accompagne aussi de la perte de proches auxquelles la personne tient, « *les parents, les amis, les anciens collègues de travail sont plus nombreux à être malade ou à mourir* »[31]. La combinaison de ces facteurs peut alors avoir tendance à provoquer un isolement.

Comme j'ai pu le découvrir à travers ma formation, selon J. de Ajuriaguerra le **schéma corporel** « *est édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles. Le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leurs significations* ». Il est donc lié à une connaissance et une organisation somatognosique du corps et se nourrit de nos expériences corporelles. Il relèverait plus d'une dimension neurologique.

L'**image du corps**, qui relèverait plutôt d'une dimension psychanalytique et psychologique, correspond, elle, à « *l'image que l'on se fait de soi et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres* »[32]. Elle est chargée d'affects et elle est fortement liée à l'estime de soi. F. Dolto, elle, a insisté plus particulièrement sur la dimension inconsciente de l'image du corps.

Même si on décrit séparément le schéma corporel et l'image du corps qui sont « *deux entités fondamentales pour la compréhension des registres du corporel* »[33] , on ne peut pas, dans la réalité complexe de l'individu, les séparer. Ces deux entités évoluent tout au long de la vie. Le processus de vieillissement, avec les nombreux changements qu'il entraîne comme nous l'avons vu plus tôt, vient donc d'autant plus modifier et remanier ces deux entités. Tous les changements physiologiques et cognitifs peuvent notamment « fragiliser » progressivement le schéma corporel. De la même manière, les modifications de l'apparence physique et les changements amenés par le vieillissement sur le plan social, relationnel et affectif peuvent en

[31] JUHEL J-C., *La psychomotricité au service de la personne âgée, réfléchir, agir et mieux vivre*, Lyon, Chronique Sociale, 2010, p. 14.
[32] POTEL C., *Etre psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir*, 2ème éd, Toulouse, érès, 2012, p. 145.
[33] Ibid., p. 144.

quelque sorte « abîmer » l'image du corps et finalement l'estime de soi. En effet, l'estime peut être définie comme *« l'opinion favorable que l'on a de quelque chose »*[34] et selon M. Delage, l'estime de soi s'appuie sur ce qui nous permet d'être reconnus dans un statut, ce qui fait que nous nous sentons digne d'estime[35].

Je viens d'aborder le processus du vieillissement en mettant principalement en avant les pertes qu'il peut entraîner. Ce sont des éléments essentiels à prendre en compte dans la prise en soin de personnes âgées de manière générale. Cependant, il me semble important de rappeler que le vieillissement ne s'accompagne pas seulement de pertes, et surtout, que l'individu **ne se résume pas** à celles-ci. Tout au long de sa vie, la personne a vécu de nombreuses expériences. Elle a accumulé des connaissances, des savoirs et elle est surtout porteuse d'une histoire, singulière, qui participe à son identité. Autant que les pertes, tous ces éléments sont à prendre en compte pour considérer la personne âgée.

2. Impact sur la vie psychique

Le retentissement psychologique « *dépend essentiellement de la personnalité du sujet, de la perception qu'il a de la maladie et de ses conséquences vitales ou fonctionnelles, mais également de la qualité du soutien qu'il trouve auprès de son entourage* »[36].

a. Retentissement général de la maladie sur la vie psychique :

C. Derousné décrit, de manière assez précise, le retentissement psychologique de la maladie d'Alzheimer, mais je reprendrai certains de ces propos pour expliciter celui de l'ensemble des MAMA, car ils me semblent souvent pouvoir être élargis à celles-ci.

« *Toute maladie, à fortiori une maladie grave, a des répercussions psychologiques chez le malade qui en est atteint mais aussi sur son entourage* »[37]. Cependant, les pathologies

[34] http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/estime/31187.
[35] DELAGE M., conférence « *Ethique et Bientraitance* », Pessac, I.M.S., 13/09/2012.
[36] DEROUESNE C., in BELIN C., ERGIS A-M., MOREAUD O., *Actualité sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, Marseille, Solal, 2006, p. 211.
[37] Ibid., p. 210.

démentielles touchant à la base même du fonctionnement psychique (les lésions ayant des effets directs sur les structures cérébrales impliquées dans son fonctionnement), cela rend leur impact d'autant plus complexe sur la vie psychique de l'individu.

Comme toutes les pathologies mettant en jeu le pronostic vital ou la rupture de vie, les pathologies démentielles peuvent induire ce que C. Derouesné nomme « *des réactions psychologiques non spécifiques comme l'**anxiété**, la **dépression**, le **déni*** »[38]. Il précise également un élément qui me semble important à ajouter à la spécificité de l'impact des pathologies démentielles, et l'on pourrait même dire à « l'étrangeté » de celles-ci. C'est le fait que ces réactions psychologiques « *sont d'autant plus marquées dans le cas d'une affection cérébrale que tout ce qui touche au cerveau, au psychisme, possède une forte valeur symbolique et peut difficilement être représenté* »[39].

En fonction de la perception que l'on a de l'enjeu vital ou des ruptures de vie liées aux maladies, celles-ci peuvent alors entraîner « *une modification de l'identité du sujet, une baisse de son estime de soi, une rupture du projet de vie et déclenchent ou accentuent l'angoisse de mort* »[40]. Même si les personnes atteintes de pathologies démentielles ne perçoivent pas toujours l'enjeu vital de leur maladie, cette dernière amène nécessairement des ruptures de vie, ruptures de vie au sens de perturbations inévitables du fonctionnement antérieur et des habitudes de vie de la personne. Les pathologies démentielles peuvent ainsi entraîner une **modification de l'identité** du sujet, une **baisse de son estime de soi**, une **rupture de son projet de vie**, et déclencher ou accentuer l'**angoisse de mort**.

Mme N, lors de différentes activités qui lui sont proposées, peut ainsi souvent répéter qu'elle est « nulle », qu'elle ne sait pas si elle y arrivera, ou encore, qu'elle n'est « pas capable », alors qu'elle serait, objectivement, tout à fait en capacité de les réaliser. De la même manière, Mme H peut également tenir des propos similaires en disant régulièrement, lorsqu'on s'adresse à elle, « je suis bonne à rien », « je ne vaux rien ». Par ces propos, ces deux dames nous montrent à quel point leur estime de soi peut être altérée.

[38] DEROUESNE C., in BELIN C., ERGIS A-M., MOREAUD O., *Actualité sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, Marseille, Solal, 2006, p. 210.
[39] Ibid.
[40] Ibid.

De manière générale, le retentissement psychologique de la maladie sera modulé par les variabilités interindividuelles et les structures psychiques antérieures des individus, leur histoire de vie, la stabilité et la force antérieure de leur sentiment d'identité et d'estime de soi.

b. L'impact de l'altération des fonctions supérieures sur la vie psychique

En considérant l'ensemble des fonctions supérieures, C. Derouesné rappelle un élément qui me paraît important et essentiel à souligner. Il explique en effet qu'on ne doit pas se limiter à considérer les perturbations cognitives entraînées par les pathologies démentielles comme de simples déficits et qu'il « *ne faut pas oublier le rôle d'étayage de la cognition sur le fonctionnement psychique* »[41]. Il me semble que nous pouvons notamment saisir l'impact de l'absence de ce rôle d'étayage de la cognition sur le fonctionnement psychique dans l'exemple de Mme K que j'ai évoqué précédemment. La désorientation spatiale et temporelle, conséquence des troubles cognitifs liés à la pathologie démentielle, n'entraîne pas seulement pour Mme K un simple déficit, mais devient également pour elle la source d'une importante anxiété, impactant ainsi l'ensemble de sa vie psychique.

C. Derouesné explique donc que les perturbations cognitives en elles-mêmes peuvent être à l'origine d'une baisse de l'estime de soi. Les perturbations cognitives dans leur ensemble et les lésions des circuits sous-tendant la vie affective peuvent aussi « **perturber les capacités d'insight et la conscience de soi** »[42].

En ce qui concerne l'altération mnésique plus précisément, on peut dire que cette dernière contribue aussi fortement aux modifications de l'identité. En effet, notre histoire, qui s'appuie sur nos souvenirs et donc notre mémoire, constitue une part essentielle de notre identité. Comme le disent les professeurs M. Van der Linden et A. d'Argembeau, « *la mémoire ne peut pas être considérée en dehors de ses liens avec l'identité* »[43].

[41]DEROUESNE C., in BELIN C., ERGIS A-M., MOREAUD O., *Actualité sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, Marseille, Solal, 2006, p. 211.
[42] Ibid., p. 212.
[43] http://www.neur-one.fr/la%20m%E9moireemotion.pdf, p. 3.

c. Une vision psychanalytique de la démence du sujet âgé

En s'appuyant sur des éléments théoriques rattachés à la psychanalyse, N. Tauzia aborde également l'impact des pathologies démentielles sur la vie psychique de l'individu. Elle précise qu'elle ne se place « *ni du côté d'une origine purement organique, ni du côté d'une pure psychogenèse, mais plutôt entre les deux, au cœur d'une unité psychosomatique sans causalité linéaire, d'origine plurifactorielle* »[44].

N. Tauzia explique que « *l'appareil psychique frappé de démence se déconstruit progressivement* »[45]. Cela signifie que dans leur monde interne, les personnes vivent quelque chose de l'ordre d'une désintégration psychique, d'un « vidage » de leur substance. Elles sont confrontées à une perte de la maîtrise du symbolique, des représentations, ce qui vient les couper de la réalité extérieure. Cette désintégration psychique est alors responsable d'un « affaiblissement » du Moi, entraînant une régression vers les processus primaires et une désintrication pulsionnelle. La désintrication pulsionnelle rompt l'équilibre entre pulsion de vie et pulsion de mort. Les pulsions de mort, ainsi libérées et déliées, viennent alors envahir et paralyser le psychisme de l'individu. Il me semble important de compléter ce point par les propos de R. Samacher qui rappelle que selon Freud, c'est seulement lorsque la pulsion de mort est désintriquée qu'elle met en œuvre la destruction[46].

N. Tauzia inclut alors la démence avec d'autres problématiques rencontrées face à ce qu'elle appelle « le travail du vieillir ».

Pour elle, ce dernier est un travail de deuil partiel qui correspond à une « *réélaboration de la position dépressive infantile, avec pour corollaire le désir de réparation* »[47]. La position dépressive infantile est un concept qui a été développé par M. Klein. Dans la position dépressive infantile, l'enfant prend conscience que l'objet maternel est un tout unifié, différencié de lui. Il éprouve alors une angoisse de perte de cet objet maternel, s'accompagnant d'une culpabilité liée aux sentiments agressifs qu'il peut avoir pour cet objet lorsque celui-ci est frustrant et s'accompagnant donc aussi d'un désir de réparation.

---

[44] TAUZIA N., Usage du rire relationnel dans un groupe de personnes âgées atteintes de démence sénile de type Alzheimer, in *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe n°44, Humour, rire et groupe*, Toulouse, érès, 2005, p. 116.
[45] Ibid.
[46] http://www.nonfiction.fr/article-3585-p4-a_propos_de_la_pulsion_de_mort.htm.
[47] TAUZIA N., Usage du rire relationnel dans un groupe de personnes âgées atteintes de démence sénile de type Alzheimer, in *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe n°44, Humour, rire et groupe*, Toulouse, érès, 2005, p. 116.

Dans « le travail du vieillir », N. Tauzia explique que la réélaboration de cette position dépressive passe par le désir de réparation de l'objet maternel perdu et que ce dernier naît du processus de « refiliation », c'est-à-dire le fait de pouvoir se réinscrire dans les liens à ses objets d'amour, se les réapproprier. Il me semble que l'on peut comprendre ce processus de « refiliation » comme une réinscription, un repositionnement dans l'histoire générationnelle, histoire qui évolue, modifie la place du sujet et ses liens avec les autres. Ce processus est donc en lien avec un remaniement, une modification de ses imagos parentaux, de la représentation inconsciente que l'on a de ses objets d'amour.

Le vieillissement impose des réaménagements nécessaires et le « travail du vieillir » suppose alors également le maintien d'un équilibre. Il suppose notamment le maintien d'un équilibre entre pulsion de vie et pulsion de mort. En effet, dans cet équilibre, les pulsions de vie ont une fonction objectalisante, c'est-à-dire qu'elles permettent de continuer à créer et nourrir une relation à l'objet, tandis que les pulsions de mort « *amènent le vieillard à la réduction des tensions, au calme, à l'apaisement des excitations, et préparent au détachement ultime, à la mort* »[48].

Pour N. Tauzia, l'échec de ce « travail du vieillir » entraîne une désintrication pulsionnelle et c'est pour cette raison qu'elle regroupe, dans la vie psychique du sujet vieillissant, l'angoisse, la dépression et la démence comme « *différentes impasses d'un même continuum auxquelles est confronté le grand âge, et ses nécessaires réaménagements psycho-dynamiques* »[49].

De manière générale, on peut donc se rendre compte de la complexité et de la multiplicité de l'impact des pathologies démentielles sur la vie psychique du sujet âgé. Il me semble important ici de souligner, comme le dit J. Maisondieu, que « *si l'on ne peut contester l'importance de la recherche de facteurs pathogènes organiques, si l'on ne peut nier que sans neurones il est impossible de penser, on doit aussi s'imposer un questionnement approfondi sur le psychisme du dément, sur ses relations affectives avec les siens et les troubles éventuels de communication qui se développent entre lui et les autres* »[50].

---

[48] TAUZIA N., Usage du rire relationnel dans un groupe de personnes âgées atteintes de démence sénile de type Alzheimer, in *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe n°44, Humour, rire et groupe*, Toulouse, érès, 2005, p. 118.
[49] Ibid., p. 117.
[50] MAISONDIEU J., *Le crépuscule de la raison*, 4ème éd.,Paris, Bayard, 2005, p. 36.

3. Impact sur le fonctionnement quotidien

A l'origine des perturbations du fonctionnement quotidien du sujet atteint par une pathologie démentielle, on retrouve essentiellement les différents types de déficits cognitifs entrainés par cette dernière.

La cognition regroupe un nombre important de fonctions intellectuelles telles que la mémoire, le langage ou encore les fonctions exécutives. On peut la définir, de manière très synthétique, comme « *l'ensemble des structures et des activités psychologiques dont la fonction est la connaissance* »[51].

Les fonctions cognitives nous permettent donc de mieux appréhender le monde qui nous entoure. Elles nous permettent notamment de nous repérer dans notre environnement, de nous organiser, planifier nos actions en fonction de cet environnement, de communiquer avec lui, d'y puiser des connaissances, de les investir et de les réutiliser. Ce sont des compétences que nous sollicitons en permanence dans la vie de tous les jours, la plupart du temps sans en avoir forcément conscience.

Nous pouvons donc facilement imaginer que les déficits cognitifs vont alors entraîner d'importantes perturbations sur le fonctionnement quotidien du sujet qui en est atteint, l'entravant dans la compréhension de son environnement et dans ses interactions avec ce dernier. N. Tauzia évoque par exemple le fait que pour les personnes souffrant de pathologie démentielle « *les notions de temps et d'espace deviennent hostiles, étranges* »[52]. C. Derouesné encore, explique ainsi que « *les perturbations cognitives, en particulier celles qui touchent les fonctions exécutives, sont responsables de handicaps dans l'activité du sujet, limitent ses capacités de synthèse et, plus tardivement, ses possibilités d'interprétation du monde extérieur* »[53].

---

[51] http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cognition/17005.

[52] TAUZIA N., Usage du rire relationnel dans un groupe de personnes âgées atteintes de démence sénile de type Alzheimer, in *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe n°44, Humour, rire et groupe*, Toulouse, érès, 2005, p. 116.

[53] DEROUESNE C., in BELIN C., ERGIS A-M., MOREAUD O., *Actualité sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, Marseille, Solal, 2006, p. 211.

Mme D présente une altération mnésique et une désorientation spatiale et temporelle. Sur le lieu de vie, elle a donc souvent du mal à se repérer et notamment à trouver les toilettes. Les troubles cognitifs dont elle est atteinte perturbent sa capacité d'appréhension de son environnement et lui posent ainsi problème dans un des principaux actes de la vie quotidienne, se rendre aux toilettes. Mme D peut alors se retrouver confrontée à des problèmes de continence et c'est tout son fonctionnement quotidien qui s'en trouve impacté.

L'altération du schéma corporel, qui peut déjà être une conséquence du processus de vieillissement « normal », peut également être majorée par les troubles entraînés par les pathologies démentielles. J-C. Juhel énonce ainsi que ces perturbations, liées à une pathologie démentielle ou à des lésions cérébrales de manière générale, peuvent notamment entraîner des difficultés de perception et d'orientation, des difficultés motrices telles qu'une certaine maladresse, une lenteur, une incoordination, ou encore une diminution des soins d'hygiène personnelle.

Les principaux actes de la vie quotidienne (AVQ), regroupent classiquement la toilette, l'habillage, l'alimentation, la continence et les transferts (qui correspondent à la capacité à passer du lit à une chaise ou un fauteuil et inversement[54]). Ces AVQ vont donc être entravés par l'ensemble des troubles engendrés par les pathologies démentielles que nous avons pu voir précédemment. L'évolution de la maladie entraîne alors progressivement une perte d'autonomie, c'est-à-dire une perte de la capacité à effectuer seul ces AVQ, ce qui vient considérablement modifier le fonctionnement quotidien de la personne, mais aussi de ses aidants.

[54] http://www.devis-assurances-dependance.com/aggiravq.php.

4. Impact sur la vie sociale et relationnelle

a. La communication

De manière générale, la communication peut se définir comme l'**échange**, le partage, la transmission d'une information, d'un message entre deux personnes ou, plus largement, un groupe de personnes. Elle s'inscrit donc dans une **relation**, relation qui met en jeu, schématiquement, un émetteur et un récepteur. La communication est, en même temps, ce qui va justement venir nourrir la relation, ce qui va lui donner de la matière, ce qui va la faire vivre. Elle constitue donc un des éléments fondamentaux de notre adaptation à notre environnement social, de notre vie sociale. En effet, c'est elle qui nous permet d'être en interaction avec les autres, de leur transmettre nos pensées, nos envies, nos émotions, tout en recevant les leurs.

Elle peut passer par différents canaux : le langage verbal (sous forme orale ou écrite), mais également tout ce qui est exprimé au travers du langage corporel (postures, mimiques, gestuelles, intonations …) et que l'on désigne généralement sous le terme de communication non-verbale.

C. Delamarre, dans sa conception de l'accompagnement des personnes âgées démentes, s'appuie sur les éléments théoriques de la communication développés par P. Watzlawick. Ce dernier a notamment mis en avant deux modes de communication : le mode digital et le mode analogique.

- **La communication digitale** intervient dans le langage verbal (qu'il soit parlé ou écrit). Dans ce mode de communication « *la relation entre le mot et la chose nommée ne peut être établie qu'à l'intérieur d'une convention sémantique stricte* »[55]. Il n'y a pas de lien direct entre la chose nommée et le mot. Ainsi, comme le souligne C. Delamarre, la communication digitale nécessite obligatoirement l'utilisation des fonctions cognitives, car ce sont elles qui nous permettent d'intégrer et de manipuler les conventions sémantiques.

[55] DELAMARRE C., *Démence et projet de vie. Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées*, Paris, Dunod, 2007, p. 189.

- **La communication analogique**, elle, intervient beaucoup plus dans le langage non-verbal, lorsqu'il y a « *un rapport direct entre le moyen utilisé dans la communication et la chose représentée* »[56] et elle n'implique pas nécessairement la mise en jeu des fonctions cognitives.

Selon P. Watzlawick ces deux modes coexistent et se complètent. Il les mets en lien avec les deux aspects que présentent pour lui toute communication : le **contenu** et la **relation**. Le contenu correspond au message transmis, à proprement parlé, alors que la relation, elle, correspond à la manière de comprendre ce message. La communication digitale serait donc plus en lien avec le contenu tandis que la communication analogique serait plus en lien avec la relation.

Dans sa théorie, P. Watzlawick met également en avant un élément qu'il me semble important à avoir en tête, particulièrement dans la prise en soin des personnes âgées atteintes de pathologie démentielle. C'est le fait qu'**il est impossible de ne pas communiquer**. Autant que la parole, le silence peut ainsi constituer un moyen d'échanger un message, et on se doit donc d'y être tout autant attentif.

Les pathologies démentielles, du fait des différents troubles cognitifs qu'elles peuvent engendrer, impactent la communication des personnes qui en sont atteintes avec leur entourage. Elles l'impactent dans le sens où elles entravent justement cette capacité à transmettre et/ou recevoir un message d'autrui. Dans l'ensemble, c'est le mode digital de la communication qui est le plus perturbé, étant donné que c'est celui qui nécessite et sollicite le plus les fonctions cognitives. Ces pathologies touchent donc au premier plan la communication verbale. Il est alors relativement simple d'imaginer à quel point cela peut modifier et bouleverser la vie sociale de ces personnes, au vu de l'importance de la communication verbale dans notre société.

Parallèlement, le mode analogique, lui, ne nécessitant pas la mise en jeu des fonctions cognitives, apparaît plutôt préservé. C. Delamarre explique ainsi qu'il « *semblerait que plus la fonction cognitive sera altérée, plus la communication analogique sera renforcée* »[57]. C'est donc un élément important à souligner puisqu'il peut constituer un point d'appui précieux dans l'accompagnement des personnes atteintes de pathologie démentielle, dans le sens où il est possible de continuer à communiquer avec elles en passant par le mode analogique.

---

[56] DELAMARRE C., *Démence et projet de vie. Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées*, Paris, Dunod, 2007, p. 189.
[57] Ibid., p. 192.

Mme R, que j'ai déjà évoqué plus tôt, présente une jargonaphasie, avec un débit rapide de paroles inintelligibles. Dans sa situation il lui est extrêmement difficile de faire passer le contenu de son message. Cependant, Mme R reste très expressive, notamment à travers ses expressions faciales et sa gestuelle, préservant ainsi l'aspect « relation » de sa communication. Il m'est alors parfaitement possible de comprendre si ce qu'elle tient à transmettre l'énerve, la rend triste ou joyeuse ou encore l'interroge, la laisse dubitative. Même si je ne comprends pas toujours le contenu de son message, en ajustant mes propres expressions faciales et ma gestuelle, ponctuées par quelques mots clefs tels que « oui » ou « ah bon ? », je peux véritablement échanger avec Mme R et lui permettre de continuer à partager des choses qui viennent d'elle.

Il est également important de souligner cet élément pour rappeler que ces personnes gardent donc des capacités et que nous aurions tort de les considérer uniquement du point de vue de leurs pertes.

b. Problématique relationnelle

Notre vie relationnelle est tissée par tous les liens que nous établissons et entretenons avec autrui, en premier lieu, dans un rapport assez intime, avec nos proches (famille, amis). Plus largement, elle peut se définir par les liens que nous établissons avec toutes les personnes que nous côtoyons, rejoignant ainsi la notion de vie sociale, dans le sens de vivre en société. Nous sommes par définition des êtres de relation. Nous nous construisons, nous nous développons et nous vivons dans la relation à l'autre. M. Delage avance ainsi le fait que « *la personne n'est rien hors du contexte dans lequel ses relations se développent* »[58]. La dimension relationnelle de notre existence est essentielle et elle constitue une composante indispensable de notre état de santé. La définition de la santé selon l'OMS le met bien en avant en signifiant que « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »[59].

[58] DELAGE M., conférence « *Ethique et Bientraitance* », Pessac, I.M.S., 13/09/2012.
[59] http://www.who.int/suggestions/faq/fr/.

De la même manière que pour l'impact sur la vie psychique, l'impact des pathologies démentielles sur la vie relationnelle est lié à la fois aux conséquences directes des lésions cérébrales, mais aussi à leurs conséquences indirectes. C. Dérouesné évoque ainsi le fait qu'il « *est possible de distinguer, au plan théorique, des manifestations primaires qui sont fonctions de la localisation et de la sévérité des lésions et des manifestations secondaires, liées aux réactions du patient et de son entourage, qui sont fonction de la personnalité du patient, de celle de son entourage et de la qualité de la relation établie avant la maladie* »[60]. Cet élément, une nouvelle fois, rend encore plus complexe l'impact de la pathologie sur la vie relationnelle du sujet, d'autant qu'il est parfois très difficile de faire la différence entre conséquences directes et indirectes.

En ce qui concerne les conséquences directes des lésions cérébrales, C. Dérouesné rappelle que l'on « *sait depuis longtemps que certaines lésions cérébrales, en particulier lorsqu'elles sont situées dans les lobes frontaux, modifient le comportement social et relationnel des patients* »[61]. Il évoque ainsi des tableaux cliniques où les patients peuvent devenir égocentriques, rigides, impatients ou encore irritables.

Les différents troubles engendrés par les pathologies démentielles peuvent également entraîner une multitude de conséquences plus ou moins indirectes sur la vie relationnelle de la personne malade.

Comme je l'ai énoncé précédemment, c'est la communication qui nourrit la relation, lui donne de la matière et la fait vivre. Relation et communication sont intriquées. Or, les troubles cognitifs, dans leur ensemble, viennent perturber et entraver la communication. Ils vont perturber directement la personne malade dans sa capacité à s'exprimer et/ou à comprendre autrui. Mais ils vont également perturber ses interlocuteurs, à la fois dans leur capacité à comprendre ce que la personne malade cherche à exprimer et en même temps dans leur capacité à lui transmettre leurs messages. Les troubles de la communication engendrés par les pathologies démentielles viennent ainsi perturber et entraver la vie relationnelle de la personne malade et des gens qu'elle côtoie.

[60] DEROUESNE C., in BELIN C., ERGIS A-M., MOREAUD O., *Actualité sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, Marseille, Solal, 2006, p. 213.
[61] Ibid., p. 212.

De la même manière, les troubles psycho-affectifs et comportementaux de la personne vont également entraîner des perturbations et des réactions chez ses proches ou les gens qu'elle fréquente, réactions qui vont en retour influer sur les comportements de la personne malade. Une fois de plus c'est la relation dans son ensemble qui va en être impactée.

C. Dérouesné évoque aussi le fait que les perturbations cognitives peuvent considérablement entraver la capacité à se construire une représentation mentale de la maladie, et que cela devient même impossible dans le cas de l'anosognosie. L'anosognosie correspond en effet à « *l'incapacité pour un patient de reconnaître la maladie ou la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint* »[62]. C. Dérouesné explique alors que « *cette méconnaissance rend difficile la prise en charge de ces patients et peut constituer un handicap relationnel important puisque le patient continue à se comporter comme s'il n'était pas malade et à nier ses difficultés* »[63].

Alors que je suis assis en compagnie de Mme F sur le lieu de vie et que je discute avec elle, cette dernière baisse la voix, prend un air sérieux et me dit « mais vous savez, ils sont tous complètement fous ici, je ne sais même pas pourquoi je suis là d'ailleurs ». Mme F n'a pas conscience d'être malade. Cela peut alors compliquer sa prise en soin, dans le sens où, ne se considérant pas comme malade, Mme F peut alors se montrer opposante à certains soins et à son intégration dans la vie de l'institution.

C'est un élément dont j'ai pu particulièrement prendre conscience en passant du temps auprès des résidents et notamment sur le lieu de vie. Plusieurs autres résidents m'ont ainsi rapporté à différentes occasions des propos similaires à Mme F.

J'ai pu me rendre compte que, très majoritairement, les résidents avaient peu tendance à interagir spontanément entre eux. Ils me donnaient alors l'impression d'être dans une « bulle »

[62] http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anosognosie/3761.
[63] DEROUESNE C., in BELIN C., ERGIS A-M., MOREAUD O., *Actualité sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, Marseille, Solal, 2006, p. 211.

et de se couper en quelque sorte les uns des autres, comme Mme F, en se demandant bien pourquoi ils étaient avec ces « autres » qui pouvaient paraître si étranges.

Parallèlement, j'ai été en même temps saisi, au vu de ce que j'observais entre les résidents, par le « besoin relationnel » que ces derniers manifestaient lorsque je passais du temps sur le lieu de vie. J'étais à chaque fois sans cesse sollicité par la plupart des résidents, que ce soit verbalement, tactilement, ou par des regards qui m'interpellaient et me donnaient l'impression de tenter de vouloir « m'accrocher ». J'ai pu alors encore mieux saisir toute la difficulté de la vie relationnelle de ces personnes, entravée, parasitée et appauvrie par toutes les conséquences de la maladie, leur faisant ainsi « cruellement » défaut.

5. Finalement, une problématique majeure et commune…

Les pathologies démentielles du sujet âgé ont donc un impact global et extrêmement fort sur la vie des personnes qui en sont atteintes ainsi que sur leur entourage. Elles s'inscrivent dans le processus de vieillissement qui implique déjà en lui-même de nombreux remaniements et elles ont de nombreux retentissements, sur le fonctionnement quotidien de la personne malade, sa vie psychique, sociale et relationnelle. Tous ces éléments s'influencent alors les uns les autres, créant des profils à chaque fois uniques et différents tout en ayant des problématiques qui se recoupent.

Il me semble alors pertinent de mettre plus en avant un élément que je pense être majeur et commun à l'ensemble des pathologies démentielles : la **problématique de la relation et du lien**. J'ai envie ici de reprendre les propos de C. Vigier sur la maladie d'Alzheimer mais qui me semblent, encore une fois, pouvoir être élargis à l'ensemble des pathologies démentielles de la personne âgée : « *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. Il s'agit d'une perte de lien, le lien entre mon présent et mon passé, ce que j'ai construit, ce en quoi j'ai cru alors qu'il n'y a plus de projection agréable pour le futur* »[64].

[64] VIGIER C., La psychomotricité : ou de la fonction d'étayage et de lien dans la maladie d'Alzheimer, *Thérapie Psychomotrice et Recherches n°160*, 2009, p. 40.

6. Quelles réponses face à la démence

Face à ce problème de santé publique devenu majeur, notre société a mis en place divers moyens et solutions pour prendre en soin les personnes malades et soutenir leur famille.

a. Prise en soin à domicile (les équipes mobiles)

Entre plusieurs autres mesures, les plans Alzheimer ont soutenu et favorisé le développement d'équipes mobiles pluridisciplinaires. Elles sont destinées à intervenir au domicile de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Ces équipes ont pour rôle de mettre en place des soins à domicile, essentiellement pour les personnes en début de maladie et de soutenir les aidants. Elles visent notamment à « *permettre aux malades d'utiliser leurs capacités restantes pour apprendre à faire autrement des actes de la vie quotidienne auxquels ils tiennent particulièrement* »[65]. Leur objectif est ainsi de permettre le maintien de la personne malade à son domicile le plus longtemps possible, et dans les meilleures conditions.

b. Prise en soin en institution

b.a. Les EHPAD

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont des structures d'hébergement médicalisées. Elles accueillent de manière générale des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement dans la vie quotidienne et ne pouvant plus résider à leur domicile. Ils sont donc censés proposer à ces personnes un lieu de vie, avec tous les services et les soins dont elles ont besoin. Ces établissements respectent un ensemble de règles et de normes dans les soins et les services qu'ils proposent. Ils sont tous régis par une convention tripartite qui « *impose notamment la présence d'un médecin*

[65] http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-les-acteurs-du-plan-alzheimer-pres-.html.

coordonnateur et la signature d'un partenariat avec un établissement sanitaire de proximité »[66].

Les EHPAD sont donc également amenés à accueillir des personnes âgées atteintes de pathologies démentielles. Comme nous l'avons déjà vu dans l'introduction, les données recueillies de la cohorte Paquid en 2003 évoquaient déjà que 75 à 80 % des malades institutionnalisés de plus de 75 ans seraient déments[67]. Face au nombre important de malades institutionnalisés souffrant de démence et aux nombreux ajustements de leur accompagnement qu'entraîne la spécificité de ce type de pathologie, plusieurs dispositions ont été prises à l'échelle nationale. Des « Unités Spécifiques Alzheimer » ont alors vu le jour. L'objectif est ainsi d'offrir une prise en soin adaptée aux personnes démentes. Cela permet en même temps d'améliorer la qualité de vie des autres résidents non-déments, qualité de vie qui peut être fortement perturbée par les troubles psycho-affectifs et comportementaux dont sont victimes les personnes démentes.

Avec la mesure n°16 du plan Alzheimer 2008-2012, deux types d'unités plus spécifiques ont été développés et généralisés, les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), et les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR). Effectuant mon stage essentiellement dans le cadre d'un PASA, je vais donc décrire ce dernier plus en détail, en m'appuyant notamment sur le cahier des charges des PASA[68].

b.b. Les PASA

Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés accueille durant la journée des résidents de l'EHPAD atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement modérés. Il se compose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant normalement un psychomotricien et/ou un ergothérapeute, des assistants de soins en gérontologie, des aides médico-psychologiques, des aides-soignants et un psychologue. Le PASA a pour objectif de proposer des activités sociales et thérapeutiques aux personnes qu'il accueille, en ayant élaboré un projet de soin et un projet de vie individualisé. Il doit favoriser

[66] MATHARAN B., in DEMOURES G., STRUBEL D., *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2006, p. 19.
[67] Ibid.
[68] http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cahierdeschargesPASA_et_UHR-2.pdf.

l'intégration et la participation des familles dans ce projet de soin et ce projet de vie. Il doit enfin correspondre à un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

Dans l'institution où j'effectue mon stage, le lieu dédié au PASA regroupe aussi un accueil de jour. Les accueils de jours sont des structures également développées dans le cadre du plan Alzheimer. Ils accueillent sur une ou plusieurs journées des personnes atteintes de pathologie démentielle résidants encore à leur domicile, dans l'objectif de leur proposer des soins tout en « soulageant » les aidants. Sur mon lieu de stage, les personnes admises au PASA côtoient donc, en dehors des activités spécifiques du PASA, les personnes admises à l'accueil de jour et partagent globalement le même lieu de vie à l'exception de certains espaces comme celui du repas par exemple.

c. Nécessité d'une approche globale

Que ce soit à domicile ou en institution, face à la à la complexité des pathologies démentielles et aux nombreux domaines qu'elles impactent, il me semble important de souligner que le soin doit d'autant plus se concevoir dans une globalité. L'approche pluridisciplinaire voire transdisciplinaire, et la coopération des différents acteurs de soin prend alors toute son importance pour pouvoir proposer une prise en soin la plus adaptée et la plus efficace possible.

Dans cette même visée, il apparaît également important, particulièrement en institution, de soutenir l'implication des proches dans la prise en soin et le projet de vie du malade. En effet, « *les échanges d'informations entre l'entourage du résident et l'équipe de soins permettent d'optimiser la prise en charge du patient. Il est donc important de permettre à l'entourage, si celui-ci le souhaite, de s'impliquer dans le projet de soin et de vie afin de maintenir le lien social avec le résident et « l'ouverture » de la structure au « monde extérieur » »*[69]. Cependant, il est aussi important de préciser, comme l'a souligné le groupe de travail du Gérontopôle des Hôpitaux de Toulouse en août 2008 que le désir des familles d'être associées aux soins n'est pas forcément évident, certaines d'entre-elles préférant rester dans une relation

[69] http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_etude_Alzheimer_Gerontopole_2008-septembre.pdf, p. 21.

fondée sur l'affect et le soutien, extérieure aux soins. Il apparait donc « *nécessaire de consulter les proches sur leur désir de participer à ces différents actes allant du simple échange d'informations, à une participation active aux actes techniques de soin* »[70].

d. Le soin relationnel

Comme je l'ai évoqué précédemment, il me semble que la problématique de la relation et du lien est majeure et constitue l'une des principales problématiques que l'on retrouve à travers les différentes pathologies démentielles. Dans la prise en soin globale de la personne âgée démente, le soin relationnel occupe donc une place primordiale et essentielle. C'est un élément qui concerne de manière générale tous les acteurs du projet de soin et du projet de vie de la personne malade.

Selon M. Delage « *Le comportement serait fonction du degré de sécurité ou d'insécurité relationnelle* »[71]. Il développe alors une notion importante : la notion de « **clinique relationnelle** ». C'est une clinique qu'il est nécessaire, pour lui, d'adopter avec les personnes âgées démentes. Cette clinique relationnelle implique selon lui de penser l'idée du soin au sens de prendre soin. Cela veut dire s'éloigner en quelque sorte d'une technicité du soin pour se positionner plutôt du côté d'une certaine sollicitude, d'une envie de venir à l'autre, de porter une attention soutenue à cet autre dans sa globalité, une attention soutenue à ses souffrances et de mettre en œuvre les moyens pour l'apaiser. M. Delage précise bien qu'il ne s'agit pas de sympathie mais d'empathie. En effet, il s'agit de créer un climat de confiance, de comprendre et de reconnaître l'autre et sa souffrance. Il ne s'agit pas d'émettre un jugement ni de partager cette souffrance en étant soi-même contaminé émotionnellement par celle-ci.

L'une des dimensions centrales de cette « clinique relationnelle » est constituée par la notion de **reconnaissance**. En effet, accorder de la reconnaissance à l'autre, c'est inscrire le soin dans un échange. En s'appuyant sur les travaux de P. Ricoeur, M. Delage explique que l'on peut considérer trois formes de reconnaissances :

- Celle qui nous permet de nous sentir être aimé et digne de confiance ; elle est à l'origine de la **confiance en soi**.

[70] http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_etude_Alzheimer_Gerontopole_2008-septembre.pdf, p. 22.
[71] DELAGE M., conférence « *Ethique et Bientraitance* », Pessac, I.M.S., 13/09/2012.

- Celle qui nous permet d'être reconnus dans un statut (et donc nos compétences et nos capacités) ; elle est à l'origine de l'**estime de soi**.
- Celle qui nous permet d'être reconnus dans nos droits ; elle est à l'origine du **respect de soi**.

La reconnaissance ne peut fonctionner que dans un échange et une réciprocité, « *c'est pour nous même que nous devons reconnaître à autrui la capacité de nous reconnaître* »[72]. M. Delage explique ainsi que dans la « clinique relationnelle », le travail de soin consiste à aider la personne à rester dans la relation et la reconnaissance de l'autre.

Partant de l'idée que le comportement est en lien avec le degré de sécurité et d'insécurité relationnelle, un travail de soin axé autour d'une « clinique relationnelle » peut donc contribuer à apaiser les troubles psycho-affectifs et comportementaux des personnes souffrant de pathologie démentielle.

D'autres auteurs mettent également en avant cette dimension de reconnaissance qu'évoque M. Delage dans le travail de soin auprès de personnes âgées démentes. C. Dérouesné explique ainsi que « *la restauration de l'estime de soi des patients est un objectif essentiel de toute prise en charge thérapeutique. La méconnaissance de cet aspect peut induire chez le patient ou son entourage des situations de réticence voire d'agressivité et de rejet de l'aide extérieure, médicale ou sociale* »[73].

e. L'apport et la place de la psychomotricité

Le psychomotricien est un professionnel paramédical. Il exerce donc sur prescription médicale. Dans le dernier plan Alzheimer, le cahier des charges des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés précise que l'équipe dédiée au PASA est obligatoirement composée « *d'un psychomotricien et/ou d'un ergothérapeute* »[74].

[72] DELAGE M., conférence « *Ethique et Bientraitance* », Pessac, I.M.S., 13/09/2012.
[73] DEROUESNE C., in BELIN C., ERGIS A-M., MOREAUD O., *Actualité sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, Marseille, Solal, 2006, p. 212.
[74] http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cahierdeschargesPASA_et_UHR-2.pdf, p. 5.

Le psychomotricien considère l'individu dans la complexité des liens qui unissent ses versants somatique, psychique, fonctionnel et affectif. De manière générale, il cherche à favoriser un équilibre « psychocorporel » et ses « *interventions visent à optimiser les compétences psychomotrices et l'engagement du sujet dans ses relations humaines et ses activités* »[75].

F. Désobeau pose le fait que « *la spécificité du psychomotricien est qu'il s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est, comme il est* »[76]. Le psychomotricien est donc en interaction directe avec le patient en engageant l'ensemble de son être, avec toutes les dimensions qui le composent. Dans le même temps, cela implique que le psychomotricien ait lui-même un regard extérieur sur ce qui se joue dans l'échange. L'association de ces deux dimensions, être à la fois directement impliqué dans l'échange, notamment avec son langage corporel, et parallèlement, avoir ce regard extérieur, permet alors de s'ajuster en permanence pour rencontrer l'autre « là où il est, comme il est ».

Je pense qu'il est intéressant de mettre en lien ces éléments avec les propos de J. Le Camus pour mieux comprendre l'identité du psychomotricien. En effet, il explique que ce qui caractérise le travail du psychomotricien, c'est qu'il s'appuie sur un espace « *essentiellement défini par la capacité bioculturelle de notre corps de s'informer et d'informer ; par notre capacité de capter, stocker et émettre des informations par la médiation du corps* »[77]. C'est justement cette capacité-là qui fait et nourrit notre langage corporel. Le psychomotricien, grâce à sa formation, a développé une sensibilité particulière à ce langage corporel. Il me semble que c'est cette sensibilité qui lui permet d'avoir une écoute spécifique de l'autre, de ce que cet autre transmet et laisse voir de lui à travers son langage corporel, volontairement ou non. Cette même sensibilité permet alors au psychomotricien d'adapter son propre langage corporel en fonction de ce que l'autre transmet. Elle soutient ainsi son **ajustement dans la relation** pour, encore une fois, rencontrer l'autre « là où il est, comme il est ».

Dans le cadre imposé par les pathologies démentielles, du fait des difficultés et plus particulièrement de la problématique de la relation et du lien qu'elles entraînent, l'intervention

---

[75] http://www.unaf.fr/IMG/pdf/fma_lettre_n22_web-ok_2_.pdf, p. 2.

[76] DESOBEAU F., Identité et fonction du psychomotricien, *Thérapies psychomotrice et Recherche n° 162*, 2010.

[77] LE CAMUS J., *Pratiques psychomotrices, de la R.P.M aux thérapies à médiation corporelle*, Bruxelles, Mardaga, 1984, p. 82.

du psychomotricien prend donc tout son sens. Grâce à sa sensibilité, son écoute spécifique et tout son travail d'ajustement, il est d'autant plus apte à apporter un soin qui se place dans la conception d'une « clinique relationnelle ». Dans cette conception du soin, il peut alors travailler sur toutes les dimensions de reconnaissance, à savoir, la confiance en soi, l'estime de soi et le respect de soi.

Il est important de se dégager de l'image réductrice de l'individu malade à laquelle peut nous conduire la pathologie et les pertes qu'elle entraîne. Ces personnes, nous l'avons vu, gardent des capacités précieuses, notamment en ce qui concerne la communication analogique et la composante émotionnelle, à la fois de la mémoire et du traitement des informations du moment présent.

En s'appuyant sur toutes les capacités restantes de ces personnes, il est ainsi possible de travailler à les **maintenir dans la relation**, à favoriser chez elle une « sécurité relationnelle », et tenter d'apaiser les troubles psycho-affectifs et comportementaux dont elles sont victimes. A ce sujet, G. Hermant explique que « *Les troubles psycho-comportementaux trouvent plus facilement un apaisement quand on s'adresse au sujet en utilisant les canaux de communication qui ne sollicitent pas des capacités cognitives élaborées. La maîtrise du toucher, du regard, du ton, du rythme justes sont autant d'outils qui favorisent la régulation de ces troubles* »[78]. Nous pouvons appuyer cet élément et l'inscrivant dans une dimension encore plus large. En effet, comme nous le dit M. Personne, « *toute relation passe par le corps, et les émotions passent par le paralangage* »[79].

Tout en les revalorisant, à travers les expériences psychomotrices proposées, il est alors possible d'offrir aux personnes atteintes par ces pathologies une possibilité de **recréer des liens**. Par le terme de lien, j'entends ici les liens que la personne peut réaliser entre toutes les composantes qui font d'elle un sujet, avec un vécu et une histoire qui lui sont propres. C'est ce qu'expose C. Vigier lorsqu'elle dit qu'au travers des expériences que le psychomotricien propose de vivre au patient, celui-ci « *retrouve des ressources qu'il pensait avoir perdu, ou ne jamais avoir eu parfois. Mais il retrouve également ce qu'il est au travers de son expressivité, de ses aspirations, de son histoire, des liens se recréent entre ce qu'il était enfant, ce qu'il a été adulte, ce qu'il est aujourd'hui* »[80].

---

[78] http://www.unaf.fr/IMG/pdf/fma_lettre_n22_web-ok_2_.pdf, p. 3.
[79] PERSONNE M., *Protéger et construire l'identité de la personne âgée, Psychologie et psychomotricité des accompagnements*, Toulouse, érès, « Pratique gérontologiques », 2011, p. 9.
[80] VIGIER C., La psychomotricité : ou de la fonction d'étayage et de lien dans la maladie d'Alzheimer, *Thérapie Psychomotrice et Recherches n°160*, 2009, p. 44.

On peut également souligner un autre aspect de l'intérêt de l'intervention du psychomotricien, celui du **maintien des capacités fonctionnelles** des personnes, toujours au travers des expériences psychomotrices proposées. L'activité physique en elle-même aide au maintien de ces capacités, mais il y a également un autre domaine sur lequel le psychomotricien peut travailler : l'**émotion**. En effet, le trouble émotionnel peut aggraver les incapacités fonctionnelles et « *que ce soit pour les troubles de la marche et la prévention du risque de chute ou pour la mise en œuvre des capacités praxiques dans les situations de la vie quotidienne, l'apaisement émotionnel permet au sujet de renouer avec et d'exploiter au mieux ses acquis* »[81].

[81] http://www.unaf.fr/IMG/pdf/fma_lettre_n22_web-ok_2_.pdf, p. 3.

Partie 3 : Vers une compréhension théorique de l'atelier « Jeu et Mouvement »

1. Le concept de médiation transitionnelle en psychomotricité

On peut définir la médiation comme « *ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre* »[82]. Le concept de médiation transitionnelle, lui, s'appuie avant tout sur la théorie winnicottienne d'aire transitionnelle. Cette dernière correspond à un espace, une aire intermédiaire, qui n'est ni dans la réalité interne du sujet, ni dans la réalité externe, « *qui se situe entre la créativité primaire et la perception objective basée sur l'épreuve de réalité* »[83]. Cette aire intermédiaire constitue alors un lieu d'expériences, expériences qui conduisent à des représentations, à la symbolisation, et sont donc sources de sens. Cette aire intermédiaire d'expérience, qui tient une place essentielle dans le vécu de l'enfant, « subsistera tout au long de la vie »[84].

De manière générale, en psychomotricité, les médiations transitionnelles ont donc pour objectifs, comme le dit C. Potel, de « *permettre au sujet d'éprouver de vraies expériences corporelles […] de l'aider à assimiler, à intégrer, à transformer ses expériences en représentation symbolique* »[85]. Elles tendent donc à étayer la **symbolisation**, mais elles visent également à favoriser et développer l'**expressivité** du sujet.

La symbolisation, peut se définir comme le fait de « *ré-unir (relier) autrement deux ou plusieurs éléments préalablement séparés* »[86]. R. Roussillon parle plus précisément de deux niveaux dans la symbolisation : une symbolisation primaire et une symbolisation secondaire. La symbolisation secondaire correspond à la symbolisation langagière, elle relie une représentation de chose à une représentation de mot et « *elle ne peut travailler qu'à partir d'une matière déjà transformée en symbole « primaire », elle ne s'applique que sur une matière déjà*

[82] POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, érès, 2012, p. 365.
[83] WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité*, Malesherbes, Gallimard, 2013, folio essais, p. 44.
[84] Ibid., p. 49.
[85] POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, érès, 2012, pp. 367-368.
[86] ROUSSILLON R., *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, 2ème éd. Quadrige, Puf, 2012, p. 239.

présymbolisée »[87]. La symbolisation primaire, elle, relie « *la première inscription de la chose psychique […], c'est-à-dire le premier signe psychique de la chose, sa trace mnésique perceptive, à la représentation de chose* »[88].

Comme nous l'avons vu précédemment, dans la démence, le sujet est confronté à une perte de la maîtrise du symbolique, de ses représentations. Du fait de l'altération cognitive et de son impact sur le langage verbal, il me semble possible de penser que c'est surtout la symbolisation secondaire, reliant une représentation de chose à une représentation de mot, qui est essentiellement entravée et mise à mal. Nous pouvons alors émettre l'hypothèse que la symbolisation primaire est moins touchée par le processus démentiel, ou du moins, moins précocement.

L'action dans laquelle sont engagées les personnes âgées démentes, par l'intermédiaire des expériences psychomotrices proposées, laisse une trace mnésique perceptive. Le processus de symbolisation primaire qui relie cette trace à une représentation de chose continue ainsi d'être sollicité et activé. Le psychomotricien, à travers son écoute et son ajustement, peut proposer un accompagnement et un étayage spécifique de ces expériences psychomotrices. Dans cet accompagnement, notamment avec ses mots, le psychomotricien peut alors tenter de relancer et soutenir la symbolisation secondaire. En effet, « *les mots viennent lier les sensations et les éprouvés à des émotions et des affects, afin que des processus de symbolisation plus secondarisés puissent prendre le relais de processus plus primitifs, chevillés au corps* »[89].

En fonction de la sévérité de la pathologie, nous ne pouvons pas avoir de certitudes sur le « niveau d'entrave » de la symbolisation secondaire. Mais il me semble que si cette symbolisation secondaire a encore les moyens de se faire, ne serait-ce qu'à minima, l'intervention du psychomotricien peut être d'autant plus utile. Elle peut soutenir cette symbolisation secondaire, limiter son déclin, et permettre ainsi aux personnes de continuer à créer des liens.

---

[87] ROUSSILLON R., *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, 2ème éd. Quadrige, Puf, 2012, p. 239, p. 217
[88] Ibid., p. 218.
[89] POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, érès, 2012, p. 368.

Après avoir accompagné Mme S sur un parcours psychomoteur en l'étayant corporellement et verbalement, celle-ci me regarde et me dit « ça me fait bouger, ça fait du bien ». Il me semble que cet exemple peut illustrer le travail de soutien et de mobilisation de symbolisation vers lequel on tend. En lui proposant de vivre cette expérience et en l'y accompagnant, Mme S a pu mobiliser un processus de symbolisation. Elle a pu relier la trace mnésique perceptive induite par cette expérience à une représentation de chose et relier cette dernière à une représentation de mot en disant « ça me fait bouger, ça fait du bien ».

L'expressivité, elle, correspond en quelque sorte à la capacité à sortir, montrer à l'extérieur ce que l'on a en soi, ses pensées, ses émotions. On peut définir l'expressivité comme « *le mouvement par lequel le sujet se révèle à lui-même dans la mise au dehors, sous le regard de tous, de ce qui constitue sa propre substance* »[90]. B. Chouvier évoque le fait que l'expression est un besoin universel et qu'à travers les médiations thérapeutiques ce besoin d'expression est redynamisé. Il me semble également intéressant de mettre en lien l'expressivité et la communication. En effet, si l'expressivité opère un mouvement qui amène des éléments de soi à l'extérieur, que l'autre peut recevoir, elle met en jeu quelque chose de l'ordre de la communication. Favoriser l'expressivité sollicitera donc une certaine forme de communication, ce qui est d'autant plus pertinent pour les personnes âgées atteintes de pathologie démentielle.

Il est également important d'évoquer un élément central de la médiation, celui de la dimension relationnelle. L'étayage relationnel amené par le soignant constitue un élément indispensable du caractère thérapeutique de la médiation. C. Potel explique ainsi qu'en psychomotricité, la médiation doit favoriser le jeu du corps « *dans un étayage relationnel structurant* »[91]. B. Chouvier met également la dimension relationnelle des médiations en avant en évoquant le fait que « *l'objet médiateur favorise la création de liens entre le patient et le*

[90] CHOUVIER B., La médiation dans le champ psychopathologique in BRUN A., *Les médiations thérapeutiques*, érès, 2011, « Le Carnet psy », p. 44.
[91] POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, érès, 2012, p. 367.

clinicien ainsi qu'entre les patient eux-mêmes »[92]. On peut considérer ainsi la médiation comme un support à la relation, un support à l'échange, qui a donc tout son intérêt dans le cadre du soin relationnel. Cependant il faut garder à l'esprit que la médiation doit être investie pour elle-même. Elle doit pouvoir être investie par les patients et par le soignant avec envie et plaisir, et les activités que nous proposons ne doivent pas devenir uniquement des « *alibis à la relation* »[93].

Il me semble enfin pertinent de reprendre les propos de C. Potel qui énonce le fait que pour rester thérapeutiques, les médiations, quelles qu'elles soient, « *se doivent d'être avant tout au service d'une expression de soi engageant la globalité de la personne et sa créativité* »[94].

2. Le jeu

a. Qu'est-ce que le jeu ?

De manière générale, on peut définir le jeu comme une « *activité physique ou mentale purement gratuite, qui n'a, dans la conscience de la personne qui s'y livre, d'autre but que le plaisir qu'elle procure* »[95]. Etudiée et pensée par nombre d'auteurs, la notion de jeu recouvre en réalité un concept extrêmement vaste et riche et donne lieu à une multitude de définitions. Ce concept a surtout beaucoup évolué à travers notre histoire. En effet, si le jeu est actuellement très majoritairement reconnu comme ayant une place essentielle dans la construction de l'individu et pouvant être utilisé à des fins thérapeutiques, cela n'a pas toujours été une évidence.

Pendant très longtemps nous sommes restés, au sein de notre société, dans une vision relativement négative à l'égard du jeu, ne lui accordant que peu d'intérêt. Aristote considérait ainsi le jeu comme « *un délassement, certes indispensable, mais qui ne pouvait apporter le bonheur* »[96]. Entretenant une vision négative du jeu, l'Eglise, pendant des siècles, « *ne vit pas*

[92] CHOUVIER B., La médiation dans le champ psychopathologique in BRUN A., *Les médiations thérapeutiques*, érès, 2011, « Le Carnet psy », p. 38.
[93] POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, érès, 2012, p. 366.
[94] Ibid., p. 370.
[95] Dictionnaire Le petit Robert de la langue française, 2006, p. 1423.
[96] FOURNIER M., Le Jeu en vaut-il la chandelle ?, *Sciences Humaines*, août-septembre 2004, n°152, p. 20.

d'un bon œil les activités ludiques et s'employa – en vain – à les interdire, estimant qu'elles étaient la porte ouverte aux passions les plus dangereuses »[97].

Une mutation conceptuelle s'opère ensuite vers le dix-septième et dix-huitième siècle, et s'achèvera notamment avec F. von Schiller. Ce dernier développe en effet une pensée autour du jeu en tant que spécificité de l'humanité. La pensée de F. von Schiller « *marque le moment à partir duquel une pensée du jeu sera considérée comme possible, légitime* »[98]. Cette mutation conceptuelle du dix-septième et dix-huitième siècle permet alors de considérer le jeu autrement, de lui accorder de l'importance et un intérêt de plus en plus vif.

Il m'apparaît maintenant intéressant de reprendre la conception du jeu de l'un des penseurs de cette époque, G. W. Leibniz. En effet, il met en avant le fait que le jeu « *offre un espace privilégié où s'exerce l'intelligence humaine, à cause du plaisir qu'il suscite, qui attire, qui sait maintenir l'intérêt, et qui est le premier moteur de l'ingéniosité. L'esprit s'y exerce librement, sans les contraintes du réel et les urgences du besoin, il offre des conditions pures d'exercice de l'ingéniosité* »[99]. Il me semble que cette conception énonce déjà la majorité des caractéristiques du jeu tel qu'on peut le concevoir aujourd'hui, caractéristiques qui seront développées ultérieurement par différents auteurs. Parmi celles-ci, je pense plus particulièrement au plaisir. Ce sera une notion que je reprendrai lorsque j'aborderai le jeu chez la personne âgée. Lorsque Leibniz évoque l'absence des contraintes du réel, je pense aussi essentiellement à la notion d'espace potentiel, d'aire intermédiaire que nous avons vue précédemment et dans laquelle D.W. Winnicott situe le jeu.

b. <u>Le jeu dans la construction de l'individu</u>

J. Piaget accorde au jeu une place centrale dans le **développement de l'intelligence** de l'enfant et plus largement, dans sa **manière d'aborder le monde** et **d'assimiler la réalité extérieure**. Le jeu est un formidable terrain d'expérience psychomotrice et constitue ce qui conduit l'action à la représentation « *dans la mesure où il évolue de sa forme initiale d'exercice sensori-moteur à sa forme seconde de jeu symbolique ou jeu d'imagination* »[100]. J. Piaget décrit

[97] FOURNIER M., Le Jeu en vaut-il la chandelle ?, *Sciences Humaines*, août-septembre 2004, n°152, p. 20.
[98] DUFLO C., Eléments pour une histoire du concept de jeu, in JOLY F., *Jouer … le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Paris, in press, 2003, p. 66.
[99] Ibid., pp. 65-66.
[100] http://www2.ac-lyon.fr/etab/ien/ain/bourg2/IMG/pdf/Approches_theoriques_du_jeu.pdf, p. 5.

plus précisément trois types de jeu en lien avec les étapes du développement de l'intelligence de l'enfant. Dans l'ordre chronologique d'apparition ce sont : des jeux de simples exercices sensori-moteurs, des jeux symboliques de « faire semblant », puis des jeux à règles où la dimension sociale prend alors une place importante.

R. Roussillon, en s'appuyant sur différents éléments du champ théorique de la psychanalyse explique ce qu'il nomme la **fonction psychique du jeu**[101]. L'intégration, la saisie de notre expérience subjective, de ce que nous vivons de l'environnement, se fait en deux temps. Dans un premier temps, le sujet doit assurer sa « main mise » sur l'excitation entrainée par l'expérience subjective qui pourrait sinon déborder et menacer son intégrité psychique. Dans un second temps, une fois cette excitation contenue, pour pouvoir intégrer psychiquement l'expérience subjective, le sujet va devoir la « re-saisir », la « re-présenter ». Le jeu constitue alors le moyen de « re-saisir » cette expérience autrement, dans une aire intermédiaire entre réalité interne et réalité externe. A travers le processus de symbolisation qu'il rend possible, le jeu permet alors l'**intégration psychique de l'expérience subjective**.

G. H. Mead, lui, évoque la place essentielle du jeu dans la **construction de soi** et la **construction sociale de la réalité**. Il différencie le jeu libre (*play*) et le jeu réglementé (*game*) et définit ces derniers comme « *des instruments de la structuration du Soi* »[102]. Winnicott reprendra d'ailleurs cette distinction entre le *play* et le *game*. A travers le jeu libre, qui correspond chez Mead au jeu symbolique, l'enfant peut jouer et s'approprier différents rôles. Cela lui permet de se construire sa propre identité, et de s'inscrire par la même occasion dans le monde social. A travers le jeu réglementé, « *l'enfant doit être capable de prendre l'attitude de tout individu qui participe à la partie* »[103]. Cela permet alors à l'enfant d'intégrer plus largement une organisation sociale, les liens possibles entre ses différents membres et par conséquent, les normes et les règles qui régissent cette organisation sociale.

De manière générale, nous pouvons également mettre en avant le fait que le jeu, et notamment le jeu libre (*play*), constitue un terrain privilégié au **développement de l'imaginaire et de la créativité** de l'enfant.

---

[101] ROUSSILLON R., Le jeu et la fonction symbolisante, in JOLY F., *Jouer … le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Paris, in press, 2003, pp. 24-25.
[102] GAUSSOT L., Approche socio-développementale des conduites ludiques chez l'enfant et le préadolescent, in JOLY F., *Jouer … le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Paris, in press, 2003, p. 37.
[103] Ibid.

Au travers de tout ce qu'il induit, le jeu fait donc partie intégrante du développement de l'enfant et plus généralement de la construction de l'individu. Comme nous l'avons vu précédemment, D. W. Winnicott énonce que l'aire transitionnelle, dans laquelle il situe le jeu, « *subsistera tout au long de la vie* »[104], dans de multiples domaines. Nous pouvons donc penser que, d'une manière ou d'une autre, l'individu garde sa « capacité » à jouer tout au long de la vie et que cette dernière peut être « re-convoquée » chez les personnes âgées atteintes de pathologie démentielle.

c. Le jeu dans le soin

En raison de ses nombreuses fonctions dans la construction de l'individu et notamment de l'espace potentiel, de l'aire intermédiaire d'expérience qu'il offre, le jeu peut constituer un outil de soin privilégié. Il est utilisé depuis déjà longtemps avec des patients enfants. Lorsque ces derniers, pour diverses raisons, sont entravés dans leur compréhension du monde et dans leur appropriation de la réalité externe, le jeu, peut être très utile. Toujours soutenu et accompagné par le soignant, le jeu peut favoriser chez l'enfant l'**assimilation psychique de cette réalité extérieure**. Il peut aider l'enfant à **maîtriser ses angoisses** liées à celles-ci. Il peut encore **relancer l'imaginaire et la créativité** de l'enfant.

Le jeu peut donc constituer une médiation transitionnelle, telle que nous l'avons abordée précédemment. Je m'interroge d'ailleurs sur les liens très étroits entre les concepts de jeu et de médiation transitionnelle et je me demande si finalement, il peut exister une médiation transitionnelle, quelle que soit sa forme, qui ne soit pas en lien avec quelque chose de l'ordre du jeu ?

Avec les personnes âgées atteintes de pathologie démentielle, la problématique n'est plus la même que chez l'enfant, cela paraît assez évident. Le jeu ne sera donc pas utilisé exactement dans la même optique, c'est ce que j'expliquerai plus en détail par la suite. Cependant, il me semble que l'on peut y trouver des similarités importantes. Comme je l'ai présenté dans ma partie sur la médiation transitionnelle, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une prise en soin en psychomotricité peut contribuer à soutenir et limiter le déclin des processus de symbolisation. Nous pouvons alors retrouver d'une certaine manière, dans la

[104] WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité*, Malesherbes, Gallimard, 2013, folio essais, p. 44.

médiation ludique proposée aux personnes âgées démentes, une des principales fonctions du jeu chez l'enfant : sa contribution au « bon » fonctionnement des processus de symbolisation.

d. Le jeu chez la personne âgée

De manière générale, même si l'individu garde une « capacité » à jouer tout au long de sa vie, la façon de jouer ne reste pas identique toute la vie. Il me semble juste de considérer qu'il est impossible de jouer avec des personnes âgées, ou des adultes plus largement, comme il est possible de jouer avec des enfants. Le jeu, du fait de sa part prépondérante dans le monde de l'enfance, peut justement avoir tendance à être vu et vécu comme infantilisant. Pour éviter cet écueil, il est nécessaire de poser un cadre précis, avec des règles définies. Une fois ce cadre précis établi et « les règles du jeu » définies, il est alors bien plus simple de se « laisser aller » à jouer. Le jeu, chez la personne âgée, se rapproche donc plus de la notion de *game* développée par G. H. Mead et par D. W. Winnicott, c'est-à-dire de jeu « à règles », tels que les jeux sportifs par exemple. Il me semble important d'évoquer ici le fait que, même si la créativité est moins favorisée dans le *game* que dans le *play*, cette dernière n'est pas pour autant absente du *game* et peut se manifester alors sous d'autres formes.

H. Danon-Boileau et G. Dedieu-Anglade mettent en avant un élément essentiel du jeu pour pouvoir penser ce dernier chez la personne âgée, « l'**esprit de jeu** », caractérisé comme un « *mélange de sérieux, d'engagement et de distance, débarrassé de sa connotation péjorative du registre de l'infantile ou du futile* »[105]. Permettre à la personne âgée de renouer avec cet « esprit de jeu » serait alors l'un des rôles du thérapeute.

Les deux auteurs expliquent que cet « esprit de jeu » repose sur deux piliers fondamentaux : la **gratuité** et le **plaisir**. L'activité qui est menée dans un esprit de jeu constitue « *un instrument efficace pour redonner au senior un sentiment intime de légèreté, de bien-être allègre* »[106]. Il est alors peut-être possible de réaliser ici un lien avec le rôle de l'émotion que nous avions abordé précédemment sur les processus de consolidation mnésique et la capacité à traiter les informations du moment présent. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la gratuité

[105] DANON-BOILEAU H., DEDIEU-ANGLADE G., Jouer … à cet âge ?, in JOLY F., *Jouer … le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Paris, in press, 2003, p. 223.
[106] Ibid., p. 224.

et le plaisir qui fondent « l'esprit de jeu » seront sources d'émotions, à priori positives, et pourront donc, entre autres, renforcer ces processus et la capacité à traiter les informations du moment présent. Nous pouvons alors penser que ce « sentiment intime de légèreté, de bien-être allègre » peut contribuer à favoriser une **régulation émotionnelle** et un **apaisement des troubles psycho-affectifs et comportementaux** des personnes âgées atteintes de pathologie démentielle.

Le jeu présente également un autre aspect particulièrement important chez les personnes âgées en perte d'autonomie de manière générale : la possibilité d'éprouver à nouveau un **sentiment de maîtrise**. Il constitue une occasion de se « libérer » d'une certaine passivité, d'un sentiment de subir les choses, sentiment auquel elles peuvent être fréquemment confrontées. En effet, « *Le sentiment de maîtrise - un des bénéfices majeurs du jeu – se fonde pour une part importante sur la relation au temps ; le senior possède là une possibilité non pas de maîtriser le temps du moins de gérer à son goût cette denrée si précieuse* »[107]. On peut d'ailleurs ici, mettre en avant la spécificité du psychomotricien, qui, à travers son écoute et son ajustement dans la relation, sera particulièrement attentif à cette relation au temps. Ce sentiment de maîtrise que peuvent à nouveau éprouver les personnes est notamment lié à la liberté de pouvoir recommencer et H. Danon-Boileau et G. Dedieu-Anglade rappellent que cette liberté est fondamentale dans le jeu. Nous pouvons aussi, d'une certaine manière, relier ce sentiment de maîtrise à une autre liberté : celle de ne pas jouer. Cette liberté de ne pas jouer constitue également une condition nécessaire pour pouvoir être véritablement dans un « esprit de jeu ».

C.Potel nous dit qu'au travers « *des activités ludiques, c'est toute l'expression du corps et sa fonctionnalité qui se déploient au service d'une maturation et d'une construction « d'être soi »* »[108]. Dans le cadre de la prise en soin de personnes âgées atteintes de pathologie démentielle, nous ne sommes bien évidemment plus dans le domaine de la maturation et de la construction « d'être soi ». Cependant, au travers des activités ludiques, il est peut-être possible de venir justement réveiller des éléments antérieurs de cette construction « d'être soi » et d'aider ainsi la personne à **maintenir son sentiment « d'être soi »**.

[107] DANON-BOILEAU H., DEDIEU-ANGLADE G., Jouer … à cet âge ?, in JOLY F., *Jouer … le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Paris, in press, 2003, p. 225.
[108] POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, érès, 2012, p. 369.

Il m'apparaît également essentiel de mettre en lien les expériences psychomotrices proposées aux personnes âgées, à travers la médiation ludique, avec l'un des fondements conceptuels de la psychomotricité : « *une motricité ludique en relation* » [109]. J. de Ajuriaguerra disait ainsi qu'en psychomotricité, « *le but n'est pas moteur, mais la possibilité de sentir son corps comme objet total dans le mécanisme de la relation* »[110]. Cet élément constitue donc un point essentiel de l'approche du psychomotricien de manière générale et d'autant plus dans la conception du soin relationnel auprès des personnes âgées atteintes de pathologie démentielle.

Il me semble enfin important de rappeler que « *les activités de jeu chez le senior ne doivent pas devenir un moyen de fuir la réalité, une attitude de déni* »[111]. Ces activités constituent un moyen pour répondre à leurs problématiques, pour leur permettre d'exercer leurs « savoirs faires », pour ne pas les mettre face à l'échec mais au contraire mettre en avant leurs capacités restantes. Cependant, tout cela doit se faire sans nier la réalité des difficultés et de la pathologie des personnes.

e. <u>La dimension du rire</u>

Selon N. Tauzia, « *le rire naît dans l'état de jeu* »[112]. Au travers de mon expérience dans l'atelier « Jeu et Mouvement » j'ai pu en effet me rendre assez rapidement compte de la place et de l'importance que pouvait prendre le rire dans les séances.

N. Tauzia nous rappelle premièrement que le rire est connu pour ses effets « bénéfiques » sur le plan physiologique. Il peut en effet entraîner une importante détente musculaire ainsi qu'une réduction des hormones de stress et favoriser en même temps la sécrétion d'endorphines. Il est ainsi notamment reconnu « *dans son rôle contre l'anxiété, la*

---

[109] JOLY F., Psychomotricité : Une motricité ludique en relation, in POTEL C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, in press, 3ème éd., 2010, p. 23.
[110] AJURIAGUERRA de J., in JOLY F., Psychomotricité : Une motricité ludique en relation, in POTEL C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, in press, 3ème éd., 2010, p. 28.
[111] DANON-BOILEAU H., DEDIEU-ANGLADE G., Jouer … à cet âge ?, in JOLY F., *Jouer … le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Paris, in press, 2003, p. 227.
[112] TAUZIA N., Usage du rire relationnel dans un groupe de personnes âgées atteintes de démence sénile de type Alzheimer, in *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe n°44, Humour, rire et groupe*, Toulouse, érès, 2005, p. 120.

dépression »[113]. Il est également reconnu plus largement comme « *un phénomène « libérateur de tensions » aussi bien physiques que psychiques* »[114].

Dans le cadre de mon sujet, il me semble pertinent de retenir plus particulièrement deux éléments concernant le rire : la **dimension relationnelle** dont il peut être porteur et l'**émotion positive** qu'il véhicule. En effet, « *rire est une forme de prise de contact avec le monde et l'autre* »[115]. Le rire peut ainsi être en quelque sorte unificateur, vecteur de liens, par exemple lorsque les membres d'un groupe rient ensemble d'une situation comique, dont ils sont témoins ou acteurs. H. Danon-Boileau et G. Dedieu-Anglade, eux, évoquent le fait que l'humour favorise « *le maintien du jeu dans son registre de plaisir* »[116]. Nous pouvons donc penser que le rire contribue à nourrir ce « sentiment intime de légèreté, de bien-être allègre » que nous avons évoqué précédemment. Comme le jeu en lui-même, il peut alors favoriser une certaine régulation émotionnelle, notamment du fait de son caractère « libérateur de tensions », et contribuer à un apaisement des troubles psycho-affectifs et comportementaux.

Alors que Mme H s'apprête à lancer une balle sur des plots, elle pousse involontairement un grognement. Elle se surprend alors elle-même et « explose » de rire. Les autres membres du groupe « la suivent » instantanément en se mettant à rire également. Le rire, partagé par l'ensemble du groupe, favorise alors les liens entre les différents membres de ce dernier et le vécu d'une émotion positive pour chacun d'entre eux.

N. Tauzia, en s'appuyant sur les théories de S. Freud, évoque le fait que le comique de geste est le registre de l'humour le plus adapté avec des personnes âgées atteintes de pathologie démentielle, essentiellement car il ne nécessite pas une trop grande maîtrise du registre symbolique. Nous pouvons ici mettre cet élément en lien avec la médiation ludique en elle-

[113] TAUZIA N., Usage du rire relationnel dans un groupe de personnes âgées atteintes de démence sénile de type Alzheimer, in *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe n°44, Humour, rire et groupe*, Toulouse, érès, 2005, p. 120.
[114] Ibid., p. 134
[115] Ibid., p. 120
[116] DANON-BOILEAU H., DEDIEU-ANGLADE G., Jouer … à cet âge ?, in JOLY F., *Jouer … le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Paris, in press, 2003, p. 228.

même. En effet, à travers les activités ludiques, ce sera principalement le registre du comique de geste qui pourra être sollicité et être ainsi à l'origine de rires partagés.

N. Tauzia explique également que selon Freud *« le rire issu du comique de geste est un plaisir « de supériorité » que l'on s'attribue en constatant la démesure et l'inadaptation du geste comique* »[117] et qu'il est donc « *intéressant pour lutter contre les failles narcissiques du sujet âgé dément* »[118]

En jouant avec le rire, il me semble important de préciser, même si cela paraît assez évident, qu'il est nécessaire de prendre garde à ne pas favoriser la moquerie ou toute autre forme d'humour qui risquerait de blesser l'un des membres du groupe.

3. Le groupe en psychomotricité

a. Définition

Nous pouvons définir les groupes comme « *des entités intermédiaires entre l'individu et la société* »[119]. A Blanchet et A. Trognon considèrent qu'un groupe doit se composer d'au moins trois personnes et que « *ce nombre de trois présente plus qu'une valeur arithmétique. C'est à partir de cette taille que naît chez les personnes composant le groupe un sentiment de « groupalité », c'est-à-dire un sentiment d'appartenance à une entité d'ordre supérieure à celle de la personne* »[120].

De manière générale, en psychomotricité, les groupes thérapeutiques sont constitués autour d'une médiation définie, quelle qu'elle soit, et proposent « *un espace où l'activité du « jouer » va faire transition entre soi et les autres* »[121]. C. Potel explique ainsi que dans le

[117] TAUZIA N., Usage du rire relationnel dans un groupe de personnes âgées atteintes de démence sénile de type Alzheimer, in *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de* Groupe n°44, Humour, rire et groupe, Toulouse, érès, 2005, p. 137.
[118] Ibid.
[119] BLANCHET A., TROGNON A., *La psychologie des groupes*, 2ème éd., Paris, armand colin, 2008, p. 8.
[120] Ibid., p. 9.
[121] POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, érès, 2012, p. 381.

groupe, le travail thérapeutique va se faire « *au travers des échanges qui naissent dans le jeu commun, partagé* »[122].

b. L'intérêt du groupe

Le groupe thérapeutique, par définition, permet de multiplier les systèmes de relations. Il propose un espace de soin particulier qui constitue une alternative aux prises en soin individuelles. Face à la problématique majeure de la relation et du lien des personnes âgées atteintes de pathologie démentielle, le groupe offre alors des possibilités précieuses pour pouvoir proposer un soin qui s'inscrit dans le cadre d'une « clinique relationnelle ».

Dans le groupe thérapeutique, chaque membre est « *convoqué à exister à part entière, à trouver sa place (au propre comme au figuré)* »[123]. En cela, le groupe thérapeutique peut constituer un moyen privilégié pour travailler la **reconnaissance de soi** à travers ses différentes dimensions : confiance en soi, estime de soi, respect de soi.

F. Pitteri parle également de la **revalorisation** comme un travail tenant une place majeure dans la prise en soin de la personne âgée de manière générale. Il évoque alors deux éléments qui me semblent importants concernant ce travail. Premièrement, le fait que si la prise en soin est groupale, les conditions favorables à ce travail de revalorisation passent par une relation individualisée dans le groupe. Deuxièmement, que « *cette revalorisation ne se joue pas seulement à travers les mots, mais aussi dans la congruence de notre attitude, comportement et communication non verbale* »[124]. L'écoute spécifique du psychomotricien, son langage corporel et son ajustement dans la relation constituent alors des outils précieux pour pouvoir mener à bien ce travail de revalorisation et articuler ces relations individualisées dans le groupe le plus harmonieusement possible.

---

[122] POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, érès, 2012, p. 381.
[123] Ibid., p. 381.
[124] PITTERI F., Psychomotricité et personnes âgées, in POTEL C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, in press, 3ème éd., 2010, p. 304.

Après avoir réalisé un parcours psychomoteur avec deux personnes, je propose à Mme L de m'accompagner à son tour sur celui-ci. Elle fait une légère grimace et semble hésitante. Je l'encourage et elle se laisse alors rapidement convaincre. Une fois le parcours accompli, Mme L a l'air assez étonnée et me dit avec, me semble-t-il, un certain plaisir « Je suis contente, je ne pensais pas que ça irait ». En étant accompagnée et étayée, Mme L a pu réaliser le parcours et mettre ainsi en avant ses capacités. Cette expérience a alors pu contribuer à revaloriser Mme L et renforcer son estime de soi.

A travers les activités ludiques qu'il propose, lorsque le psychomotricien met en avant les qualités et les capacités de chacun, ce travail de reconnaissance et de revalorisation est d'autant plus soutenu par le groupe. En effet, nous pouvons penser que le fait d'exposer ces qualités et ces capacités aux yeux de l'ensemble du groupe leur donne d'autant plus de poids et de valeur.

Cet élément nous amène à considérer un autre intérêt d'une prise en soin groupale par rapport à une prise en soin individuelle. En effet, le groupe offre bien plus facilement la possibilité, à chacun de ses membres, de se placer en tant qu'observateur. Cela donne ainsi à la personne la **possibilité de se mettre légèrement en retrait** si elle en éprouve le besoin. Cette possibilité, nous pourrions même dire cette « liberté », peut alors constituer un moyen intéressant pour prendre en soin des personnes qui seraient trop envahies par l'échange plus « soutenu » qu'induit une prise en soin individuelle.

C. Delamarre expose également un intérêt supplémentaire des activités ludiques en groupe avec des personnes âgées atteintes de pathologie démentielle. Elle dit en effet qu'un « *simple jeu de ballon collectif peut initier des mouvements de solidarité : en découvrant la limite des autres résidents, ils apprennent à ne plus s'isoler dans les leurs et vont avoir entre eux des gestes d'entraide et de considérations* »[125]. Ces **mouvements de solidarité et d'entraide** sont alors l'occasion de favoriser la relation. Nous pouvons penser que ces

[125] DELAMARRE C., *Démence et projet de vie. Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées*, Paris, Dunod, 2007, p. 63.

mouvements peuvent aussi être l'occasion, pour les personnes qui les initient, d'être en quelque sorte reconnues dans un statut. Elles peuvent en effet être reconnues, à ce moment-là, dans un statut d'aidant, de quelqu'un qui peut apporter un soutien à l'autre, ce qui inverse d'ailleurs leur statut « d'aidé ». Cela peut alors être valorisant pour elles-mêmes et participer à renforcer leur estime de soi. Nous verrons d'ailleurs une illustration de ce type de situation à travers l'étude de cas de Mme M que j'exposerai plus tard.

Enfin, nous pouvons dire que, de manière générale, la multiplicité des échanges et les mouvements induits par le groupe peuvent aider le thérapeute à créer un certain **dynamisme**, particulièrement intéressant pour les personnes atteintes de pathologie démentielle. En effet, comme le dit N. Tauzia « *le groupe peut ainsi donner à la dynamique psychique affaiblie un relais, un étayage sous forme de dynamique groupale stimulante, venant combattre dans cet espace la passivité individuelle, majorée bien souvent par la vie en institution* »[126].

4. Le cadre thérapeutique

a. Qu'est-ce que le cadre ?

« *Le cadre est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* »[127] nous dit C. Potel. Nous pouvons donc déjà mettre en lien le cadre avec les notions de contenance, de repère et de limite.

Le cadre nécessite des conditions physiques concrètes. Il nécessite en effet un **temps** et un **espace**, définis et délimités, qui puissent accueillir la prise en soin et toutes les expériences qui s'y vivent. Il nécessite un **matériel**, qui puisse servir de support, de manière adaptée, à l'action thérapeutique. Le cadre thérapeutique d'une prise en soin s'inscrit plus largement dans une institution « *qui a un projet global pour les patients, s'appuie sur le travail d'une équipe*

[126] TAUZIA N., Usage du rire relationnel dans un groupe de personnes âgées atteintes de démence sénile de type Alzheimer, in *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe n°44, Humour, rire et groupe*, Toulouse, érès, 2005, p. 122.
[127] POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, érès, 2012, p. 321.

où chacun est censé avoir sa place et sur un certain nombre de règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée »[128].

b. La fonction du cadre

De manière générale, le cadre thérapeutique est un élément nécessaire pour pouvoir mettre en œuvre l'action thérapeutique et élaborer le travail de soin.

La principale fonction du cadre thérapeutique correspond essentiellement à la notion de **contenance**. Cette dernière peut se définir comme la capacité « *à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction* »[129]. La notion de contenance s'appuie notamment sur les théories de W. R. Bion à propos de la relation « mère-enfant ». Dans ces théories, la mère reçoit de son nourrisson des éléments psychiques bruts, non directement assimilables par lui, qui sont source de confusions et qui bloquent la construction de sa pensée. La mère transforme alors ces éléments, en leur donnant du sens, en les organisant et les retourne sur un autre mode à son nourrisson, « détoxiqués », lui permettant ainsi de les assimiler.

C. Potel précise que tous les thérapeutes font appel à cette capacité « *d'accueillir ce qui est délié, défait, désaffecté, déshabité, en menace de débordement ou d'engloutissement* »[130], mais chacun à sa manière, avec ses compétences spécifiques et ses moyens.

En psychomotricité, cette contenance « *fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique* »[131]. C'est donc la capacité de pouvoir accueillir ce que le patient exprime de ses éprouvés corporels, de ses émotions, de ses pensées, d'en comprendre quelque chose, pour pouvoir en retour, l'aider à mieux intégrer et assimiler ce qu'il vit. C. Potel met alors en avant la spécificité du psychomotricien, qui, « *en travaillant non seulement son corps, mais ses qualités d'expression corporelle […] développe une certaine qualité de présence corporelle, qui tient compte autant de son positionnement dans l'espace, de ses propres appuis, de sa tonicité, des inflexions de sa voix, sa mélodie, son rythme – toutes ces choses qu'il a commencé*

[128] POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, érès, 2012, p. 323.
[129] Ibid., p. 324.
[130] Ibid., p. 329
[131] Ibid., p. 324.

à travailler dans le cadre de ses études et qui vont lui servir de repères – pour pouvoir accueillir les expressions corporelles très primitives des patients »[132].

Cette contenance permettra notamment de « *stimuler et accepter les excitations motrices ludiques, tout en assurant les conditions de leur intégration psychique* ». Nous pouvons alors inclure dans cette contenance la **fonction de pare-excitation** au sens d'éviter le débordement et de contenir l'excitation de manière générale induite par les expériences psychomotrices proposées.

Il faut préciser cependant que le cadre ne se résume pas non plus à la contenance dans sa dimension « maternelle ». Il doit, en effet, comporter également une **fonction séparatrice de tiers**, pour ne pas être en « fusion » avec les patients, mais, au contraire, les aider à se différencier. Cette dimension du cadre thérapeutique peut s'appuyer notamment sur les règles établies.

B. Chouvier, en parlant des dispositifs de groupes thérapeutiques à médiation, évoque un élément important qui concerne le cadre, celui d'une certaine « plasticité ». En effet, « *les thérapeutes ne pensent pas à tout et ne maîtrisent pas tout. Ils peuvent et doivent même se laisser surprendre par ce qui advient et ce qui ce passe réellement dans le groupe, afin que ce dernier soit en mesure de se constituer dans une dynamique féconde* »[133]. Nous pouvons mettre en lien cette « plasticité » avec les libertés, indispensables dans le jeu, de pouvoir recommencer et de ne pas jouer, que nous avions évoquées précédemment. Il est alors possible de réaliser un second lien avec les conceptions de R. Roussillon. En effet, ce dernier explique que la liberté, condition préalable du « jeu symbolisant », nécessite elle-même une certaine forme de sécurité. Dans le jeu, cette sécurité est « *nécessaire pour que puisse se développer un espace « intermédiaire » entre réalité externe et réalité interne, et que les processus qui président à sa mise en œuvre puissent se déployer sans risque excessif* »[134].

Le cadre doit donc assurer une **sécurité,** tout en garantissant une certaine « **plasticité** », une **liberté**, pour que l'action thérapeutique puisse se dérouler dans de bonnes conditions.

---

[132] POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, érès, 2012, p. 329.
[133] CHOUVIER B., La médiation dans le champ psychopathologique in BRUN A., *Les médiations thérapeutiques*, érès, 2011, « Le Carnet psy », p. 43.
[134] ROUSSILLON R., Le jeu et la fonction symbolisante, in JOLY F., *Jouer … le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Paris, in press, 2003, pp. 27.

Au vu de ces différents éléments, il est donc important de mettre en avant le fait que le cadre thérapeutique s'élabore avant tout dans la pensée du thérapeute et ne peut se réduire seulement à ses dimensions physiques.

Partie 4 : Clinique en psychomotricité

1. L'atelier « Jeu et Mouvement »

a. Indications et Objectifs

L'atelier « Jeu et Mouvements » est un atelier de psychomotricité qui fait partie du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) de l'institution où j'ai effectué mon stage.

Cet atelier accueille un groupe fermé de quatre à cinq résidents une fois par semaine. Toutes les personnes qui constituent le groupe sont atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (MAMA), à un stade de « dégradation » cognitive assez élevé. Elles présentent chacune différents types de troubles psycho-affectifs et comportementaux modérés.

L'atelier « Jeu et Mouvement » s'inscrit tout d'abord dans le projet global du PASA, à savoir, proposer, dans un environnement architectural adapté, un projet de vie et un projet de soin personnalisé pour des résidents de l'institution atteints de MAMA et présentant des troubles psycho-affectifs et comportementaux modérés. L'indication pour cet atelier se fait donc en lien et en cohérence avec le projet de vie et le projet de soin personnalisé des résidents. Cela permet de croiser le regard des différents professionnels et de réunir ainsi un maximum d'informations pour pouvoir mieux appréhender chaque personne.

Sur mon lieu de stage, l'indication ne dépend pas de la passation standard d'un bilan psychomoteur à proprement parler. Ce choix est motivé par plusieurs raisons. En effet, le cadre du PASA offre la possibilité au psychomotricien de mener de nombreuses observations de la personne, dans diverses situations et divers actes de la vie quotidienne. Toutes ces observations lui permettent alors de prendre connaissance des difficultés et des différents troubles auxquels peut être confrontée la personne, mais également de ses capacités restantes. Plus largement, elles lui permettent de prendre le temps de mieux connaître la personne, ses spécificités, quelles qu'elles soient, ses centres d'intérêts, sa personnalité et de pouvoir ainsi réfléchir à la pertinence de cet atelier en particulier pour cette personne. Cette approche de l'indication implique donc

une dimension temporelle plus longue qu'un bilan standard et permet de laisser du temps pour que se créer un lien, un sentiment de confiance entre la personne et le psychomotricien, condition nécessaire pour pouvoir entreprendre une prise en soin.

Si cela est nécessaire, il est cependant possible de compléter toutes ces observations et cette prise de contact par une mise en situation pour pouvoir évaluer de manière plus approfondie un domaine en particulier.

L'indication est également fonction de l'évolution de la personne au sein de l'atelier. En effet, en fonction de cette évolution, influencée par l'évolution de la pathologie elle-même, l'indication peut se révéler d'autant plus pertinente ou au contraire perdre son sens. Il est donc nécessaire de réfléchir de manière régulière sur les raisons de cette indication pour chaque membre du groupe qui compose l'atelier.

Les objectifs de l'atelier « Jeu et Mouvement » proposés par le psychomotricien sont multiples. Ce dernier, à travers une médiation ludique et groupale, vise, tout d'abord, à apaiser les personnes en cherchant à favoriser une régulation émotionnelle et ainsi atténuer leurs troubles psycho-affectifs et comportementaux.

Face à la problématique majeure de la relation et du lien des personnes âgées atteintes de pathologie démentielle, cet atelier constitue un moyen pour favoriser une ouverture relationnelle et la possibilité de maintenir, voire de recréer des liens entre tout ce qui fait de la personne un sujet à part entière.

L'atelier « Jeu et Mouvement » constitue également un moyen de revaloriser les personnes en mobilisant leurs capacités restantes et en maintenant par la même occasion ces capacités, notamment fonctionnelles.

L'atelier « Jeu et Mouvement », de manière générale, vise à offrir aux personnes un cadre où elles puissent prendre plaisir à être actrices, réaliser des activités les amenant à une mise en mouvement et leur permettant ainsi d'éprouver à nouveau un sentiment de maîtrise.

Nous pouvons enfin rappeler l'hypothèse que nous avions évoquée précédemment, selon laquelle il est peut être possible, à travers la médiation ludique, de soutenir les processus de symbolisation.

b. Cadre, déroulement et contenu de l'atelier

Afin d'éviter les confusions et les « lourdeurs » de phrases, j'emploierai ici le « je » pour présenter le cadre, le déroulement et le contenu de l'atelier. En effet, j'anime seul l'atelier « Jeu et Mouvement » depuis le mois de janvier 2014. Cependant je tiens à rappeler que, durant la première partie de mon stage, c'était mon maître de stage qui menait l'atelier dans son intégralité. J'étais donc, durant cette période, uniquement « participant ».

Il me semble que nous pouvons considérer que l'atelier commence dès le moment où je vais chercher les résidents sur le lieu de vie. Le trajet pour se rendre à la salle de psychomotricité donne en effet une première occasion d'entrer en relation avec les résidents et fait partie du cadre dans la mesure où il constitue en quelque sorte un rituel.

Une fois tous les membres du groupe réunis dans la salle de psychomotricité, l'atelier à proprement parler peut commencer. En général, tout le monde est assis sur un fauteuil et ces derniers sont disposés en cercle, une conformation où chacun peut voir l'ensemble du groupe et qui peut donc naturellement faciliter les échanges. Cette conformation peut rester identique tout au long de l'atelier où alors changer en demi-cercle suivant les jeux qui se dérouleront pendant la séance.

L'atelier commence par un moment calme où une attention est accordée à chaque membre du groupe pour qu'il puisse exprimer, dans la mesure du possible et pas nécessairement verbalement, son état ou partager quelque chose avec les autres s'il en a envie. Prendre ce temps constitue également un élément important du cadre. Il donne en effet la possibilité à chacun de prendre connaissance des autres personnes présentes et qui vont donc participer à l'atelier. Il permet aussi d'observer la pièce et de s'approprier l'endroit, y retrouver peut être quelque chose de familier voire même parfois le reconnaître.

Vient ensuite le temps de jeu. Durant ce temps, je propose alors différents jeux que nous pourrions qualifier de jeux « à support corporel ». J'entends par là différentes formes de jeux d'adresse manuelle, de lancer, de shoot, d'équilibre, de locomotion ou encore de souffle. Nous utilisons donc toute sorte de matériel tel que des ballons, des balles, des bâtons, des cerceaux, des plots, des tissus, des flacons de bulles de savon ou encore des pistolets à bulles.

H. Danon-Boileau et G. Dedieu-Anglade évoquent le fait que dans le jeu, « *la décision et l'initiative doivent demeurer libres de contraintes* »[135]. Cependant, comme il le disent eux-mêmes, « *il s'agit là d'un schéma idéal qu'on sera bien obligé d'aménager selon les patients* »[136]. Dans le cadre de l'atelier « Jeu et Mouvement », il s'avère ainsi souvent nécessaire de lancer le premier jeu sans attendre que l'initiative vienne des membres du groupe. En effet, du fait de leurs problématiques, si je ne lance pas moi-même le premier jeu, les personnes prennent difficilement l'initiative de démarrer celui-ci. Une fois le jeu « amorcé », il est alors beaucoup plus facile pour les membres du groupe de s'engager dans celui-ci. Il est ensuite essentiel de continuer, durant tout le temps de jeu, à soutenir la dynamique de ce dernier.

A travers ces éléments nous pouvons mettre en avant le rôle du psychomotricien qui doit en quelque sorte constituer le « moteur » du jeu en nourrissant constamment celui-ci à travers ses propositions et son implication. Cependant, il me semble important de préciser que certains membres du groupe, du fait de leur dynamisme, peuvent, parfois, remplir aussi ce rôle de « moteur » du jeu.

En fonction des réactions des différents membres du groupe et de ce qu'ils amènent durant le temps de jeu, j'essaie alors d'adapter les propositions en gardant à l'esprit l'objectif premier que ces dernières soient avant tout sources de plaisir.

Au temps de jeu succède alors un retour au calme qui marque la fin du jeu. Ce temps permet de porter à nouveau une attention à chaque membre du groupe pour qu'il puisse faire part, toujours dans la mesure du possible et pas nécessairement verbalement, de son état, de ses impressions ou de ses sentiments sur ce qui vient de se dérouler. Certains peuvent alors évoquer ce qui leur a particulièrement plût dans la séance ou au contraire ce qu'ils ont moins apprécié, ce qu'ils ont peut-être trouvé difficile.

L'atelier prend finalement fin lorsque je raccompagne les membres du groupe sur le lieu de vie. Ce temps constitue en quelque sorte une transition et permet d'éviter ainsi un arrêt trop « brutal » dans la relation.

---

[135] DANON-BOILEAU H., DEDIEU-ANGLADE G., Jouer … à cet âge ?, in JOLY F., *Jouer … le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Paris, in press, 2003, p. 226.
[136] Ibid.

En ce qui concerne le cadre thérapeutique de l'atelier « Jeu et Mouvement », je tiens enfin à exprimer un élément qui m'a particulièrement marqué et que j'ai pu éprouver personnellement : la nécessité d'une certaine « fermeté » du cadre.

En effet, durant les premiers temps où j'ai commencé à animer seul cet atelier, j'appréhendais le fait d'être trop « autoritaire » et d'entraver la dimension de liberté nécessaire au jeu. Cependant, je me suis rapidement rendu compte que cette appréhension d'entraver la liberté du jeu me rendait beaucoup trop hésitant et finissait alors par créer un manque de repères, une certaine confusion et une certaine « insécurité ». Le jeu en lui-même devenait alors beaucoup plus difficile. En étant plus confiant et plus « ferme » dans mes propositions, il me semble que j'ai pu progressivement assurer de mieux en mieux la fonction de sécurité du cadre, nécessaire pour que le jeu puisse se réaliser dans de bonnes conditions. Les séances se sont ainsi rapidement beaucoup mieux passées, et cette liberté du jeu, que j'avais tant peur d'entraver au départ, était alors bien mieux assurée.

2. Etude de cas de Mme M

Mme M est une femme qui sera bientôt âgée de 83 ans. Petite et mince, avec des yeux bleus et des cheveux châtains clairs grisonnants, elle est souvent debout, en mouvement et a toujours des livres ou des objets entre les mains.

Mme M est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle vit depuis octobre 2011 au sein de l'unité protégée de l'EHPAD dans lequel je réalise mon stage de 3ème année. Je la rencontre donc sur son lieu de vie et plus particulièrement dans le cadre de l'atelier « Jeu et Mouvement ».

Dans cette étude de cas, après avoir présenté l'anamnèse de Mme M, je m'attacherai dans un premier temps à mettre en avant et tenter de comprendre les troubles et les difficultés auxquelles elle est confrontée dans sa vie quotidienne au sein de l'institution. Cela nous permettra alors d'appréhender l'intérêt et l'apport d'une prise en soin psychomotricité pour Mme M à travers la médiation ludique et groupale proposée dans l'atelier « Jeu et Mouvement ».

Lorsque j'arrive dans l'unité et que je rencontre Mme M pour la première fois, elle me donne la sensation d'être méfiante à mon égard. Elle me regarde avec des yeux interrogateurs, légèrement écarquillés et j'ai l'impression qu'elle se demande qui je peux bien être, ce que je

fais là et peut-être ce que je lui veux. Je lui dis bonjour et je me présente. Mme M m'adresse alors un léger sourire et ralentit quelques instants sa marche. Elle est dans une déambulation dont j'ai du mal à saisir immédiatement le sens. Cependant, en l'observant, et grâce aux informations apportées par les autres soignants, je comprends assez vite que pour Mme M, cette déambulation n'est absolument pas vide de sens. K. Duquenoy Spychala explique que certains types de déambulations chez les patients souffrant de démence peuvent avoir un but et notamment prendre la forme d'un comportement de recherche. Dans ce type de déambulation, « *le sujet recherche une chose* » ou « *tente de rentrer chez lui* »[137] et c'est en effet ce que semble faire Mme M. Elle me donne l'impression dans ses mouvements fréquents et ses allées et venues d'avoir toujours une idée en tête. J'expliciterai ces éléments un peu plus tard dans mon étude de cas.

a. Histoire de vie et anamnèse

Mme M est née le 4 février 1931 dans le Limousin. Elle est la fille unique d'un couple de propriétaires terriens et passe toute sa jeunesse dans cette ferme. Après une scolarité sans difficultés, Mme M commence des études supérieures à l'Ecole de Droit de Limoges. C'est là qu'elle rencontre son futur mari, étudiant dans la même promotion qu'elle. Alors que son mari poursuit sa licence, Mme M. change d'orientation et devient maîtresse d'internat, puis finalement institutrice. M. et Mme M ont un premier enfant en 1960, un garçon. Mme M continue à exercer son métier d'institutrice pendant un temps puis décide un peu plus tard de prendre une retraite anticipée pour se consacrer à sa famille. Ils ont ensuite deux enfants, une fille en 1967 et un garçon en 1968.

En 1970, juste avant de déménager sur bordeaux, Mme M accouche d'un quatrième enfant. Cet accouchement se passe très mal alors que son mari ne peut être présent à ce moment-là car il est retenu dans une autre ville pour des raisons professionnelles. L'enfant ne vit que deux jours, puis décède, avant le retour de M. M. La mairie refuse d'inscrire l'enfant à l'état civil alors que M. et Mme M avaient réalisé toutes les démarches nécessaires à cet effet et le souhaitaient vivement. Cet évènement a constitué un vrai deuil traumatique dans leur histoire familiale.

[137] DUQUENOY SPYCHALA K., *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*, 2ème éd., Ramonville Saint-Agne, érès, 2005, p. 39.

En 2008, on diagnostique à Mme M une néoplasie mammaire (cancer du sein). Elle subit alors une chirurgie, une radiothérapie et une hormonothérapie qui lui permettent d'entrer en rémission. Elle n'a, à l'heure actuelle, fait aucune rechute. Mme M a également plusieurs autres antécédents médicaux, avec une hypertension artérielle, une hypoacousie bilatérale et une prothèse de genou (suite à une gonarthrose).

Seulement un an plus tard, en avril 2009, on diagnostique à Mme M la maladie d'Alzheimer. Au MMSE, qui est un test d'évaluation des fonctions cognitives et des capacités mnésiques de la personne, elle obtient alors un score de 26/30. Ceci témoigne d'un début d'une atteinte de ces fonctions chez Mme M. Elle entame ensuite un traitement médicamenteux avec de l'ARICEPT puis de l'EXELON.

Mme M continue au départ à vivre chez elle, perdant petit à petit son autonomie, sollicitant et nécessitant de plus en plus l'aide de son mari. A la suite de sa perte d'autonomie et de l'épuisement de son mari, Mme M rentre d'abord en accueil de jour à l'EHPAD en mars 2010 et bénéficie également d'un suivi en Hôpital de Jour de juin à novembre 2010. Elle intègre finalement l'EHPAD en hébergement temporaire à partir d'octobre 2011 pour y être hébergée de manière permanente quelques mois plus tard. A son arrivée à l'EHPAD, Mme M présentait également un syndrome anxio-dépressif. Elle est actuellement évaluée GIR 2 (score obtenu à partir de la grille d'évaluation de la dépendance AGGIR) ce qui correspond à un niveau de dépendance élevé, mais elle conserve des capacités motrices tout à fait fonctionnelles.

Mme M a commencé à présenter des troubles du comportement en 2011. Une évaluation NPI-ES en novembre de la même année (qui est une évaluation neuropsychiatrique des troubles du comportement chez les personnes démentes réalisée par l'équipe soignante) mettait notamment en évidence des idées délirantes, une anxiété et une exaltation de l'humeur. En raison de sa pathologie et de ses troubles du comportement Mme M a alors intégré le PASA de l'EHPAD dans le cadre duquel elle est toujours actuellement suivie. Depuis quelque temps, Mme M présente également des signes d'aphasie de compréhension et elle est suivie depuis peu par une orthophoniste libérale.

b. La vie quotidienne de Mme M dans l'institution

Mme M est donc hébergée dans l'unité protégée et passe ses journées à l'étage inférieur, sécurisé lui aussi, qui regroupe des personnes reçues en accueil de jour, les personnes de l'unité protégée et d'autres personnes de l'EHPAD qui participent au PASA. Elle reçoit régulièrement des visites, notamment de son mari et de sa fille, avec lesquels elle peut sortir de l'institution à l'occasion.

Les premiers temps que Mme M a vécu dans l'institution ont été assez difficiles. En effet, son entrée en EHPAD n'était pas une décision qui venait de sa propre initiative. De plus, Mme M ne se considère pas comme malade et ne semble pas avoir réellement conscience de ses troubles. Cela a certainement contribué à augmenter sa réticence à intégrer l'institution et son désir de ne pas y rester.

Pendant une très longue période, Mme M a déployé beaucoup d'énergie à trouver des solutions pour quitter l'institution. Cela pouvait presque prendre l'aspect de tentatives d'évasion. Elle entraînait avec elle d'autres résidents et leur donnait des ordres pour qu'ils la suivent et se regroupent autour d'elle. Elle attendait alors l'ouverture des portes de l'unité lors de visite, par exemple, pour tenter avec le groupe de personne qu'elle avait constitué de passer « en force » et sortir. Elle pouvait même alors, aller jusqu'à pousser et pincer les soignants. Elle demandait aussi régulièrement aux soignants qu'ils la ramènent en voiture à Poitier, mais sans que le personnel ne sache à quoi correspond ce lieu pour Mme M. Dans ses déplacements continus, encore maintenant, elle semble régulièrement chercher des passages ou des ouvertures qui lui permettraient de sortir de l'unité, ce que j'évoquais plus tôt par rapport à la nature de sa déambulation. Ses déplacements continus ont pu également poser souvent des problèmes aux moments des repas (bien que de manière moins fréquente maintenant), Mme M se levant très régulièrement et quittant la table comme si elle avait fini son repas et qu'elle devait partir rapidement alors qu'elle n'avait quasiment rien mangé.

Mme M présente un caractère assez autoritaire qui s'est aussi beaucoup exprimé durant les premiers temps où elle a été hébergée dans l'institution. Elle donnait ainsi souvent des ordres aux soignants mais aussi aux autres résidents en se plaçant du côté des soignants. Cela a été notamment le cas au moment du coucher où elle donnait des ordres aux veilleuses de nuit pour leur dire d'aller coucher telle et telle personne, et où elle-même intervenait physiquement et

rentrait dans les chambres des autres résidents pour les mettre dans leur lit. Ce comportement au moment du coucher revient encore très régulièrement à l'heure actuelle.

Nous pouvons peut-être, concernant ce trait autoritaire de Mme M, faire un premier lien avec son passé d'institutrice et donc les habitudes de fonctionnement qu'elle aurait pu avoir à diriger une classe et qui s'exprimeraient ici.

Mais je me pose la question de manière plus large sur le sens ou la fonction de ces comportements pour Mme M. Comme nous l'avons vu précédemment, dans les pathologies démentielles, « *petit à petit tout se délite, la personne perd son rôle social, son rôle familial, sa « personnalité », son histoire, ses valeurs* »[138]. Nous pouvons donc penser que la pathologie entraîne, d'une certaine manière, une perte de contrôle, une perte du sentiment d'avoir prise sur les évènements, sur ce que la personne vit. Je me demande alors si Mme M, lorsqu'elle fait preuve d'autorité en donnant des ordres et en allant jusqu'à se mettre à la place des soignants pour coucher les autres résidents, ne cherche pas, en quelque sorte, à se réattribuer une fonction, un statut. Ces moments, par la même occasion, lui permettent peut-être aussi de ressentir à nouveau un sentiment de maîtrise, maîtrise de la situation, de ce qu'elle est en train de vivre. Face à une situation qu'elle ne comprend pas, elle semble ainsi faire appel à un savoir-faire, en lien avec son histoire ; organiser et diriger.

Pour des raisons de place dans l'institution, Mme M est restée plus longtemps que prévu dans une chambre destinée aux hébergements temporaires, avant d'intégrer sa chambre actuelle pour son hébergement permanent. Pour Mme M, ce changement de chambre a été très compliqué. Pendant les jours qui l'ont suivi, elle revenait régulièrement dans son ancienne chambre et ne comprenant pas pourquoi il y avait une autre personne qui l'occupait, elle expulsait cette dernière de la chambre. Cet exemple met pour moi en évidence l'importance de la stabilité de l'environnement et du cadre de vie, au quotidien, qu'il faut mettre en place pour les personnes atteintes par ce type de pathologie. La maladie d'Alzheimer, notamment par l'altération des capacités mnésiques, entraîne une désorientation temporelle et spatiale et donc une perte de repères. A ce sujet, K. Duquenoy Spychala met en lien ces difficultés avec l'anxiété et explique le fait que cette dernière « *augmente notablement lorsque la personne est confrontée*

[138] VIGIER C., La psychomotricité : ou de la fonction d'étayage et de lien dans la maladie d'Alzheimer, *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n°160, 2009, p 40

à des nouveautés, des modifications de l'entourage ou de l'environnement » et que « *tout changement de repères risque d'aggraver les troubles* »[139].

La toilette constitue un moment extrêmement difficile pour Mme M. Elle est à chaque fois dans une opposition complète face aux soignantes. Cette opposition se manifeste dès le déshabillage. Cependant lorsque sa fille est présente, cette dernière parvient sans difficultés à la déshabiller. Grâce aux informations recueillies auprès de sa famille, nous savons que dans sa vie passée, même avant de développer la maladie d'Alzheimer, Mme M n'aimait pas spécialement se laver et que cela posait d'ailleurs problème à son mari. Cet élément peut déjà donner une meilleure compréhension de son attitude avec les soignantes. Mais face au caractère radical et systématique de ce comportement, je me pose tout de même la question du rapport que Mme M peut avoir à son corps. Cette attitude ne révèle-t-elle pas peut-être un malaise plus profond ?

Il me semble alors intéressant d'articuler cet élément avec un autre comportement de Mme M assez atypique. En effet, elle a pour habitude de porter de nombreuses couches de vêtements, même lorsqu'il fait chaud. Cela peut prendre des proportions assez impressionnantes et il est arrivé notamment une fois que l'on retrouve Mme M avec une dizaine d'épaisseurs de vêtements sur elle. Nous pouvons peut-être ici faire un parallèle avec le concept de Moi-peau de D. Anzieu. Selon cet auteur, le Moi-peau désigne « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience corporelle de la surface du corps* »[140]. Comme nous l'avons vu précédemment, « *l'appareil psychique frappé de démence se déconstruit progressivement* »[141]. L'ensemble des troubles engendrés par la maladie d'Alzheimer amènent donc un sentiment de l'ordre d'une déconstruction intérieure progressive, un sentiment de perte. J'imagine que cela peut alors prendre la forme d'un vécu d'une partie de soi qui s'échappe, de ses contenus psychiques qui « fuient ». Porter une multitude de couche de vêtements constitue peut-être pour Mme M, à partir de son expérience corporelle, une manière de se reconstruire une enveloppe contenante, et de lutter contre cette déconstruction intérieure,

---

[139] DUQUENOY SPYCHALA K., *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*, 2ème éd., Ramonville Saint-Agne, érès, 2005, p. 35.
[140] ANZIEU D., *Le Moi-peau*, 2ème éd., Paris, Dunod, 1995, p. 61.
[141] TAUZIA N., Usage du rire relationnel dans un groupe de personnes âgées atteintes de démence sénile de type Alzheimer, in *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe* n°44, Humour, rire et groupe, Toulouse, érès, 2005, p. 116.

cette fuite. Cette hypothèse fait aussi pour moi, écho aux sources de l'élaboration du concept de Moi Peau chez D. Anzieu. Ce dernier raconte qu'il a été dans son enfance extrêmement couvé par ses parents « *au sens le plus physique du terme* »[142] et qu'il était notamment couvert par une multitude d'enveloppes à chaque fois qu'il sortait. Il raconte que « *sa vitalité se cachait au cœur d'un oignon, sous plusieurs pelures »*[143] et il explique que *« c'est en prenant conscience de ces pelures, vers la cinquantaine, qu'il a inventé la notion d'enveloppes psychiques et qu'il a publié, en 1974, son premier article sur le Moi-peau* »[144].

Peu de temps après avoir commencé mon stage, j'ai très vite remarqué, comme je l'ai évoqué précédemment, que Mme M manipulait et gardait très souvent des objets avec elle, la plupart du temps des livres ou des magazines. Elle semble toujours en quête de trouver et récupérer ce type d'objet quand elle se déplace dans l'unité. Elle a aussi tendance à prendre les affaires d'autres résidents et à les considérer comme les siennes. Je me demande si cela ne constituerait pas aussi pour elle, de manière symbolique, comme avec les vêtements, une façon de lutter contre tout ce qui peut lui échapper. Peut-être que le fait de s'appuyer sur des éléments extérieurs, solides, lui permet de garder quelque chose de l'ordre d'une continuité et que cela la rassure, la tient.

c. Mme M au sein de l'atelier « Jeu et Mouvement »

L'indication de cet atelier pour Mme M a été réfléchie par le psychomotricien et l'équipe et validée par le médecin coordonnateur.

Les troubles du comportement que présente Mme M ont fortement tendance à l'isoler des autres résidents du secteur. Les objectifs principaux pour Mme M, dans le cadre du PASA, sont donc d'atténuer son agitation et son anxiété et de lui permettre de recréer du lien social à travers une activité qui l'intéresse. Mme M étant le plus souvent en mouvement sur le lieu de vie et ayant beaucoup de mal à « se poser », il semblait plus judicieux de lui proposer un soin s'appuyant sur des éléments dynamiques. C'est pour ces raisons que l'atelier « Jeu et

[142] ANZIEU D, in KAËS R., *Du Moi-peau aux enveloppes psychiques, Genèse et développement d'un concept*, érès, Le Carnet psy, 2008, p. 71.
[143] Ibid.
[144] KAËS R., *Du Moi-peau aux enveloppes psychiques, Genèse et développement d'un concept*, érès, Le Carnet psy, 2008, p. 71.

Mouvement » a été indiqué pour Mme M, du fait de la dynamique sociale amenée par le travail de groupe et du mouvement induit par la médiation ludique.

Mme M a intégré l'atelier « jeu et mouvement » peu de temps avant que je commence mon stage. J'ai donc pu suivre son parcours à travers l'atelier jusqu'à maintenant, presque dans sa totalité. Les premières séances ont été assez compliquées pour elle. Elle ne manifestait pas spécialement de désaccord pour venir à l'atelier, mais une fois qu'elle y était, très rapidement, elle voulait partir. Elle demandait très souvent l'heure, comme si elle avait un impératif après et qu'il ne fallait absolument pas qu'elle le rate. Il lui est même arrivé plusieurs fois de quitter l'atelier avant la fin, sans qu'il soit possible de la convaincre de rester et de la retenir. Il me semble que cela peut se comprendre par le fait qu'intégrer une nouvelle activité et ne plus pouvoir déambuler, dans une attitude de recherche, dérangeait certainement le fonctionnement habituel qu'elle avait adopté.

Cela s'est fait très lentement, mais au fur et à mesure des séances, Mme M a de moins en moins manifesté ce comportement (même si il peut encore revenir à l'heure actuelle). Elle a pu ainsi s'investir dans les jeux proposés, sur des temps de plus en plus long, sans être préoccupée par l'heure. Il me semble que cela a été possible car elle a pu, même sans se souvenir réellement des autres séances, intégrer progressivement un sentiment sécure et contenant et en garder en quelque sorte une trace. Cette intégration a été possible, je pense, grâce à la répétition, la stabilité des repères de l'atelier, et le cadre pensé et amené par le psychomotricien puis moi-même une fois que j'ai commencé à animer seul l'atelier.

D'autres comportements de Mme M m'ont conforté dans cette idée. En effet, elle peut maintenant, lorsqu'elle arrive dans l'atelier, laisser, le plus souvent sans difficultés les magazines qu'elle garde avec elle, chose qui n'était absolument pas évidente au début. Il est également arrivé une ou deux fois, qu'elle puisse d'elle-même enlever sa veste, pour pouvoir être plus à l'aise dans le jeu, la déposant par exemple sur son fauteuil avant de se lever pour aller se placer dans un cerceau et lancer une balle.

Nous connaissons la récurrence des comportements de Mme M par rapport aux vêtements et aux livres. En m'appuyant sur les hypothèses que j'ai pu faire sur le sens de ces comportements pour Mme M, il me semble alors que ces éléments montrent, d'une certaine façon, qu'elle peut maintenant profiter de cet atelier pour s'apaiser et l'investir avec un réel plaisir.

À l'occasion d'une séance au mois de novembre, un évènement en particulier m'a marqué. Une autre dame de l'atelier, Mme O, avait chuté quelques jours plus tôt et présentait un hématome assez impressionnant sur le visage. Pendant le temps de parole en début d'atelier, après que le psychomotricien ait expliqué ce qui était arrivé à Mme O, Mme M s'est adressée à Mme O et lui a tenu un long discours sur « l'optimisme ». Cet évènement reflète pour moi un autre aspect de la façon dont Mme M peut se saisir de l'atelier et que nous avions d'ailleurs abordé dans l'intérêt d'une prise en soin groupale. En tenant ce discours à Mme O, Mme M se mettait dans une position de soutien, d'aidant, ce qui lui attribuait à nouveau un rôle et lui permettait, me semble-t-il, de se revaloriser elle-même et de renforcer son estime de soi par la même occasion. Cette dimension d'entraide se retrouve chez Mme M de manière générale dans l'ensemble des jeux pendant lesquels elle soutient souvent verbalement les autres membres du groupe dans leurs actions.

La plupart du temps, Mme M participe activement à l'atelier avec un plaisir affiché. Elle manifeste son plaisir notamment par ses sourires et ses commentaires dans l'ensemble des jeux proposés, par exemple lors de lancers de balles sur des plots, lorsqu'elle les fait tomber. Son plaisir se manifeste aussi souvent par des rires partagés et provoqués par des situations qui s'inscrivent généralement dans le registre du comique de geste.

Mme M me semble montrer, à travers ses différentes réactions, ce « sentiment intime de légèreté, de bien-être allègre » que nous avions précédemment évoqué comme étant le fruit des activités ludiques menées dans un « esprit de jeu ». Je pense que ce sentiment peut alors, au moins pendant le temps de l'atelier, contribuer à apaiser Mme M et prendre le pas sur son anxiété.

Nous avions également évoqué précédemment le fait que les activités ludiques peuvent être l'occasion d'éprouver à nouveau un sentiment de maîtrise. Il est alors possible de penser que Mme M peut se saisir de l'atelier « Jeu et Mouvement » pour éprouver à nouveau ce sentiment, d'autant plus que c'est un sentiment qu'elle semble souvent chercher au quotidien comme nous l'avons vu dans la première partie de cette étude de cas.

Lors de l'une des dernières séances, Mme M s'est montrée particulièrement investie dans les propositions, présente et engagée dans la relation à l'autre. Alors que je commençais à construire un parcours psychomoteur pendant que les autres membres du groupe étaient assis, Mme M s'est levée spontanément de son fauteuil. Elle m'a alors sollicité pour que je lui donne

du matériel et a entièrement construit le parcours en coopération avec moi, prenant le temps de réfléchir à chaque étape du parcours, à quels objets utiliser, comment et à quels endroits.

Il me semble enfin important d'évoquer un aspect qui m'a concerné directement dans ma rencontre avec Mme M. De la même manière que ce que j'ai décrit par rapport à son intégration du cadre de l'atelier, Mme M a intégré au fur et à mesure de mon stage quelque chose de familier chez moi. À chaque fois que je la rencontre maintenant, même si elle ne sait pas exactement qui je suis, elle me reconnaît. Je ne suis plus le parfait inconnu de notre première rencontre qui pouvait susciter de la méfiance, et elle me dit souvent bonjour avec un grand sourire, me demandant parfois comment je vais. Il alors est possible de mettre en lien cet élément avec les capacités que conservent les personnes âgées atteintes de pathologie démentielle, notamment en ce qui concerne la composante émotionnelle à la fois de la mémoire et du traitement des informations du moment présent. En effet, il me semble que c'est cette composante émotionnelle qui lui permet d'associer à ma personne des sentiments positifs qu'elle peut ressentir lors de nos rencontres dans l'atelier et de se les remémorer quand elle me retrouve. Je pense que ce phénomène se produit certainement à plus grande échelle avec les autres membres de l'atelier et contribue, malgré l'altération mnésique, à renforcer l'intégration du groupe par Mme M.

d. Pour conclure

À la fois à travers l'atelier et sur le lieu de vie, j'ai pu me rendre compte d'une certaine évolution chez Mme M.

Ses troubles psycho-affectifs et comportementaux ont pu s'assouplir, même s'ils n'ont pas disparu, certains se manifestant encore fortement au moment du coucher par exemple. Sa maladie a certainement progressé, je pense notamment ici à l'apparition et l'accentuation de son aphasie de compréhension.

Cependant, j'ai pu observer, au fur et mesure de mes mois de stage, une dame qui était plus souvent en capacité de s'apaiser, de « se poser », d'échanger et de partager des moments agréables avec d'autres résidents ou des soignants. Cette évolution a pu se ressentir dans plusieurs moments de la vie quotidienne de Mme M, comme les repas, qui se passent ainsi de manière beaucoup plus sereine, à la fois pour Mme M et à la fois pour les soignants. Nous pouvons penser que ce qui a été initié en psychomotricité à travers l'atelier lui a probablement

permis de mieux s’intégrer avec les personnes de l’unité (résidents et soignants) et a également contribué à changer le regard que les soignants portaient sur Mme M (qui avaient tendance à peu la solliciter au départ en raison de l’expression très importante de ses troubles).

Conclusion

A travers cet écrit, nous aurons donc pu appréhender l'ampleur de l'impact des pathologies démentielles chez la personne âgée et son entourage. L'étendue des domaines qu'elles touchent nécessite une approche et une prise en soin globale, pluridisciplinaire et si possible même, transdisciplinaire.

Nous aurons également pu nous rendre compte que l'impact de ces pathologies va bien au-delà de la « simple » perte des capacités cognitives et de la perte d'autonomie. Du fait de leurs multiples conséquences, elles entraînent quelque chose de l'ordre d'une déstructuration de l'individu. C'est, en premier lieu, une déstructuration de la relation à soi à laquelle ces personnes sont confrontées, autrement-dit une déstructuration des liens entre les différentes composantes qui font d'elle un sujet à part entière, avec une histoire et un vécu porteurs de sens. C'est, en même temps, la relation dans sa composante à l'autre et à l'environnement qui est déstructurée, entravée et parasitée. La problématique de la relation et du lien apparaît donc majeure et c'est essentiellement elle qui semble pouvoir relier les différents types de pathologies démentielles présentant des profils parfois éloignés.

Cette dimension relationnelle, tant mise à mal, peut alors justement devenir un moyen privilégié pour limiter la déstructuration de l'individu et constituer la base d'une « clinique relationnelle ». Nous avons vu que les personnes âgées atteintes de pathologie démentielle conservent des capacités précieuses, notamment en ce qui concerne la communication analogique et la composante émotionnelle, à la fois de la mémoire et du traitement des informations du moment présent. Grâce à ces capacités, il est alors possible d'apaiser les troubles psycho-affectifs et comportementaux dont elles sont victimes. Il est possible, plus largement, de leur permettre de rester dans la relation à l'autre et à l'environnement, de soutenir leur relation à soi en travaillant sur leur reconnaissance de soi, en leur permettant de continuer à créer des liens et de se réapproprier en quelque sorte leur vécu.

Dans cette conception du soin, la psychomotricité a alors toute sa place et tout son intérêt. Du fait de la spécificité de son écoute, de son engagement corporel et de son ajustement dans la relation, le psychomotricien peut apporter une réponse à la problématique de ces personnes et travailler sur ces différentes dimensions de la relation : relation à soi, à l'autre et à l'environnement. La médiation ludique et groupale proposée par le psychomotricien, grâce aux

nombreux intérêts que comportent le jeu et le groupe, crée alors un espace propice à ce soin relationnel.

Le regard et le travail spécifique du psychomotricien viennent ainsi s'intégrer au travail de tous les autres membres de l'équipe soignante pour enrichir ce dernier et participer à cette approche globale de la personne âgée atteinte de pathologie démentielle.

Il m'apparaît important dans cette conclusion d'insister sur un élément en particulier : celui de la vision que nous pouvons avoir de ces personnes malades. En effet, cette vision conditionne largement la qualité des soins que nous pouvons leur apporter. A travers mon stage, j'ai pu d'autant plus saisir l'importance de considérer les capacités restantes de ces personnes et non pas seulement leurs difficultés, même si ces dernières sont majeures. Comme le dit M. Personne « *Une des difficultés principales pour faire évoluer les pratiques réside dans la représentation négative qui entoure les sujets les plus âgés, en particulier lorsqu'ils présentent des « fragilités »* »[145]. Nous pouvons alors ouvrir notre réflexion en nous questionnant sur l'impact de nos représentations collectives dans notre vision des personnes âgées atteintes de pathologie démentielle et la façon dont cela peut influencer notre travail.

Je terminerai enfin en mettant en avant le fait qu'à travers les expériences que j'ai vécues au sein de l'atelier « Jeu et Mouvement » et le travail de réflexion que m'a demandé ce mémoire, j'ai pu également trouver et m'approprier de nouveaux éléments de réponse sur la spécificité, l'apport et l'intérêt de la psychomotricité. Il me semble que ces éléments de réponses pourront alors certainement m'être utiles avec d'autres populations que le psychomotricien est susceptible de rencontrer et auprès desquelles il peut intervenir.

[145] PERSONNE M., *Protéger et construire l'identité de la personne âgée, Psychologie et psychomotricité des accompagnements*, Toulouse, érès, « Pratique gérontologiques », 2011, p. 7.

Table des Matières

Remerciements 2
Sommaire 3
Avant-propos 5
Introduction 6

Partie 1 : La démence ou Les démences 8
1. Origines et évolution du concept de démence 8
2. Notion de syndrome démentiel 10
3. Les différents types de démences 11
   a. La maladie d'Alzheimer 12
      a.a. La pathologie 12
      a.b. La mémoire 14
   b. Les démences vasculaires 17
   c. La démence à corps de Lewy 18
   d. La dégénérescence lobaire fronto-temporale 18
4. Les troubles psycho-affectifs et comportementaux 19
5. Autre hypothèse sur l'étiologie de la démence 22

Partie 2 : L'impact de la maladie … comment y répondre … 23
1. Inscription de la maladie dans le processus de vieillissement 23
2. Impact sur la vie psychique 25
   a. Retentissement général de la maladie sur la vie psychique : 25
   b. L'impact de l'altération des fonctions supérieures sur la vie psychique 27
   c. Une vision psychanalytique de la démence du sujet âgé 28
3. Impact sur le fonctionnement quotidien 30
4. Impact sur la vie sociale et relationnelle 32
   a. La communication 32
   b. Problématique relationnelle 34
5. Finalement, une problématique majeure et commune… 37

6. Quelles réponses face à la démence 38
a. Prise en soin à domicile (les équipes mobiles) 38
b. Prise en soin en institution 38
b.a. Les EHPAD 38
b.b. Les PASA 39
c. Nécessité d'une approche globale 40
d. Le soin relationnel 41
e. L'apport et la place de la psychomotricité 42

Partie 3 : Vers une compréhension théorique de l'atelier « Jeu et Mouvement »… 46
1. Le concept de médiation transitionnelle en psychomotricité 46
2. Le jeu 49
a. Qu'est-ce que le jeu ? 49
b. Le jeu dans la construction de l'individu 50
c. Le jeu dans le soin 52
d. Le jeu chez la personne âgée 53
e. La dimension du rire 55
3. Le groupe en psychomotricité 57
a. Définition 57
b. L'intérêt du groupe 58
4. Le cadre thérapeutique 60
a. Qu'est-ce que le cadre ? 60
b. La fonction du cadre 61

Partie 4 : Clinique en psychomotricité 64
1. L'atelier « Jeu et Mouvement » 64
a. Indications et Objectifs 64
b. Cadre, déroulement et contenu de l'atelier 66
2. Etude de cas de Mme M 68
a. Histoire de vie et anamnèse 69
b. La vie quotidienne de Mme M dans l'institution 71
c. Mme M au sein de l'atelier « Jeu et Mouvement » 74

d. Pour conclure 77
Conclusion 79
Table des Matières 81
Bibliographie 84
Annexes 87
Annexe 1 87
Annexe 2 88
Annexe 3 89
Annexe 4 90

Bibliographie

- ANZIEU D., *Le Moi-peau*, 2ème éd., Paris, Dunod, 1995, pp. 57-66.

- BELIN C., ERGIS A-M., MOREAUD O. (sous la direction de), *Actualité sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, Marseille, Solal, 2006, pp. 11-30, pp. 51-52, pp. 209-220.

- CHOUVIER B., La médiation dans le champ psychopathologique in BRUN A., *Les médiations thérapeutique*s, érès, 2011, « Le Carnet psy », pp. 37-47.

- DELAGE M., Abstract, conférence « Ethique et Bientraitance », I.M.S., Pessac, 13/09/2012.

- DELAMARRE C., *Démence et projet de vie. Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées*, Paris, Dunod, 2007, pp. 1-66, pp. 171-195.

- DEMOURES G., STRUBEL D. (sous la direction de), *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2006, pp. 1-59, pp. 79-110, pp. 125-139.

- DUQUENOY SPYCHALA K., *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*, 2ème éd., Ramonville Saint-Agne, érès, 2005, pp. 27-85.

- DURDILLY J., Quelle identité pour le psychomotricien en gériatrie, *Thérapie Psychomotrice et Recherches n°160*, 2009, pp. 16-25.

- FOURNIER M., Le Jeu en vaut-il la chandelle ?, *Sciences Humaines*, août-septembre 2004, n°152, pp. 20-21.

- http://www2.ac-lyon.fr/etab/ien/ain/bourg2/IMG/pdf/Approches_theoriques_du_jeu.pdf, 13 p.

- http://www.devis-assurances-dependance.com/aggiravq.php

- http://www.francealzheimer.org/comprendre-maladie/maladies-apparent%C3%A9es.

- http://www.jle.com/fr/revues/medecine/gpn/e-docs/00/04/8F/C3/resume.phtml.

- http://www.larousse.fr/dictionnaires.

- http://www.neur-one.fr/la%20m%E9moireemotion.pdf, 5 p.

- http://www.nonfiction.fr/article-3585-p4-a_propos_de_la_pulsion_de_mort.htm.

- http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-les-acteurs-du-plan-alzheimer-pres-.html.

- http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2013-05-16/troubles-neurocognitifs-leger-et-majeur.

- http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cahierdeschargesPASA_et_UHR-2.pdf, 16 p.

- http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_etude_Alzheimer_Gerontopole_2008-septembre.pdf, 38 p.

- http://www.unaf.fr/IMG/pdf/fma_lettre_n22_web-ok_2_.pdf, 12 p.

- http://www.who.int/suggestions/faq/fr/.

- JOLY F. (sous la direction de), *Jouer … le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, Paris, in press, 2003, pp. 1-69, pp. 219-228.

- JUHEL J-C., *La psychomotricité au service de la personne âgée, réfléchir, agir et mieux vivre*, Lyon, Chronique Sociale, 2010.

- KAËS R., *Du Moi-peau aux enveloppes psychiques, Genèse et développement d'un concept*, érès, Le Carnet psy, 2008, 22 p.

- LACOMBLEZ L., MATHIEUX-LAURENT F., *Les démences du sujet âgé*, Paris, John Libbey Eurotext, 2003.

- LE CAMUS J., *Pratiques psychomotrices, de la R.P.M aux thérapies à médiation corporelle*, Bruxelles, Mardaga, 1984, pp. 81-98.

- MAISONDIEU J., *Le crépuscule de la raison*, 4ème éd., Paris, Bayard, 2005, pp. 1-36.

- PERSONNE M., *Protéger et construire l'identité de la personne âgée, Psychologie et psychomotricité des accompagnements*, Toulouse, érès, « Pratique gérontologiques », 2011, pp. 7-13.

- POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, érès, 2012, pp. 321-398.

- POTEL C. (sous la direction de), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, in press, 3ème éd., 2010, pp. 1-40, pp. 289-310.

- ROUSSILLON R., *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, 2ème éd. Quadrige, Puf, 2012, pp. 217-218, p. 239.

- TAUZIA N., Usage du rire relationnel dans un groupe de personnes âgées atteintes de démence sénile de type Alzheimer, in *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe n°44, Humour, rire et groupe*, Toulouse, érès, 2005, pp. 115-146.

- TOUZET M., Mem., « *Du jeu au je : tel est le mouvement, mais, sans cesse, repris, réinventé* », Psychomotricité, Bordeaux, 2009.

- VERNIER L., Mem., « *Les mots et mouvements reflétant l'émotion …* », Psychomotricité, Bordeaux, 2011.

- VIGIER C., La psychomotricité : ou de la fonction d'étayage et de lien dans la maladie d'Alzheimer, *Thérapie Psychomotrice et Recherches n°160*, 2009, pp. 40-49.

- WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité*, Malesherbes, Gallimard, 2013, folio essais, pp. 1-50, pp. 84-107.

Annexes

Annexe 1

Inventaire neuropsychiatrique NPI.

NPI

Nom : Âge : Date de l'évaluation :

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = fréquence x gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Agitation/agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Dépression/dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Apathie/indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Irritabilité/instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Appétit/troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5

Score total 12 [ ]

Annexe 2

TABLEAU II. CRITÈRES NINCDS-ADRDA DE MALADIE D'ALZHEIMER

1. Maladie d'Alzheimer probable

- Démence avérée sur la foi d'un MMS* < 24 ou IMC** > 8
- Atteinte d'au moins un autre secteur cognitif : aphasie, apraxie, agnosie
- Détérioration progressive de la mémoire et des autres fonctions cognitives
- Absence de trouble de la conscience et d'autres pathologies potentiellement causales
- Début après l'âge de 50 ans

Arguments additionnels importants

- Perturbation des activités de la vie quotidienne ou troubles du comportement
- Histoire familiale, *a fortiori* si elle est confirmée neuropathologiquement
- PL normale et EEG normal ou anomalies non spécifiques (ondes lentes)
- Atrophie au scanner X, avec progression sur plusieurs examens successifs

Atypies cliniques acceptables après exclusion d'autres causes de démence

- Paliers dans le cours de la maladie
- Présence de : dépression, hallucinations, idées délirantes, amaigrissement, incontinence, bouffées d'angoisse ou d'agitation, troubles sexuels, insomnies
- Anomalie neurologique d'apparition tardive : hypertonie, myoclonies, troubles de la statique, crises d'épilepsie
- Scanner X considéré comme « normal pour l'âge »

Atypies cliniques rendant le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable incertain

- Début brutal « apoplectique »
- Signes neurologiques survenant précocement dans le cours de la maladie comme : hémiparésie, déficit sensitif, déficit du champ visuel, incoordination
- Crises d'épilepsie ou troubles de la statique de survenue précoce

2. Maladie d'Alzheimer possible

- Syndrome atypique par : son mode de début, son évolution, sa présentation clinique, mais en l'absence d'autre cause de démence
- En cas de pathologie associée, cérébrale ou générale, qui pourrait entraîner une démence mais, dans le cas particulier, n'est pas considérée comme causale
- Déficit cognitif sévère, isolé, graduellement progressif (dans un cadre de recherche)

* MMS : test du *Mini-Mental Status* de Folstein.
** IMC : test « information-mémoire-concentration » de Blessed.

146

[146] *Les démences du sujet âgé*, Paris, John Libbey Eurotext, 2003, p. 8.

Annexe 3

TABLEAU III. CRITÈRES DSM IV DE DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER

A. Installation conjointe de :

- Un trouble de mémoire (déficit de l'apprentissage ou du rappel de notions acquises)
- Une atteinte d'au moins un autre secteur cognitif : aphasie, apraxie, agnosie, trouble des fonctions exécutives (stratégies, organisation, conceptualisation)

B. Ces déficits entraînent :

- Une perturbation des activités de la vie quotidienne ou du comportement social
- Un déclin significatif par rapport au fonctionnement antérieur

C. L'évolution est caractérisée par :

- Un début progressif
- Un déclin continu

D. Ces déficits ne sont pas liés à :

- Une pathologie cérébrale identifiable, susceptible de causer une détérioration (accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hydrocéphalie à pression normale, hématome sous-dural, tumeur cérébrale)
- Une pathologie générale pouvant induire une démence : hypothyroïdie, carence en folates, en niacine ou en vitamine B12, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH
- Une toxicomanie

E. Ces déficits ne sont pas liés à un syndrome confusionnel

F. Le trouble ne correspond pas mieux à un état dépressif ou une schizophrénie

[147]

[147] *Les démences du sujet âgé*, Paris, John Libbey Eurotext, 2003, p. 9.

Annexe 4

TABLEAU IV. CRITÈRES DE DÉMENCE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER DE LA CIM-10

La démence :

- Un syndrome dû à une maladie cérébrale
  - D'évolution usuellement chronique ou progressive
  - Réalisant une atteinte de plusieurs fonctions supérieures : mémoire, idéation, orientation, compréhension, capacités de calcul ou d'apprentissage, langage, jugement.
- La conscience n'est pas altérée
- Ces troubles sont habituellement accompagnés (parfois précédés) d'une détérioration du contrôle émotionnel, des comportements sociaux ou de la motivation.

La démence de la maladie d'Alzheimer

- La MA est une maladie cérébrale primitive, d'étiologie inconnue
- Le trouble est habituellement de début insidieux
- L'évolution est habituellement lente mais régulière sur plusieurs années
- On distingue la MA à début précoce (avant 65 ans) de celle à début tardif (après 65 ans)

[148]

[148] *Les démences du sujet âgé*, Paris, John Libbey Eurotext, 2003, p. 9.