



HAL
open science

**L'engagement du corps et son langage : quand la
relaxation favorise la communication au sein d'un
groupe de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
à un stade sévère**
Éva-Johanna Nitschelm

► **To cite this version:**

Éva-Johanna Nitschelm. L'engagement du corps et son langage : quand la relaxation favorise la communication au sein d'un groupe de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01068913

HAL Id: dumas-01068913

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01068913>

Submitted on 26 Sep 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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex



Mémoire présenté par
Eva-Johanna NITSCHELM
En vue de l'obtention du Diplôme d'État de psychomotricité

L'ENGAGEMENT DU CORPS ET SON LANGAGE,

Quand la relaxation favorise la communication au sein
d'un groupe de personnes atteintes de la maladie
d'Alzheimer à un stade sévère.

Référent de mémoire :
Marc Guiose

Session : Juin 2014

“Le drame de bien des vieillards perdus dans leurs repères est qu'on ne leur parle plus.”

M. Mannoni, 1991, p. 22

“N'oublions pas que les petites émotions sont les grands capitaines de nos vies et qu'à celles-là nous y obéissons sans le savoir.”

Vincent Van Gogh, extrait d'une lettre à son frère Théo

“Si nous sommes convaincus que la personne en face de nous ne communique plus, nous ne verrons pas quand elle nous exprime quelque chose, à plus forte raison si elle utilise le langage non verbal.”

Cécile Delamarre, 2011, p. 60

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier Marc Guiose qui a accepté d'être mon maître de mémoire et qui m'a toujours soutenue dans mes choix et mes convictions personnelles.

Je remercie ensuite ma maître de stage, Adèle, pour tout ce qu'elle m'a apportée qui me sera d'une grande richesse pour mon début de carrière en tant que psychomotricienne.

Pour leur précieux soutien, je tiens à remercier Julia Tuc et Marion Spagnuolo.

Il me tient également à coeur de remercier l'ensemble des étudiants en psychomotricité de la promotion 2011-2014 pour leur dynamisme, leur tolérance et leur sourire. Je remercie tout particulièrement Charly Hervé, Manuella Igout, Marlène Ligneau, Pauline Louis, Maxime Tchydémian et Manon Tessier qui m'ont portée et supportée pendant déjà quatre belles années parcourues ensemble, de découverte, de joie mais aussi de doute.

Je remercie Coco la Coline, également future psychomotricienne, pour sa blondeur radieuse qui n'entache en rien son intelligence. Je la remercie pour sa qualité première, la conciliation, dont elle a fait preuve à mon égard. Je la remercie également pour son soutien à toute épreuve et sa joie de vivre.

Je n'oublie pas de remercier les quelques personnes, chères à mes yeux, qui ont partagé un moment de ma vie et ont contribué à faire de moi qui je suis aujourd'hui.

Enfin je remercie mes parents pour m'avoir soutenue toutes ces années parfois difficiles qui m'ont mise sur le chemin de la psychomotricité. Les chats ne font pas des chiens dit-on... Alors à vous, chers parents, je vous remercie chacun de m'avoir inculqué ce qu'il vous a semblé être le mieux pour moi : la sensibilité, la créativité, l'humour, la tolérance et la persévérance sans laquelle je n'en serai pas là.

Gracias !

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
---------------------------	----------

Partie 1 : LE GROUPE DE COMMUNICATION CORPORELLE, un groupe institutionnel pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	8
--	----------

I - L'institution, un lieu de vie et de soin.....	8
--	----------

1. L'EHPAD	8
------------------	---

2. Projet d'établissement et projets personnalisés.....	9
---	---

3. L'équipe encadrante.....	10
-----------------------------	----

4. Place et rôle de la psychomotricité au sein de l'EHPAD	11
---	----

II - Le groupe Communication corporelle : de l'élaboration à la réalisation .	13
--	-----------

1. La relaxation.....	14
-----------------------	----

2. La méthode Wintrebert	16
--------------------------------	----

3. Le projet du groupe Communication corporelle	18
---	----

4. Présentation du cadre du groupe Communication corporelle	19
---	----

III - Les personnes suivies et la maladie d'Alzheimer	21
--	-----------

1. Présentation de Mme Réglisse.....	22
--------------------------------------	----

2. Présentation de Mme Bouton de Rose	23
---	----

3. Présentation de Mme Datte	25
------------------------------------	----

4. Présentation de M. Curaçao	27
-------------------------------------	----

5. La maladie d'Alzheimer	28
---------------------------------	----

Partie 2 : LA COMMUNICATION CHEZ LA PERSONNE ATTEINTE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER À UN STADE SÉVÈRE.....	33
---	-----------

I- Le toucher	33
----------------------------	-----------

1. L'entrée en contact	33
------------------------------	----

2. Une approche pas toujours tolérée	35
--	----

3. Limites et confusions des corps	36
--	----

II- Ressentir et s'exprimer	38
--	-----------

1. Écoutez-moi je vous dis quelque chose	39
--	----

2. L'inscription des mots par le corps	40
--	----

3. Ne pensez pas que je vous veux du mal.....	42
---	----

III- Être là	44
---------------------------	-----------

1. Je n'arrive pas à vivre l'instant présent	44
--	----

2. Je suis présent quand j'évoque le passé.....	47
---	----

3. Le regard soutient l'instant présent.....	49
--	----

Partie 3 : UN CHEMIN VERS L'INTERSUBJECTIVITÉ	52
I- Involution psychocorporelle.....	52
1. Un vécu de pertes	53
2. Au début était l'enroulement	56
3. Quelle image du corps ?.....	58
II- L'ajustement du psychomotricien	61
1. Une dernière dyade	61
2. Un corps en émotions.....	63
3. Une présence enveloppante.....	64
4. Ma place de stagiaire.....	67
CONCLUSION	70
BIBLIOGRAPHIE.....	71
GLOSSAIRE.....	74

INTRODUCTION

«Je perds la tête» ou encore «je deviens folle». Voici deux phrases susceptibles d'être dites par des personnes démentes à un stade sévère. Ces phrases illustrent de manière flagrante quelque chose de l'ordre de la folie. Lorsque la maladie démentielle est très évoluée, les personnes sont, pour la plupart, dans l'incapacité de parler et de se mouvoir. La personne a alors du mal à exprimer ses besoins et ses envies. La communication s'en retrouve altérée. Ces difficultés peuvent alors entraver la relation entre ces personnes et leur entourage. Une incompréhension s'installe et vient renforcer les difficultés de communication.

Au cours de mon stage de troisième année que j'ai effectué au sein d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), j'ai d'emblée été confrontée à ce problème de communication. Dès lors, ce sujet a éveillé ma curiosité. Par chance, tout au long de l'année, j'ai pu participer à un groupe de relaxation intitulé Communication corporelle qui a suscité mon intérêt. Ce groupe est proposé à des résidents qui sont atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère. Je me suis alors demandée «Comment la relaxation pouvait être support de la communication chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère ?»

Pour répondre à cette question je me suis basée sur plusieurs hypothèses. La relaxation permet d'affiner la perception du corps dans le sens d'une unification corporelle et d'une individuation. Elle ouvre au dialogue tonico-émotionnel et favorise l'émergence des émotions et des souvenirs. Enfin, la relaxation permet de récupérer une intentionnalité du geste. La méthode de relaxation utilisée dans ce groupe est une adaptation de la méthode activo-passive de Wintrebert. Je m'appuie donc sur une technique choisie pour tenter d'expliquer en quoi le psychomotricien permet de restaurer la communication tant verbale que non verbale.

Afin de répondre à cette problématique, je présenterai un exposé théorico-clinique en trois parties, étayé de mon propre regard. Dans un premier temps, j'exposerai le cadre de mon lieu de stage, le dispositif des séances de relaxation ainsi

que la présentation des personnes du groupe et la maladie d'Alzheimer qu'ils ont en commun. Dans un second temps, je tenterai de mettre en évidence, par plusieurs faits cliniques, les différents moyens de communication des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère. Par ce biais, j'explicitai les perturbations de la communication chez ces personnes et comment celles-ci peuvent réagir face à différentes sollicitations proposées en relaxation. Enfin, je présenterai une dernière partie en deux temps. Dans le premier, je tenterai d'étudier l'attitude psychocorporelle qu'ont en commun ces personnes. Suite à cela, j'expliquerai en quoi l'ajustement du psychomotricien permet de préserver, voire de restaurer, certains pans de la communication verbale et non verbale.

Partie 1 : LE GROUPE DE COMMUNICATION CORPORELLE, un groupe institutionnel pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

I – L'institution, un lieu de vie et de soin

1. L'EHPAD

L'EHPAD est un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Celui dans lequel j'effectue mon stage fait partie d'un groupe privé d'accueil et de services aux personnes âgées en France. Le projet de ce groupe s'inscrit dans l'accueil des personnes les plus désorientées et les plus dépendantes. L'institution accueille des personnes âgées n'ayant plus la possibilité physique ou psychique de vivre à domicile en sécurité ou souhaitant rompre avec un isolement fragilisant. La majorité des personnes y entrant sont là pour des longs séjours mais l'établissement est susceptible d'accueillir certaines personnes pour un court séjour allant de quelques jours à trois mois. L'établissement est un lieu de vie où plusieurs services sont mis en place tels que l'hôtellerie, la restauration et les soins.

Le groupe a ouvert des établissements spécialisés en psychogériatrie, c'est-à-dire dans la prise en charge des troubles du comportement, accueillant exclusivement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées. L'EHPAD dans lequel j'exerce en tant que stagiaire accueille toutes personnes de plus de soixante ans, plus ou moins dépendantes. La dépendance¹ est le fait pour une personne de dépendre de quelqu'un ou de quelque chose. La grille nationale AGGIR² (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance physique ou psychique d'une personne âgée dans l'accomplissement de ses actes quotidiens.

¹ Petit Robert, 2011, p. 682.

² <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml> Site officiel de l'administration française mis à jour le 28 mai 2013. Consulté le 15 mars 2014.

La structure a une capacité de cinquante chambres et cinquante-trois lits. Nous y retrouvons donc des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, avec qui je travaille, mais aussi des personnes ayant d'autres démences ou divers troubles psychiatriques, neurologiques et/ou rhumatologiques.

2. Projet d'établissement et projets personnalisés

Le projet d'établissement est constitué du projet de vie et du projet de soin.

Le projet de vie de la résidence est centré sur deux axes principaux, la vie sociale et la vie privée des résidents. Les groupes et activités mis en place par l'animatrice, la psychologue, la psychomotricienne ou les kinésithérapeutes soutiennent l'activité sociale entre les résidents. Les repas permettent également des moments d'échanges. D'autre part, le projet d'établissement tient à respecter la vie privée des résidents en préservant leur intimité. Chaque chambre est considérée comme un espace personnel où les droits élémentaires de la vie privée sont respectés. A son entrée, le résident peut personnaliser sa chambre avec ses propres affaires. Le changement de lieu de vie, souvent brutal, peut entraîner un choc émotionnel et favorise l'anxiété³. Les affaires personnelles du résident lui permettent d'être rassuré en lui donnant des repères connus. Il pourra ainsi appréhender plus facilement son nouvel environnement.

Le projet de soin de la résidence est décliné pour chaque résident en fonction de la pathologie et du niveau de dépendance. Il a pour objectif de décrire la prise en charge des troubles et pathologies existantes. Il se doit de respecter l'identité de la personne, sa personnalité et ses envies, ses rythmes et habitudes de vie selon la possibilité offerte par la résidence. Le projet de soin commence par un état des lieux qui permet de formuler des projets à mettre en œuvre par l'équipe soignante. Les bilans et observations réalisés par la psychomotricienne font partie intégrante de l'élaboration du projet de soin individualisé. Des prises en charge et préventions sont mises en place pour le maintien de l'autonomie, l'hygiène et les maladies infectieuses, la nutrition et l'alimentation ainsi que pour les démences. Dans tous ces champs la psychomotricienne de l'établissement, Adèle, occupe une place adaptée. Dans le cadre

³ Le signe * renvoie au glossaire.

de mon mémoire, je me suis particulièrement intéressée à la prise en charge des démences, notamment à un stade sévère.

Pour chaque résident entrant, un projet de vie et un projet de soin sont objectivés et forme un projet personnalisé. La résidence met en place un suivi quotidien des projets personnalisés par l'intermédiaire d'une plateforme informatique nommée Projet de Soins Informatisé (PSI). Accessible à tous les professionnels du soin, cette plateforme comporte plusieurs sous-parties permettant d'avoir recours à diverses informations comme la fiche de suivi du résident, les données faisant référence à son identité, son dossier médical et les prises en charge en psychomotricité. Elle permet aussi l'accès aux résumés des transmissions*. Cet outil permet aux professionnels d'adapter en permanence la prise en charge en fonction des besoins et des attentes de chaque résident, dans une perspective globale, de pluridisciplinarité. Chaque projet est présenté au résident concerné, et/ou à son représentant légal, qui dispose du libre choix entre les prestations qui lui sont proposées. Le résident a le droit de participer directement à l'élaboration et à la mise en œuvre de son projet personnalisé. Le projet est réévalué tous les ans et à chaque évolution majeure de sa situation. Le dossier du résident est donc régulièrement mis à jour par l'équipe soignante. Des réunions hebdomadaires permettent de suivre et d'adapter les projets de soins individualisés. Ces derniers sont couverts par le secret médical, les informations présentes dans le dossier sont confidentielles.

3. L'équipe encadrante

L'équipe encadrante est composée de professionnels soignants et non soignants.

L'équipe non soignante regroupe plusieurs personnes dont les secrétaires, le personnel hôtelier, celui chargé du ménage, l'animatrice et la directrice. Comme expliqué précédemment, les animations sont prédominantes dans l'institution car elles sont au cœur de la vie sociale. Elles contribuent à maintenir un lien social. Chaque résident peut y participer à son rythme.

L'équipe soignante de l'établissement est encadrée par le médecin coordonnateur et par l'infirmière coordinatrice, eux-mêmes sous la houlette de la

directrice. Le médecin coordonnateur élabore les projets de soin avec l'équipe soignante et certains médecins référents extérieurs à la structure. Le médecin coordonnateur a pour rôle de coordonner et évaluer la mise en œuvre du projet général de soin. Il évalue et valide l'état de dépendance des résidents. L'infirmière coordinatrice garantit la qualité et l'organisation des soins. Elle coordonne les soins dans la résidence et gère l'équipe des infirmiers, aides-soignants et aides médico-psychologiques.

L'équipe soignante assure donc la qualité et la permanence des soins, la prise des médicaments, l'aide à la toilette, aux déplacements et à la prise des repas. Outre le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice, elle est composée des infirmiers diplômés d'État, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques ainsi que d'une psychologue et l'équipe de rééducation. Cette dernière est composée de deux kinésithérapeutes et d'une psychomotricienne.

4. Place et rôle de la psychomotricité au sein de l'EHPAD

La psychomotricité vise à l'harmonie des fonctions motrices et psychiques en prenant en compte les dimensions corporelles, cognitives, affectives et identitaires de la personne. Elle est un moyen de restaurer l'adaptation d'un individu. «L'approche globale de l'individu est une des caractéristiques principales de la psychomotricité.»⁴

Au sein de l'EHPAD, un poste de psychomotricien a été créé en 2009. A l'origine, celui-ci avait pour principal objectif la mise en place de séances de balnéothérapie*. C'est ma maître de stage, Adèle, qui occupe cette fonction à temps partiel depuis l'année 2009.

Au fur et à mesure, le travail de la psychomotricienne s'est essentiellement axé sur la prise en charge des personnes atteintes de pathologies démentielles. Selon la Classification Internationale des Maladies (CIM 10), la démence est un syndrome dû à une affection cérébrale habituellement chronique et progressive caractérisée par une perturbation des fonctions supérieures*, cognitives* et intellectuelles.

⁴ Ballouard C., 2003, p. 7.

Auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère, la psychomotricité intervient dans les mécanismes mis en œuvre lors de la communication et des relations, des fonctions cognitives, des possibilités gestuelles et motrices et des repères identitaires.

Adèle exerce sur prescription médicale. Les prescriptions sont faites en interne par le médecin coordonnateur ou par les médecins référents extérieurs. Adèle réalise des actes professionnels comme le bilan psychomoteur et les prises en charge. C'est elle qui décide initialement quel résident doit avoir un suivi en psychomotricité mais il est possible que certains professionnels émettent leur point de vue lors des réunions de synthèse et suggèrent à Adèle une prise en charge en psychomotricité.

Dans un premier temps, la psychomotricienne réalise un bilan ou des observations nécessaires à l'évaluation des fonctions psychomotrices des personnes contribuant au diagnostic médical et oriente des stratégies thérapeutiques. Elle doit élaborer des projets thérapeutiques en psychomotricité pour chaque résident concerné. Chaque projet est ensuite validé avec l'accord du médecin coordonnateur.

En fonction du bilan établi, la psychomotricienne travaille dans un second temps sur la problématique du résident en intervenant aux niveaux psychologique, perceptif et moteur. Pour cela, elle contribue à la prise en charge:

- Des troubles du comportement, des troubles anxieux,
- Des troubles du schéma corporel* et de la représentation du corps,
- Des troubles de la latéralité* ou de la latéralisation*,
- Des troubles de l'organisation spatio-temporelle,
- Des maladrotes motrices et gestuelles, apraxie*, dyspraxie*,
- Des troubles de la régulation tonique, des troubles tonico-émotionnels,
- Des troubles émotionnels et relationnels, de la communication verbale et infra verbale,
- Du traitement de la douleur,
- Des sujets en fin de vie dans le domaine palliatif*.

Adèle est susceptible de travailler en co-thérapie avec les kinésithérapeutes mais aussi avec d'autres membres du personnel soignant comme les infirmiers ou la psychologue. Elle réalise des prises en charge individuelles mais aussi groupales. Les durées et fréquences sont déterminées par Adèle, au regard des autres membres de l'équipe. Les prises en charge individuelles ont souvent lieu dans la chambre du résident mais elles peuvent également se dérouler dans une pièce dédiée à la psychomotricité comme la salle de balnéothérapie ou dans un autre endroit de la résidence, plus informel, selon le contexte. Les objectifs du groupe, le choix de la médiation utilisée, les modalités de fonctionnement du groupe sont élaborés par Adèle et présentés au médecin coordonnateur. Les prises en charge durent entre trente minutes et une heure. L'établissement accorde une place primordiale à la psychomotricité afin de favoriser une dynamique groupale et préserver la vie sociale des résidents.

Pour répondre à la demande de l'institution, Adèle a mis en place trois groupes dont celui intitulé Communication corporelle. Dans le cadre de mon mémoire, c'est ce groupe qui a retenu mon attention.

II - Le groupe Communication corporelle : de l'élaboration à la réalisation

Le groupe Communication corporelle est un groupe de relaxation constitué à l'origine de sept personnes. Adèle a instauré ce groupe en septembre 2013, au moment où j'ai débuté mon stage. J'ai donc assisté à son élaboration, à sa création et à son évolution.

La relaxation pratiquée auprès des résidents est inspirée de la méthode Wintrebert. C'est pourquoi j'expliquerai dans un premier temps ce qu'est la relaxation et comment je la perçois. Dans un second temps, je détaillerai la méthode Wintrebert afin de mieux comprendre le choix de la relaxation mise en place par Adèle. Dans un troisième temps, j'exposerai les objectifs de cette méthode adaptée à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

1. La relaxation

«Le terme relaxation est un anglicisme introduit en 1954. Sur le plan étymologique le mot vient du latin 'relaxare' se détendre, se relâcher.»⁵ Se détendre implique un abaissement de tension. Cela à donc à voir avec le tonus* qui «est avant tout un phénomène neurophysiologique qui se manifeste au niveau musculaire»⁶. Le tonus se caractérise par l'état permanant de légère tension des muscles.

Nous pouvons envisager la relaxation comme un outil que le psychomotricien peut utiliser dans un champ préventif*, curatif* ou palliatif.

La relaxation peut être considérée comme une médiation, dans le sens où cet outil sert de tiers entre soi et l'autre. N'oublions pas cependant que le choix de l'outil n'a d'importance que dans la mesure où il est judicieusement utilisé. C'est pourquoi il est nécessaire, après avoir fait une observation minutieuse du patient, d'établir des axes thérapeutiques pour choisir, réfléchir et appliquer une méthode de façon la plus adaptée possible.

De prime abord, la relaxation induit une notion de détente et de bien être. «Pour Durand de Bousingen, 'les méthodes de relaxation sont des procédés thérapeutiques bien définis, visant à obtenir chez l'individu une décontraction musculaire et psychique à l'aide d'exercices appropriés; la décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique.'»⁷ Mais par ce biais, la relaxation revêt bien d'autres aspects comme la prise de conscience des rythmes corporels ou la réappropriation de l'intentionnalité du geste ainsi que la prise de conscience de la place du corps, des sensations et émotions qui en émanent.

J. H. Schultz et E. Jacobson sont les deux précurseurs de la relaxation. Leurs travaux, inspirés de l'hypnose, ont été élaborés respectivement en 1908-1912 et 1925-1928⁸. J. H. Schultz utilisait une méthode d'induction et de mentalisation, le training autogène. E. Jacobson, quant à lui, mit au point une méthode dite analytique, qui est «le modèle de référence de toutes les relaxations neuro-musculaires à point de

⁵ Baillard C., 2001, p. 13.

⁶ Guiose M., 2007, p. 59.

⁷ Baillard C., *op. cit.*

⁸ Baillard C., *op. cit.*, p. 14.

départ physiologique.»⁹ Ce-dernier met en lien le vécu émotionnel et le degré de tension musculaire. Les recherches de ces deux précurseurs ont influencé leurs successeurs. Ainsi, d'autres méthodes de relaxation ont été développées. Parmi les plus connues nous retrouvons les méthodes de M. Sapir, H. Wintrebert, G. Alexander ou encore celle de J. Bergès.

Chaque méthode diffère dans le procédé de la mise en œuvre et s'adapte en fonction de la population et de l'individu. Une séance de relaxation est divisée en plusieurs temps, selon les auteurs. Ici, j'ai choisi d'exposer six temps qui reflètent ma vision générale du processus de relaxation en lien avec mon vécu :

- 1- Un temps d'accueil et de présentation pendant lequel je suis susceptible de reposer le cadre en expliquant aux résidents ce pourquoi ils participent à la séance, avec qui et pour combien de temps.
- 2- Un temps d'installation. Avant d'amener chaque personne à sa place, j'indique à chacun où je vais l'installer. Puis je prends un moment pour savoir si la personne est confortablement positionnée. Si nécessaire, je lui propose des appuis supplémentaires comme des coussins, au niveau de sa tête, de ses bras ou sous ses pieds.
- 3- L'entrée dans la relaxation où sont proposées diverses inductions.
- 4- Un temps d'appréciation de la détente qui permet l'intégration des informations sensorielles.
- 5- Un temps de reprise où le corps est remobilisé de façon progressive et pendant lequel la personne reprend contact avec les éléments de la réalité extérieure.
- 6- Un temps de verbalisation qui permet d'exprimer son ressenti.

Les différents temps de la relaxation permettent une entrée et une sortie graduelle de l'état de relaxation. Ainsi le sujet peut plus facilement se recentrer sur son propre corps et être à l'écoute des sensations qui l'investissent. «Se relaxer n'est pas une fin en soi. C'est tout ce qui est mis en jeu au cours de ce travail qui permet au sujet d'aborder sur le plan corporel et verbal ses difficultés propres»¹⁰.

⁹ Guiose M., 2007, p. 17.

¹⁰ Baillard C., 2001, p. 14.

J'ajouterai que la relaxation permet un moment où le corps et tout ce qui fait de lui un corps/individu dans son interaction avec le monde extérieur, c'est-à-dire l'expression des muscles, os, organes et émotions qui y sont liées, peuvent être relayés au premier plan. Les différents flux sensoriels* venant du psychomotricien et du milieu extérieur vont pouvoir être intégrés par la personne. Chaque personne ayant une mémoire corporelle, ces différentes intégrations sensorielles vont donner du sens à l'existence de l'individu et vont conforter le *sentiment continu d'exister* dont parle D. W. Winnicott¹¹.

La méthode de relaxation qu'Adèle et moi utilisons lors des séances avec les résidents est une méthode adaptée, inspirée de la méthode activo-passive de H. Wintrebert.

2. La méthode Wintrebert

La relaxation activo-passive mise au point par H. Wintrebert date de 1959. Comme l'a expliqué C. Baillard¹², elle a été élaborée à partir des observations et des travaux du service de neuropsychiatrie infantile de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

H. Wintrebert travailla sur les mouvements passifs, c'est-à-dire imprimés par une force extérieure à l'organisme, et sur la vigilance : «En utilisant l'électroencéphalogramme (EEG), Wintrebert a montré la corrélation entre l'activité alpha (tracé de repos mental) et la décontraction qui se produit pendant le mouvement de relâchement musculaire, quand l'enfant abandonne toute participation et résistance.»¹³ L'électroencéphalogramme permet d'enregistrer l'activité électrique des neurones*. Plusieurs rythmes sont observables, du plus lent au plus rapide : le rythme alpha (rythme de repos), le rythme bêta et les rythmes rapides. Ainsi, d'après C. Baillard : «L'électrogénèse cérébrale est modifiée par la stimulation des sens ou le mouvement.»¹⁴ Le mouvement passif permet donc une modification de la vigilance, du tonus et une diminution des tensions musculaires excessives, inopportunes.

¹¹ Winnicott D.W., 1965.

¹² Baillard C., 2001, p. 83.

¹³ Guiose M., 2007, p. 24.

¹⁴ Baillard C., *op. cit.*, p. 116.

C. Baillard ajoute que la méthode Wintrebert s'appuie sur trois types d'induction : «les inductions proprioceptives* [...], les inductions tactiles [...], les inductions verbales»¹⁵. Les inductions proprioceptives partent du mouvement et informent le sujet sur sa propre détente. Les inductions tactiles localisent les parties du corps et les inductions verbales nomment les différentes parties du corps et suggèrent certaines sensations comme celle de lourdeur.

La relaxation va ainsi permettre l'apparition de phénomènes imaginaires.¹⁶ Ceux-ci peuvent symboliser ce qui fait problème pour l'enfant et c'est à travers leur expression que celui-ci peut liquider ses conflits. C'est pourquoi H. Wintrebert parle de «dialogue tonico-imaginaire».¹⁷

H. Wintrebert présente sa méthode en trois temps. Le premier est celui des mouvements passifs. «La sensation de détente s'obtient progressivement par la répétition lente, rythmée et monotone du mouvement passif, dans un ordre précis par rapport à l'ensemble du corps»¹⁸. Le second est un temps d'immobilité et le troisième consiste en un temps de réadaptation des mouvements.

Dans le groupe mis en place par Adèle, les mouvements passifs réalisés concernent uniquement ceux de la main, de l'avant-bras et du bras. Adèle ou moi commençons chaque mobilisation en imprimant un mouvement de la main qui «est souple quand elle monte» et «lourde quand elle descend». Puis le mouvement se diffuse à l'avant-bras et au bras en gardant les mêmes propositions de souplesse et de lourdeur. Adèle ou moi commençons la mobilisation sur un côté puis sur l'autre sans jamais rompre le contact physique. Après la mobilisation passive, nous proposons directement aux résidents de reprendre les mouvements s'ils le souhaitent.

H. Wintrebert adapta sa méthode de relaxation aux jeunes enfants. Il est néanmoins possible d'utiliser cette relaxation avec des adultes comme j'ai pu le faire. Les vignettes cliniques exposées dans la seconde partie de mon mémoire démontrent bien l'utilité de cette méthode adaptée à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère. Je développerai les différentes particularités de cette maladie ultérieurement.

¹⁵ Baillard C., 2001, p. 85.

¹⁶ Wintrebert H., 1967.

¹⁷ Wintrebert H., 2003.

¹⁸ *Ibid.* p. 24.

3. Le projet du groupe Communication corporelle

Le groupe de Communication corporelle est proposé aux personnes en position de repli sur soi ou au langage très déstructuré, voire absent. La méthode de relaxation adaptée proposée par Adèle a pour objectif la préservation, voire la récupération, d'une communication verbale et non-verbale.

Pour cela, cette méthode vise un relâchement musculaire pour une plus grande mobilité corporelle et articulaire, un bien être corporel et une détente psychique dans le but de diminuer l'anxiété. Elle tend également vers une réappropriation de l'intentionnalité du geste dans sa valeur de communication et de réalisation. Ce travail permet de retrouver des possibilités motrices au niveau de l'organisation pratique* et de favoriser l'intégration du schéma corporel. L'application de cette méthode de relaxation met en œuvre la capacité à imiter un mouvement, celle d'être à l'écoute de son rythme et de repérer et accepter la différence des rythmes de chacun. Enfin, elle vise un accompagnement du vécu émotionnel et aide l'expression des personnes relative à leur vécu d'être touchées, mobilisées.

Le groupe de relaxation psychomotrice permet donc aux résidents de profiter de leur corps dans sa dimension de relation, d'organisation, de plaisir, de circulation émotionnelle, dans un but de recréer du lien social, prendre conscience de ses difficultés et stimuler les repères corporels de base.

La méthode de relaxation instaurée se déroule en plusieurs étapes:
Un temps d'étirement des membres supérieurs en associant la respiration, en groupe. La proposition est de lever les bras sur l'inspiration et de les abaisser sur l'expiration. Dans un second temps, toujours en groupe, une mobilisation passive individuelle des mains et des bras de chaque résident est proposée par Adèle ou moi. Ce temps permet de ressentir ses possibilités articulaires et de mouvements. La mobilisation passive aide le résident à pouvoir se détendre, à abaisser son tonus. Les modifications toniques favorisent une meilleure perception* corporelle et sont souvent le support d'expressions émotionnelles.
Vient ensuite un temps d'appréciation de la détente pendant lequel chaque résident mobilisé peut se centrer sur ses ressentis corporels.

Enfin, Adèle propose une reprise des mouvements des bras réalisés lors du temps d'étirement en groupe. Ce moment est également l'occasion pour les résidents de signifier leur vécu de la séance.

Au fil des séances de Communication corporelle, Adèle me laisse les mener peu à peu. Un relai est donc mis en place et je passe progressivement de la position d'observatrice à une position, plus impliquée, d'actrice.

4. Présentation du cadre du groupe Communication corporelle

Ce groupe a lieu chaque vendredi de onze heures à midi. Les horaires ont été choisis dans le souci du respect des rythmes de chacun. Il faut néanmoins prévoir un temps supplémentaire avant la séance pour aller chercher les personnes et les amener au patio.

Le patio est la salle dans laquelle se déroule le groupe Communication corporelle. Elle se situe au sous-sol. Un ascenseur permet à Adèle et moi d'y emmener les résidents. Malgré son emplacement, cette pièce est tout de même largement éclairée par la lumière du jour car un grand velux recouvre une partie du plafond. Dans cette salle, les personnes du groupe sont disposées en cercle.

Ces personnes sont dans leur fauteuil la majorité du temps. Une minorité se déplace debout avec aide. Cette diminution de mobilité corporelle entrave le schéma corporel. Le corps en tant que premier référent spatial est donc amoindri et la conception de l'espace est plus difficile pour ces personnes.

Ainsi le travail autour de l'organisation spatiale (perception, orientation et structuration) est donc essentiel, et ce dès le moment d'installation des résidents. C'est pourquoi l'agencement de la salle et la disposition en cercle des personnes sont pensés.

Les Arènes de Nîmes illustrent parfaitement le degré de perfectionnement atteint par les ingénieurs romains pour la conception et la construction de ce type d'édifice très complexe présentant une symétrie parfaite. Ainsi, chacun avait une vue d'ensemble sur l'arène. A l'instar des arènes de Nîmes, la conformation spatiale n'a

pas été choisie au hasard. Dans un cercle, les personnes sont à équidistance les unes des autres. Le cercle, composé de six ou sept personnes, n'excède pas quatre mètres de diamètre environ. Cette distance permet à chaque individu de voir les personnes qui l'entourent. Chacun pourra ainsi voir la personne d'en face dans sa globalité mais verra mieux les expressions d'une personne plus proche. De même, la voix sera plus audible.

Le rond ou cercle est une figure géométrique reprise par les Hommes dans différents contextes : ronde des enfants, réunions de certains employés *etc.* Et même dans les légendes comme dans *Arthur et les chevaliers de la table ronde*.

Ainsi, Wace, poète normand, écrivit en 1155 :

«C'est pour les nobles preux seigneurs qui l'entouraient et qui tous se croyaient meilleurs les uns que les autres - et l'on aurait eu bien du mal à désigner le pire - qu'Arthur fit la Table ronde, cette table sur laquelle les Bretons racontent tant de fables. C'est là que prenaient place, dans la plus parfaite égalité, les nobles seigneurs. Ils siégeaient autour de la Table dans l'égalité la plus parfaite, et c'est dans la plus parfaite égalité qu'ils étaient servis. Aucun d'eux ne pouvait se vanter d'être mieux placé que son égal : tous siégeaient aux places d'honneur, aucun ne se trouvait relégué à l'écart.»¹⁹

Au sein du cercle, les personnes sont toujours à la même place. Les personnes âgées étant sensibles aux changements, il se crée un phénomène d'habituation nécessaire à la préservation des repères spatio-temporels. Cet espace aménagé participe donc au cadre.

Le groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus. Le cercle détermine ici une limite qui crée un sentiment d'appartenance. Ce réseau qui enserme les pensées, les paroles et les actions permet au groupe de se constituer un espace interne et une temporalité.

Les moments de début et de fin de séance sont importants. Ils permettent une transition progressive d'un état à un autre. En effet, pendant la séance, les lumières et les bruits sont atténués alors que dans les couloirs et autres pièces de l'établissement,

¹⁹ http://fr.wikipedia.org/wiki/Table_ronde . Je n'ai pas trouvé la source initiale.

les résidents sont souvent exposés à une hyperstimulation sensorielle où les divers éclairages se mêlent aux bruits institutionnels. Une rupture brutale du cadre des séances pourrait alors faire écho à un sentiment de perte que subissent ces personnes dans ce moment de vie particulier²⁰. Grâce à cette transition, les bénéfices apportés par la relaxation peuvent alors être préservés plus longtemps après la séance et avoir un réel impact sur le mode de vie des résidents.

Enfin, je spécifie que ce groupe est dit fermé. C'est-à-dire que certaines personnes, au nombre de sept à l'origine, ont reçu une prescription médicale pour participer aux séances de Communication corporelle. Pour autant, les mouvements de vie des résidents donnent au groupe une certaine ouverture. Le groupe est fermé mais il fluctue. Ainsi, dans un premier temps, le décès de l'une des personnes a rapidement réduit l'effectif du groupe au nombre de six. Suite à un changement institutionnel, une autre personne est partie du groupe. Au même moment, quelqu'un d'autre est entré dans l'établissement et dans le groupe Communication corporelle. Il me paraît important de spécifier ces informations car toutes ces personnes ont contribué, par leur présence et leurs manifestations psychocorporelles, à l'élaboration du groupe et aux échanges qui y ont eu lieu.

III – Les personnes suivies et la maladie d'Alzheimer

Avant d'explorer les divers pans de la communication, je décide d'exposer les anamnèses et les axes thérapeutiques en psychomotricité de quatre personnes choisies afin d'éclairer le reste de ma démarche. Je spécifie que les anamnèses sont, selon moi, souvent peu étayées, voire inexistantes. Il n'est pas rare que les données, pourtant précieuses, de la vie d'une personne, ne soient pas inscrites dans les dossiers médicaux des patients. En tant que future psychomotricienne, il me semble être de notre devoir de mettre à jour ces éléments dès que nous en avons l'opportunité. Ces informations sont autant d'indices nous renseignant sur les plaisirs, besoins, comportements et états psycho-affectifs de la personne. Ils nous permettent de nous adapter au mieux et contribuent, en ce sens, à un meilleur travail thérapeutique et rééducatif. Les antécédents médicaux sont évidemment à prendre

²⁰ Hanus M., 1994.

en considération. La vigilance est de rigueur car chaque antécédent à ses conséquences, qu'elles soient physiques et/ou psychologiques.

Ici, je décide volontairement de présenter quatre personnes du groupe. Travaillant sur la communication, qui se traduit par le rapport que nous avons à autrui, il me semble nécessaire de ne pas faire l'économie d'exposer le profil de plusieurs personnes.

J'ai choisi de donner des pseudonymes aux personnes que je vois en groupe, en fonction de l'image qu'ils me renvoient et des émotions que celles-ci suscitent. C'est ainsi que je nommerai les résidents tout au long de mon mémoire. Outre le fait de rendre un peu plus d'humanité aux personnes que j'ai choisi d'évoquer, le lecteur pourra ainsi s'en faire une image, voire s'identifier, et mieux s'imprégner des situations évoquées.

1. Présentation de Mme Réglisse

Le nom de Mme Réglisse m'est venu parce que cette dame me donne l'impression de glisser et de "re"glisser dans son fauteuil et parce ses yeux m'évoquent quelque chose d'une délicieuse malice. Lorsque je vois Mme Réglisse, elle est tantôt assise sur une chaise dans sa chambre ou dans le couloir de son étage, tantôt au sol. Plusieurs matelas sont alors posés au sol pour éviter qu'elle ne se fasse mal. Mme Réglisse change de place régulièrement, elle déambule*. Assise, elle a souvent les jambes croisées, ses fesses prennent appui au bord de la chaise et son dos présente une gibbosité accentuée par sa posture d'enroulement. La chaîne musculaire prédominante chez Mme Réglisse est la chaîne antéro-médiane*. Pour donner une idée, cette chaîne est caractéristique de la posture d' Obélix par exemple. A contrario de ce dernier, Mme Réglisse est une femme très menue. Elle a une épaisse chevelure blanche assez courte et des yeux marron très expressifs.

Anamnèse:

Mme Réglisse est née le 22 novembre 1928. C'est une ancienne institutrice. Elle est célibataire et sans enfant. Elle a vécu pendant vingt-huit ans avec une amie décédée en novembre 2010.

Elle est entrée dans l'établissement le 25 juillet 2011 suite à des troubles des fonctions supérieures.

En janvier 2010, Mme Réglisse est hospitalisée pour des chutes à répétition.

En mai 2011, elle est de nouveau hospitalisée pour agitation et délire*. Elle a 21/30 au Mini Mental State* (MMS). Mme Réglisse présente une démence Alzheimer. Elle a également une hypoacousie* non appareillée. Elle marche avec aide. Le risque de chute est important. A ce moment, les soignants optent pour une contention au fauteuil. Il y a dix ans, elle a eu une fracture de Pouteau-Colles*. En août 2011, Mme Réglisse est en état de cachexie* avec un poids de quarante-quatre kilogrammes. Elle a des troubles du comportement avec une désorientation temporo-spatiale²¹ (DTS) et des troubles mnésiques. Mme Réglisse montre fait preuve d'agressivité.

En juillet 2013, Mme Réglisse ne marche plus.

Depuis 2012, Mme Réglisse a eu différentes prises en charge en psychomotricité : en balnéothérapie, en individuel et en groupe.

En individuel, elle est suivie pour un travail de déplacement, mobilisation et d'autonomie, un travail autour du schéma corporel et de la conscience du corps, pour l'accompagnement des états de confusion et de l'anxiété, pour la douleur et l'inconfort et pour un travail sur les gnosies* et les praxies.

Mme Réglisse est impliquée dans deux groupes : Interprétation corporelle en musique et Communication corporelle. Mme Réglisse est intégrée dans ce dernier groupe depuis le 8 novembre 2013. Elle bénéficie de ce travail plus particulièrement pour favoriser l'intégration du schéma corporel dans le but de faciliter son autonomie et d'aider à la structuration de son langage.

2. Présentation de Mme Bouton de Rose

Pour cette femme, j'ai choisi le pseudonyme de Mme Bouton de Rose car il est assez proche de son nom d'origine et garde la particule «de» qui le caractérise. De plus, le bouton de rose est fermé mais il est susceptible de s'ouvrir si on y fait

²¹ Cf. *infra*. p. 30.

attention et Mme Bouton de Rose peut s'ouvrir et parler si l'on entre en résonnance avec elle. Mme Bouton de Rose est une femme vers qui j'ai eu du mal à aller parce que je n'arrivais pas à comprendre si elle voulait que je sois là ou si, au contraire, elle préférerait rester seule au moment où j'allais la voir. Ses vocalises répétées ne faisaient pas sens pour moi. J'ai été un certain temps dans l'appréhension. Son faciès m'interpellait. Mme Bouton de Rose est toujours assise dans son fauteuil lorsque je la vois. Elle a de grands yeux bleus qu'elle ouvre encore plus quand je lui parle et sa langue est toujours sortie, pointée sur sa lèvre supérieure.

Anamnèse:

Mme Bouton de Rose est née le 26 septembre 1929. Elle est divorcée.

Elle est entrée dans l'établissement le 30 août 2007 pour aggravation de la perte d'autonomie.

En juin 2007, Mme Bouton de Rose présente des troubles de la personnalité, une agitation psychomotrice et un déficit cognitif important. Elle semble sensible à l'environnement mais n'est pas dans la relation.

En juillet 2008, le médecin coordonnateur note que Mme Bouton de Rose déambule et se déshabille régulièrement.

En avril 2009, la marche de Mme Bouton de Rose devient hésitante. En septembre 2009, le corps médical observe des dyskinésies*.

En octobre 2010, une dégradation lente des troubles cognitifs est observée chez Mme Bouton de Rose. En juillet 2010, elle revient d'un séjour à l'hôpital pour des troubles de la déglutition. Le 12 décembre 2010, le MMS est non applicable à cause d'une démence Alzheimer très évoluée.

En novembre 2011, Mme Bouton de Rose n'a plus de force pour se lever. En mai 2011, elle a des troubles sévères de la compréhension et du jugement. En novembre 2011, Mme Bouton de Rose émet des sons non articulés la plupart du

temps. Elle réussit à donner son prénom malgré les troubles cognitifs sévères. Elle semble apprécier avoir de la compagnie.

Le 04 avril 2012, Mme Bouton de Rose dit bonjour en écho au bonjour prononcé par le soignant. Elle peut dire qu'elle n'a pas froid ou qu'elle va bien. Elle semble fatiguée et moins réactive qu'avant. En aout 2012, Mme Bouton de Rose est somnolente, ses yeux sont partiellement ouverts. Elle tente de parler mais n'y arrive pas. Elle semble plus sensible au toucher qu'à la parole du soignant. Le 31 octobre 2012, le regard de Mme Bouton de Rose est dans le vague, en direction du plafond. Elle n'arrive pas à articuler mais semble vouloir parler.

Axes thérapeutiques:

Depuis 2009, Mme Bouton de Rose est suivie en psychomotricité. Elle a participé à plusieurs groupes de psychomotricité tels que: Atelier de psychomotricité au patio, Écoute musicale et interprétation corporelle ou encore Détente et voyage. Depuis le 8 novembre 2013, Elle participe au groupe Communication corporelle. Elle bénéficie de ce travail plus particulièrement pour retrouver les possibilités d'imitation de mouvement et l'envie de bouger. Ce groupe lui permet également de s'appuyer sur les communications non verbales pour favoriser son expression.

3. Présentation de Mme Datte

J'ai opté pour le pseudonyme de Mme Datte car cette femme à une angoisse* liée à une désorientation temporelle. Mme Datte a toujours les yeux fermés quand je la vois. La première fois que je l'entends parler c'est pour me dire qu'elle a la tête perdue. A chaque séance, elle répète exactement les mêmes paroles. Cette femme me laisse dubitative. Par sa façon d'être et d'agir en exprimant ses angoisses, elle m'interroge. Comment le psychomotricien peut il s'adapter pour ne pas se retrouver dans une impasse thérapeutique lors d'une telle situation?

Anamnèse :

Mme Datte est née le 16 février 1917. Elle a eu cinq enfants. Elle est veuve. Mme Datte aimait jouer au bridge.

Elle est entrée dans la résidence au début de l'année 2007 pour une démence Alzheimer diagnostiquée dix ans auparavant dans un hôpital.

En avril 2007, le médecin confirme le diagnostic d'une démence Alzheimer. En juin 2007, Mme Datte présente une apathie* importante, une désorientation et un désinvestissement de soi et des autres. En décembre 2007, le médecin coordonnateur note une désorientation temporo-spatiale plus marquée avec une perte des repères. Mme Datte est angoissée. Elle est dépressive.

En 2008, il est indiqué que Mme Datte a eu un accident ischémique transitoire*. Elle a des difficultés à la marche avec un trouble de la parole.

En mai 2009, Mme datte dit qu'elle ne veut plus voir ses enfants. Elle dit que ces-derniers viennent la voir pour s'assurer qu'elle s'ennuie. Elle manifeste beaucoup d'agressivité. Mme Datte dit vouloir se tuer. En septembre 2009, au test de l'horloge*, seul le chiffre douze est bien placé. Mme Datte semble gênée pour lire, son œil droit est défectueux. Au test des cinq mots*, Mme Datte a des difficultés à trouver les catégories. Elle oublie les mots même avec indiçage. Mme Datte a besoin d'être rassurée sur ce qu'elle vit au présent. Elle commence à dire : «J'ai perdu la tête». En mars 2010, le MMS est de 13/30. En décembre 2010, la psychologue note que le MMS est non applicable. Suite à une chute entraînant une fracture de la jambe, l'état de santé de Mme Datte s'est dégradé. Dès lors, elle reste dans un fauteuil.

En décembre 2011, Mme Datte dit être perdue et ne pas savoir ce qu'elle va devenir. Son œil droit est tout le temps fermé. Elle ouvre l'autre de temps en temps.

Mme Datte a bénéficié de prises en charge individuelles de février 2010 à juin 2013 visant un travail de conscience corporelle, un travail sur le redressement et la verticalité ainsi qu'un accompagnement des états de confusion. Depuis janvier 2010, elle a également bénéficié de prises en charge groupales telles que Détente et voyage et Écoute musicale et interprétation corporelle. Depuis le 8 novembre 2013, elle assiste au groupe Communication corporelle. Mme Datte bénéficie de ce travail pour faciliter l'expression de ses inquiétudes et retrouver le plaisir du mouvement lors des mobilisations.

4. Présentation de M. Curaçao

J'ai choisi le nom de M. Curaçao pour cet homme, en référence à ses yeux bleus qui prédominent quand je le vois. J'ai toujours vu M. Curaçao en fauteuil. La première chose qui m'interpella chez cet homme fut ses yeux. M. Curaçao a des yeux bleus qui changent d'intensité quand je lui parle. Son regard me renvoie quelque chose de triste et de doux. Il ne me parle pas mais j'ai l'impression qu'il me répond souvent par l'affirmative en hochant la tête. M. Curaçao reste souvent face à une table en manipulant une serviette ou une page de magazine. Il reste alors de longs moments devant la page en la regardant fixement. Une femme louant une chambre à la résidence s'est éprise de lui et lui amène des magazines pour qu'il feuillette les pages m'explique-t-elle. Elle dit aimer son regard.

Anamnèse:

M. Curaçao est né le 05 mars 1920. Il est marié et a cinq enfants dont un médecin. Il travaillait à la Société Nationale des Chemins de Fer Français (SNCF). M. Curaçao a une femme atteinte d'une démence type Alzheimer et grabataire qu'il n'a pas revue depuis son entrée à l'EHPAD. Avant que la maladie ne se déclare, il vivait avec sa femme en Bretagne. A son arrivé à l'EHPAD, il semble s'intéresser à la politique et à la lecture. Tous ses enfants sont d'accord pour ne pas faire d'acharnement thérapeutique. Ils veulent éviter autant que possible les transferts et hospitalisations.

M. Curaçao est entré dans l'établissement le 20 septembre 2007 pour une démence Alzheimer diagnostiquée en 2005.

En septembre 2007, M. Curaçao a des difficultés à parler et à trouver ses mots. De plus, il présente une grande désorientation temporo-spatiale. Le psychologue note un syndrome dépressif.

En février 2008, M. Curaçao fugue. Il est retrouvé après une chute avec une fracture du col du fémur. Il présente des troubles du comportement avec déshabillage régulier. M. Curaçao refait une autre fugue en 2009.

En 2010, M. Curaçao a tendance à perdre du poids. Il ne participe plus aux ateliers «mémoire» proposés par l'animatrice et a peu d'initiative. En avril 2010, il fait une crise d'épilepsie*.

En psychomotricité, M. Curaçao participe au groupe Communication corporelle depuis le 8 novembre 2013. Il bénéficie de ce travail plus particulièrement pour favoriser l'intégration du schéma corporel, l'initiative motrice et les coordinations oculo-manuelles et bi-manuelles et la communication.

Voici une courte présentation des autres personnes évoquées dans mon mémoire :

Mme Châtaigne qui est une femme ayant un discours ambivalent: "je vous aime" et "vous êtes moche". J'ai décidé de nommer cette femme ainsi car cette ambivalence me fait penser aux deux aspects opposés de la châtaigne avec sa coque piquante et son intérieur lisse. Mme Châtaigne bénéficie du travail de Communication corporelle pour favoriser l'intégration du schéma corporel, des limites corporelles et de la différenciation entre soi et l'autre.

J'ai choisi le pseudonyme de M. Mousse pour une autre des personnes mentionnées. Le terme de «mousse» me fait penser à son vrai nom de famille. Un mousse est un jeune matelot. M. Mousse est décédé relativement tôt après la mise en place du groupe Communication corporelle.

5. La maladie d'Alzheimer

Toutes ces personnes font partie du groupe de relaxation. Elles ont également en commun une maladie démentielle, la maladie d'Alzheimer. Je souhaite faire un rappel général sur cette pathologie afin de mieux comprendre les éléments cliniques détaillés dans ma seconde partie.

«C'est en 1906 que la maladie est identifiée par un neurologue et psychiatre allemand, le Dr Alois Alzheimer. Il est le premier à la décrire comme une affection progressive du cerveau.»²² Le DSM-IV²³ ajoute que le déclin cognitif est continu et que le début peut être précoce ou tardif, après 65 ans²⁴.

La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-dégénérative* qui touche le système nerveux. Deux lésions sont caractéristiques de cette maladie, les plaques séniles* et les dégénérescences neuro-fibrillaires*. Ces lésions ne sont visibles que *post-mortem*²⁵, c'est pourquoi le corps médical doit s'appuyer sur d'autres symptômes ou troubles pour poser le diagnostic.

Trois stades majeurs de la maladie d'Alzheimer peuvent être mis en évidence selon l'importance des manifestations symptomatiques : le stade léger, le stade modéré et le stade sévère. Les personnes évoquées dans ce mémoire sont toutes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère.

Les signes inauguraux de la maladie d'Alzheimer sont des troubles de la mémoire épisodique*, à court terme, associés à des troubles des fonctions exécutives avec des troubles phasiques, gnosiques et praxiques. Un affaiblissement progressif du fonctionnement cognitif va avoir un impact sur les aptitudes intellectuelles et psychomotrices. Des manifestations anxieuses et/ou dépressives peuvent alors rapidement apparaître. Le retentissement sur la vie quotidienne se fait vite ressentir. Pour palier aux différentes pertes, les personnes mettent en place des stratégies de compensation.

Arrivé à un stade sévère de la maladie, les troubles sont fortement majorés. Nous observons une déstructuration complète des facultés cognitives avec une agnosie* dont une prosopagnosie* et une anosognosie*. L'apraxie, l'amnésie* et l'aphasie* deviennent globales. «Les personnes qui en sont à un stade avancé de la maladie ont habituellement une plus grande détérioration du langage verbal. L'oubli de mots, la palilalie* et la perturbation de la conception des phrases entraînent la perte de la capacité à parler.»²⁶ «A terme, soit il n'y a pratiquement plus d'expression

²² Grise J., 2010, p. 3.

²³ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

²⁴ Frances A., Ross R., 1997, p. 41.

²⁵ Signifie «après la mort».

²⁶ Grise J., *op. cit.*, p. 7-8.

verbale, soit celle-ci évoque un jargon tant elle est émaillée d'erreurs. C'est tout le processus de mise en mots, y compris sous forme d'un discours intérieur et donc d'une pensée formalisée, qui se révèle affecté.»²⁷

A cela s'ajoute une désorientation temporo-spatiale massive, souvent consécutive dans le temps à la perte de la mémoire et indissociable de celle-ci. L'organisation spatiale est caractérisée par la perception spatiale, l'orientation spatiale et la structuration spatiale. Elle va de paire avec la structuration temporelle en lien avec la structure rythmique. Le rythme est caractérisé par un ensemble de données : ordre, durée et succession.

La majorité du temps, des manifestations somatiques et neurologiques comme des crises comitiales* ou une hypertonie* massive s'ajoutent aux autres symptômes.

Les troubles psycho-comportementaux²⁸ sont majeurs et peuvent être un frein à la communication. Voici l'ensemble de ces troubles :

- Les troubles comportementaux : l'agitation verbale ou physique avec agressivité ou non, l'instabilité psychomotrice, la déambulation et la tasikinésie*, la compulsion (comptage, répétition, stéréotypie) et la désinhibition (conduite sociale inadaptée ou langage inadapté).
- Les troubles des conduites élémentaires : les troubles du sommeil, les troubles des conduites alimentaires (grignotage, hyperphagie* tardive, alcool), les troubles des conduites sexuelles et les troubles sphinctériens.
- Les manifestations psychotiques : les délires, les troubles de l'identification (accusation de vol, spoliation, fantôme *etc.*) et les hallucinations*.
- Les troubles émotionnels et de la motivation : les perturbations émotionnelles, l'apathie qui se retrouve sur les versants moteur, cognitif et affectif ainsi que les conduites régressives.
- Les troubles affectifs. Néanmoins, d'après J. Grisé²⁹, la maladie n'altère pas la capacité de la personne à éprouver des sentiments.

²⁷ Ploton L., 2004, p. 38.

²⁸ Cours de gériatrie, 2014.

²⁹ Grise J., 2010, p. 10.

Au stade sévère de la maladie, s'en suit une perte totale de l'autonomie et le pronostic vital est alors engagé. Même si certains médicaments sont prescrits, une prise en charge adaptée au patient et non médicamenteuse comme la psychomotricité, l'ergothérapie ou la kinésithérapie est vivement recommandée.

Voici un passage du livre de J. Hyvrard qui, selon moi, retranscrit très bien ce que peut faire vivre la maladie d'Alzheimer, en particulier à un stade sévère:

«Je pars pour le pays que tu ne connais pas. Le pays que je n'en finis pas de traverser. Le pays qui me sépare des montagnes de chez nous. Le pays des horloges sans aiguilles. Je ne connais que celles qu'ils plantent dans ma chair. Je ne connais que celles qui fleurissent dans les corps calcinés. La mort se diffuse dans mon crâne. Je pars pour un pays que tu ne connais pas. Le pays des sables mouvants où s'enfonce le poids mort de ma désespérance [...] Elle habite le pays des corps sans voix. Le pays des chairs paralysées. Le pays des murs compagnons de nos têtes [...] Je parle la langue que tu ne connais pas [...] Je conjugue la langue qui n'existe pas [...] Je parlerai de tout mon corps raidi.»³⁰

Dans la maladie d'Alzheimer c'est souvent la zone de l'hippocampe*, au coeur du cerveau, qui est touchée en premier lieu, avant que les zones frontales, pariétales, occipitales et temporales ne soient également mises à mal. L'hippocampe est impliqué dans le stockage et la remémoration de souvenirs. Il traite la mémoire verbale et visuelle.

La structure hippocampique est en lien direct avec une autre structure appelée l'amygdale*, faisant partie du système limbique*. Celle-ci joue un rôle majeur dans le traitement des émotions, susceptibles d'être déclenchées par les informations transmises par l'hippocampe. Cette composante nous permet de nous questionner quant à la possibilité pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer de retranscrire ses émotions. C. Delamarre ajoute «L'hippocampe joue également un rôle important dans l'apaisement du stress et de l'anxiété.»³¹ «Ainsi, lorsque le système limbique est attaqué, la personne est irritable, déprimé ou anxieuse.»³²

Je précise que l'émotion est à distinguer du sentiment³³.

³⁰ Hyvrard J., 1977, p. 30-31.

³¹ Delamarre C., 2011, p. 204.

³² Grise J., 2010, p. 10.

³³ Fichier PDF sur empathie et communication rédigé par J. Cosnier en 1997. http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/articles/VI-4empathie_et_communic.pdf

Nous verrons, par divers exemples, combien la communication émotionnelle reste fondamentale chez ces personnes. C'est entre autres dans ce domaine que le psychomotricien peut se démarquer par son travail. Ayant des connaissances psychocorporelles, qui concernent donc le corps mais également la sphère psychologique, il est en mesure de travailler autour des émotions.

Dans cette première partie :

J'ai d'abord exposé le fonctionnement de l'institution qui m'a accueillie tout au long de l'année. Suite à cela, j'ai expliqué ce qu'était le groupe de relaxation Communication corporelle mis en place par la psychomotricienne de la structure. Enfin, j'ai introduit la sémiologie de la maladie d'Alzheimer en présentant certaines personnes de ce groupe. Tous ces éléments contribuent à une meilleure lecture du sujet que je traite, à savoir : Comment la relaxation peut elle être support de la communication chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère.

Partie 2 : LA COMMUNICATION CHEZ LA PERSONNE ATTEINTE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER À UN STADE SÉVÈRE

J'ai choisi de ne pas faire une présentation chronologique des séances mais plutôt d'exposer des vignettes cliniques en lien avec différentes thématiques. Je vais donc relater diverses situations permettant de mieux appréhender le fonctionnement de la communication chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère. Je précise que «notre façon de s'adresser au corps de l'autre se construit dans un contexte culturel, social, historique.»³⁴

I- Le toucher

Le toucher est un sens qui permet le contact grâce à une membrane, la peau, frontière entre soi et l'autre, et sur laquelle de nombreux récepteurs captent une multitude de paramètres nous permettant de nous ajuster corporellement et émotionnellement à l'environnement.

«Dans le langage tactile, le signifiant est le geste technique manuel, alors que le signifié est l'émotion qui est véhiculée et transmise par ce geste. [...] Un message s'échange entre celui qui touche et celui qui est touché.»³⁵ Celui qui touche est obligatoirement touché et inversement. Le toucher implique la personne dans sa dimension physique et émotionnelle. Il est un élément prédominant de la communication non verbale.

1. L'entrée en contact

A chaque début de séance, Adèle et moi nous présentons devant chaque personne du groupe pour leur dire individuellement bonjour en leur tendant la main. Un premier contact corporel se crée alors. Nous touchons physiquement les mains des résidents. Ce premier contact tactile est primordial, il fait intervenir le sens qui

³⁴ Blanc C., Brunet F., Margot A-C., 2009, p. 30.

³⁵ Courjou E., 2007, p. 67-68

est le premier à apparaître et le dernier à disparaître et donc celui qui est le mieux préservé chez la personne âgée. Mais nous touchons aussi psychiquement ces derniers car le toucher proposé, aussi bref soit-il, est investi d'une intention, elle-même contenue d'une bienveillance, à l'égard de celui qui est en face.

A l'origine, le fait de tendre la main à quelqu'un présupposait que l'on ne possédait pas d'arme. Ainsi, une relation de confiance pouvait s'établir. L'entrée en contact permet une interaction sociale. A ce sujet, E. Goffman³⁶ a étudié les comportements sociaux. Selon lui, la manière dont on tend la main doit répondre à certaines règles sociales qu'il nomme le *work face*. Ce terme traduit par celui de «travail de figuration» représente l'identité que chaque personne doit revendiquer dans une situation donnée, de manière à se comporter conformément aux attentes des gens. Le *work face* est défini comme une valeur sociale positive qui permet d'instaurer la relation dans un climat de confiance.

Lors d'une séance, au moment où je lui tends ma main, Mme Réglisse applaudit et dit qu'elle est bien. Mme Châtaigne, quant à elle, dit qu'elle ne va pas bien. Plusieurs personnes répondent donc à cette main tendue. Elles y répondent par la gestuelle mais également par la parole. J'en déduis que serrer la main à quelqu'un pour lui dire bonjour est non seulement une manière de rentrer en contact mais c'est aussi une façon de lui proposer d'exprimer ses ressentis.

Au delà de ces deux aspects, relationnel et affectif, le fait de tendre la main pour dire bonjour induit une composante motrice et cognitive. Ce mouvement fait travailler la mémoire procédurale qui est celle des habiletés motrices. Avec la mémoire émotionnelle, la mémoire procédurale est celle qui est préservée le plus longtemps chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cette mémoire est source de réassurance et d'apprentissage.

Le temps consacré à la présentation et au «bonjour» est important. Il permet d'entrer en contact et de manifester la présence de chacun au sein du groupe. «C'est par le toucher que nous sommes rendus sensibles à notre propre présence corporelle et à celle de l'autre.»³⁷ Au fil des séances, le fait de dire bonjour s'est progressivement

³⁶ Goffman E., 1974.

³⁷ Blanc C., Brunet F., Margot A-C., 2009, p. 29.

ritualisé. Cette action s'est ancrée dans les mémoires de chacun. Et rare furent les fois où les personnes ne nous disaient pas bonjour par la suite.

2. Une approche pas toujours tolérée

Lors des séances de Communication corporelle, le toucher ne s'arrête pas au simple fait d'accueillir les personnes en leur disant bonjour. Après le temps d'étirement, Adèle et moi proposons à chacun un temps individuel de mobilisation passive des deux bras avec une invitation au relâchement musculaire, au calme et à la détente. Adèle ou moi proposons des petits mouvements à chacune des personnes. Nous passons d'une personne à l'autre. L'ordre est variable selon les séances en fonction de l'état de vigilance de chacun.

Il est arrivé à plusieurs reprises, que certains des participants expriment leur réticence à participer à la mobilisation. J'ai pu observer trois sortes majeures de refus.

Dans le premier cas, c'est le corps de la personne qui exprime le refus. La personne n'est pas dans le contact, c'est-à-dire qu'elle ne manifeste aucune réaction face à l'autre. Dans cette situation, Adèle ou moi proposons de reporter le contact à un autre moment, plus opportun.

Dans le second cas, la personne verbalise d'emblée un mal être. Ainsi, lors d'une séance, Adèle pose sa main sur le bras de Mme Châtaigne en même temps de dire : «vous pouvez sentir votre bras... ». Mme Châtaigne l'arrête instantanément en lui disant : «Non, pas comme ça». Ses mains sont entrelacées, resserrées l'une sur l'autre. Elle ajoute alors : «Je suis mal avec vous». Elle semble être dans une attitude défensive, de repli. Avec empathie³⁸, Adèle lui répond alors : «Oui, mais c'est bien de pouvoir passer d'un moment désagréable à un moment agréable» et elle lui propose de repasser ultérieurement. Ici, le toucher doit probablement être reporté. «Le toucher est un langage de contact direct qui, contrairement à la parole, ne tolère pas l'intermédiaire de l'espace de l'autre.»³⁹ En fonction de l'état de la personne à un moment donné, le toucher peut apaiser comme être trop intrusif. A plusieurs moments de la séance, Mme Châtaigne a un discours plaintif. Lors de la mobilisation,

³⁸ Cf. *infra*. p. 63.

³⁹ Courjou E., 2007, p. 68

elle n'est pas disponible et refuse d'entrer en interaction avec la psychomotricienne. Elle verbalise son refus qui est étayé par les propos d'Adèle.

Dans le troisième cas que j'ai observé, la personne mobilisée, Mme Datte, est réceptive au toucher. Elle accepte le contact mais elle manifeste le refus pendant la mobilisation en disant : «Stop, ça suffit». Adèle arrête alors d'être actrice du mouvement. Elle garde néanmoins le contact physique avec Mme Datte et lui dit : «Vous pouvez faire ce mouvement vous-même et contrôler vos muscles qui se contractent et se relâchent». A ce moment, Mme Datte dit : «Vous êtes formidable, vous êtes gentille». En agissant de cette façon, Adèle permet à Mme Datte d'être maître des mouvements de son corps. Adèle verbalise le fait que Mme Datte ne veuille pas effectuer le mouvement de cette façon et Adèle lui indique qu'elle a le droit de l'exprimer, le dire, le signifier.

L'entourage, qu'il soit familial ou même médical, a souvent du mal à recevoir ou accepter un refus. Il peut l'associer en quelque sorte à un nouvel échec et se sentir alors atteint dans son estime. Le psychomotricien est en mesure d'accepter un refus qui prend corps chez la personne. Cette mise en acte démontre bien que la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer a la capacité d'exprimer ses besoins et envies. La prise de décision reste encore possible.

3. Limites et confusions des corps

Lorsque aucun refus n'est exprimé, Adèle ou moi pouvons réaliser une mobilisation passive des mains, puis des avant-bras et des bras en entier.

Il arrive alors que la personne touchée fasse la confusion entre son propre corps et le mien ou celui d'Adèle. Dans les observations cliniques que j'ai pu faire, il s'agissait essentiellement des mains.

Plusieurs faits cliniques m'ont démontrés combien le schéma corporel et l'image du corps de ces personnes pouvaient être entravés.

«Cette notion de 'schéma', est essentiellement un modèle perceptif du corps comme configuration spatiale»⁴⁰. Le schéma corporel d'un individu est la connaissance de son corps dans l'espace. Il est intriqué à l'image du corps de la personne. D'après F. Dolto,

⁴⁰ Bernard M., 1995, p. 20.

celle-ci est liée à l'histoire propre de la personne, elle est donc subjective, tandis que le schéma corporel serait à la base une donnée anatomique, commune à tout les êtres humains⁴¹. Ces deux éléments indissociables sont évolutifs dans le temps et l'espace. «C'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui.»⁴²

Ici, j'ai choisi de relater un moment significatif de la déstructuration du schéma corporel et de l'image du corps. Il s'agit d'une situation vécue avec Mme Réglisse. Lors d'une séance, Adèle s'approche de Mme Réglisse pour lui proposer des petits mouvements de la main. Celle-ci regarde alors la psychomotricienne et lui dit : «J'ai été habituée à ça. Tout dégringole mais y'a sûrement des choses à garder». Adèle prend la main de Mme Réglisse qui regarde et touche sa propre main, posée dans celle d'Adèle. Mme Réglisse dit alors : «On va prendre sa main. Votre main est longue et fine mais elle est un peu fanée». Adèle réplique alors : «C'est la vôtre» et en montrant la sienne elle dit : «La mienne est là». Mme Réglisse reste un instant sans parler. Elle se touche le visage. Adèle lui propose des mouvements de la main. Elle dit: «Vous pouvez sentir comme votre main est souple quand elle monte et lourde quand elle redescend». Mme Réglisse attrape les doigts d'Adèle et leur applique le mouvement proposé. Elle ne fait pas le mouvement sur son corps mais sur celui de la psychomotricienne. Elle touche la paume de la main de cette dernière, elle la percute un peu avec son index et dit : «C'est formidable... et ça va peut être devenir mieux». Au bout d'un moment, Adèle passe de l'autre côté de Mme Réglisse pour mobiliser la seconde main. Mme Réglisse la regarde comme si elle était apparue par magie et dit : «C'est bien! Je trouve que c'est tout à fait esthétique».

Cette vignette clinique met en avant la difficulté de reconnaissance du corps propre, individualisé. Pour illustrer cette situation troublante, J. Hyvrard dit: «Ce corps qui est mien. Ce corps qui n'est pas le mien. Ce corps qui est pourtant le mien. Ce corps étranger. Ma seule patrie. Mon habitation. Ce corps à reconquérir.»⁴³

En vivant cette situation, je me suis demandée quelle était la perception des limites corporelles de ces personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade

⁴¹ Pireyre E., 2011.

⁴² Dolto F. citée par Pireyre E., 2011, p. 38.

⁴³ Hyvrard J., 1977, p. 31.

sévère. J'observe que le ressenti du toucher est préservé et qu'il permet de différencier deux corps. Pour Mme Réglisse, il y a bien une présence d'un autre corps étranger au sien. Cependant, elle ne semble pas distinguer lequel des deux corps lui appartient puisqu'elle prend la main d'Adèle pour la sienne. A travers un point de vue psychomoteur, nous pouvons considérer un trouble de l'intégration sensorielle en lien avec une régression à un stade plus précoce d'individuation et une disparition du sentiment d'altérité.

II- Ressentir et s'exprimer

Tout être humain vivant ressent et se ressent grâce aux différentes sensations qu'il perçoit. Les sensations sont des impressions reçues par l'intermédiaire des sens. Elles sont une donnée subjective passive⁴⁴. «Nous percevons grâce à notre corps sensoriel qui nous met en relation avec le monde extérieur, et qui nous permet de ressentir notre intériorité corporelle.»⁴⁵ Bien que la sensorialité des personnes âgées soit altérée à cause du vieillissement physiologique, certains sens comme le toucher perdurent jusqu'à la fin de la vie. L'individu ressent tout au long de sa vie, lorsqu'il est éveillé mais aussi pendant son sommeil. Les sensations conscientisées peuvent être verbalisées. Chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère cette conscientisation devient plus rare. Néanmoins, la personne peut toujours exprimer ses sensations.

L'individu s'adresse oralement à l'autre en fonction de ce qu'il vit et donc de ce que qu'il ressent dans l'instant présent mais il en est de même pour les personnes usant davantage du langage corporel. Selon moi, pouvoir s'exprimer, c'est s'autoriser à avoir une identité propre et donc à exister dans le regard d'autrui.

⁴⁴ Carric J-C., 2001, p. 171.

⁴⁵ Courjou E., 2007, p. 5.

1. Écoutez-moi je vous dis quelque chose

Communiquer c'est faire parvenir un message à un autre en fonction de ce que l'on ressent à un instant présent. Pour cela, le langage et les différents canaux sensoriels peuvent être exploités par la personne. Quel que soit le canal utilisé par le résident, le psychomotricien doit être à l'écoute du message. Il se fait récepteur du patient émetteur dans un fonctionnement verbal et non verbal.

Je décide d'évoquer le cas de Mme Réglisse qui, par le biais de la communication verbale, exprime ses inquiétudes.

Ainsi, lors d'une séance Mme Réglisse commence par dire: «Je me trouve pas sur un papier étrange. On est tous chez soi». Adèle est à côté d'elle et lui fait une mobilisation passive de la main. Mme Réglisse prend alors la main d'Adèle qui lui dit : «Vous sentez votre main qui monte et qui redescend, souple quand elle monte et lourde quand elle redescend». Mme Réglisse dit : «C'est toujours très bien. C'est pas pour critiquer mais c'est pour dire que si on y fait attention, c'est toujours très bien». Adèle continue de faire les mouvements et Mme Réglisse dit : «C'est vrai, on a l'impression de sentir quelqu'un de passager, qu'il faut sûrement qu'il n'ait pas peur, d'ailleurs moi j'ai pas peur».

Ici, Adèle est en accordage tonico-émotionnel avec Mme Réglisse. D'après E. Pireyre⁴⁶, le dialogue tonico-émotionnel est le retentissement de la circulation des émotions entre tous les êtres humains sur le tonus du corps. Grâce à cet ajustement relationnel, Mme Réglisse se sent contenue et écoutée. Elle peut ainsi livrer son ressenti.

Plus tard, lorsqu'Adèle mobilise M. Curaçao, Mme Réglisse dit : «Il faut pas avoir peur. La peur que l'on a et que l'on redistribue c'est vraiment abusé». Puis, elle ajoute : «Mais enfin ce Monsieur n'a pas besoin d'être rassuré. Il est pas suffisamment différent». Adèle répond : «Je me posais cette question de quels points communs on peut trouver avec les autres personnes». En tournant son visage vers M. Curaçao, Adèle ajoute : «C'est intéressant les points communs ou les différences», «On va voir si il y a des uns ou des autres entre vos deux bras».

⁴⁶ Pireyre E., 2011.

Dans cet extrait nous voyons bien combien l'écoute du psychomotricien est importante. Il doit pouvoir entendre et recevoir les peurs ou autres émotions du résident. Adèle contient ces émotions en leurs donnant du sens.

2. L'inscription des mots par le corps

Je m'appuie sur un fait clinique pour montrer comment une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère peut s'exprimer grâce à la communication infra-verbale et comment celle-ci peut aider à la communication verbale.

Pendant la mobilisation, Mme Bouton de Rose regarde Adèle. Elle essaie de parler mais n'y arrive pas. Mme Bouton de Rose émet des sons mais un trouble de l'articulation l'empêche de prononcer les mots. Elle fait des vocalises de plus en plus fortes. Adèle s'ajuste en accélérant le mouvement. Pour ce faire, elle s'inspire de la méthode de N. Feil. «La Validation est une méthode qui permet aux grands vieillards désorientés de communiquer verbalement et non verbalement, quoi qu'ils aient en tête ou sur cœur en cet instant. [...] L'objectif de la Validation consiste à rencontrer le sujet dans sa réalité subjective [...].»⁴⁷ Pour s'adapter à la réalité subjective de Mme Bouton de Rose, Adèle s'ajuste à son rythme et accélère les mouvements proposés en accordage avec les sons émis par Mme Bouton de Rose. Celle-ci semble alors sourire et regarde Adèle.

Après la mobilisation, Adèle dit : «Vous pouvez refaire seule ces mouvements : souple quand le bras monte et lourd quand il redescend». Mme tente de parler et Adèle le met en mot en disant : «Ca donne envie de parler». Mme répond : «Voilà». Ce mot est le premier que j'entends prononcé de manière audible depuis le début des séances. Pour E. Courjou, «Quand les mots ne peuvent plus rien dire, [...] le toucher permet de conserver un dialogue vrai»⁴⁸. Il aide à la parole.

Adèle passe ensuite de l'autre côté pour mobiliser le bras gauche de Mme Bouton de Rose. Au même moment, Mme tape sa main droite sur l'accoudoir. J'ai l'impression qu'elle tape son bras quand l'autre monte et qu'elle s'arrête quand

⁴⁷ Feil N., 2005, p. 47.

⁴⁸ Courjou E., 2007, p. 69.

l'autre descend. Par la suite, Adèle replace les jambes de Mme Bouton de Rose en les installant sur un carré de mousse dur lui permettant d'être dans une posture plus agréable pour pouvoir apprécier le moment de détente qui s'offre à elle. Mme répond en disant : «Voilà». Elle le dit à trois reprises. Après la mobilisation, elle regarde Adèle mobiliser une autre personne. Elle continue de taper ses mains sur les accoudoirs de son fauteuil. Mme Bouton de Rose soulève ses avant-bras lorsqu'Adèle induit le mouvement de «lever le bras» et les abaisse quand Adèle induit le mouvement de «descendre le bras lourd». Mme Bouton de Rose imite les mouvements proposés par Adèle tout en respectant le rythme.

J'ajoute que : «plus un acte perçu ressemble à un acte présent dans le patrimoine moteur de l'observateur, plus il tend à en induire l'exécution : la perception et l'exécution des actions doivent ainsi posséder un 'schéma représentationnel commun'.»⁴⁹ Ainsi il me paraît cohérent de dire que les mobilisations passives induites par Adèle permettent à Mme Bouton de Rose de se réapproprier des mouvements volontaires. Il y a alors création d'un lien entre acteur et observateur. L'imitation de la main qui monte et qui redescend est certes due à l'intégration sensorielle mais aussi au processus cognitif qui fait intervenir les neurones miroirs. Lorsqu'Adèle fait le mouvement à côté de Mme Bouton de Rose, celle-ci peut les reproduire car : «les neurones miroirs chez l'homme sont capables de coder aussi bien le but de l'acte moteur que les aspects temporels des mouvements particuliers qui le composent.»⁵⁰

Cette situation clinique met en avant une façon de s'exprimer qui traduit les deux versants, verbal et non-verbal, de la communication.

Les mouvements effectués par Adèle permettent à Mme Bouton de Rose de se les approprier par l'imitation. «Être miroir ou écho, c'est donner à voir ou à entendre au patient ce qu'il fait ou ce qu'il dit.»⁵¹ Ainsi, Adèle offre la possibilité à Mme Bouton de Rose de pouvoir s'exprimer et prendre conscience de ses gestes. L'imitation met en évidence deux subjectivités distinctes, sans que l'une prédomine sur l'autre.

⁴⁹ Rizzolatti G., Sinigaglia C., 2008, p. 154.

⁵⁰ *Ibid.* p. 132.

⁵¹ Pireyre E., 2011, p. 22.

3. Ne pensez pas que je vous veux du mal

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont des symptômes psycho-comportementaux c'est-à-dire des troubles non cognitifs. Ces troubles se manifestent par des troubles de l'humeur, de la personnalité et du comportement moteur de l'individu. Au stade sévère de la maladie ils sont majorés. Dans le cadre des séances de Communication corporelle, deux anecdotes cliniques m'ont interrogées.

C'est au début de mon stage qu'une première situation interpella ma curiosité. A plusieurs reprises, j'ai été surprise par l'attitude de Mme Châtaigne. Dès que je la voyais pour lui dire bonjour, Mme Châtaigne avait plaisir à prendre ma main. Elle ne se contentait pas de la serrer mais elle l'approchait de sa bouche pour pouvoir l'embrasser. Elle y prenait tellement goût qu'un jour elle me serra la main en la regardant fixement et me dit : «Vous êtes belle, ça à l'air bon!». Je me suis alors demandée comment se construisait sa pensée et jusqu'où elle pourrait aller dans ses actes. Ma réponse ne se fit pas attendre et Mme Châtaigne emmena ma main avec une certaine force musculaire vers sa bouche grande ouverte. Elle mit ma main dans sa bouche comme pour la manger. Je retirais alors rapidement ma main avant que Mme Châtaigne ne referme sa bouche et me morde.

En lisant cet extrait, il est possible de se demander à quels types de troubles psycho-comportementaux cela fait référence. Selon moi, plusieurs hypothèses peuvent être émises.

La première serait de dire que la réaction de Mme Châtaigne est une conduite sociale inadaptée marquant une désinhibition. La seconde hypothèse serait de considérer que Mme Châtaigne ait une hallucination lui permettant de voir un aliment alléchant. Cette manifestation est une réalité sensitive qui arrive généralement tardivement dans la maladie d'Alzheimer. Enfin, la dernière hypothèse consisterait à comprendre la réaction de Mme Châtaigne comme une conduite régressive par un retour au stade sadique oral mis en évidence par la volonté de mordre ma main. Nous pourrions aussi expliquer cet état de régression en mettant en parallèle : «les mécanismes mentaux de l'introjection et la fonction de manger.»⁵² Je serai alors le bon objet, assurant la vie, que Mme Châtaigne voudrait internaliser. Toutes ces hypothèses ne sont pas exclusives les unes des autres.

⁵² Winnicott D.W., 1965, p. 143.

J'ai relevé un tout autre fait clinique qui a été perçu par une stagiaire aide-soignante comme un trouble psycho-comportemental.

Après le moment dédié à la reprise, Adèle et moi réaménageons la salle où déjeunent les résidents. Nous remettons les tables et accompagnons chaque résident à sa table. A midi, avant de partir, nous croisons souvent les aides-soignants qui viennent aider les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère à manger suite aux troubles praxiques prononcés. C'est un moment de transition où d'autres membres du personnel soignant prennent le relai. Certains jours il m'arrive de rester un temps supplémentaire pour observer comment les résidents procèdent durant le repas.

Un midi, Mme Châtaigne se trouve assise sur son fauteuil roulant, près de sa table. Derrière elle, une stagiaire aide-soignante arrive pour la redresser. Sans se présenter face à Mme Châtaigne et sans la prévenir, elle l'empoigna sous les aisselles d'une façon abrupte, sans même abaisser le dossier de son fauteuil. C'est alors que Mme Châtaigne lâcha ses accoudoirs pour venir agripper fortement les bras de la stagiaire qui lui répondit : «Ne me griffez pas !».

Ici, nous pourrions croire que Mme Châtaigne présente un trouble psycho-comportemental se manifestant par une conduite agressive. Pourtant mon analyse de la situation me permet de dire qu'en ces circonstances, Mme Châtaigne a agi de manière adaptée pour se défendre face à une non compréhension de la situation, du fait qu'elle n'ait pas été prévenue par la stagiaire. Mme Châtaigne a sûrement répondu de manière réflexe, en agrippant la personne qui se présentait à elle, soit par peur soit pour manifester un refus par rapport à un toucher trop intrusif. Ce fait montre combien il est délicat d'utiliser le terme de «trouble psycho-comportemental» qui peut être employé de façon abusive par l'entourage.

Les troubles psycho-comportementaux peuvent avoir diverses étiologies : environnementale, psychiatrique, somatique ou liés aux déficits sensoriels. C'est pourquoi il faut être attentif aux plaintes des résidents. Souvent, une mauvaise compréhension entre le soignant et le résident va majorer les troubles.

Ici, la résidente n'est probablement pas consciente de l'inadaptation de sa conduite. Il s'agit sans doute plus d'une attitude réflexe comme expression ressentie du cerveau reptilien* en réponse à ce qui est perçu comme une attaque. Le

raisonnement du psychomotricien est nécessaire mais il ne suffit pas, l'empathie l'est tout autant pour la compréhension des différents comportements des résidents.

Souvent, les troubles du comportement observés chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère sont une manière de communiquer. Nous pouvons alors comprendre qu'une personne avec une aphasie globale ou des troubles de la compréhension ou encore qu'une personne qui a des difficultés d'élaboration psychique puisse plus facilement répondre de cette façon plutôt que par le biais de la parole.

III- Être là

Dans cette partie, je m'appuie sur plusieurs exemples cliniques pour signifier qu'il n'est pas toujours évident de savoir si une personne est en relation ou pas. La présence physique d'une personne est à distinguer de sa présence dans un contexte relationnel. C'est-à-dire du fait qu'elle puisse entrer ou non en interaction avec un autre. La communication est un processus complexe puisqu'il est constitué de présence et d'absence où les rythmes de chacun interviennent et s'entrecroisent.

1. Je n'arrive pas à vivre l'instant présent

Être présent physiquement ne suffit donc pas à entrer en relation, à être présent pour l'autre, vis-à-vis de l'autre. Cela est souvent le cas lorsque l'angoisse nous envahit. Qui n'a jamais vécu cette situation où l'on a l'impression de perdre tous nos moyens et où l'on est incapable de s'ajuster à l'autre. La présence de l'autre peut-elle alors majorer cette angoisse? Il me semble que oui. «L'angoisse se rapporte [...] aux symptômes physiques et aux altérations fonctionnelles qui l'accompagnent.»⁵³ Elle n'est pas élaborable. C'est pourquoi je pense que le rôle du psychomotricien est tout à fait adapté dans ces situations. Le psychomotricien est alors un autre, mais il a pour but de ne pas laisser l'angoisse flottante et de lui donner un sens.

⁵³ André P., Benavidès T., Giromini F., 2004, p. 56.

Lorsque je vois Mme Datte pendant le groupe de relaxation, elle répète sans cesse : «Maman, maman, j'ai la tête perdue, qu'est ce que je vais devenir ?». Elle répète cette phrase rapidement, inlassablement, toujours sur la même tonalité de voix. Cette femme me semble décontenancée, son corps est figé. Sa voix laisse entendre un mal être. Elle ne prend pas le temps de respirer quand elle parle. C'est comme automatisé. J'ai l'impression que ces mots sont précipités dans l'espace. La signification de cette phrase n'est pas banale. L'angoisse massive du devenir qui lui est sous-jacente me semble avoir imprégnée tout le corps de cette femme. A l'entendre qui d'autre que sa mère peut avoir de l'importance à ses yeux ? Qui d'autre peut la réassurer ? Avec qui d'autre pourrait elle être en relation ? Et de quelle manière ? Ce sont ces questions qui m'ont traversé l'esprit au fil des séances. A son image, je me posais sans cesse les mêmes questions. Quelque chose de son angoisse s'était emparée de moi.

Pourtant, en séance de relaxation il a été possible pour Mme Datte d'exprimer son angoisse et de rentrer en relation à différentes reprises, par différents moyens. Ainsi, lors d'une séance, Adèle a pu échanger avec Mme Datte. En se mettant à ses côtés, elle lui dit : «Vous êtes tranquillement installée dans notre groupe». Mme Datte qui ne répond généralement pas et qui reste dans la répétition de sa phrase pu répondre : «Ah oui, c'est vrai». Puis, elle ajouta : «Je ne suis pas bien». Adèle lui dit alors : «Vous voulez peut être bouger un peu» mais cela ne semblait pas être ce que Mme Datte avait besoin d'entendre puisqu'elle dit à nouveau : «Je ne suis pas bien». Adèle commença alors à lui poser des questions et à verbaliser son angoisse. Ainsi, elle a pu lui renvoyer plusieurs interrogations comme : «Qu'est ce que vous allez devenir ?», «Qu'est ce que vous pouvez faire pour aller mieux ?», «Qu'est ce que ça fait de vieillir ?», «C'est étrange de se sentir changer ?». Ces interrogations sont des ouvertures envisageables. Pendant ce temps, Mme Datte est restée sans parler. J'ai eu l'impression qu'elle écoutait attentivement. Elle demanda : «Qu'est ce que je vais devenir Madame ? Je ne suis pas bien». Adèle lui tenait le bras, elle continua à lui parler de ses peurs, avec une voix douce et réassurante.

Mme Datte est tellement angoissée par son devenir et par la mort qu'elle reste figée, comme prise au piège dans une certaine stupeur. «Faut-il avoir peur de vieillir ? Poser la question est déjà reconnaître implicitement l'existence d'une crainte. Comment ne pas avoir peur de ce qui s'apparente à la mort ? Vieillir marque notre

temporalité.»⁵⁴ Outre le fait de l'altérité du processus physiologique et physique dû à l'âge, c'est peut être l'angoisse de Mme Datte, à l'origine d'une torpeur, qui est susceptible d'amoinrir son activité psychique, physique et sa sensibilité. Cette angoisse l'empêche donc de vivre des interactions dans le présent.

A un autre moment, Mme Datte qui continue de répéter continuellement la même phrase est arrêtée par Adèle qui lui demande : «Elle vous manque votre maman ?». Mme Datte répond alors : «Non, elle est là». Adèle lui dit : «Dans votre cœur» et Mme Datte rétorque : «Elle est ici dans la... ». Je crois entendre le mot pièce.

Ici, il me semble que Mme Datte est tellement angoissée par son devenir qu'elle se raccroche au passé, à sa mère décédée, pour se sentir contenue et pouvoir survivre. Mme Datte se raccroche au souvenir de sa mère qui est présente et absente à la fois. Elle appelle sa mère défunte comme si elle était parmi les vivants. Mme Datte est persuadée de sa présence au sein de la salle où la séance se déroule.

«Maman, maman, j'ai la tête perdue qu'est-ce que je vais devenir ?» Cette phrase que Mme Datte répète, c'est comme si elle était passée d'un seul coup de l'enfance à la vieillesse ou de la vieillesse à l'enfance.

Dans le cas de Mme Datte, nous pouvons évoquer l'hypothèse d'un choc émotionnel, c'est-à-dire d'une émotion brutale pouvant être traumatisante, qui aurait pu engendrer un déni. Le déni est un mécanisme de défense qui consiste en un «refus de reconnaître une réalité dont la perception est traumatisante pour le sujet»⁵⁵. Une autre hypothèse pourrait être celle d'un trouble mnésique car nous savons que la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère à un déficit global des fonctions cognitives. Les mémoires rétrograde et antérograde sont altérées, ce qui pourrait expliquer que Mme Datte ait oublié le décès de sa mère. Enfin, nous pouvons nous demander si la perception de la présence de sa mère dans la salle est le fruit d'une hallucination de la part de Mme Datte. L'hallucination est une perception sans objet mais certains auteurs observant ce phénomène d'un point de vue inconscient comprennent celui-ci comme une perception d'un objet interne qui tente

⁵⁴ Messy J., 1992, p. 21.

⁵⁵ Petit Robert, 2011, p. 676.

maladroitement, souvent de façon inappropriée, d'apaiser l'angoisse profonde de la personne⁵⁶.

2. Je suis présent quand j'évoque le passé

Dans les premières séances, M. Mousse est la personne ayant évoqué le plus de souvenirs. Il accueille positivement les mobilisations.

La première fois, il évoque le mot «football». Adèle lui demande alors s'il jouait au football, elle dit que c'est peut être un souvenir d'enfance. Puis elle lui demande si ce souvenir est agréable et M. Mousse lui répond oui. Ici, le souvenir est vecteur d'émotions. C'est la mémoire émotionnelle qui est en jeu. Le toucher proposé par Adèle permet à M. Mousse de prendre conscience du présent. E. Courjou, dans son livre intitulé *Le toucher relationnel*, explique que par voie de conséquence, le toucher nous fait prendre conscience des notions du passé et du futur. Ainsi, le toucher a pu permettre à M. Mousse de se saisir de la notion d'espace-temps pour lui permettre de retrouver un souvenir par le biais de sa mémoire corporelle. N. Feil ajoute que : «Les mouvements du corps peuvent transporter certaines personnes dans le passé.»⁵⁷ A ce moment, le pronostic vital de M. Mousse était engagé. Peut être que pour M. Mousse cette évocation liée à des souvenirs agréables était une façon plus apaisante pour lui de quitter la vie. Effectivement son décès a eu lieu quelques jours après.

La seconde fois, la reviviscence du souvenir était plus anxiogène. Toujours lors d'une mobilisation passive, Adèle prend une des mains de M. Mousse. Lui, pose son autre main par-dessus. Adèle lui dit alors : «Vous sentez ma main. Vos mains.» Elle ajoute : «Ca se sont vos mains et ça se sont les miennes. Nous en avons chacun deux». M. Mousse mobilise un peu ses deux mains. Il fixe le dessus de sa main gauche et dit : «Je suis tombé». Adèle le questionne sur l'endroit qui a reçu le choc. Aucun hématome n'est visible. Peut être que M. Mousse a chuté mais sans qu'Adèle et moi n'ayons été informées. Puis Adèle lui dit : «Sur votre bras ou votre main?» et M. Mousse répond : «Oui, c'est là». Il se frotte les poignets un certain moment comme pour atténuer une douleur. Au même moment il regarde Adèle.

⁵⁶ Kapsambelis V., 2002.

⁵⁷ Feil N., 2005, p. 73.

La mémoire du corps, quand elle est mobilisée, peut réactiver des souvenirs. Chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, ces souvenirs évoquent des instants vécus, majoritairement lors de la période de l'enfance jusqu'à l'âge adulte. En effet, la mémoire antérograde étant touchée, les personnes ne pourront pas se remémorer des événements vécus après l'apparition de la maladie. Elles pourront néanmoins reconnaître en partie certains lieux, visages *etc.* grâce à ce que nous pourrions appelé un sentiment de familiarité. J. Hyvrard, dans son roman *La Meutritude* illustre très bien ce sentiment quand elle dit «Tu ne sais plus ce qui est arrivé à cette femme. Tu sais seulement qu'à un moment il est arrivé quelque chose.»⁵⁸

Dans le cas de M. Mousse, Adèle doit pouvoir être présente pour recevoir les souvenirs qu'il relate et les émotions qui y sont liées. Les souvenirs sont une image du passé qui peuvent parfois revenir avec plus ou moins d'intensité et qui réactivent notre sensorialité. Ils sont une façon de se sentir vivant, de communiquer. Ils peuvent permettre d'être dans l'ici et le maintenant avec l'autre.

Mais le souvenir peut aussi transparaître sous une autre forme comme celle d'une chanson par exemple. Mme Datte est une femme qui a beaucoup de difficulté à être dans la relation. Comme je l'ai décrit précédemment, elle est submergée d'une forte angoisse. Pourtant, lors d'une séance, Mme Réglisse dit : «Je peux chanter». Adèle qui allait alors mobiliser Mme Datte répondit : «C'est vrai, on peut chanter». Elle tourna son visage vers Mme Datte et lui dit : «Vous aimez chantez ? Connaissez-vous celle-ci ?» et elle se mit à chanter : «Non, rien de rien. Non, je ne regrette rien... ». Pour ne pas donner trop d'informations sensorielles, elle laissa seulement sa main posée sur Mme Datte mais n'effectuait aucun mouvement. Mme Datte ne parlait plus, elle l'écoutait puis, elle se mit à chanter elle aussi. La mélodie n'était pas juste mais ces mots qu'elle ne prononçait plus sont venus s'inscrire les uns après les autres, d'une façon si fluide, si évidente. Ils prenaient corps dans l'espace qui nous entourait jusqu'à atteindre mes tympans.

«Les chansons familières apprises [...] et répétées tout au long de la vie s'inscrivent à jamais dans la mémoire. Quand l'intervenant chante une mélodie bien connue, la personne désorientée dans le temps 'se branche' instantanément.»⁵⁹ Si

⁵⁸ Hyvrard J., 1977, p. 27.

⁵⁹ Feil N., 2005, p. 95.

Mme Datte retrouve les mots de la chanson, c'est qu'elle utilise une autre mémoire que celle qui est utilisée pour parler. En effet, le chant fait appel à la mémoire procédurale alors que le langage oral nécessite le bon fonctionnement de la mémoire sémantique, souvent altérée chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère.⁶⁰ «Ainsi, le chant stimule les interactions entre elles, [...] réduit l'anxiété, 'dope' les ressources de l'esprit et procure un sentiment de bien-être»⁶¹

3. Le regard soutient l'instant présent

«Les yeux sont le plus important système de transmission de messages non verbaux et chaque culture présente des règles qui lui sont propres.»⁶² N'oublions pas que les modes de communications divergent selon les milieux socio-culturels. Ainsi, en Occident, le fait de fixer du regard permet d'exprimer un intérêt, bienveillant ou non, envers l'autre.

Au début de chaque séance, je constate l'état de vigilance des résidents arrivant au patio. La vigilance est une fonction qui assure l'éveil, elle est intimement liée au tonus. La première chose qu'il m'est donné à voir c'est la présence de l'autre et comment cet autre est présent à l'environnement. Les yeux fermés ou ouverts sont alors des indices. Nous avons tendance à dire que quelqu'un ayant les yeux fermés est en état de sommeil et que quelqu'un avec les yeux ouverts est en état de veille. Même si en réalité il existe des états intermédiaires, en fermant les yeux, nous ne percevons plus les flux sensoriels visuels et notre état de vigilance s'abaisse.

Voici le détail d'un fait clinique :

Mme Réglisse regarde Adèle puis M. Curaçao et dit : «Il y a un Monsieur qui nous regarde». Adèle affirme alors en reprenant les mots de Mme Réglisse et ajoute : «Ce sera d'ailleurs à son tour d'être mobilisé après vous.» Puis Mme dit : «Je m'entends bien avec lui.» Adèle répond : «J'ai l'impression.» Mme Réglisse se redresse alors et se réinstalle dans son fauteuil. Adèle passe de l'autre côté pour lui faire les mobilisations et Mme Réglisse se redresse à nouveau. Elle dit : «Tu entends dire, je suis là.» Adèle

⁶⁰ Site de gérontologie créée par Dr. Lucien Mias. <http://papidoc.chic-cm.fr/37actievconcept.html>

⁶¹ Feil N., 2005, p. 116-117.

⁶² Grisé J., 2010, p. 39.

reprend ses mots : «Je suis là.» Mme Réglisse répond : «Ah bon ? J'avais pas bien regardé !»

Ce passage extrait d'une séance démontre le lien entre regard, vigilance et tonus. Les échanges de regards entre Mme Réglisse et M. Curaçao ou Adèle mettent en évidence la préservation de la conscience de l'autre chez la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère. Cette conscience de l'autre amène Mme Réglisse à se redresser et à orienter son regard pour interagir avec l'autre. De ce fait, elle agit sur son tonus postural qui est l'activité tonique minimale qui permet de maintenir une posture et donc un état de vigilance.

Il m'a semblé intéressant de relater une autre vignette clinique.

A chaque séance, je propose des mobilisations passives à M. Curaçao. Lorsque je m'approche de lui, je lui dis bonjour en lui présentant ma main. Il me retourne la poignée de main en me disant bonjour avec un grand sourire en me fixant avec des grands yeux écarquillés. Pendant la mobilisation, j'induis des mouvements sur la main de M. Curaçao en lui disant : «A chaque mouvement c'est un peu plus souple, un peu plus ample, un peu plus facile». Quand je lui fais les inductions tactiles il a la tête baissée, son regard est fixe. Lorsque j'ajoute des inductions verbales, il lui arrive fréquemment de tourner sa tête vers moi et de me regarder en ouvrant encore plus grand les yeux qu'il clignent de temps en temps. En même temps, il hoche la tête d'avant en arrière, comme pour valider ou confirmer quelque chose qui se passe dans le présent. Après chaque mobilisation, M. Curaçao reprend le mouvement seul mais en gardant ma main dans la sienne. Je verbalise alors le fait qu'il peut se réapproprier le mouvement. À la fin, je lui propose de profiter des sensations dans un moment de calme qui s'offre à lui. Il penche alors sa tête vers le sol qu'il regarde fixement en inspirant profondément. Après m'être éloignée pour proposer la mobilisation à quelqu'un d'autre, je constate à chaque fois qu'il a ses deux mains posées sur ses cuisses. Il les manipule, croise ses doigts, et les observe toujours avec ses grands yeux bleus. J'ai l'impression qu'il est étonné et qu'il redécouvre à chaque fois la fonctionnalité de ses bras et de ses mains.

Pour M. Curaçao le regard est un moyen de communication privilégié. En ouvrant les yeux plus grands quand je lui propose les mobilisations, l'intensité de son regard varie et véhicule un panel d'émotions. Ainsi, M. Curaçao me montre qu'il est dans l'interaction.

Pour tenter de se faire comprendre, le résident aphasique tente d'établir un contact visuel. «Chaque modification de l'expression des yeux est un message que l'intervenant doit décoder selon le contexte et en référence au temps, puisque la maladie évolue et que la communication non verbal changera en fonction de l'état du malade. »⁶³

Dans cette seconde partie :

Je me suis appuyée sur ma clinique du groupe de relaxation Communication corporelle pour essayer de mettre en évidence les éléments qui, à mon sens, sont les plus révélateurs de la communication verbale et infra-verbale chez la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère. Ainsi, nous pouvons constater que l'aspect sensitif comme le toucher, l'expression d'un ressenti ou d'une émotion, pouvant se manifester par le mouvement dont l'imitation fait partie, sont autant d'indices permettant l'entrée en contact et donc l'instauration d'un mode de communication avec ces personnes.

⁶³ Grisé J., 2010, p. 42.

Partie 3 : UN CHEMIN VERS L'INTERSUBJECTIVITÉ

Après avoir mis en évidence quelques faits cliniques, j'ai éprouvé la nécessité de prendre de la distance par rapport à tout ce que j'ai pu observer. Ayant aperçu par quels biais la communication était possible avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère, je tente maintenant de comprendre pourquoi ces personnes ont des difficultés à manifester leurs envies et besoins et, par conséquence, à être comprise. Dans cette dernière partie je souhaite donc exposer ce qui m'est apparu comme communément présent chez ces personnes. Pour ce faire, j'expliquerai dans un premier temps en quoi l'attitude psychocorporelle de ces personnes me fait dire qu'il existe une involution qui entrave l'accès à la communication. Par la suite, je détaillerai la fonction du psychomotricien face à une telle situation et les impacts possibles sur la communication.

I- Involution psychocorporelle

En observant les manifestations psychocorporelles des personnes du groupe, je me suis posée la question de savoir si ce que j'observais chez eux pouvait être nommé ou défini comme une involution ou comme une régression psychomotrice. J'ai donc recherché la signification de ces deux termes.

Le mot involution vient du latin *involutio* qui signifie enroulement. Il est défini par «une modification régressive de l'organisme.»⁶⁴

Le mot régression vient du latin *regresso* qui signifie retour. Au niveau somatique, c'est un retour à une forme antérieure de son développement chez un même individu. Sur le point de vue psychologique, c'est un retour à un stade antérieur de développement affectif et mental.⁶⁵

À la vue de ma clinique, il me semble plus approprié d'utiliser le terme d'involution pour traduire les attitudes et comportements psychocorporels des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère. Et si le mot

⁶⁴ Petit Robert, 2011, p. 1368.

⁶⁵ *Ibid.* p. 2169.

régression peut être utilisé, il ne faut pas l'entendre comme une «retombée dans l'enfance». Dans le livre *Soins palliatifs et psychomotricité*, O. Gaucher-Hamoudi et M. Guiose, disent en parlant du patient : «Effectivement, même s'il régresse et s'il exprime ainsi un besoin d'être materné, le patient chemine en parallèle, tout en réalisant son bilan de vie, vers une sagesse que seul un homme au terme de sa vie peut atteindre.»⁶⁶

1. Un vécu de pertes

Les différentes pertes de la personne sont, selon moi, à l'origine de son involution psychomotrice. «A partir d'un certain âge, le vieillissement du corps s'accompagne d'une baisse de la force musculaire.»⁶⁷ L'immobilité du corps de la personne accentue la fonte musculaire. Dans le cas des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, l'apraxie contribue à renforcer cette boucle perverse. De plus, le vieillissement des organes sensoriels entraîne une diminution de la sensibilité. Chez la personne démente à un stade sévère, les pertes sont d'autant plus présentes. D'ailleurs, n'oublions pas que la première perte due à la maladie d'Alzheimer est une perte des capacités mnésiques. L'amnésie atteint le rappel du souvenir. Cette première perte, surajoutée au vieillissement physiologique normal, va considérablement amoindrir l'estime que la personne a d'elle-même. D'après C. Delamarre⁶⁸, une corrélation évidente existe entre des plaintes mnésiques et la présence de déficits sensoriels ou moteurs, entravant l'autonomie de la personne.

Puisque je tente de comprendre comment il est possible de communiquer avec la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère, j'aimerais mettre l'accent sur les troubles phasiques. «Les aphasies sont des troubles du langage en rapport avec des lésions.»⁶⁹ Elles traduisent une perturbation de la communication verbale. O. Sabouraud explique que celles-ci sont à distinguer de certains comportements comme le mutisme* qui aurait une origine relationnelle plutôt que lésionnelle. Néanmoins, l'aphasie rend le discours des personnes difficilement compréhensible, voire incompréhensible. En ce sens, la communication verbale est

⁶⁶ Gaucher-Hamoudi O., Guiose M., 2007, p. 96.

⁶⁷ Gineste Y., Pellissier J., 2007, p. 77.

⁶⁸ Delamarre C., 2007.

⁶⁹ Sabouraud O., 1995, p. 22.

alors bien souvent déficitaire. Il me paraît donc légitime de me demander si l'aphasie, à l'origine lésionnelle, peut être renforcée par une perturbation relationnelle.

«Les lésions cortico-sous-corticales de l'hémisphère* dominant pour le langage (en règle générale le gauche) sont la cause la plus fréquente des aphasies.»⁷⁰ Au cours de la maladie d'Alzheimer, on observe successivement des troubles phasiques allant de l'aphasie amnésique, caractérisée par un manque du mot, à une aphasie de Wernicke, puis une aphasie globale⁷¹. Il existe d'autres aphasies que je ne citerai pas ici car elles ne sont pas en lien direct avec la maladie d'Alzheimer. Dans le cadre de mes recherches, je me suis plus particulièrement intéressée à l'aphasie de Wernicke.

L'aphasie de Wernicke ou aphasie sensorielle ou encore aphasie de réception est, quant à elle, reliée à des lésions cérébrales dans la partie supérieure postérieure du lobe* temporal de l'hémisphère dominant, généralement le gauche. Le sujet n'est pas conscient de son trouble. Nous observons une difficulté dans la compréhension et le choix des mots ainsi qu'une éventuelle logorrhée*.

Dans les informations que j'ai obtenues dans les dossiers médicaux de Mme Réglisse, je n'ai trouvé aucune trace spécifiant une aphasie de Wernicke. Pourtant je suppose fortement que Mme Réglisse a une aphasie de Wernicke. Voici le détail d'un échange que j'ai pu avoir avec elle sur un temps informel :

La porte de sa chambre est ouverte et Mme Réglisse est là, au sol, sur un grand tapis en mousse bleue. Seuls ses avant bras, ses fesses et ses pieds touchent le sol. Ses jambes sont pliées. Je lui tends ma main pour lui dire bonjour, elle la prend et sourit. Je m'assieds sur une chaise. Elle me dit: «Je suis sortie avec le président, avec des bouclettes. Ca, c'est la chose la plus grande et la plus délicieuse.» Quelques secondes passent et elle ajoute: «ça y est, c'était pas sale!». Je lui réponds : «oui» et elle me dit: «ah? Tu le savais» et se met à rire. Elle continue de me parler: «je voudrais ça net, ça net, quatre-vingt oreilles. D'ailleurs y'a pas de naissance. C'est tout pareil». Je décide de me lever de ma chaise et de m'asseoir au sol, pour être à sa hauteur. Elle me dit: «met ton derrière là» et me montre ma poitrine en disant : «C'est bien, moi c'est pas

⁷⁰ Support de cours de sémiologie cognitive
<http://www.chups.jussieu.fr/polys/neuro/semioneuro/POLY.Chp.4.1.3.html>

⁷¹ Site de l'association Flandre Alzheimer http://www.alzheimer-adna.com/_Lexique/A_dossier/aphasie.html

comme ça, là ça détruit ça, tout ça, comme les taureaux». Une aide soignante entre alors et la relève pour la mettre dans son fauteuil mais Mme Réglisse ne semble pas vouloir y rester. Je lui propose ma main et lui demande si elle veut retourner sur les matelas. Elle me répond : «oui». Elle me tient le bras pour marcher et s'arrête devant le bureau où se trouve une feuille déchirée. Elle montre du doigt des lettres d'imprimerie capitales, c'est le nom de la structure. Mme Réglisse dit : «ça, c'est la grande déviation.» Elle se dirige jusqu'à son lit et agrippe les draps. Je lui donne alors ma main. Elle la touche et me dit: «ça boue ça». Je lui dis: «oui, c'est chaud». Mme Réglisse répond : «ah oui mais une bonne chaleur». Je lui répons : «oui, une chaleur humaine.»

Dans cet extrait, Mme Réglisse use de néologismes et emploie souvent un mot pour un autre. Ces deux utilisations coexistent dans la jargonophasie.

«Le terme de jargon est utilisé pour désigner, parmi les aphasiques, un groupe de malades qui parlent, répondent, prennent part à la conversation et dont les paroles sont pour nous incompréhensibles. Il ne s'agit ni d'une voix trop faible, ni d'une articulation défectueuse. Le ton, le débit, la prosodie*, l'enchaînement de syllabes canoniques, tout cela est conservé, mais sous cette apparence, on ne trouve, dans les tirades produites, que des mots hors de situation et des séquences phoniques saugrenues, étrangères à l'inventaire de la langue.»⁷²

Au fur et à mesure de la maladie les différentes pertes évoquées sont de plus en plus prononcées. A celles-ci se rajoutent les pertes affectives que l'individu a éprouvées tout au long de sa vie telles que la perte d'un être cher, la perte d'un lieu de vie, la perte du sentiment d'utilité et la perte d'une image idéale de soi.

Au stade sévère, nous observons un déficit total des fonctions supérieures avec une complète amnésie, apraxie, agnosie et aphasie. Les vignettes cliniques de ma seconde partie démontrent bien combien toutes ces fonctions sont significativement altérées. C. Delamarre⁷³ dit que la perte de la faculté de communication verbale et celle des repères environnementaux vont être à eux seuls éminemment anxiogènes.

⁷² Sabouraud O., 1995, p. 85-86.

⁷³ Delamarre C., 2007, p. 11.

Mais il va de soi que l'ensemble de ces vécus de pertes corrélées cités ci-dessus est aussi un facteur favorisant l'émergence de l'angoisse.

Par l'évocation de ces différentes pertes, je voudrais faire prendre conscience du changement brutal que la personne atteinte de démence doit probablement éprouver. Pour reprendre les mots de Mme Réglisse, je dirais qu'il s'agit d'une «déviation» de la vie. Cette «déviation» est la manifestation d'une détérioration des capacités entraînant une perte d'un lien entre le passé et le présent mais aussi entre la personne atteinte de démence et son entourage. La relation n'est plus la même et la communication s'en retrouve affectée. Toutes ses pertes retentissent dans et sur le corps de la personne malade et dans son implication relationnelle.

2. Au début était l'enroulement

Ayant eu la chance de voir le groupe à sa création, j'ai pu observer le déroulement de celui-ci dès son commencement. Voici un extrait clinique mettant en exergue ma perception de la première séance de Communication corporelle :

Les personnes qu'Adèle et moi recevons en groupe de relaxation sont, je l'ai déjà précisé, pour la majorité, en fauteuil roulant une grande partie de la journée. C'est donc dans la posture assise que nous les emmenons au patio pour la séance de relaxation. Mais la position assise de ces personnes n'est pas celle que nous nous représentons en général, c'est-à-dire avec un dos plus ou moins droit et des pieds correctement posés sur le sol. Les personnes que je vois dans le cadre des séances de Communication corporelle sont en général plutôt dans une posture d'enroulement. Certaines semblent plus affaissées que d'autres sur leur fauteuil et montrent une flexion de la tête plus marquée, entraînant une cyphose* dorsale importante. Néanmoins toutes sont dans cette posture d'enroulement. Cette typologie posturale est la première chose qui m'ait été donnée à voir lors de cette première séance. Une fois dans la salle, les résidents sont disposés en cercle. Je m'assieds légèrement en retrait. J'observe chacun d'entre eux et en même temps je les observe tous ensemble. Je prends des notes et me fais la plus discrète possible. J'ai l'impression que mon stylo gravant la feuille est le seul bruit palpable au sein de la pièce. C'est calme, tout à fait calme. Les respirations sont si faibles que j'ai du mal à les entendre. Tous semblent endormis, immobiles, les yeux fermés. Au fur et à mesure de la séance, je ne perçois aucun changement. La posture d'enroulement prédomine.

Face à cette manifestation corporelle explicite, je me suis demandée ce qui était en jeu dans le développement psychocorporel de ces personnes. J'ai alors fait le rapprochement entre le maintien de la posture du buste, l'implication du tonus et le redressement axial. B. Lesage dit : «Le corps est construit selon une axialité longitudinale.»⁷⁴ Il définit l'axe comme : «une ligne virtuelle qui est une résultante d'équilibre, autour de laquelle s'organise l'ensemble du corps.»⁷⁵ Cet axe permet à l'humain de relier et différencier les différents plans de l'espace comme le haut et le bas, la droite et la gauche et l'avant et l'arrière. A. Coeman et M. De Frahan Raulier⁷⁶ ajoutent que c'est le mouvement d'enroulement/redressement et l'intégration de cet axe qui vont permettre l'accès aux mouvements de torsion puis aux retournements.

Les personnes que je vois en groupe n'effectuent jamais de mouvement de torsion. Le seul mouvement préservé serait celui du redressement/enroulement. J'ajoute que les seuls mouvements que j'ai pu observer se sont toujours uniquement déroulés dans le plan sagittal*. Les plans horizontal* et frontal* ne sont jamais exploités.

Ici, le tonus est inadapté et ne permet pas le redressement axial. L'hypertonie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer les maintient dans une posture d'enroulement. Cette attitude renvoie à l'expression corporelle adoptée par le nouveau-né. Selon A. Coeman et M. De Frahan Raulier⁷⁷, au début de la vie, l'enfant va s'appuyer sur sa posture d'enroulement pour agir contre la pesanteur et se redresser pour accéder à la verticalité.

Le repli physique que présente les résidents ne leur permet pas d'avoir un regard orienté vers le monde environnant. Cette posture peut engendrer un repli psychique, susceptible d'entraver l'entrée en communication. Pour éviter d'alimenter ce repli, la relaxation proposée aux résidents vise une diminution du tonus. Cette variation tonique permet une modification de l'état de vigilance amenant le résident à adapter sa posture en fonction des sollicitations de l'environnement. Il est alors plus à même d'être à l'écoute de soi et de l'autre et, par conséquence, d'entrer en communication.

⁷⁴ Lesage B., 2012, p. 43.

⁷⁵ *Ibid.* p. 44.

⁷⁶ Coeman A., De Frahan Raulier M., 2004.

⁷⁷ *Ibid.*

Je spécifie que pour avoir accès à une attitude d'ouverture et de redressement, la notion d'ancrage ne doit pas être sous-estimée. Les pieds doivent être correctement posés sur le sol pour permettre un bon ancrage, assurant ainsi une certaine stabilité. Selon B. Lesage⁷⁸, l'ancrage est une base permettant l'appui pour initier la verticalisation. Chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère, il y a une sous-stimulation sensorielle de la voûte plantaire. Le déficit sensoriel lié à une conscience du corps appauvrie ne permet bien souvent pas à la personne démente d'avoir cet ancrage nécessaire au redressement. Les pieds ne sont quasiment jamais posés au sol. C'est pourquoi, avant chaque séance, lors du moment d'installation, je prends un temps pour proposer à chacun de réajuster sa posture. Pour cela, il m'arrive d'utiliser des coussins en mousse de consistance assez ferme que je mets sous les pieds des résidents. Cela leur permet une meilleure conscience de leur corps, un meilleur ancrage afin d'améliorer leurs capacités relationnelles.

La posture prédominante chez les personnes du groupe Communication corporelle me fait dire qu'il est possible d'établir un rapprochement entre la position fœtale qu'adopte le nouveau-né et la position d'enroulement de la personne démente à un stade sévère. Une même posture d'enroulement est visible chez l'un et chez l'autre mais pour l'un elle va dans le sens d'une verticalité quand, pour l'autre, elle va dans le sens d'un repli. La posture d'enroulement de l'enfant est due à une hypotonie axiale tandis que celle du résident est principalement due à une hypertonie. Il y a ici un effet de miroir dans l'attitude corporelle.

3. Quelle image du corps ?

Si l'attitude corporelle de ces personnes me renvoie l'image de ce parallèle complexe entre le nouveau-né et eux, quand est-il de leur image du corps ?

Si notre corps est notre habitat permanent, notre compagnon le plus fidèle, il ne peut être dissocié de la perception subjective que nous nous en faisons. Cette image de notre corps évolue sans cesse en fonction de notre rapport au monde. L'affect y tient une place essentielle.

⁷⁸ Lesage B., 2012.

Selon P. Schilder :

«L'image du corps désigne les perceptions et représentations mentales que nous avons de notre corps, comme objet physique mais aussi chargé d'affects. Elle est l'aspect imageant du corps et appartient à l'imaginaire, à l'inconscient, avec comme support l'affectif. L'image du corps est la première représentation inconsciente de soi, représentation qui prend le corps comme principe unificateur, qui délimite le dedans et le dehors».⁷⁹

Si l'image du corps est la représentation mentale que nous avons de notre physique, que dire de celle de ces personnes démentes à un stade sévère qui ne bougent quasiment plus et qui sont apraxiques ?

Si l'affect tient une place prépondérante dans l'image du corps, que dire de celle de ces personnes qui peuvent être ignorées ou infantilisées par leur entourage ?

Si l'image du corps est la représentation qui prend le corps comme principe unificateur, que dire de celle des personnes qui ont du mal à distinguer ce qui est de leur corps et ce qui est du corps d'un autre ?

Pour les résidents qui font l'objet de mon mémoire, toutes les pertes, qu'elles soient affectives, physiologiques ou cognitives, d'ordre physique ou psychique, créent une faille narcissique qui a des répercussions sur leur image du corps.

Dans un autre registre, J. Lacan évoque le stade du miroir, expérience narcissique fondamentale qui joue un rôle essentiel dans l'élaboration du schéma corporel. Il explique qu'entre six et dix-huit mois l'enfant découvre le reflet de son corps dans le miroir. «L'image spéculaire montre à l'enfant que son corps revêt une forme humaine, lui fait sentir qu'il est une entité distincte des autres qui se reflètent dans le miroir, et lui fait croire une unité homogène.»⁸⁰ Mais il y a un décalage entre ce que l'enfant voit et ce qu'il ressent, autrement dit, entre le corps vu et le corps ressenti. En effet, devant le miroir, l'image qui se présente aux yeux de l'enfant est une image de lui harmonieuse et cohérente alors qu'à l'intérieur de lui les pulsions et les sensations de toutes sortes abondent.

⁷⁹ Schilder P. cité par Guiose M., 2007, p. 96.

⁸⁰ Lacan J. cité par Nasio J-D., 2007, p. 120.

F. Dolto⁸¹ dit qu'à partir de cette image spéculaire l'enfant va comprendre que cette image n'est pas complètement lui mais que c'est une apparence de lui. A partir de cet accès à l'image spéculaire se produit le refoulement*. Pour s'inscrire dans la société, l'enfant va privilégier cette image qu'il donne à voir et tout ce qui est vu au détriment de ses sensations internes à la base de son image inconsciente du corps. Chez les personnes que je vois au sein du groupe Communication corporelle, il me semble que c'est le contraire. Les résidents ne sont plus attachés à cette image qu'ils laissent à voir. Les pulsions de vie et de mort ressurgissent et les émotions prennent le devant de la scène. Elles sont exprimées de manière directe, sans retenue. La personne délaisse l'image vue pour aller vers quelque chose de plus primitif, chargé d'affects et de sensations.

Pour que l'acquisition d'une image corresponde à sa propre identité, c'est-à-dire à son nom et prénom, elle ne peut se faire sans la relation à l'autre. Dans le cas d'une personne démente à un stade sévère, l'image que celle-ci a d'elle-même se constitue par identification. «L'identification est un processus par lequel un individu se constitue sur le modèle d'un autre.»⁸² Je rajouterai même que son image se constitue sur une identification au bon ou au mauvais objet. «On parle d'objets d'amour et de haine, d'objets partiels, on les qualifie éventuellement d'objets oraux, anaux ou génitaux, ou encore d'objets internes ou externes, sans être troublé le moins du monde par le fait que tout cela se réfère en réalité à des personnes et non à des choses.»⁸³ Dans le cas des séances de relaxation, l'objet est le psychomotricien. Les résidents du groupe vont alors pouvoir s'identifier ou se contre-identifier à Adèle ou moi. Cette relation à l'objet, cette identification, met en évidence un état de régression.

Adèle et moi sommes susceptibles de devenir le miroir de l'autre, en l'occurrence celui de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère. «Entre l'enfance et la vieillesse il y a le reflet du miroir que nous ne cessons pas d'interroger.»⁸⁴ Nous portons toujours en soi l'enfant que nous étions et si nous ne pouvons redevenir lui, nous pouvons revenir sur ses traces, sur certaines choses que l'enfance a laissées en nous au moment de la dépendance.

⁸¹ Cours de psychologie, 2014.

⁸² Nasio J-D, 2007, p. 125.

⁸³ Balint M., 1959, p. 9.

⁸⁴ Messy J., 1992, p. 11.

II- L'ajustement du psychomotricien

Nous avons vu que la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère subit de nombreuses pertes et modifications psychocorporelles. Pour autant, certaines fonctions, parfois sous-estimées, sont préservées. La plus importante serait alors la capacité d'adaptation relationnelle. «De toute évidence les patients réputés Déments sont perméables au climat relationnel et, sans peut-être toujours comprendre finement ce qui se dit, ils en perçoivent le sens général. Ce qui se passe avec eux ou à propos d'eux, l'essence de ce qui se joue, de l'avis unanime des observateurs attentifs, semble perçu par eux.»⁸⁵ C'est donc à travers cet élément majeur qu'est la relation, qu'Adèle et moi envisageons un travail de relaxation avec ces personnes.

1. Une dernière dyade

Si je reprends ce que j'ai dit précédemment, le patient revient sur ses traces, sur certaines choses que l'enfance a laissées en lui au moment de la dépendance. Effectivement, lors des séances de Communication corporelle, le résident semble être dans une dépendance absolue. Pour D. W. Winnicott⁸⁶, la dépendance absolue est représentative du tout début de la vie où l'enfant est sous la dépendance des soins apportés par la mère. Il ne peut vivre sans elle, ni même survivre. Tout comme la mère forme une dyade avec son enfant, le psychomotricien forme une dyade avec le patient. Le mot dyade vient du latin *dyas, adis*, qui signifie «nombre de deux»⁸⁷.

Lors des séances de relaxation, un véritable dialogue tonico-émotionnel vient tisser les liens de cette dyade. «Henri Wallon (1954) est le premier à mettre en évidence le lien entre tonus et émotion. Il a souligné l'importance dans les interactions mère-nourrisson, parlant d'une 'relation tonico-affective'. Juan de Ajuriaguerra (1963), reprenant la démonstration de Wallon, parle de 'dialogue tonique' et met en exergue la fonction du tonus dans la communication interhumaine.»⁸⁸ Ainsi, lorsque le bébé pleure ou cri, il manifeste sa détresse. Ses

⁸⁵ Ploton L., 2004, p. 41.

⁸⁶ Winnicott D.W., 1965.

⁸⁷ Petit Robert, 2011, p. 796.

⁸⁸ Gaucher-Hamoudi O., Guiose M., 2007, p. 66.

muscles se contractent, il est dans une hypertonie d'appel. La mère entendant l'appel de son enfant va lui répondre. L'enfant s'apaise alors et montre une hypotonie* de satisfaction. Les modifications toniques qui émergent du corps de l'enfant prennent progressivement sens grâce à la relation particulière qu'il a avec sa mère. Par le terme «mère», j'entends l'objet maternant, l'environnement. Il ne faut pas croire que c'est à tout prix la mère qui exerce ce rôle. L'objet peut effectivement être la mère mais ce rôle de *mère suffisamment bonne* dont parle D. W. Winnicott⁸⁹ peut être interprété par n'importe quelle autre personne, de sexe biologique masculin ou féminin.

Selon D. W. Winnicott, le processus de maturation et le développement du moi se réalisent grâce à l'intégration des fonctions corporelles. Celles-ci sont mises en évidence par la peau, membrane frontière entre soi et l'autre. Cette intégration du moi et des fonctions corporelles est liée à la fonction de *holding* exercée par l'environnement. Dans le groupe de relaxation, le holding est la façon dont Adèle ou moi portons le résident, tant physiquement que psychiquement. L'attention du relaxé peut alors se centrer sur ses perceptions et ressentis internes. Cela va permettre au résident une prise de conscience de ses modifications corporelles, qu'il peut dès lors éprouver.

Dans le cadre des séances de relaxation, c'est donc ce rapport entre mère-enfant qui se rejoue sous la forme psychomotricien-patient.

A l'image de l'enfant qui évolue de la dépendance absolue à l'indépendance, les résidents qu'Adèle et moi prenons en charge en séance de relaxation nous montrent une involution de l'indépendance à la dépendance absolue. Sur la première dyade mère-enfant se reflète une dernière dyade formée par le psychomotricien et la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère.

⁸⁹ Winnicott D.W., 1965.

2. Un corps en émotions

Nous l'avons bien compris avec le concept de dialogue tonico-émotionnel, les émotions sont essentielles à la communication. L'être humain est un être d'émotions. Néanmoins, je souhaiterais revenir brièvement sur cette notion.

Les émotions sont exprimées par le corps. Selon J. De Ajuriaguerra, cinq canaux expriment les émotions : les mimiques, l'attitude, les réactions de prestance, l'activité motrice et les modifications toniques fines ou généralisées⁹⁰. E. Pireyre⁹¹ ajoute à cette liste un canal, le regard. Chez la personne âgée, l'utilisation du regard est primordiale. Nous avons pu observer précédemment à quel point cet élément est important pour M. Curaçao. Son regard lui permet un contact et l'expression de certaines émotions. Par ce canal, il est capable d'établir un lien relationnel. Ainsi, chaque signe de l'expression infra-verbale du résident est à prendre en considération. Lors des séances de Communication corporelle, Adèle et moi pratiquons «une écoute empathique exprimant essentiellement, par le canal des communications non-verbales, le ressenti des émotions que le patient nous communique»⁹²

L'empathie est à distinguer de la sympathie qui est défini comme une : «affinité morale, similitude de sentiments entre deux ou plusieurs personnes.»⁹³ Le terme d'empathie, quant à lui, est traduit de l'allemand *Einführung*. A ce sujet : «Ferenczi définit le 'tact' comme 'la faculté de sentir avec (*Einführung*)' qui permet de deviner, à partir de ses propres associations, ce que le patient ne perçoit pas de lui-même, pris qu'il est dans ses propres résistances.»⁹⁴ L'empathie est donc un phénomène préconscient qui permet de comprendre l'autre.

«Pour Carl Rogers (1961), l'empathie est 'une perception du cadre de référence interne d'une personne avec précision et dans ses composantes et significations émotionnelles, de façon à les ressentir comme si l'on était cette personne, mais sans jamais oublier le comme si. [...] Être presque l'autre, sans être

⁹⁰ Cours de psychologie de 3^{ème} année.

⁹¹ Pireyre E, 2011, p. 135.

⁹² Gaucher-Hamoudi O., Guiose M., 2007, p. 65.

⁹³ Petit Robert, 2011, p. 2484.

⁹⁴ Denis P. Dir., 2004, p. 760.

l'autre et sans cesser d'être soi-même.'»⁹⁵ Après avoir précisé cela, je peux dire que les personnes du groupe n'ont pas cette capacité à être empathique puisqu'elles sont majoritairement dans un processus d'identification. L'empathie nécessite un ajustement relationnel et une juste distance. «Il faut donc être suffisamment proche du souffrant pour être solidaire et le lui faire sentir, et suffisamment loin afin de ne pas être psychologiquement blessé et pour garder son objectivité.»⁹⁶ Cette juste distance n'est pas accessible dans l'identification. Cette dernière est définie comme : «un phénomène inconscient et permanent tandis que l'empathie est préconsciente et temporaire. Le but de l'identification [...] serait de surmonter l'anxiété, la culpabilité ou la perte d'objet»⁹⁷

Grâce à la capacité empathique d'Adèle et moi et aux émotions qui circulent dans le corps des résidents sous la forme d'un tonus plus ou moins élevé, la réminiscence de certains souvenirs est possible. Nous en avons vu un exemple avec M. Mousse. Ainsi, lorsqu'Adèle ou moi touchons le corps des résidents, nous les touchons aussi psychiquement. Ce toucher va faire écho à celui de la mère bienveillante et permettre au résident de se sentir sécurisé. Il va ainsi favoriser le réveil de certaines sensations «encartées» dans son corps. Les sensations sont des ressentis de notre état corporel sans cesse en mouvement. Elles sont présentes depuis la naissance et sont intimement liées aux émotions. Lors de la mobilisation passive de M. Mousse, les sensations récupérées grâce aux mouvements ont permis l'émergence de certaines émotions favorisant ainsi la récupération du souvenir.

«Selon J. Cosnier, les émotions jouent un rôle essentiel dans les relations interpersonnelles et la communication affective avec autrui.»⁹⁸

3. Une présence enveloppante

Lors des séances de Communication corporelle, Adèle et moi ajustons notre faculté d'adaptation dans le but d'être dans un rapport relationnel le plus authentique possible avec les résidents. A chaque début de séance, Adèle suggère de réaliser des mouvements tous ensemble. Pour ce faire, elle utilise la parole. Puis, elle ou moi

⁹⁵ Gaucher-Hamoudi O., Guiose M., 2007, p. 102.

⁹⁶ Courjou E., 2007, p. 76.

⁹⁷ Gaucher-Hamoudi O., Guiose M., *op. cit.*

⁹⁸ Fichier PDF sur empathie et communication rédigé par J. Cosnier en 1997 http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/articles/VI-4empathie_et_communic.pdf

allons voir les résidents tour à tour pour leur proposer une mobilisation passive. Nous utilisons le toucher. L'enveloppe tactile s'adjoint alors à l'enveloppe sonore. N'oublions pas que : «la communication originaire entre le bébé et l'environnement maternel et familial est un miroir à la fois tactile et sonore. Communiquer, c'est d'abord entrer en résonance, vibrer en harmonie avec l'autre.»⁹⁹

Dans un premier temps, c'est la voix d'Adèle qui va porter les mouvements des résidents et les ressentis qui y sont associés. «Par les mots, le relaxateur les guide dans leur corps mais c'est bien la voix qui les touche, par sa mélodie, ses modulations, ses intonations.»¹⁰⁰ En ce sens, M. Guiose affirme que la voix a une fonction archaïque d'apaisement, permettant d'abaisser un tonus trop élevé et de modifier l'état de vigilance. Ainsi, Adèle utilise une voix douce, chaude, enveloppante et réassurance. Sa parole est fluide, les mots mélodieux et doux s'écoulent les uns à la suite des autres, prenant tout leur sens. La prosodie de sa voix, son timbre* et sa tonalité* sont autant de subtilités qui viennent enrichir la communication émotionnelle. Tout cela peut être traduit par le concept *d'enveloppe sonore du soi* énoncé par D. Anzieu¹⁰¹. Plus que des paroles, Adèle offre alors un bain sonore permettant aux résidents de se recentrer sur leurs ressentis corporels.

Dans un second temps, le toucher est ajouté à la voix. Il me semble important de faire un bref aparté pour dire que la personne âgée démentée à un stade sévère n'est quasiment plus touchée. Si elle l'est, c'est la majorité du temps pour recevoir des soins médicaux qui viennent agresser sa chair et son être. Il ne s'agit pas ici de lancer la pierre aux soignants qui viennent s'occuper de la personne dans une nécessité de soins vitaux. C'est bien souvent le manque d'effectif et donc le manque de temps qui empêche le personnel soignant de se rendre disponible pour donner l'affection nécessaire à ces personnes qu'elles ne reçoivent plus forcément de la part de leurs familles ou amis. A ce sujet, R. Spitz a parlé d'hospitalisme. Il a étudié le comportement de certains enfants orphelins placés. Ces derniers recevaient des soins primaires sans recevoir d'affection. Ce manque de contact affectif a engendré un refus de communication de leur part. Ainsi, certains enfants ont fini par se laisser mourir. A titre d'hypothèse, nous pouvons nous demander si le manque de relation tactile ne viendrait pas engendrer une restriction de la communication chez les personnes

⁹⁹ Anzieu D., 1985, p. 73.

¹⁰⁰ Gaucher-Hamoudi O., Guiose M., 2007, p. 67.

¹⁰¹ Anzieu D., 1985.

démentes à un stade sévère comme R. Spitz l'a montré chez ces enfants en abandon affectif.

Lorsque nous touchons physiquement le résident, nous entrons dans une distance caractérisée par E.T. Hall comme celle de l'ordre de l'intime, c'est-à-dire entre zéro et quarante-cinq centimètres. «La vision [...], l'odeur et la chaleur du corps de l'autre, le rythme de sa respiration [...] constituent ensemble les signes irréfutables d'une relation d'engagement avec un autre corps.»¹⁰² Cette distance induit un sentiment d'amour, d'acceptation ou de rejet, de refus. Nous pouvons alors percevoir l'autre comme trop intrusif ce qui peut amener le résident à avoir des actes perçus comme agressifs. A l'inverse, nous pouvons aussi percevoir l'autre dans un contexte plus chaleureux, similaire à relation sécurisante qu'offre le maternage. C'est de cette façon qu'Adèle et moi entrons en contact avec les résidents.

Le toucher qu'Adèle et moi proposons est donc sous-tendu d'une main investie d'une intention bienveillante. Entre le psychomotricien et le résident, un corps à corps s'installe. La peau de la main du résident est en contact avec celle d'Adèle ou la mienne. «La peau [...] est un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations signifiantes ; elle est, de plus, une surface d'inscription».¹⁰³ Le résident ressent la surface de sa peau grâce à celle de l'autre.

Les mobilisations passives, avant de s'étendre aux bras, commencent toujours par les mains. En même temps, Adèle ou moi verbalisons ce que nous faisons. Les mouvements passifs de la main qu'Adèle ou moi induisons au résident se déroulent dans l'ici et le maintenant. Ce dernier mot est dérivé du verbe «maintenir» qui provient du latin *manutenere* qui signifie «tenir avec la main» et qui est composé du mot *manus* et *tenere* signifiant respectivement main et tenir. Ainsi : «L'action de la main se situe dans l'instant présent.»¹⁰⁴

Lorsque le résident ne ferme pas les yeux, il lui arrive de tourner légèrement la tête pour entrer en contact visuel avec nous. Nous prenons alors ce regard en considération et continuons de lui parler tout en le regardant dans les yeux. E. Courjou stipule que : «La main et le visage sont les parties qui servent le plus à

¹⁰² Hall E.T., 1966, p. 147.

¹⁰³ Anzieu D., 1985, p. 61-62.

¹⁰⁴ Courjou.E., 2007, p. 45.

communiquer.»¹⁰⁵ Elle ajoute : «A travers notre main nous pouvons percevoir les sentiments de celui qui souffre, son for intérieur. De même, par notre main, nous lui transmettons [...] notre tension émotionnelle.»¹⁰⁶ Il s'agit donc d'une véritable communication émotionnelle qui se passe en le soignant et le soigné. «Le patient [...] boit les paroles, est enveloppé par le regard et le toucher du relaxateur.»¹⁰⁷

Les inductions tactiles, étayées des inductions verbales, et leurs modulations permettent de consolider le schéma corporel. Le toucher symétrique qu'Adèle et moi proposons aux résidents vient renforcer ce sentiment d'unification corporelle. Ainsi, l'enveloppe contenante apportée par Adèle et moi permet aux résidents une meilleure conscientisation des ressentis de leur corps. Le ressenti des tensions imprimées dans leur corps et l'expression des émotions qui y sont associées vont être le liant de la relation qui va pouvoir s'effectuer sous la forme d'un dialogue tonico-émotionnel.

4. Ma place de stagiaire

En tant que future psychomotricienne, il m'a semblé nécessaire de faire apparaître mes ressentis et mon cheminement personnel face à l'ensemble des personnes de la résidence et plus particulièrement face aux personnes du groupe Communication corporelle.

Au début de mon stage, j'ai pu me sentir perdue. J'errais dans les étages de la résidence sans vraiment savoir où je me trouvais, un peu à l'image de ces personnes atteintes de démence qui sont désorientées dans le temps et l'espace. Très vite, j'ai dû prendre en charge des patients seule. Encore novice dans le champ de la gériatrie, ma confusion trahissait mon anxiété et mon incertitude. Cachée sous mon maquillage qui, comme son nom l'indique, maquille l'âge, je voulais me dissimuler derrière un masque. Peut être pensais-je que je ne pourrais être atteinte par tant de souffrance. Car qu'elle soit physique, psychologique ou affective, au pays d'Alzheimer la souffrance se lit dans les corps.

¹⁰⁵ Courjou E., 2007, p. 39.

¹⁰⁶ Courjou E., *op. cit.*, p. 38.

¹⁰⁷ Sapir M., 1996, p. 182.

Aux premières observations des séances de relaxation, le travail d'Adèle m'a paru évident. Tout ce qu'elle proposait était cohérent et paraissait tellement simple. Mais derrière cette apparence se cachait une toute autre réalité. Je m'en suis rapidement aperçue le jour où je suis devenue actrice au sein de la séance de relaxation, en proposant des mobilisations. Ma voix était hésitante, mon débit de paroles trop rapide et mes propos parfois contradictoires. Ma posture n'était pas stable, un tonus trop élevé figurait sans doute mon d'anxiété, signe d'une inexpérience. Toutes ces manifestations avaient une incidence directe sur le toucher que je proposais. Ce que j'avançais n'était pas homogène et ne créait pas un tout cohérent.

Petit à petit, je pris mes repères. Au fil des jours, je devins plus autonome et plus assurée. Mon travail s'est affiné et ma pensée s'est développée. A chaque nouvelle séance j'apprenais de nouvelles choses. Ainsi, chacune de mes erreurs m'a permise de m'améliorer. Mes propos sont devenus plus justes, ma voix commençait à emprunter une mélodie plus propice à la relaxation et mon toucher devenait plus franc. Sur ces débuts, je commençais progressivement à construire mon identité professionnelle.

Chemin faisant, une qualité m'a été apparue indispensable : l'empathie. J'ai vite appris que l'empathie n'était pas quelque chose d'innée. Au cours des séances, je me suis aperçue que la maîtrise de l'empathie nécessitait une bonne conscience de soi et qu'en même temps elle supposait une capacité de décentration de soi. Il me semble que c'est principalement grâce à cet élément que j'ai pu devenir de plus en plus contenante vis-à-vis des résidents. La maîtrise d'une attitude empathique au quotidien demande humilité et se construit en parallèle de la sagesse.

En fin d'année, je suis arrivée à mieux à percevoir quelle distance était la plus juste selon le contexte. Ma capacité d'adaptation s'est avérée plus habile. Je modifiais plus volontiers ma posture et mes propositions en fonction des attentes et besoins des résidents. Mon regard est devenu plus aiguisé et les réactions des résidents s'en sont ressenties. J'ai pu tisser un véritable lien avec eux grâce à un accordage plus sensible et une approche contenante.

Au cours des séances de relaxation, j'ai essayé d'être bienveillante. J'ai tenté de recevoir les émotions des résidents et de les mettre en mots pour leur renvoyer non

seulement des mots, mais aussi tout un langage infra-verbal, pouvant se manifester dans l'intonation, l'intensité ou la sonorité de ma voix mais aussi dans ma posture. Ces différentes manifestations, soutenues par le dialogue tonico-émotionnel, ont permis la création d'un lien, porteur de communication.

Dans cette troisième partie :

J'ai exposé un point de vue mettant en parallèle les nombreuses pertes de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère avec une certaine involution psychocorporelle. Dans un second temps, j'ai tenté d'expliquer comment le psychomotricien pouvait s'adapter face à cette involution afin de restaurer certains pans de la communication grâce à un outil spécifique, la relaxation.

CONCLUSION

Cette année passée avec ces résidents et la réflexion que j'ai portée à leur égard m'ont permise de dire que ces personnes ne sont pas sous l'emprise de la folie. En fait, elles doivent simplement apprendre à vivre avec une autre réalité. Une réalité où les pertes cognitives et affectives, conséquences d'une maladie d'Alzheimer, entraînent la personne dans une sphère nébuleuse entravant ainsi la possibilité de maintenir une communication et un lien relationnel.

Tout au long de ce mémoire, nous avons pu voir comment le psychomotricien, par le biais de la relaxation, est susceptible de restaurer certains pans de la communication tant verbale qu'infra-verbale grâce son attitude empathique. En proposant de façon ajustée différentes inductions sensorielles, le psychomotricien permet au résident d'affiner la perception qu'il a de son corps dans le sens d'une unification corporelle. L'utilisation de la relaxation abaisse un tonus excessif chez la personne atteinte de démence et modifie ses états de vigilance. Elle ouvre à un dialogue tonico-émotionnel. Les ressentis et souvenirs des résidents ont ainsi pu prendre corps et être verbalisés. Enfin, comme nous avons pu le voir, la relaxation permet de récupérer une intentionnalité du geste.

Cette analyse me permet de dire que ces personnes ont encore des désirs, des désirs de bouger ou des désirs de parler mais en tout cas des désirs de s'exprimer. Par le biais du groupe Communication corporelle et grâce à l'ajustement d'Adèle et moi des échanges ont pu avoir lieu. Une restauration de la communication s'est donc établie.

Ces échanges signent l'existence d'une communication et l'existence de la personne elle-même. Ils sont donc utiles à l'expression des besoins et désirs de ces personnes qui ont la maladie d'Alzheimer mais qui sont aussi, ne l'oublions pas, en fin de vie. La restauration d'une communication permet donc à ces personnes de pouvoir s'exprimer et ainsi finir leur vie en toute humanité.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F. (2004) *Corps et psychiatrie*, Paris, Heures de France.

ANZIEU D. (1985) *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1995.

BALINT M. (1959) *Les voies de la régression*, Paris, 2000.

BAILLARD C. (2001) *La relaxation psychothérapique, méthodes et stratégies*, Paris, L'Harmattan.

BALLOUARD C. (2003) *Le travail du psychomotricien*, Paris, Dunod.

BERNARD M. (1995) *Le corps*, Paris, Seuil.

BLANC C., BRUNET F., MARGOT A-C. (2009) *Polyhandicap, handicap sévère, activités motrices et sensorielles*, Joinville-le-Pont, Actio.

BULLINGER A. (2004) *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, Eres, 2011.

CALAIS-GERMAIN B. (1999) *Anatomie pour le mouvement tome 1*, Arques.

CARRIC J.-C. (2001) *Lexique du psychomotricien*, Paris, Vernazobres-Greco.

COEMAN A., De FRAHAN RAULIER M. (2004) *De la naissance à la marche, Les étapes du développement psychomoteur de l'enfant*, Bruxelles, ASBL Etoile d'herbe.

COURJOU E. (2007) *Comprendre et pratiquer le toucher relationnel*, Paris, Dunod.

DELAMARRE C. (2011) *Alzheimer et communication non verbale*, Paris, Dunod.

DELAMARRE C. (2007) *Démence et projet de vie, accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*, Paris, Dunod.

- DENIS P. Dir. (2004) *L'empathie, Revue Française de Psychanalyse 3*, Paris, PUF.
- FEIL N. (2005) *Validation, La méthode de Naomi Feil, Pour une vieillesse pleine de sagesse*, Rueil-Malmaison, Lamarre.
- FRANCES A., ROSS R. (1997), *DSM-IV Cas cliniques*, Paris, Masson, 2000.
- GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M.(2007) *Soins palliatifs et psychomotricité*, Paris, Heures de France.
- GINESTE Y., PELLISSIER J. (2007) *Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Paris, Armand Colin, 2013.
- GOFFMAN E. (1974) *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit, 2003.
- GRISE J. (2010) *Communiquer avec une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé*, Lyon, Chronique sociale.
- GUIOSE M. (2007) *Relaxations thérapeutiques*, Paris, Heures de France.
- HALL E.-T. (1966) *La dimension cachée*, Paris, Seuil, 1971.
- HANUS M. (1994) *Les deuils dans la vie*, Paris, Maloine, 2006.
- HYVRARD J. (1977) *La meurtitude*, Paris, Minuit.
- KAPSAMBELIS V. (2002) *Le point de vue psychanalytique sur les hallucinations, Hallucinations, regards croisés*, Paris, Masson-Acanthe.
- LESAGE B. (2012) *Jalons pour une pratique psychocorporelle, Structures, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, Erès.
- MANNONI M. (1991) *Le Nommé et l'Innommable*, Paris, Denoël.
- MESSY J. (1992) *La personne âgée n'existe pas*, Paris, Payot & Rivages, 1994.

NASIO J.-D. (2007) *Mon corps et ses images*, Paris, Payot et Rivages.

PIREYRE E. (2011) *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, Paris, Dunod.

PLOTON L. (2004) *Maladie d'Alzheimer, A l'écoute d'un langage*, Lyon, Chronique Sociale.

PLOTON L. (2010) *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer*, Lyon, Chronique sociale.

RIZZOLATTI G., SINIGAGLIA C. (2008) *Les neurones miroirs*, Paris, Odile Jacob.

ROBERT P. (2011) *Le Petit Robert, dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris, Le Robert.

ROUET M. (1975) *Relaxation psychosomatique, de la conscience du corps à la maîtrise du mental*, St-Jean-de-Braye, Dangles.

SABOURAUD O. (1995) *Le langage et ses maux*, Paris, Odile Jacob.

SAPIR M. (1996) *La relation au corps*, Paris, Dunod.

WINNICOTT D.-W. (1965) *Processus de maturation chez l'enfant*, Millau, Payot, 1970.

WINTREBERT H. (2003) *La relaxation de l'enfant*, Paris, L'Harmattan.

Wintrebert H. (1967) Informations verbales et non verbales et thèmes imaginaires dans la relaxation chez l'enfant. *Revue de Médecine Psychosomatique*, n°2.

GLOSSAIRE

Accident ischémique transitoire (AIT) : Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé : Un AIT est la perte brutale d'une fonction cérébrale ou oculaire durant moins de 24 heures supposée due à une embolie ou à une thrombose vasculaire.(http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ait_argumentaire_2006.pdf)

Agnosie : L'agnosie est l'impossibilité d'identifier un objet par la perception, alors qu'il n'y a aucun déficit sensoriel primaire, pas de détérioration intellectuelle, ni trouble de l'attention et de la conscience, ni trouble de la compréhension ou de l'expression verbale. (André P., Benavidès T., Giromini F., 2004, p. 215.)

Angoisse : Se rapporte aux symptômes physiques et aux altérations fonctionnelles qui l'accompagnent. (André P., Benavidès T., Giromini F., 2004, p. 56.)

Anosognosie : Méconnaissance par un malade, de son affection cependant évidente. (J-C. Carric, 2001, p. 14.)

Anxiété : Désigne un état psychologique fait de malaises, de tensions internes, de peurs immotivées. (André P., Benavidès T., Giromini F., 2004, p. 56.)

Amnésie : Perte totale ou partielle, temporaire ou définitive, de la mémoire. (Petit Robert, 2011, p. 83.)

Amygdale : Structure du cerveau nous permettant de décoder les émotions menaçantes d'autrui et les situations dangereuses. Elle intervient également dans la consolidation à long terme des souvenirs émotionnels négatifs. Les lésions de l'amygdale peuvent avoir pour effet d'altérer la reconnaissance des émotions d'autrui. (Delamarre C., 2011, p. 203.)

Apathie : Affaiblissement de l'initiative et de l'activité, lié à une profonde indifférence affective. (Petit Robert, 2011, p. 112.)

Aphasie : Trouble de l'expression et/ou de la compréhension du langage oral ou

écrit, dû à une lésion cérébrale localisée, en l'absence d'atteinte des organes d'émission ou de réception. (Petit Robert, 2011, p. 113.)

Apraxie : L'apraxie est définie comme un trouble acquis de l'exécution intentionnelle d'un comportement moteur finalisé. Elle est consécutive à une lésion cérébrale focalisée. (André P., Benavidès T., Giromini F., 2004, p. 217.)

Balnéothérapie : Thérapie par le bain, par l'eau.

Cachexie : État d'amaigrissement ou de fatigue généralisée dû à la sous-alimentation ou lié à la phase terminale de graves maladies. (Petit Robert, 2011, p. 323.)

Cerveau reptilien : Le cerveau reptilien est le plus ancien des cerveaux. Il est responsable des comportements archaïques liés à la survie : se nourrir, se reproduire, fuir ou combattre. Ces comportements instinctifs et réflexes seraient fortement stéréotypés et ritualisés.

(http://www.bc-cesu.ch/pdf/Sciences_Humaines_Le_Mythe_des_trois_cerveaux.pdf)

Chaîne antéro-médiane : Structure d'enroulement et d'encrage. (B. Lesage, 2012, p. 117.)

Comitialité : Crise d'épilepsie.

Curatif : Qui est propre à la guérison. (Petit Robert, 2011, p. 605.)

Cyphose : Courbure de la région dorsale ou thoracique, convexe en arrière. (Calais-Germain, 1999, p. 35.)

Déambulation : Tendance à marcher, à errer sans cesse, sans but. (Petit Robert, 2011, p. 618.)

Dégénérescence neuro-fibrillaire : Neurofibrilles (constitués de la protéine «Tau») considérées comme le résultat de la mort de neurones. (Ploton L., 2010, p. 18.)

Délire : Le délire réalise une perte de contact avec la réalité. Il peut être perçu comme une tentative désespérée réunifier corps et psychisme. C'est une perturbation

majeure du contenu de la pensée. (André P., Benavidès T., Giromini F., 2004, p. 128.)

Dyskinésie : Difficulté d'exécuter des mouvements. (J-C. Carric, 2001, p. 50.)

Dyspraxie : Difficulté à effectuer des mouvements coordonnés, en l'absence de toute lésion organique. (Petit Robert, 2011, p. 798.)

Épilepsie : L'épilepsie est due à une activation brutale concernant un grand nombre de neurones cérébraux. Elle se manifeste dans sa forme généralisée par une perte momentanée de la conscience accompagnée parfois de spasmes involontaires et répétés d'un ou de plusieurs membres.

(<http://santemedecine.commentcamarche.net/faq/12447-epilepsie-definition>)

Flux sensoriels : Un flux sensoriel se caractérise par le fait que la stimulation qui arrive à la surface sensible (le capteur) est produite par un apport continu et orienté des agents propres à cette modalité sensorielle. (Bullinger A, 2004, p. 71.)

Fonctions cognitives : Le terme cognitif renvoie à l'ensemble des processus psychiques liés à l'esprit. Ainsi le langage, la mémoire, le raisonnement, la coordination des mouvements (praxies), les reconnaissances (gnosies), les fonctions exécutives regroupant le raisonnement, le jugement, la planification, l'organisation et les fonctions de perception sont des fonctions cognitives. Ce sont des fonctions orchestrées par le cerveau (<http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/8302-cognitif-definition>)

Fonctions supérieures : Capacités mettant en jeu l'intégrité d'un système d'organisation de l'information perceptuelle, la remémoration d'apprentissages antérieurs, l'intégrité des mécanismes cortico-sous-corticaux qui sous-tendent la pensée et la capacité de traiter deux ou plusieurs informations ou événements simultanément. (<http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/dico/R452.html>)

Gnosie : Perception, connaissance élémentaire. (Petit Robert, 2011, p. 1162.)

Hallucination : Perception pathologique de faits, d'objets qui n'existent pas, de sensations en l'absence de tout stimulus extérieur. (Petit Robert, 2011, p. 1211)

Hémisphère : Les deux moitiés symétriques, droite et gauche, du cerveau. (Petit Robert, 2011, p. 1225)

Hippocampe : Cinquième circonvolution temporale du cerveau jouant un rôle primordial dans le processus de mémorisation. (Petit Robert, 2011, p. 1238)

Hyperphagie : Trouble des conduites alimentaires consistant en une ingestion excessive de nourriture. (Petit Robert, 2011, p. 1264)

Hypertonie : État de contraction musculaire qui se traduit par une augmentation de la résistance du muscle à son allongement. L'hypertonie est fréquemment associée à une difficulté de régulation du tonus. (André P., Benavidès T., Giromini F., 2004, p. 222)

Hypoacousie : Diminution de l'acuité auditive. (Petit Robert, 2011, p. 1265)

Hypotonie : État de tension musculaire qui se traduit par une diminution de la résistance du muscle à son allongement passif. (André P., Benavidès T., Giromini F., 2004, p. 223)

Latéralisation : Processus qui, à partir des réflexes archaïques, va s'élaborer en relation avec le développement de la motricité intentionnelle (organisation praxique), et aboutir à une préférence marquée dans l'utilisation d'un hémicorps en fonction des activités motrices. (André P., Benavidès T., Giromini F., 2004, p. 226)

Latéralité : La dominance latérale, bien que présente pour certains auteurs dès la naissance, est surtout perceptible vers 3-4 ans ; elle acquiert un statut définitif plus tardivement, vers 6-7 ans. (André P., Benavidès T., Giromini F., 2004, p. 226)

Lobe : Les lobes des hémisphères cérébraux sont nombreux. On distingue le lobe frontal, le lobe pariétal, le lobe temporal et le lobe occipital. (<http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/lobe/14241>)

Logorrhée : Flux de paroles inutiles ; besoin irrésistible, morbide de parler. (Petit Robert, 2011, p. 1476)

Maladie neuro-dégénérative : Une maladie neurodégénérative est une affection qui

touche le cerveau et le système nerveux, et qui évolue progressivement. Les maladies neurodégénératives lèsent petit à petit les fonctions nerveuses et l'activité des neurones. (<http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/20695-maladie-neurodegenerative-definition>)

Mémoire épisodique : La mémoire épisodique est une forme de mémoire spécialement dédiée aux souvenirs précis des événements passés. Cela englobe le souvenir des faits en eux-mêmes, mais aussi leur contexte temporel, spatial et émotionnel. (<http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/13659-memoire-episodique-definition>)

MMS : Le MMS ou Mini Mental State est un test d'évaluation des fonctions cognitives et de la capacité mnésique d'une personne. Il est employé à visée d'orientation diagnostique devant une suspicion de démence, lorsque le score est inférieur à 24. Il est possible de dire qu'il y a une démence sévère lorsque le score est inférieur à 10. Ce test a été publié la première fois par M. F. Folstein en 1975.

Mutisme : Attitude, état d'une personne qui refuse de parler. (Petit Robert, 2011, p. 1662)

Neurones : Cellule nerveuse qui comprend un corps cellulaire, un prolongement axial cylindrique (l'axone) et des prolongements secondaires (les dendrites). (Petit Robert, 2011, p. 1687)

Palilalie : Répétition involontaire d'un ou de plusieurs mots. (Petit Robert, 2011, p. 1786)

Palliatif : Soins palliatifs, donnés à des malades incurables, des personnes en fin de vie. (Petit Robert, 2011, p. 1787)

Plan frontal : Les mouvements réalisés sur ce plan sont des inclinaisons latérales et les mouvements d'adduction et d'abduction. (Calais-Germain B, 1999, p. 9.)

Plan horizontal : Les mouvements réalisés sur ce plan sont les mouvements de rotation. (Calais-Germain B, 1999, p. 10.)

Plan sagittal : Les mouvements réalisés sur ce plan sont des flexions et des extensions. (Calais-Germain B, 1999, p. 8.)

Pouteau-colles : La fracture de Pouteau-Colles est la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Elle correspond à 80% des fractures du poignet. (http://www.soins-infirmiers.com/fracture_pouteau_colles_poignet.php)

Perception : C'est une représentation plus ou moins en rapport avec l'objet-source, à laquelle est attachée une signification. (André P., Benavidès T., Giromini F., 2004, p. 230)

Plaques séniles : Lésions dans la substance grise cérébrale. Il s'agit de dépôts plus ou moins généralisés d'une protéine dite «bêta-amyloïde». (Ploton L., 2010, p. 18)

Praxie : Adaptation des mouvements aux buts visés. (Petit Robert, 2011, p. 1994)

Préventif : Médecine préventive : moyens mis en œuvre pour prévenir le développement des maladies. (Petit Robert, 2011, p. 2019)

Proprioceptif : Sensibilité proprioceptive, propre au muscles, ligaments, os. (Petit Robert, 2011, p. 2049)

Prosodie : Caractères quantitatifs et mélodiques des sons en tant qu'ils interviennent dans la poésie. (Petit Robert, 2011, p. 2051)

Prosopagnosie : Trouble affectant la reconnaissance de l'identité des visages. (<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prosopagnosie/64464>)

Refoulement : Le refoulement, phénomène de défense du Moi, est inconscient ; c'est-à-dire que les sensations, les souvenirs, le vécu pénible, les pulsions [...] n'émergent pas dans le champ de la conscience. (M. Rouet, 1975, p. 43)

Schéma corporel : Représentation que chacun se fait de son corps et qui lui permet de se repérer dans l'espace. Fondée sur les données sensorielles multiples, proprioceptives et extéroceptives, cette représentation schématique est nécessaire à la vie normale. (Pierron cité par H. Wintrebert, 2003, p. 14)

Système limbique : Ensemble de structures cérébrales situées dans la région médiane et profonde du cerveau, jouant un rôle majeur dans la mémoire et les émotions, de même que dans l'élaboration des comportements (http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/systeme_limbique/16433)

Tasikinésie : Besoin irréprensible de bouger ou de se mouvoir (<http://www.definitions-de-psychologie.com/fr/definition/tasikinesie.html>)

Test de l'horloge : Test gériatrique qui évalue les capacités attentionnelles, la compréhension de la consigne, les praxies, le repérage spatial, le symbolisme temporel, les troubles visuo-constructifs et les fonctions exécutives.

Test des cinq mots : Test gériatrique qui évalue les capacités attentionnelles et la rétention mnésique.

Timbre : Caractère, qualité sonore spécifique d'une voix ou d'un instrument. (Petit Robert, 2011, p. 2557)

Tonalité : Tout système musical défini par l'ordre des intervalles dans l'échelle des sons. (Petit Robert, 2011, p. 2570)

Tonus : Du grec *tonos* qui signifie tension. Le tonus musculaire est un état de contraction musculaire permanent, entretenu par des influx nerveux. (André P., Benavidès T., Giromini F., 2004, p. 239)

Transmissions : Réunion où les professionnels de santé se réunissent pour échanger des informations concernant les résidents.

«Elle est dans son monde... Elle ne me reconnaît plus... Je vois bien qu'elle veut dire quelque chose mais je ne la comprends pas... Que ce passe t-il en elle ? Croyez-vous qu'elle se rende encore compte de ce qui se passe autour d'elle ? Je n'arrive plus à communiquer avec elle...»

Voici ce qu'il est possible d'entendre de la part de l'entourage d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère. Par mon travail, je tente de mettre en exergue les possibilités de communication de ces personnes. En me basant sur leur développement psychocorporel, j'essaie de comprendre comment le psychomotricien peut, par le biais de la relaxation, préserver, voire récupérer, certains pans de la communication verbale et infra-verbale.

MOTS CLÉS : Maladie d'Alzheimer – Communication – Relaxation – Conscience corporelle – Intentionnalité du geste – Dialogue tonico-émotionnel

«She is in her own world... She doesn't recognise me anymore... I can see that she wants to tell me something but I don't understand her... What is happening with her? Do you think that she realises what is happening around her? I can't communicate with her anymore...»

These sentences are often heard coming from the close family and friends of Alzheimer's patients, who are at the most severe stage of the disease. Through my work, I attempt to emphasise Alzheimer's patients' communication capacities. By analysing their condition through their physical development, I try understanding how a psychomotor therapist can preserve or even regain certain aspects of verbal and infraverbal communication through the means of relaxation.

KEY WORDS: Alzheimer's disease – Communication – Relaxation – Physical conscience – Intentional Movement – Tonic-emotional dialogue