



HAL
open science

Quand les corps se parlent : le groupe d'expression corporelle comme médiation psychomotrice auprès de personnes atteintes d'un syndrome démentiel

Jill Brosius

► **To cite this version:**

Jill Brosius. Quand les corps se parlent : le groupe d'expression corporelle comme médiation psychomotrice auprès de personnes atteintes d'un syndrome démentiel. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01187619

HAL Id: dumas-01187619

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187619v1>

Submitted on 27 Aug 2015

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 14



Quand les corps se parlent

Le groupe d'expression corporelle comme médiation
psychomotrice auprès de personnes atteintes d'un syndrome
déméntiel

Mémoire présenté par Jill BROSIUS
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Référents de Mémoire:
Desfloquet Virginie
Roux Julie

Session de Juin 2015

« Nous pouvons avoir tous les moyens de communication du monde, mais rien, absolument rien, ne remplace le regard de l'être humain ».

Paulo Coelho, Comme le fleuve qui coule, 2013.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Virginie, ma référente de mémoire et maître de stage pour ses précieux conseils et son implication tout au long de l'année.

Je remercie également Julie Roux d'avoir accepté de suivre ce mémoire.

Merci au CAJ, son équipe et aux participants du groupe d'expression corporelle sans qui ce mémoire n'aurait pas vu le jour.

Je remercie ensuite Emilie pour tout ce qu'elle m'a apporté qui me sera d'une grande richesse pour ma vie professionnelle en tant que future psychomotricienne.

Merci à Marine et Charlotte qui m'ont initiée à la vie française. Merci pour votre amitié qui a fait de ces quatre années une belle aventure.

Enfin, merci à ma famille pour leur soutien et leurs encouragements continus.

Merci à toi Tom pour ta patience et ton soutien infailible.

E grouse Merci un Iech all.

Sommaire

Introduction	7
Partie I	9
1. Présentation de l'institution.....	9
1.1. Le Centre d'Accueil de Jour.....	9
1.2. La population accueillie	9
1.3. Le projet d'établissement	10
1.4. L'équipe encadrante	11
1.5. Une journée type au CAJ.....	11
1.6. La psychomotricité au CAJ	12
2. Mise en place d'un groupe thérapeutique en psychomotricité.....	14
2.1. Evaluation des besoins	14
2.2. Les participants du groupe.....	15
2.3. Les objectifs du groupe d'expression corporelle.....	17
2.4. Le choix de la médiation	18
3. Présentation du groupe d'expression corporelle	18
3.1. Le cadre	18
3.2. Déroulement d'une séance type.....	19
3.2.1. Le matériel.....	22
3.3. Evolution du groupe d'expression corporelle.....	24
Partie II.....	26
1. La démence.....	26
1.1. Définitions	26
1.2. Diagnostic.....	27
1.3. Les principales démences rencontrées au sein du groupe d'expression corporelle	28
1.3.1. La Maladie d'Alzheimer.....	28
1.3.2. La démence à corps de Lewy	32
1.3.3. La démence associée à la maladie de Parkinson	34
1.3.4. Les démences vasculaires.....	34
1.4. Les troubles psychomoteurs	35
1.5. Les stades de la démence.....	37
2. La relation à l'autre.....	39
2.1. Etre en relation	39
2.1.1. La communication	40
2.1.2. La communication non-verbale.....	42
2.2. La relation à l'autre dans la démence	45

2.2.1. La communication verbale dans la démence.....	45
2.2.2. La communication non-verbale dans la démence	46
2.2.2.1. L'intervention du psychomotricien	47
2.2.3. Etablir une communication avec une personne démente	49
3. Le groupe d'expression corporelle.....	50
3.1. Le groupe.....	51
3.1.1. Le groupe primaire ou restreint	51
3.1.2. Groupe fermé/ouvert	52
3.1.3. La dynamique des groupes	53
3.1.4. L'enveloppe groupale.....	53
3.2. Le groupe à médiation	54
3.2.1. La médiation.....	54
3.2.2. L'objet médiateur	55
3.3. Le groupe à médiation corporelle.....	56
3.3.1. La médiation « expression corporelle ».....	57
Partie III.....	59
1. Le groupe : un espace de relation	59
1.1. Lorsque le groupe favorise la relation	59
1.2. Quand la relation à l'autre permet de dépasser ses angoisses et douleurs.....	60
2. S'exprimer par son corps.....	63
2.1. Quand le corps prend la parole	64
2.2. Ecouter l'autre et interagir	66
2.3. Expression corporelle, relation et image du corps.....	67
2.4. Le groupe et l'expression corporelle	71
3. Le psychomotricien au sein du groupe d'expression corporelle	72
3.1. Le psychomotricien : le garant du cadre thérapeutique.....	72
3.2. La place du psychomotricien dans le groupe	75
3.3. L'empathie du psychomotricien	76
3.3.1. L'engagement corporel du psychomotricien	76
3.3.2. La capacité de rêverie du psychomotricien et la fonction alpha	78
3.3.3. La relation thérapeutique.....	79
Conclusion	81
Bibliographie.....	83
Annexes.....	I

Introduction

La démence et plus particulièrement la maladie d'Alzheimer ont une image sociale très négative. Le grand public a peur face au caractère inéluctable de la maladie et craint l'impact de cette dernière sur l'identité de la personne atteinte. Un peu comme si l'annonce du diagnostic s'accompagnait systématiquement d'une « prescription » de changement de personnalité.

Le fait qu'il n'existe à l'heure actuelle pas de traitement curatif de la démence ne contribue pas substantiellement à la dissipation de cette crainte. Le malade est certes confronté à une palette importante de difficultés, mais il serait injuste de dire que la vie de cette personne se résume à sa maladie. Du moins au début de la maladie, nous ne retrouvons pas une déstructuration complète des facultés cognitives, physiques et affectives.

En effet, en tant que stagiaire au Centre d'Accueil de Jour, j'ai pu observer que les personnes accueillies, majoritairement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, en dépit de leur maladie gardent en eux un répertoire important d'expériences motrices et affectives, de savoir et de connaissances.

Cependant, j'ai également dû réaliser que les personnes accueillies ne partagent souvent pas le même espace-temps que leur milieu environnant. « Progressivement privées de tout ce qui leur permettrait de se reconnaître, elles sont en position d'immigrées dans le temps »¹. Il est donc vital pour l'entourage des personnes atteintes de démence de faire preuve d'écoute et de compréhension ainsi que de tenter d'aménager un espace où celles-ci peuvent vivre dans l'ici et le maintenant et créer des relations dans le présent.

Dès le début de mon stage, j'ai donc été confrontée aux problématiques de la relation et de la communication. Ainsi, je me suis demandée : comment le psychomotricien peut-il créer un cadre thérapeutique qui permet de maintenir ou rétablir les capacités relationnelles d'une personne souffrant d'un syndrome démentiel ?

¹ L. PLOTON, 2011, p.96

J'ai donc émis l'hypothèse que le groupe d'expression corporelle que nous avons créé serait susceptible d'apporter des éléments de réponse à cette question.

Ce mémoire a ainsi pour but de présenter le déroulement et les résultats d'un travail en groupe autour de la médiation expression corporelle. Cette dernière va-t-elle contribuer à un réinvestissement corporel ? En se servant d'une médiation qui n'est pas limitée par la résistance du langage, le psychomotricien, considéré comme le spécialiste de la communication non-verbale, va-t-il pouvoir l'éveiller ou la maintenir chez la personne démentie afin de favoriser les facultés relationnelles de cette dernière ? Quel est l'impact du dispositif groupal ?

Afin de répondre à la question que je me suis posée, j'ai organisé ce travail en trois parties.

Dans un premier temps j'exposerai le cadre de mon lieu de stage, le dispositif de l'atelier expression corporelle ainsi qu'une présentation succincte des participants du groupe. J'aimerais souligner ici que j'ai fait le choix de ne pas limiter mes observations à deux cas cliniques précis et donc de réduire le groupe à deux participants. J'ai essayé de faire en sorte que chaque participant trouve sa place dans ce travail.

Dans un second temps, je développerai des notions plus théoriques. Je commencerai par aborder le syndrome démentiel et les différentes pathologies rencontrées au sein du groupe d'expression corporelle. Je développerai ensuite un chapitre sur la capacité d'être en relation et la communication ainsi que sur l'impact de la démence sur ces dernières. Je m'intéresserai également aux apports du groupe et à la médiation expression corporelle.

Dans la troisième partie, finalement, j'exposerai mes résultats à l'aide de vignettes cliniques. Le groupe d'expression corporelle a-t-il permis aux participants de maintenir ou de rétablir leurs capacités relationnelles ? Quel rôle le psychomotricien joue-t-il au sein de cet espace thérapeutique ?

Partie I

1. Présentation de l'institution

1.1. Le Centre d'Accueil de Jour

Le Centre d'Accueil de Jour (CAJ) où j'ai effectué mon stage, s'adresse aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés et est ouvert depuis janvier 2013. Il appartient à une fondation qui a été créée en 1906 et qui est soutenue et financée par la Ville de Paris et l'Agence Régionale de Santé. La fondation compte 45 établissements sanitaires et médico-sociaux en île de France organisés en cinq pôles. Au sein du pôle « Gériatrie », la fondation gère trois autres Centres d'Accueil de Jour, un Service de Soins Infirmiers à Domicile (S.S.I.A.D.) ainsi qu'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Le CAJ se situe au rez-de-chaussée d'un immeuble résidentiel. Avant d'accéder à la pièce principale, nous devons parcourir un long couloir au sein duquel nous trouvons un salon esthétique et les bureaux des professionnels où se déroulent les réunions d'équipe, la préparation des ateliers ainsi que les entretiens avec les familles et les personnes accueillies. Ce couloir donne sur le salon de musique puis s'ouvre sur la grande salle de vie, la cuisine et le jardin d'hiver. Il s'agit d'un grand espace ouvert où se déroulent la plupart des ateliers ainsi que les déjeuners. Des petits coins avec fauteuils, aménagés dans la salle de vie, permettent des temps de repos.

1.2. La population accueillie

Le centre d'accueil de jour s'adresse aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées, à un stade léger voire modéré, et qui souhaitent conserver une vie à domicile mais dont la perte d'autonomie progressive due à leur maladie nécessite une aide au quotidien. Le CAJ a une capacité d'accueil maximale de 25 personnes par jour. Les personnes peuvent profiter des services du

centre à raison d'un à trois jours par semaine selon les besoins de la personne accueillie et ceux de leurs aidants. Le centre est ouvert du lundi au vendredi de 9h30 à 17h.

En général, ce sont les hôpitaux ou les médecins traitants qui orientent les personnes vers le CAJ. A l'issue d'un entretien avec la directrice et le médecin ou le psychologue, une journée découverte est proposée à chaque personne demandant de rejoindre le centre. La personne a l'occasion de participer aux différents ateliers ainsi qu'au déjeuner. En fin de journée, un bilan est réalisé avec la personne, ses proches et un professionnel référent pour envisager la suite de l'accueil. L'équipe décide ensemble avec la personne de la date d'admission et du rythme de fréquentation du centre. Après une période d'observation d'un mois, le CAJ propose un Projet d'Accueil Personnalisé et l'admission est prononcée pour une durée de 6 mois, laquelle est renouvelable.

1.3. Le projet d'établissement

Le CAJ a pour objectif de participer au maintien à domicile de la personne malade et ainsi de retarder le plus longtemps possible le placement en maison de retraite.

Le CAJ peut être considéré comme un nouveau lieu de vie qui permet aux personnes accueillies de maintenir une certaine autonomie et de préserver ou de rétablir des relations sociales. Le CAJ offre des activités thérapeutiques qui seraient difficiles à mettre en place à domicile et qui tiennent compte des capacités, besoins et désirs des personnes accueillies.

L'accueil de jour n'intervient pas seulement auprès de la personne accueillie mais se donne également pour mission de soutenir la famille et les proches dans son accompagnement quotidien. Il leur propose un lieu d'écoute et de conseil et leur offre une structure de répit.

Le projet du centre se base sur l'individualisation de l'accompagnement proposé à la personne accueillie, ainsi qu'à ses proches. L'équipe établit un Projet d'Accueil Personnalisé (PAP) pour chaque personne. Ce PAP tient compte des capacités et des désirs de la personne pour définir les objectifs de la prise en charge sur différents plans : plan de la socialisation, plan thymique, plan moteur, plan de l'orientation, plan

mnésique. Les professionnels peuvent également noter les ateliers qui sont à privilégier ou bien ceux qui sont à éviter. Les PAP sont actualisés tous les six mois afin que l'équipe puisse répondre de la façon la plus adaptée aux capacités et aux attentes des personnes.

1.4. L'équipe encadrante

Le Centre d'Accueil de Jour dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée d'une directrice (1 ETP), d'une secrétaire (1 ETP), d'un médecin coordonnateur (0,2 ETP), d'une infirmière (0,5 ETP), d'une psychologue (0,5 ETP), d'une psychomotricienne (1 ETP), d'une aide-soignante (1 ETP), de trois Aides-Médico-Psychologiques (1 ETP) et d'un agent hôtelier. D'autres professionnels interviennent au sein du centre de manière ponctuelle : une art-thérapeute, une après-midi, une semaine sur deux et un professeur de Tai-Chi tous les jeudis matin.

La directrice ainsi que toute l'équipe soignante participent à une réunion de synthèse hebdomadaire. Lors de cette réunion, les professionnels ont l'occasion d'actualiser le PAP des personnes accueillies, de préparer l'admission des nouveaux arrivants ou bien de revenir sur certains points du fonctionnement du centre.

1.5. Une journée type au CAJ

Le matin, les personnes sont accueillies au centre à partir de 9h30. Elles peuvent alors s'installer autour d'une table pour discuter ensemble autour d'un café. Deux professionnels (AMP ou aide-soignante) partagent ce moment avec eux et peuvent les accompagner dans la lecture du journal. Un carnet de bord qui informe sur les ateliers de la journée ainsi que le menu du jour est distribué à chaque personne accueillie. Ce temps « café » s'étend en général jusqu'à environ 10h30 ce qui laisse le temps à toutes les personnes d'arriver.

Vers 10h30, toutes les personnes sont invitées dans la grande salle de vie pour participer à l'atelier « éveil corporel ». Cet atelier est divisé en deux parties : un petit temps d'un quart d'heure en grand groupe en début, puis 45 minutes en deux petits

groupes. La psychomotricienne forme les deux groupes selon les capacités physiques des personnes : un groupe pour les personnes nécessitant une aide dans les déplacements et un autre pour les personnes se déplaçant seules.

A 11h45 commencent les ateliers du matin : atelier mémoire, atelier pâtisserie, atelier expression corporelle, atelier lecture, atelier rythme. L'équipe définit les groupes pour chaque atelier à l'avance. En général, les ateliers accueillent toujours les mêmes personnes, il s'agit donc de groupes fermés. Cependant ces derniers peuvent connaître des changements en raison d'hospitalisations ou d'entrées en institution.

Vers 12h45 les tables vont être préparées dans la grande salle de vie pour le déjeuner. Les personnes mangent sur des tables de 6 personnes avec en général un professionnel à chaque table.

Après le repas, vers 14h15, les aides-médico-psychologiques proposent un petit temps d'actualités avec des vidéos et des sujets de discussion préparés à l'avance.

Le temps d'actualité s'enchaîne avec les ateliers de l'après-midi : atelier musique, atelier bien-être, atelier créatif, atelier jeux de société, atelier « marche ». Chaque atelier a une durée d'environ une heure. Les ateliers sont répartis sur les jours de la semaine en fonction des PAP et des goûts des personnes accueillies.

Après les ateliers de l'après-midi, une petite collation est proposée. Les départs se font à partir de 16h. Les transports entre le domicile et le CAJ sont assurés par des entreprises de transport ou bien par les aidants.

1.6. La psychomotricité au CAJ

La psychomotricienne qui m'encadre durant mon stage travaille à temps plein au CAJ. La prise en charge psychomotrice se présente sous forme d'ateliers thérapeutiques. Généralement, la psychomotricienne organise deux ateliers d'une heure par jour. Il n'existe pas de salle de psychomotricité au CAJ. Les ateliers organisés par la psychomotricienne se déroulent dans la grande salle de vie, le salon de musique ou bien dans le jardin d'hiver. Elle ne fait pas de prises en charge individuelles. Tous les professionnels font des prises en charge en groupe. Les ateliers que la

psychomotricienne peut proposer sont : l'atelier éveil corporel, l'atelier rythme, l'atelier équilibre, l'atelier écriture, l'atelier expression corporelle, l'atelier bien-être et l'atelier théâtre. La psychomotricienne peut travailler seule ou en co-thérapie, notamment avec une Aide-Médico-Psychologique. En dehors de ces groupes, elle peut proposer des promenades dans le quartier.

La psychomotricienne ne réalise pas de bilan à partir de tests psychomoteurs à proprement parler. Cela tient tout d'abord au fait que l'organisation du centre ne permet pas de libérer un temps suffisamment long pour réaliser une série de tests.

Cependant, elle prend soin de faire connaissance avec toutes les personnes accueillies et de faire une observation psychomotrice² qualitative au cours des ateliers qu'elle anime seule ou avec un autre professionnel dans le but de pouvoir adapter les PAP.

Elle participe également à tous les repas du midi. C'est l'occasion pour elle de faire connaissance avec les nouveaux arrivants ou avec les personnes qu'elle n'a pas l'habitude d'accueillir dans ses groupes. Ce temps lui permet d'observer les personnes dans un cadre autre que celui des ateliers. Elle peut alors se rendre compte des capacités de relation sociale ou bien des capacités pratiques de chacune des personnes. A table, le rôle des professionnels est d'accompagner les personnes dans les gestes du quotidien afin qu'ils maintiennent une certaine autonomie mais également de favoriser les échanges entre les personnes.

Au sein de ce CAJ, la psychomotricienne a également un rôle de coordinatrice de l'équipe soignante. Elle s'occupe du planning des ateliers pour la semaine et fait la répartition des groupes. La psychomotricienne peut également intervenir de manière ponctuelle auprès des soignants pour diverses problématiques et aider ces derniers dans la préparation de leurs groupes. Elle revoit régulièrement les PAP afin de les actualiser.

Lors de mes premiers entretiens de stage, la directrice et la psychomotricienne du centre m'ont interrogé sur mes objectifs et mes attentes pour ce stage. En premier lieu, il était important pour moi de faire connaissance avec la population accueillie au centre, c'est-à-dire des personnes atteintes d'un syndrome démentiel. Or, il était tout aussi essentiel pour moi de pouvoir me familiariser avec le travail du psychomotricien dans un accueil de jour. Au delà de cela, je cherchais à acquérir des compétences concernant la mise en place et l'animation d'un groupe thérapeutique en

² Voir annexe 1

psychomotricité. La psychomotricienne est ouverte à toute nouvelle proposition qui lui permettra d'adapter au mieux son cadre en vue des personnes accueillies. Elle me donne alors la possibilité de créer avec elle un nouveau groupe thérapeutique.

2. Mise en place d'un groupe thérapeutique en psychomotricité

2.1. Evaluation des besoins

Durant le premier mois de mon stage, j'ai pris le temps d'observer le fonctionnement du centre (déroulement de la journée, les différents temps de la journée, consultation du livret d'accueil, etc.). J'ai essayé de participer aux différentes activités proposées par les professionnels, aux repas du midi ainsi qu'aux réunions d'équipe. En dehors de cela, j'ai consulté les dossiers de patients pour pouvoir me faire une idée des personnes accueillies.

Au cours de ces premières observations, je me suis aperçue qu'une partie des personnes accueillies au centre présentaient un bon niveau moteur global pour leur âge et leur état de santé. Parallèlement, j'avais l'impression que l'aspect moteur était un peu négligé dans les ateliers proposés le mercredi. Cette observation a déjà partiellement orienté mon choix de la médiation. En effet, il m'a semblé que la mise en place d'un groupe à médiation corporelle serait adaptée.

La question de la relation m'a tout de suite interpellée. En effet, dès la première semaine de stage, je me suis rendue compte que la relation, la socialisation et l'interaction se trouvaient au cœur des prises en charge au sein du CAJ. Quelque soit les temps de la journée : pendant l'accueil, les ateliers ou encore les repas, les professionnels essaient de favoriser les échanges et les relations entre les personnes. Ce besoin de socialisation et de contact ressortait dans la plupart des conversations que j'ai eues avec certaines personnes accueillies. Cependant, en raison de leur syndrome démentiel, ces personnes présentent des difficultés d'interaction liées particulièrement à leur trouble phasique ou leur trouble anxio-dépressif. Il était donc important pour moi de créer un atelier qui puisse aider ces personnes à entrer en relation avec l'autre.

En septembre, le CAJ avait invité un accordéoniste pour un après-midi concert. Dès que le musicien avait joué la première note, certaines personnes ont commencé à danser, d'autres sont restées assises et ont frappé le rythme de la musique ou bien ont chanté. Je me suis retrouvée alors face à des personnes qui me

semblaient avoir totalement changé, tellement elles paraissaient prendre du plaisir à danser, bouger et chanter.

2.2. Les participants du groupe

Je suis donc partie sur l'idée de créer un groupe destiné à accueillir des personnes qui expriment un désir de mouvements et de socialisation mais qui manquent de confiance en leurs capacités et ayant donc une tendance à s'isoler.

Dans la phase constitutionnelle du groupe, nous avons également repris les PAP dans lesquels figurent notamment les objectifs de prise en charge, les intérêts et loisirs des personnes.

Même si nous étions libre dans la constitution du groupe, nous avons dû respecter certaines contraintes institutionnelles. Ainsi, il était souhaitable que nous accueillions environ 8 personnes au sein de notre groupe afin de garantir le bon déroulement des autres activités.

A ce stade de mon travail, une présentation succincte des objectifs de prises en charge figurant dans le PAP de chacun des huit participants du groupe s'impose. Ces huit personnes présentent un syndrome démentiel à un stade léger voire modéré. Dans la troisième partie de ce travail, nous prenons le temps de faire connaissance avec chacune d'elles individuellement.

- Mme MO (MMS 18)

Madame a un discours verbal spontané très pauvre et présente une apathie importante. Elle est très anxieuse et présente des tics anxieux. Elle se plaint de solitude et exprime un besoin de socialisation. Elle apprécie le théâtre. L'objectif de la prise en charge est que Madame prenne plus d'initiative à la relation envers l'autre. Les activités en petit groupe et les ateliers dynamiques sont à favoriser.

- Mme B (MMS 20)

Madame est traitée pour une dépression depuis une vingtaine d'années. Elle présente des troubles de l'équilibre et marche à l'aide d'une canne. Elle se plaint de ses difficultés de la marche et de douleurs. Elle apprécie le chant et est en grande demande de vie sociale.

- **M. M** (MMS 17)

Monsieur a un discours logorrhéique et une désinhibition verbale. Il présente une désorientation temporo-spatiale importante et des difficultés d'équilibre dynamique. Nous relevons également un ralentissement psychomoteur et un schéma corporel pauvre. Il présente des délires interprétatifs et des hallucinations sensitives et visuelles. Monsieur a peu de relations sociales en dehors de la famille. L'objectif est de lui donner une place prépondérante afin de le valoriser.

- **Mme AR** (MMS 23)

Madame présente un syndrome anxio-dépressif. Nous pouvons relever un manque du mot, une apathie, une désorientation temporo-spatiale importante et un schéma corporel altéré. Madame a perdu confiance en elle et, est souvent envahie par ses angoisses. Elle exprime un besoin de socialisation et répond avec plaisir aux sollicitations pour des activités. Elle apprécie le théâtre et la musique classique. Un accès à la détente est possible chez Madame à travers des activités en groupe.

- **M. B** (MMS 23)

Monsieur a un discours verbal non fluent et pauvre. C'est un Monsieur qui aime faire des blagues et qui a une bonne capacité de communication corporelle. Cependant, il présente une apathie importante. Il a un bon équilibre statique et dynamique et un bon schéma corporel. L'objectif de la prise en charge est la socialisation. Il s'agit de l'encourager sur l'ouverture aux autres et d'encourager ses propositions.

- **Mme A** (MMS 21)

Madame présente des troubles anxieux et du sommeil. Elle a des troubles de l'équilibre et se déplace à l'aide d'une canne. Nous relevons des troubles attentionnels importants. Madame se plaint d'isolement social. L'objectif de la prise en charge est qu'elle retrouve du plaisir dans le mouvement et qu'elle oublie ses douleurs.

- **Mme K** (MMS 21)

Madame présente une perte du mot et un discours non fluent. Elle appréhende les chutes et nous observons une augmentation du polygone de sustentation. Madame présente des manifestations dépressives et est peu en interaction en groupe. Elle s'isole facilement et n'exprime aucun loisir. L'objectif de la prise en charge est d'encourager Madame à s'ouvrir aux autres.

- **Mme S** (MMS 20)

Madame présente une désorientation temporo-spatiale importante. Elle est très anxieuse mais le travail en petit groupe lui permet de s'ouvrir aux autres. Elle apprécie la poésie, la peinture et plus généralement toutes les activités où elle peut s'exprimer.

Madame S est entrée en EHPAD fin janvier et ne peut donc plus participer au groupe d'expression corporelle. Madame M va reprendre sa place.

- **Mme M** (MMS 20)

Madame présente un manque du mot et un discours redondant. Nous observons une désorientation temporo-spatiale importante. Elle présente un trouble de l'équilibre et marche à petits pas. Madame est très anxieuse et nous relevons une fragilité thymique. Elle se plaint d'isolement et est demandeuse de relations sociales. Elle apprécie la danse.

A la suite de toutes ces observations ainsi qu'au regard des profils individuels des huit participants, j'ai finalisé mon idée du groupe thérapeutique. Ensemble avec ma maître de stage, nous avons décidé de proposer un groupe d'expression corporelle.

2.3. Les objectifs du groupe d'expression corporelle

Les objectifs de la prise en charge en groupe de psychomotricité s'inscrivent dans les objectifs de l'accueil de jour.

Suite à l'analyse des capacités, des difficultés ainsi que des désirs exprimés par ces huit personnes nous avons pu dégager les objectifs suivants :

- favoriser une prise de conscience corporelle
- stimuler un réinvestissement corporel
- développer les différentes formes de communication et stimuler l'interaction entre les participants

2.4. Le choix de la médiation

Nous avons fait le choix de travailler avec la médiation expression corporelle. Il s'agit ici d'une médiation qui ne m'est pas complètement inconnue. En effet, j'ai accompli un travail personnel en expression corporelle pendant plusieurs années que j'ai pu redécouvrir et approfondir pendant mes trois années d'études de psychomotricité. Une raison pour laquelle cette médiation m'intéresse autant est que le travail d'expression corporelle est très diversifié. Selon les goûts du thérapeute, une séance d'expression corporelle peut prendre des formes différentes. Ainsi, des thématiques autour de la voix, du rythme, de la danse ou encore de l'improvisation peuvent être abordées.

Cependant, le désir d'un seul thérapeute ne suffit pas pour mettre en place un groupe thérapeutique. Il est important que tous les thérapeutes qui participent à la séance investissent suffisamment la médiation. Ceci est notamment le cas pour la psychomotricienne du centre, comme elle a déjà travaillé avec cette médiation auparavant.

Finalement, la médiation expression corporelle offre la possibilité de travailler plusieurs fonctions psychomotrices : le schéma corporel, le dialogue tonique, les coordination motrices générales, l'équilibre ainsi que l'organisation temporo-spatiale.

Nous allons dans la deuxième partie de ce travail revenir sur les notions théoriques de cette médiation. Dans un dernier temps, nous allons voir si cette dernière nous a permis d'accomplir nos objectifs de prise en charge en groupe thérapeutique.

3. Présentation du groupe d'expression corporelle

3.1. Le cadre

Le groupe d'expression corporelle a lieu tous les mercredis de 11h45 à 12h45 et se déroule dans la grande salle de vie dans laquelle nous délimitons un espace avec des paravents.

Il s'agit d'un groupe fermé qui n'est cependant pas à l'abri de changements dus à des entrées en institution ou à des hospitalisations. Le choix d'un groupe fermé a été

fait dans l'optique d'apporter un cadre structurant et rassurant aux personnes souffrant de démence. Le groupe accueille 8 personnes atteintes de démence légère ou de démence modérée. Nous y retrouvons différentes pathologies dont les principales sont : la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la maladie à corps de Lewy ou encore la démence vasculaire.

Le groupe est encadré par la psychomotricienne et moi-même. Avant le début de chaque séance, nous invitons chaque participant individuellement à nous rejoindre pour le groupe d'expression corporelle.

Après chaque séance, nous échangeons avec la psychomotricienne au sujet de nos ressentis, nos observations mais aussi de notre posture de thérapeute. Nous profitons également de ce moment pour préparer la prochaine séance.

3.2. Déroulement d'une séance type

Toutes les séances ont la même structure. Nous les avons pensé en fonction des capacités et des difficultés de chaque participant. Tout au long de l'année, nous avons modifié nos propositions afin de les adapter le plus possible à tout un chacun. Nous pouvons dégager cinq grandes parties au sein d'une séance type d'expression corporelle.

1^{ère} partie : Le temps d'accueil et de l'éveil corporel

A l'heure du groupe, nous invitons chaque participant individuellement à nous rejoindre dans la grande salle de vie. Nous nous installons sur des chaises disposées en cercle et nous commençons le groupe par un rituel qui consiste à dire bonjour à son voisin de droite en y associant un geste. Ce rituel permet l'intégration de tous au sein du groupe et à chacun de marquer sa place. Nous faisons ensuite un tour de cercle afin de connaître l'humeur du jour de chacun. Ceci nous permet de repérer d'éventuelles douleurs ou fatigues mais permet également à toutes les personnes de prendre conscience des présents et des absents. *Au début d'une séance, une participante s'inquiète à cause de l'absence de M. M. Elle nous demande de lui passer un bonjour de sa part et nous dit : « il est important de penser à ceux qui sont absents ».*

Nous passons ensuite au temps d'éveil corporel. Chacun est amené à adapter sa posture sur la chaise, à se redresser et décoller le dos du dossier, à décroiser les jambes et à ranger ses affaires personnelles (cannes, sacs, etc.). Ce travail de modulation tonique et postural est important afin que chacun soit disponible et réceptif pour les propositions qui vont suivre. Nous commençons par un temps de prise de conscience de notre respiration puis nous enchaînons avec un échauffement corporel. Ce dernier reste le même à chaque fois. L'objectif est de donner des repères aux personnes et de faciliter l'intégration du cadre. Cet échauffement consiste en un enchaînement de mouvements qui nous permet de travailler entre autres le schéma corporel, les praxies, les coordinations/dissociations motrices, la régulation tonique, la latéralité et donc également l'orientation dans l'espace. Le même morceau de musique accompagne systématiquement les participants pendant ce temps d'éveil corporel.

2^{ème} partie : Un travail sur le rythme

La séance se poursuit debout et nous abandonnons la structure du cercle pour nous répartir en deux lignes, l'une derrière l'autre. Nous faisons des traversées de l'espace en groupe sur une musique. Cette dernière peut changer toutes les quelques semaines et n'est pas forcément une chanson connue par les personnes. Nous essayons alors de marcher tous ensemble sur le rythme de la musique. Nous pouvons éventuellement désigner une personne qui se met à la tête du groupe et qui va guider ce dernier en donnant le rythme et la direction de la marche. La consigne peut évoluer et nous demandons alors aux personnes d'associer des mouvements de bras à la marche. L'objectif de cet exercice est avant tout que les personnes prennent plaisir dans le mouvement. Cette proposition sollicite un engagement corporel global et nous permet également de travailler l'organisation spatiale et temporelle. Comme nous le savons, avoir de bons repères temporels nécessite au préalable une bonne structuration rythmique qui permet de mentaliser l'ordre et la succession.

Puis nous nous installons face à face sur deux lignes marquées au sol. Nous réalisons une petite chorégraphie que nous reprenons chaque semaine. Il s'agit de faire des déplacements en lignes vers la droite, la gauche, l'avant ou l'arrière. Puis les personnes peuvent reprendre le même travail mais cette fois-ci avec un partenaire. Nous invitons également les personnes à changer de partenaire plusieurs fois pendant cette proposition. Nous jouons ici avec les distances, les directions et nous essayons de nous déplacer de manière synchrone.

Nous proposons ensuite à chaque personne de créer son propre rythme. Pour cela nous reprenons la structure du cercle en position assise. Chaque membre du groupe frappe à tour de rôle un rythme que les autres reprennent. Ce travail permet à chacun de s'exprimer de manière individuelle, tout en étant soutenu par l'ensemble du groupe. Cette proposition demande d'être à l'écoute des autres et de s'accorder en groupe au rythme d'une autre personne. Au début, nous avons proposé de frapper un rythme avec les mains ou bien en associant différentes parties du corps. Ceci permettait de travailler la coordination et le schéma corporel. Nous avons par la suite introduit un objet médiateur, un bâton, avec lequel les participants peuvent frapper un rythme au sol. Chaque personne peut désigner une personne de son choix qui prendra la relève et proposera à son tour un rythme. Cette consigne favorise les interactions mais fait également intervenir les capacités attentionnelles nécessaires pour pouvoir repérer les personnes qui attendent encore leur tour.

3^{ème} partie : Le temps d'expression corporelle

L'exercice que nous proposons pendant ce temps d'expression varie toutes les trois semaines environ. Ceci laisse le temps aux personnes d'explorer la proposition et de l'intégrer. Il s'agit d'un temps pendant lequel les participants sont amenés à travailler en binôme ou en groupe de taille variable. Nous essayons à travers nos propositions de stimuler une forme d'expression verbale ou non verbale et un mode de relation à l'autre. Nous avons, par exemple, fait un travail avec des poèmes, des mimes, des ballons de baudruche, etc.

J'ai choisi de vous décrire ici une proposition en particulier, celle de la création d'un *Haka*³. La psychomotricienne et moi-même, après avoir expliqué l'origine de cette danse rituelle, avons proposé un *Haka*, c'est-à-dire une séquence de gestes associés à des sons, aux participants de notre groupe. Nous avons repris cette séquence tous ensemble plusieurs fois. Puis nous avons proposé aux personnes de créer notre propre *Haka* du groupe d'expression corporelle. Ainsi, nous avons invité chaque participant à inventer un geste et un son. Ce travail permet à chaque personne de laisser place à sa créativité. A la fin, nous avons associé les créations de chacun. Dans un second temps, nous avons formé deux groupes, chaque groupe s'étant adressé à l'autre par le biais de son *Haka*.

³ Le *Haka* est une danse chantée rituelle qui est devenue célèbre grâce à l'équipe néo-zélandaise de Rugby, les « All Blacks ». Les joueurs interprètent un *Haka* avant le début de chaque match dans le but d'impressionner l'équipe adverse.

4^{ème} partie : Le temps libre

Nous proposons un temps libre aux personnes. Nous mettons une musique connue et appréciée par les participants. En général, des binômes ou des petits groupes se forment pour danser sur la musique. Nous sollicitons ici plus particulièrement la mémoire procédurale. La plupart des personnes reprennent des pas de danse connus ou bien se mettent à chanter à voix haute. C'est à ce moment là que les personnes nous parlent beaucoup de leur passé et de leurs centres d'intérêt. Cette partie de la séance soutient les expériences relationnelles.

5^{ème} partie : Le temps de verbalisation

Pour le temps de verbalisation, nous nous installons à nouveau en cercle. Chacun à son tour est invité à exprimer son vécu de la séance. Nous allons voir dans la dernière partie de ce mémoire que chaque participant a sa propre façon de s'exprimer. Ce temps est important pour nous afin de repérer des douleurs ou fatigues importantes mais également pour savoir si le cadre proposé a été adapté.

Nous clôturons le groupe en transmettant un geste de notre choix à notre voisin de droite (en général les personnes se serrent la main). Nous remercions les personnes pour leur participation et nous leur rappelons que nous les attendons mercredi prochain pour le groupe d'expression corporelle.

3.2.1. Le matériel

Au sein de notre atelier d'expression corporelle nous travaillons en premier lieu avec le corps. Cependant, pour certaines propositions, nous utilisons des objets médiateurs.

- Les chaises

Elles servent de support au cadre et matérialisent l'espace du cercle, l'enveloppe du groupe en début de séance. De plus, les personnes peuvent y prendre appui ou bien s'asseoir dans des moments d'épuisement ou de douleur. Il est donc important qu'elles soient toujours à proximité.

- La musique

« La musique et le rythme (...) vont permettre de ‘toucher’ l’autre tout en gardant suffisamment de distance »⁴. Un support musical contient une dimension de plaisir et souvent favorise ainsi l’expression. La musique peut également stimuler le désir de se mouvoir et faciliter les déplacements.

Au niveau neurologique, l’écoute musicale entraîne une stimulation de toutes les zones corticales. Elle favorise la communication inter et intra-hémisphérique. De plus, nous savons que la mémoire musicale continue à fonctionner chez les personnes démentes. Nous avons, par exemple, au sein de notre groupe d’expression corporelle, des personnes qui connaissent encore les paroles des chansons.

A travers la musique, l’exploration et la communication sont facilitées. En écoutant une musique familière, des émotions peuvent être rappelées, des souvenirs peuvent revenir et « des corps endormis peuvent se réanimer »⁵.

- Les bâtons

Nous les utilisons surtout lors de la création d’un rythme. Nous nous sommes rendus compte que frapper un rythme avec un bâton permet d’introduire un côté « concret » dans cette proposition et facilite la réalisation de la consigne. En effet, pour nos patients qui présentent des difficultés praxiques, de coordination et un schéma corporel souvent pauvre, frapper un rythme avec ses mains ou ses pieds, s’avère parfois difficile.

En binôme ou en petit groupe, nous pouvons utiliser les bâtons dans un travail de régulation tonique. Ainsi, nous pouvons donner la consigne de faire tenir le bâton par deux personnes uniquement par la paume des mains. Une écoute de l’autre est nécessaire pour s’ajuster et faire tenir le bâton. Un vrai dialogue tonique s’installe.

- Le ballon de baudruche

Il est peu contrôlable dans la direction qu’il prend et invite donc chacun à adapter son organisation posturale et à investir les différents niveaux de l’espace. De plus, il permet de travailler la régulation tonique, par exemple en tenant le ballon à plusieurs avec un seul doigt tout en se déplaçant. Le ballon de baudruche est surtout utilisé pour sa qualité de légèreté qui évite d’employer une force physique importante.

- Les poèmes et photographies

Nous les utilisons pour favoriser l’accès à l’imaginaire. En effet, à partir d’un poème ou

⁴ J. BONANGE, 2013, p. 39

⁵ Ibid p. 40

d'une image, il est plus facile pour certaines personnes de s'exprimer corporellement ou verbalement. Ils permettent de stimuler la créativité de chacun ou bien constituent une base pour la création. Ainsi, nous nous sommes, par exemple, servis des *Haikus*, des poèmes japonais très courts, auxquels nous avons associé des gestes.

3.3. Evolution du groupe d'expression corporelle

Je décrirai ici l'évolution du groupe dans son ensemble, à savoir les différentes phases par lesquelles le groupe est passé.

Dès les premières séances, tous les participants se sont montrés attentifs et volontaires pour les propositions que nous avons faites. Une bonne dynamique de groupe s'est ainsi installée.

Au début, les personnes se sont beaucoup focalisées sur la musique. « *La musique nous entraîne et nous retrouvons notre jeunesse* ». Elles ont beaucoup investi la partie de la séance autour de la danse en groupe. C'est au cours de ce temps que les souvenirs reviennent plus particulièrement. En effet, la majorité des personnes de ce groupe ont eu l'habitude de danser quand elles étaient jeunes. Des émotions resurgissent qui sont le plus souvent liées à des expériences partagées avec leur conjoint décédé. A l'inverse, l'accès à la partie expression corporelle « pure » semblait plus difficile pour les participants. J'ai eu l'impression que les exercices que nous avons proposés au début manquaient de concret pour certaines personnes. Par exemple, je me suis aperçue que la simple action de marcher dans l'espace n'avait pas de sens pour elles. « *Mais pourquoi on marche ?* » « *Je n'ai pas compris ce qu'il faut faire !* ». De ce fait nous étions toujours très soucieuses d'adapter nos propositions au fur et à mesure et de remettre sans cesse en question leur utilité.

Puis, nous sommes passés par une phase où certaines personnes commençaient à critiquer les séances ou bien attaquaient le cadre. « *En quoi ces exercices nous aident pour nos troubles de la mémoire ?* » C'est typiquement une phrase que peut prononcer une personne démente à un stade léger de sa maladie. Elles viennent au centre pour « *travailler leur mémoire* » ; un atelier mémoire avec la psychologue est donc souvent plus facilement accepté qu'un atelier où on leur demande de s'exprimer par leur corps. D'autant plus que la plupart des personnes n'était pas encore familière avec ce type d'atelier. Il est important de souligner qu'il existe encore un autre type de mémoire, la

mémoire psychocorporelle. En effet, tous « les événements vécus tout au long de la vie s'inscrivent dans le corps et sont le substrat de processus psychiques »⁶. Lorsque nous engageons nos patients dans une médiation corporelle, nous les invitons ainsi à revisiter et à enrichir cette mémoire psychocorporelle.

Après avoir passé cette phase critique, il s'est installé une sorte d'euphorie. La répétition leur a permis de s'approprier le déroulement de la séance ainsi que les exercices. Nous avons vu apparaître de la spontanéité dans leurs propositions. Une dame du groupe l'explique très bien : « *Au début, on était un peu perdu, mais au fur et à mesure des semaines, on hésite moins et on ose plus, on y va tout simplement* ». Une autre dame a même proposé de monter un spectacle. D'autres encore, ont émis le désir d'augmenter la fréquence de cet atelier. Certains ont même exprimé l'envie de « faire groupe » même en dehors de l'atelier expression corporelle, par exemple de partager la même table au déjeuner. Des leaders sont apparus qui forment une sorte de pilier sur lequel les autres membres peuvent s'appuyer. Les personnes semblent avoir intégré le groupe et une véritable cohésion est apparue.

L'euphorie s'atténue et chacun cherche à trouver une place individualisée au sein du groupe tout en s'appuyant sur l'enveloppe groupale. La répétition leur apporte une sécurité et un soutien rassurant qui leur permet de prendre plus de liberté et de plaisir à s'exprimer corporellement. De plus, nous observons que les personnes se plaignent de moins en moins de la fatigue ou des douleurs pendant la séance et ressentent également de moins en moins le besoin de s'arrêter et d'aller s'asseoir. « *On s'amuse tout en apprenant* ».

Vers fin janvier, Mme S a dû quitter le groupe en raison de son entrée en institution. Nous avons l'impression que cet événement a changé la dynamique du groupe. Par exemple, suite à ce départ, une autre dame a pu s'ouvrir davantage et a été moins en retrait. Il me semble qu'elle a même pris une position de leader positif.

⁶ S. COLOGNE, 2010, p.19

Partie II

Dans la deuxième partie de ce travail, nous nous intéressons plus particulièrement aux éléments théoriques qui pourraient venir éclairer notre clinique du groupe d'expression corporelle.

Dans un premier chapitre, nous allons revoir la théorie sur les démences. J'ai fait ici le choix de me limiter à la description des éléments que j'observe au sein de ma clinique. Par la suite, nous allons essayer d'acquérir quelques notions sur la relation et la communication qui sont des mots-clés de notre groupe d'expression corporelle. Nous allons également voir comment la démence vient modifier la relation à l'autre. Pour finir, nous allons aborder la question du fonctionnement d'un groupe et tenter de donner une définition de la médiation expression corporelle.

1. La démence

1.1. Définitions

En France, près d'un million de personnes sont atteintes de démences. Une étude épidémiologique, publiée dans l'*European Journal of Epidemiology* le 12 juin 2013, estime qu'entre 2010 et 2030 ce chiffre est susceptible d'augmenter de 75%.

Le terme de démence, du latin *dementia*, signifiant « perte de l'esprit » a pendant longtemps été synonyme de folie. Ce fut notamment Jean-Etienne Esquirol, psychiatre français, qui au 18^{ème} siècle, au sujet de la démence parlait d'une forme de folie caractérisée par un « affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté »⁷.

Bien que la démence touche principalement les personnes âgées, l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) souligne qu'elle n'est pas une composante normale du

⁷ C. DEROUSNE, L. LACOMBEZ, Définitions et critères cliniques des démences, in *Démences*, C.DUYCKAERTS, F. PASQUIER, 2002, p.25

vieillesse. Le vieillissement dit normal est caractérisé par « une difficulté d'adaptation aux situations nouvelles »⁸. Avec l'âge, les pathologies s'additionnent. Le vieillissement pathologique est défini comme « la détérioration pathologique des fonctions physiques et psychiques d'une personne âgée »⁹.

En effet, selon la CIM-10¹⁰, la démence est un syndrome dû à une maladie cérébrale, habituellement chronique et progressive, caractérisé par une altération des fonctions supérieures.

Cette définition souligne que la démence est reconnue de nos jours comme une pathologie neurologique et met donc à l'écart l'idée de folie. Ceci nous intéresse particulièrement en termes de conséquences sur la relation patient-aidant. Créer une relation avec un « fou » et communiquer avec ce dernier semble inenvisageable pour la plupart des personnes. De même, avoir une mère ou un père qualifié d'aliéné mental est nettement moins facile à vivre qu'avoir un parent atteint d'une maladie cérébrale. Généralement, la société accepte plus facilement une maladie somatique qu'une pathologie psychiatrique.

1.2. Diagnostic

Les critères diagnostiques de la démence selon le DSM-IV¹¹ sont les suivants:

– l'apparition de déficits cognitifs multiples : une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou oubli des informations apprises antérieurement) associée à au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- une aphasie (perturbation du langage),
- une apraxie : une praxie peut être définie comme une habileté qui requiert la capacité de concevoir, de planifier et d'exécuter une séquence de gestes orientés vers un but. L'apraxie est un trouble acquis de l'activité gestuelle en l'absence de déficit sensitivo-moteur, de trouble de la coordination et d'un trouble de la compréhension. L'apraxie est un trouble relié au dysfonctionnement de certaines zones cérébrales.

⁸ P. ANDRE, 2013, p. 155

⁹ www.larousse.fr

¹⁰ Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, publiée par l'OMS

¹¹ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, American Psychiatric Association

- une agnosie (impossibilité d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes),
 - perturbation des fonctions exécutives (difficulté de planification, de raisonnement, de pensée abstraite...)
- les déficits cognitifs doivent entraîner une altération significative du fonctionnement professionnel et social et représenter un déclin par rapport au niveau de fonctionnement antérieur du sujet.
- l'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.
- les déficits ne surviennent pas uniquement lors d'un délirium¹² et ne s'expliquent pas par un trouble dépressif ou une psychose de type schizophrénie.

1.3. Les principales démences rencontrées au sein du groupe d'expression corporelle

Nous pouvons distinguer deux grandes catégories de démences : **les démences dégénératives** dont la maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy, la démence fronto-temporale, la démence associée à la maladie de Parkinson et **les démences non-dégénératives** dont les démences vasculaires, la démence mixte, les démences toxiques et les démences infectieuses.

Afin de mieux appréhender les troubles psychomoteurs et psycho-comportementaux rencontrés, nous allons maintenant décrire les principales pathologies démentielles présentées par les patients du groupe d'expression corporelle.

1.3.1. La Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer représente la principale des démences dégénératives. Plus de 850.000¹³ personnes en sont atteintes en France. Les principaux facteurs de

¹² Installation rapide d'une perturbation de la conscience et d'une modification du fonctionnement cognitif

¹³ <http://www.francealzheimer.org/comprendre-maladie/chiffres/692>

risque sont l'avancée en âge et le sexe féminin après 60 ans. La certitude du diagnostic ne peut se faire que par prélèvement anatomo-cérébral après le décès du patient.

En effet, c'est en 1906 que le neuro-pathologiste allemand Alois Alzheimer décrit le premier cas de la maladie en la personne de *Frau Auguste Deter*, une patiente d'une cinquantaine d'années présentant des troubles sévères de la mémoire et de l'orientation. Alzheimer établit alors pour la première fois un rapport entre un syndrome démentiel et des lésions neuro-anatomiques caractéristiques.

Deux lésions sont caractéristiques de la maladie :

- les plaques séniles constituées par la protéine bêta-amyloïde
- la dégénérescence neuro-fibrillaire constituée par la protéine Tau

Ces lésions sont à l'origine de pertes neuronale et synaptique. Il s'agit d'une maladie neuro-dégénérative qui évolue par pallier.

Au début de la maladie, les plaintes mnésiques sont au premier plan. La mémoire à court terme, c'est-à-dire la mémoire des faits récents, comprenant la mémoire immédiate (maintien en mémoire et réutilisation telle quelle de l'information donnée) et la mémoire de travail (manipulation de l'information) sont précocement atteintes.

Les premières lésions apparaissent au niveau de l'hippocampe qui joue un rôle important dans la mémoire épisodique (souvenir d'une information référencée dans un contexte spatio-temporel bien précis). Cette dernière se caractérisant par trois étapes à savoir l'encodage, le stockage et la récupération, nous assistons dans un premier temps à l'impossibilité d'encoder de nouvelles informations, c'est l'amnésie antérograde.

Pendant le repas du midi, une dame me décrit en détail son voyage en Afrique qu'elle a fait il y a dix ans avec son mari. Cependant, cette dame ne se souvient plus de ce qu'elle a fait à l'atelier expression corporelle du matin.

A un stade plus avancé de la démence, c'est le stockage des informations antérieurement encodées qui va être déficitaire. On parle alors d'amnésie rétrograde. D'autres types de mémoire à long terme sont touchés, comme la mémoire sémantique (connaissances sur le monde acquises indépendamment du contexte spatio-temporel).

La mémoire implicite concernant la mémoire procédurale semble préservée plus longtemps. Elle concerne la capacité à acquérir des habiletés perceptivo-motrices ou cognitives sans qu'il soit nécessaire de faire une référence explicite aux expériences antérieures.

A la fin de la séance, lorsque nous mettons une musique, les participants commencent à danser. Ils maîtrisent parfaitement les pas de la valse.

Après quelques années, s'y ajoutent :

- une apraxie

Il existe plusieurs formes d'apraxies. *L'apraxie motrice ou mélokinétique* est caractérisée par l'impossibilité de réaliser des mouvements fins et rapides. C'est la mélodie des gestes qui est atteinte. Elle concerne les mouvements automatiques ainsi que les gestes appris.

Lors de l'échauffement, nous réalisons un geste qui consiste à ouvrir/serrer les poings plusieurs fois d'affilée. Nous observons que certaines personnes ont besoin de décomposer ce mouvement. La réalisation n'est pas fluide et est accompagnée de syncinésies faciales.

Dans *l'apraxie idéatoire* c'est la conception même des gestes qui est atteinte. Elle perturbe fortement la manipulation réelle des objets.

Nous avons utilisé un tambourin lors d'une séance. Certaines personnes présentent des difficultés pour tenir l'instrument de façon à pouvoir frapper un rythme.

L'apraxie idéomotrice affecte la réalisation du projet moteur. Elle apparaît lors de la réalisation sur ordre de gestes simples, symboliques ou expressifs.

Certaines personnes sont incapables de trouver un geste pour dire bonjour à leur voisin.

Lorsqu'une *apraxie de l'habillement* est présente, la personne ne peut plus se vêtir seule. Elle superpose les vêtements, se trompe dans l'enfilage ou bien oriente mal ses habits.

Un jour, une de nos participantes se présente au groupe habillée en chemise de nuit tournée à l'envers.

- une aphasie

L'aphasie est un trouble de l'expression et de la compréhension du langage parlé ou écrit. Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, elle s'installe précocement. Dans un

premier temps, des erreurs de mots tels que des substitutions sont observées. Plus tard, le sujet manque de mot et c'est alors qu'il a recours aux périphrases.

Certains de nos patients parlent de « truc » ou « chose » lorsqu'ils ne trouvent plus leurs mots.

Le discours peut devenir vague même si le sujet sait très bien ce qu'il désire exprimer. Au fur et à mesure que la personne avance dans sa maladie, son vocabulaire s'appauvrit. Le discours est caractérisé par des répétitions verbales et l'utilisation de phrases « toutes faites ».

Une de nos participantes ne s'exprime plus spontanément. Lors du temps de verbalisation, elle répète la phrase prononcée par son voisin.

Le sujet présente des difficultés à comprendre le sens des mots, ses réponses deviennent alors inadaptées. A terme, il n'y a pratiquement plus d'expression verbale, le sujet souffre d'aphasie globale et est obligé de communiquer par le biais du non-verbal.

- une agnosie

Sous le terme de gnosie, nous comprenons la reconnaissance d'objet grâce aux informations fournies par nos organes sensoriels. Le DSM-IV décrit l'agnosie comme « l'impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensitives et sensorielles intactes. » Il existe des agnosies pour tous les organes des sens. Dans l'agnosie visuelle, nous retrouvons, par exemple, la prosopagnosie qui est l'incapacité à reconnaître les visages.

« Est-ce que vous êtes nouveau ? » Cette question m'a souvent été posée pendant mes premiers mois de stage au CAJ. Bien que les personnes m'avaient vu tous les mercredis, mon visage leur était inconnu.

L'anosognosie fait également partie des troubles gnosiques et se caractérise par la perte de conscience pour le patient de ses troubles.

Des troubles psycho-comportementaux sont présents dès le stade léger de la démence de type Alzheimer. Nous retrouvons alors surtout des troubles affectifs comme des manifestations dépressives et ou anxieuses. Un peu plus tard nous allons observer une agitation qui est définie comme une « activité (...) inappropriée par sa

fréquence ou par sa survenue inadaptée au contexte social.¹⁴ » Elle peut être verbale ou physique, agressive ou non. Un autre symptôme comportemental est l'instabilité psychomotrice qui comporte la déambulation (un comportement inadapté d'exploration), la tasikinésie (l'incapacité de rester assis) et le syndrome de Godot¹⁵. Nous retrouvons également une désinhibition qui « s'exprime par une conduite sociale inappropriée à expression verbale ou comportementale »¹⁶.

Une dame cherche dans son sac à main un objet qu'elle ne semble pas retrouver. C'est alors qu'un Monsieur se lève et qu'il lui prend son sac. Tout en rigolant il farfouille dans ce dernier.

Dans un stade avancé de la maladie des compulsions ou un comportement moteur aberrant peuvent apparaître ; il s'agit ici par exemple de comptages à voix haute, de répétitions gestuelles ou verbales, etc.

1.3.2. La démence à corps de Lewy

La démence à corps de Lewy représente la seconde cause de démence chez le sujet âgé après la maladie d'Alzheimer. « Les corps de Lewy sont des inclusions neuronales spécifiques retrouvées de façon prédominante dans les structures limbiques.¹⁷»

La maladie évolue de manière fluctuante. Le sujet peut présenter des moments de confusion puis des phases d'amélioration clinique. On observe un déclin cognitif progressif avec une prédominance des troubles des fonctions exécutives. Ces derniers concernent la mémoire, la flexibilité mentale, l'initiation, l'inhibition, la capacité d'attention et de planification. Dans certaines expressions de la maladie, le patient ne présente pas d'altération mnésique au début de la maladie.

Nous donnons la consigne de lever les bras à l'arrêt de la musique. Puis nous changeons la consigne, il s'agit maintenant de frapper dans les mains. Certaines personnes continuent à lever les bras à l'arrêt de la musique, elles font preuve d'une inflexibilité mentale.

¹⁴ C.DUYCKAERTS, F. PASQUIER, 2002, p. 51

¹⁵ Le patient suit son aidant dans tous ses déplacements. Ce syndrome peut traduire une manifestation anxieuse.

¹⁶ Ibid

¹⁷ P. ANDRE P, 2013, p.177

Nous observons chez certains de nos patients une incapacité à inhiber l'acte moteur. Ils continuent par exemple de frapper un rythme même lorsque ce n'est pas leur tour. Ils présentent donc une difficulté d'inhibition.

La personne atteinte de la démence à corps de Lewy fait également des chutes répétées. On retrouve des signes moteurs du syndrome parkinsonien (raideur, lenteur). Des pertes de connaissance inexplicables ainsi qu'une hypersensibilité aux neuroleptiques sont des symptômes caractéristiques de cette maladie.

Des symptômes psycho-comportementaux d'allure psychotique comme des délires sont retrouvés fréquemment et précocement dans la maladie à corps de Lewy. Il s'agit de croyances paranoïdes comme des accusations de vol ou d'infidélité. Les idées délirantes peuvent être accompagnées par des troubles de la perception visuelle : apparition d'un fantôme, trouble de la reconnaissance d'une personne ou de sa propre image dans le miroir etc. Nous retrouvons également des hallucinations. Le patient a la conviction « d'avoir perçu une sensation alors qu'aucune stimulation extérieure ne peut la justifier.¹⁸ »

A la fin d'une séance, pendant le temps de verbalisation, un Monsieur nous raconte qu'il est très content d'être encore parmi nous parce qu'en effet il s'était fait agressé par un serpent la nuit dernière.

Des troubles des conduites alimentaires (grignotage, hyperphagie), des conduites sexuelles (diminution de la libido, désinhibition) ou encore des troubles du sommeil (fragmentation du rythme de sommeil, phénomène du « coucher de soleil¹⁹ ») sont fréquemment retrouvés.

Les premiers signes de la maladie apparaissent après 60 ans et son évolution est en général plus rapide que celle de la maladie d'Alzheimer.

¹⁸ P. ANDRE, 2013, p. 254

¹⁹ Une augmentation de l'agitation et de la confusion survenant souvent tard l'après-midi et le soir chez les personnes démentes.

1.3.3. La démence associée à la maladie de Parkinson

Ce sont généralement 25% des personnes ayant une maladie de Parkinson invalidante qui évolue vers une démence. Le principal facteur de risque serait l'âge de début de la maladie. « Les patients ayant un début précoce ne présentent habituellement pas de démence, même après une longue durée d'évolution »²⁰.

Le sujet atteint d'une démence parkinsonienne présente des difficultés mnésiques. Ces dernières sont cependant moins sévères que dans la maladie d'Alzheimer. Les personnes possèdent toujours, même si de façon restreinte, une capacité d'enregistrement et d'apprentissage. Nous observons par exemple une performance améliorée par le rappel indicé. Cependant, la mémoire procédurale est particulièrement touchée dans la maladie de Parkinson.

Dans la démence parkinsonienne, nous retrouvons également des troubles attentionnels, un ralentissement cognitif ainsi qu'un syndrome dysexécutif.

Concernant les troubles psycho-comportementaux, nous relevons à côté des perturbations émotionnelles (hyperémotivité, réactions de catastrophe,...), la prédominance d'une apathie sévère. Cette dernière est définie comme un manque de motivation et qui peut se caractériser comme une diminution de l'initiation motrice, de l'initiation cognitive et du ressenti affectif.

A la fin du groupe, pendant le temps libre, une des participantes va systématiquement s'asseoir alors que nous savons qu'elle prend beaucoup de plaisir à danser. Elle ne va pas prendre l'initiative de rejoindre le groupe. Or lorsque nous la sollicitons, elle accepte volontiers sans chercher d'excuses et va persévérer jusqu'à la fin.

1.3.4. Les démences vasculaires

« La démence est dite vasculaire lorsque son étiologie relève d'une pathologie cérébro-vasculaire »²¹. La démence vasculaire est moins fréquente que la démence de type Alzheimer. Elle se caractérise par un début brutal et une évolution fluctuante en

²⁰ B. DUBOIS, B. PILLON, chapitre 20: Démence de la maladie de Parkinson, in *Démences*, C. DUYSKAERTS, F. PASQUIER, 2002, p. 183

²¹ F. PASQUIER, H. HENON, chapitre 39: Démences vasculaire, in *Démences*, C. DUYSKAERTS, F. PASQUIER, 2002, p. 311

« marches d'escalier ». Les symptômes dépendent de la localisation des lésions cérébrales. L'hypertension artérielle, le tabagisme, le cholestérol, le diabète et les maladies cardiaques sont des facteurs de risque de cette démence. Le contrôle de certains de ces facteurs de risque vasculaire peut éviter une nouvelle aggravation. Les personnes atteintes d'une démence vasculaire présentent généralement des déficits cognitifs multiples : altération mnésique, aphasie, apraxie, agnosie, perturbations des fonctions exécutives.

Concernant les symptômes psycho-comportementaux, les manifestations anxieuses et dépressives sont fréquentes. Le sujet présente une humeur triste qui est cependant de courte durée au sein d'une journée. L'origine de la dépression varie selon le stade de la démence. Au début, elle est « réactionnelle à la conscience de la perte cognitive, alors qu'avec l'évolution, elle serait l'expression d'un dysfonctionnement neurobiologique peu modulé par l'environnement.²² »

Chez nos participants du groupe d'expression corporelle, les manifestations dépressives et anxieuses sont les symptômes psycho-comportementaux les plus fréquemment rencontrés quelque soit la maladie.

Entre chaque proposition, une de nos participantes se montre inquiète parce qu'elle a peur d'avoir perdu son sac. Elle se montre soulagée, une fois qu'elle l'a retrouvé.

A la fin du groupe, lorsque nous installons les tables pour le déjeuner, certaines personnes ont peur qu'aucune place ne leur ait été attribuée.

Lorsque nous questionnons les personnes sur leur état du jour, nous avons souvent des réponses telles que « on fait aller » ou « je n'ai pas le moral ».

1.4. Les troubles psychomoteurs

Nous allons faire une description succincte des principaux troubles psychomoteurs que présentent les personnes accueillies au sein de notre groupe d'expression corporelle. Le syndrome démentiel a de nombreuses répercussions sur les fonctions psychomotrices et réduit ainsi les capacités de la personne à interagir avec son environnement. Ces troubles psychomoteurs sont intimement liés au vieillissement normal de la personne.

²² F. LEBERT, chapitre 6: symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, in *Démences*, C. DUYCKAERTS, F. PASQUIER, 2002, p. 51

« Le trouble psychomoteur se manifeste à la fois dans la façon dont le sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui »²³.

- le tonus : Nous observons généralement une modification du tonus de fond. Ce dernier est plus élevé et peut se manifester par une hypertonie. Chez la personne démente, elle est souvent liée à une anxiété majeure. Nous retrouvons des paratonies²⁴ visibles lors des mobilisations passives.

- l'équilibre : Les pertes d'équilibre sont fréquentes. « L'équilibre résulte d'une intégration complexe de plusieurs systèmes sensoriels et moteurs »²⁵. Avec l'âge cette capacité d'intégration diminue. Le vieillissement modifie la posture et la manière de faire face aux perturbations d'équilibre. Chez la personne démente, les troubles attentionnels et la désorientation spatiale peuvent favoriser cette perte d'équilibre. Cette dernière entraîne le plus souvent un sentiment d'insécurité.

- la marche : Le schéma de marche se modifie. La marche devient hésitante, la hauteur et la longueur des pas diminuent, le polygone de sustentation s'élargit et la vitesse de déplacement est réduite.

Au sein de notre groupe, nous accueillons trois personnes qui se déplacent à l'aide d'une canne, les autres marchent sans aide.

- les coordinations/dissociations : Même si elles sont encore possibles, elles deviennent compliquées et fatigantes. La capacité de coordination/dissociation nécessitant une bonne représentation mentale du geste, une bonne intégration du schéma corporel, une bonne orientation temporelle ainsi qu'une bonne perception visuelle et spatiale, il semble évident que cette fonction psychomotrice soit altérée chez la personne démente.

- la motricité fine : Les troubles de la motricité fine se traduisent par une lenteur d'action, un manque de précision et des difficultés de régulation tonique. Nous pouvons les observer plus particulièrement lors de l'écriture ou de la préhension d'objets.

- l'organisation temporo-spatiale : Nous repérons chez les sujets atteints de démence souvent une désorientation temporo-spatiale (DTS). Le sujet commence d'abord par

²³P. SCALIOM, F. GIROMINI, J.-M. ALBARET, 2011, p. 255

²⁴ Les paratonies sont des « troubles musculaires qui entraînent une contraction permanente des muscles et engendrent des attitudes catatoniques ». (C. DORMIA, S. FEVE, 2014, p.51)

²⁵ J.-C. JUHEL, 2010, p.23

perdre ses repères temporels. Il a, par exemple, du mal à donner la date du jour ou la chronologie d'une histoire. Plus tard il va confondre jour et nuit.

Chez la plupart des personnes accueillies au CAJ, la notion de temps est entravée. Souvent elles se préparent pour partir du centre bien avant l'heure réelle de départ.

Ensuite, le sujet se perd dans l'espace, même dans les lieux familiers. Alors que la perception de l'espace semble conservée, l'orientation et la structuration spatiale vont rapidement être défaillantes. Ainsi, le sujet présente des difficultés à reconnaître un lieu, à le situer dans l'espace et à se situer soi-même par rapport à ce point de repère. De plus, il a du mal à diviser l'espace en différentes parties.

Au sein du centre, nous observons régulièrement des personnes qui se perdent sur le chemin en revenant des toilettes.

- le schéma corporel : La baisse d'activité et donc de mobilisation entraînent une diminution des informations visuelles, tactiles, proprioceptives et kinesthésiques à l'origine d'un schéma corporel pauvre et altéré.

Lors d'un exercice d'échauffement, une participante confond ses coudes avec ses poignets.

- l'image du corps : La personne est confrontée aux changements de son corps qui devient moins performant dus au vieillissement et à la maladie. L'image du corps se trouve modifiée. Un phénomène de dévalorisation peut se développer et empêcher la personne d'utiliser ses capacités restantes.

D'une voix triste, une dame m'explique que « ces jambes ne vont pas bien » et qu'elles « ne la portent plus ». Cette dame se trouve confrontée à une baisse de performance. Elle a du mal à intégrer les changements de son corps.

1.5. Les stades de la démence

Nous allons faire un résumé succinct de l'évolution de la démence afin d'avoir une représentation globale d'une personne démente à un stade donné.

- **Stade léger ou démence légère**

A ce stade, les symptômes sont encore pauvres et le plus souvent banalisés par le patient qui fait preuve d'une bonne capacité de stratégies de compensation. Le malade a tendance à avoir des oublis dans les activités courantes. Il a du mal à se concentrer et présente une fatigabilité importante lors des efforts intellectuels. Le sujet a des difficultés à s'adapter aux situations nouvelles. Il a conscience de ses troubles ce qui peut induire des manifestations anxieuses et/ou dépressives. Le patient commence à se perdre dans l'espace mais il a surtout des difficultés à se repérer dans le temps. La pensée est ralentie avec des « persévérations verbales et idéiques qui consistent en des répétitions de mots ou d'idées rabâchés de façon régulière »²⁶. La personne peut devenir passive, irritable ou intolérante. Elle présente un manque d'intérêt pour ses occupations habituelles mais aussi pour ses proches. Des moments d'agitation motrice peuvent cependant apparaître. Bien que les troubles aient déjà un retentissement sur la vie quotidienne, le patient maintient une certaine autonomie.

- **Stade modéré ou démence modérée**

C'est souvent à ce stade que le diagnostic de démence est porté. Le patient présente des troubles sévères de la mémoire, même de la mémoire rétrograde. Nous notons également une altération des capacités de jugement, de raisonnement et de planification ainsi qu'une désorientation temporo-spatiale. Le malade présente une aphasie : le discours devient incohérent et inapproprié. Il a également des difficultés à comprendre son interlocuteur. Le patient a des troubles gnosiques importants ainsi qu'une apraxie. Tous ces déficits ont un impact important sur le comportement de la personne. Les troubles psycho-comportementaux s'accroissent. La personne se néglige tant sur le plan de la toilette que de la tenue vestimentaire. Les troubles alimentaires et les troubles du sommeil sont fréquents à ce stade. Il y a une perte d'autonomie massive. Le maintien à domicile n'est possible qu'avec l'aide d'un tiers.

- **Stade sévère ou démence sévère**

A ce stade nous observons une altération massive des fonctions cognitives. Les facultés de communication verbale sont perdues. La désorientation temporo-spatiale est complète. Le patient ne reconnaît que difficilement ses proches. Les troubles psycho-

²⁶ P. ANDRE, 2013, p.167

comportementaux sont majeurs (hallucination, apathie, agitation, angoisses, etc.). Les altérations des capacités physiques conduisent le plus souvent à l'alitement. Des manifestations neurologique (hypertonie massive,...) et somatiques (escarres, dénutrition,...) apparaissent en conséquence. Il y a une perte d'autonomie totale avec un pronostic vital engagé. Ce stade aboutit au décès du patient.

Des tests standardisés comme le MMS (Mini Mental State) permettent d'évaluer les fonctions supérieures d'une personne et de quantifier le degré du déficit cognitif. Un score supérieur à 20 dans ce test correspond à une démence légère. Si le score est compris entre 10 et 19, on parle de démence modérée et enfin si le score est inférieur à 10, on parle de démence sévère. Selon la CIM-10, une autre méthode peut être utilisée pour définir la sévérité du syndrome démentiel à savoir le degré de retentissement dans la vie quotidienne. Ainsi, le maintien d'une certaine autonomie peut correspondre à une démence légère. La démence est modérée lorsqu'une surveillance permanente est nécessaire et elle est sévère si la personne présente une perte d'autonomie complète.

Cependant, en pratique, les limites entre les trois stades ne sont pas toujours claires. Ceci est particulièrement vrai pour la limite entre démence légère et modérée. Il existe des variations cliniques selon le type de démence et même entre les patients souffrant de la même forme de démence.

2. La relation à l'autre

2.1. Etre en relation

Qu'est-ce qu'une relation ? Le Petit Robert définit la relation entre deux personnes comme « un lien de dépendance ou d'influence réciproque²⁷ ». Nous retrouvons dans cette définition la notion d'interdépendance qui est synonyme du terme « interaction »²⁸.

²⁷ Le Petit Robert de la langue française 2012

²⁸ Ibid

Au sujet de l'interaction, le neurophysiologiste Alain Berthoz²⁹ parle d'un échange qui s'observe au niveau corporel, émotionnel et intellectuel. Il souligne que dans une relation, une manifestation de l'un entraîne forcément une réaction de l'autre.

Le sociologue allemand Axel Honneth affirme que la relation à autrui s'inscrit à trois niveaux de reconnaissance³⁰ :

- la reconnaissance affective marque les liens affectifs et émotionnels qui rattachent un individu à une communauté (p.ex. le partage d'une histoire, des croyances communes, un même groupe d'âge)
- la reconnaissance sociale : membre de la communauté, l'individu s'insère dans un tissu de règles, de rituels, de conventions, de droits et de devoirs mais également dans une culture donnée
- la reconnaissance du sujet comme une personne unique et singulière suppose écoute et considération.

En analysant le développement psychomoteur et psycho-affectif du nouveau-né nous pouvons reconnaître la place importante qu'occupe la relation à autrui. En effet, la relation humaine et les interactions avec l'environnement sont des conditions nécessaires pour le développement du nourrisson. Et ceci demeure valable à l'âge adulte.

Dans le langage courant, les termes relation et communication sont souvent confondus. Or, nous pouvons considérer la communication comme l'outil grâce auquel se construisent des relations. Nous allons par la suite développer la notion de communication ainsi que ses différentes composantes.

2.1.1. La communication

Le Larousse définit la communication comme « l'action de communiquer, de transmettre quelque chose »³¹ ou encore comme « l'action d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ».

²⁹ A. BERTHOZ, 2003 cité par G. AMADO, A. GUITTET, 2009, p.42

³⁰ A. HONNETH, 2006 cité par G. AMADO, A. GUITTET, 2009, p.45

³¹ www.larousse.fr

« La communication pourrait être définie comme un échange réciproque dynamique associant envoi et réception d'informations pertinentes pour une culture donnée. L'objectif premier est de modifier l'état du destinataire, son état cognitif et affectif, mais aussi ses intentions d'action »³². Selon cette définition, la communication nécessite donc la présence de deux interlocuteurs et une capacité de compréhension.

Selon, Marc-Alain Descamps, nous communiquons toujours et sans cesse : « ce comportement n'a pas de contraire. La preuve en est que lorsqu'on ne veut plus communiquer, il faut encore communiquer que l'on ne veut plus communiquer »³³. Un patient qui ne veut pas communiquer va, par exemple, tourner la tête ou fermer les yeux ou encore se refermer sur lui-même. Il communique alors par le biais du non-verbal son désir de se retirer de la relation.

Nous pouvons distinguer deux modes de communication : le mode digital et le mode analogique.

La communication digitale concerne principalement le langage verbal. Il s'agit de codes universels grâce auxquels les membres d'un même groupe peuvent communiquer. C'est grâce aux neurones pyramidaux que les mouvements volontaires sont possibles et ce sont eux qui sont les principaux acteurs de la communication digitale.

La communication analogique concerne au contraire le langage non-verbal : gestes, attitudes ou encore des formes artistiques comme le dessin, le théâtre, la danse ou la musique. Son intégration fait intervenir le système sensori-moteur et les structures sous-corticales constituées des neurones extrapyramidaux.

Nous allons dans le prochain chapitre nous intéresser plus précisément à la communication non-verbale, laquelle est particulièrement mise en jeu au sein de nos séances d'expression corporelle.

³² J. TOUCHON, A. GABELLE, V. BRUN, 2013, p.49

³³ M-A. DESCAMPS, 2004, p.117

2.1.2. La communication non-verbale

La communication non-verbale occupe une place primordiale dans les échanges interhumains. En effet, selon Albert Mehrabian, professeur de psychologie, 55% de la communication passe par le non-verbal³⁴.

Jacques Corraze applique le terme de communications non-verbales « à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise »³⁵.

Dans cette partie nous nous intéresserons donc plus particulièrement au langage corporel qui est constant et omniprésent. De plus, le propre langage corporel du psychomotricien est un des outils premiers avec lequel il travaille. Mais il va surtout analyser la communication corporelle de son patient afin d'orienter son travail.

- L'expression faciale

Elle concerne toutes les parties du visage : bouche, yeux, sourcils, front, nez et résulte de contractions musculaires. L'expression faciale intervient de manière prédominante dans l'expression des affects. Ainsi, nous pouvons reconnaître le mécontentement d'une personne lorsqu'elle fronce ses sourcils.

- Le sourire

« Le sourire est un signal émis par notre face lors des interactions sociales »³⁶. Jacques Corraze fait ici référence à la théorie d'attachement de Bowlby. Ce dernier considère le sourire comme un comportement d'attachement qui permet de lier l'enfant à sa mère. Mais également à l'âge adulte, nous pouvons observer qu'un sourire peut signifier une recherche de lien et donc favoriser la relation à l'autre.

³⁴ <http://www.la-communication-non-verbale.com/2013/02/mehrabian.html>

³⁵ J. CORRAZE, 2005, p.16

³⁶ Ibid p. 124

- **Le regard**

Il traduit avant tout les intentions et l'affectivité de celui qui regarde. Des relations peuvent s'établir grâce à un simple regard. Le regard peut être porteur de différents sens : il peut être un signal d'agression, de dominance ou d'attraction affective, etc.

- **La voix**

Même si elle est une des principales composantes du langage verbal, elle entre également dans le champ de l'infra-verbal. Le timbre, la hauteur, l'intensité ainsi que le débit de la voix peuvent traduire l'état émotionnel d'une personne. Ainsi, la voix permet d'exprimer les sentiments du locuteur sans que ce dernier emploie des mots caractéristiques de son état.

- **La posture**

Elle est intimement liée au tonus qui est l'état de légère tension permanente des muscles. La répartition tonique dans le corps détermine des attitudes. La façon dont se tient chaque personne est en lien avec son état intérieur. Godelieve Struyf, kinésithérapeute et ostéopathe belge, a élaboré le concept des chaînes musculaires. Dans son travail, elle met en lien la posture avec le mouvement et l'usage du corps et avec les traits de caractère de l'individu.

William James a déterminé quatre postures fondamentales³⁷ :

- l'attitude d'approche avec l'inclinaison du corps en avant
- l'attitude de rejet avec le corps qui se détourne d'autrui
- l'attitude d'expansion où la tête, les épaules et le tronc sont en extension
- l'attitude de contraction avec la tête fléchie sur le tronc et les épaules tombantes

- **Les gestes**

Il s'agit de mouvements intentionnels porteurs de signification.

Corraze reprend dans son ouvrage les cinq catégories de gestes déterminées par Paul Ekman et Wallace Friesen³⁸.

³⁷ W. JAMES, 1932, cité par J. CORRAZE, 2005, p. 151

³⁸ P. EKMAN, W. FRIESEN, 1969, cité par J. CORRAZE, 2005, p.99-101

Les gestes illustreurs n'existent jamais hors du langage. Ils accompagnent l'expression verbale pour l'illustrer. Ils font l'objet d'un apprentissage social. (p.ex. mouvements des sourcils ou gestes de la main)

Les gestes régulateurs maintiennent et règlent l'échange verbal. (p.ex hochement de tête)

Les emblèmes concernent tous les gestes qui sont susceptibles d'être traduits par des mots (p.ex. mouvement de la tête « oui/non »)

Les signaux sont des gestes involontaires qui témoignent des sentiments éprouvés par le locuteur.

Les gestes adaptateurs sont des activités au cours desquelles on manipule une partie de son corps ou un objet. Ils ne sont pas exécutés avec la conscience d'émettre une information. (p.ex se gratter)

- **Les émotions**

« Toutes les émotions utilisent le corps comme leur théâtre »³⁹. Antonio Damasio souligne ici que les émotions sont la manifestation externe des sentiments. « Les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire »⁴⁰. Nous vivons, ressentons une émotion mais nous sommes également capables de percevoir l'état émotionnel d'autrui s'exprimant par le corps et d'y répondre de manière adaptée. Nous pouvons ainsi parler de dialogue tonico-émotionnel. Bion (1967) souligne qu'une expérience émotionnelle déracinée d'une relation est inconcevable. Chez l'adulte et particulièrement la personne démente, le dialogue tonico-émotionnel va jouer un rôle important : « A l'âge adulte, la fonction tonique reste véhicule d'une forte charge émotionnelle comme un langage d'avant les mots qui continue à parler en amont ou au-delà des mots »⁴¹.

- **Le toucher**

Il a également une valeur communicative. Ceci est particulièrement observable lors des interactions précoces entre la mère et son bébé. Les deux partenaires de cette dyade communiquent par l'intermédiaire du toucher. Ce dernier intervient ici dans les actions de *handling et holding*, deux notions définies par Winnicott. La mère essaye de

³⁹ A. DAMASIO, 1999, p. 72

⁴⁰ H. WALLON, 1942, cité par P. SCALIOM, F. GIROMINI, J.-M. ALBARET, 2011, p. 157

⁴¹ E. BERGER, 1999, p. 50

s'ajuster corporellement à son enfant. Le toucher est riche en sens et intentions et véhicule de nombreux messages. Il constitue un vrai dialogue corporel. Mais cette communication qui passe par le canal tonique s'applique également chez l'adulte.

- **Les proxémies**

Il s'agit d'un concept élaboré par Edward T. Hall, un anthropologue américain. Hall décrit des « bulles » imaginaires qui entourent notre corps et dont la taille varie selon le contexte relationnel dans lequel nous nous trouvons. Il s'agit donc de distances physiques que nous maintenons avec notre interlocuteur. Nous pouvons donc caractériser les proxémies comme une forme de communication non-verbale. Hall définit quatre proxémies différentes correspondant à des distances physiques : la distance intime (de 0 à 45 cm), la distance personnelle (de 45 cm à 1,2 m), la distance sociale (entre 1,2 et 3,6 m), et la distance publique (plus de 3,6 m).

2.2. La relation à l'autre dans la démence

Nous avons déjà abordé la question de la relation et de la communication. Nous allons maintenant nous intéresser à la manière dont la démence vient modifier la relation à l'autre.

2.2.1. La communication verbale dans la démence

Comme nous l'avons vu précédemment, la communication, qu'elle soit digitale ou analogique, est l'outil premier grâce auquel s'établissent des relations. Or, nous savons que dans la démence la maîtrise de l'expression digitale disparaît progressivement. Au début du syndrome démentiel, la communication verbale demeure. Le sujet reste sensible au contenu du discours et à la prosodie. Cependant, des difficultés se manifestent déjà. Ceci est lié à l'agnosie, à l'amnésie et surtout à l'aphasie, cette dernière s'installant précocement dans la démence.

Selon le Dr. Louis Ploton⁴², nous observons alors :

⁴² L. PLOTON, 2011, p.113

- le télescopage⁴³ ou l'amalgame des évocations ;
- les erreurs de mots ;
- à l'extrême, l'absence quasi complète de maîtrise de la mise en mots.

Le télescopage des mots apparaît alors comme un « orage émotionnel »⁴⁴ qui est déclenché par le fait de parler ou de s'impliquer dans une relation. Il est intéressant de savoir que la construction grammaticale des phrases reste correcte. L'aphasie touche essentiellement le niveau sémantique; les niveaux phonologique, lexical et syntaxique sont relativement préservés, surtout au début de la maladie.

Selon Cécile Delamarre, chercheur et praticienne en psychomotricité, ce sont justement ces troubles linguistiques qui placent la personne démente dans une sous-catégorie de l'espèce humaine. Elle évoque l'idée du « *Homo Dementiae* »⁴⁵. Elle souligne ici l'importance du mot et de la communication verbale au sein de notre société. *Homo Sapiens* et *Homo Dementiae* vont progressivement ne plus utiliser le même langage et ce sera ce dernier qui va être vu comme un « autre ». Le code communicationnel n'est donc plus commun aux deux personnes, bloquant ainsi l'interaction et la relation. Ceci demande donc à l'interlocuteur de s'adapter en permanence.

2.2.2. La communication non-verbale dans la démence

L. Ploton nous explique que le patient dément garde la capacité de savoir ce qu'il veut, la capacité à exprimer certains besoins ainsi que la capacité inconsciente d'adaptation à son entourage. Il se sert en grande partie de l'expression non-verbale qui reste opérante jusqu'au terme de la maladie. Ainsi au même titre qu'une personne « non démente », il communique par le biais de l'expression faciale, des intonations de voix, de postures, des gestes, de l'expression émotionnelle, du toucher ou encore des proxémies.

D'un point de vue général, les mimiques, les postures, la voix et la gestualité demeurent révélatrices de l'état de la personne.

⁴³ « Forme issue de la réunion en un seul mot de deux mots contigus ou de la contamination d'un terme par un autre ». (www.larousse.fr)

⁴⁴ L. PLOTON, 2011, p.113

⁴⁵ C. DELAMARRE, 2014, p. 3

En m'appuyant sur les recherches de C. Delamarre⁴⁶, je vais par la suite donner quelques unes des manifestations corporelles que j'ai pu observer chez mes patients et qui peuvent prendre valeur de communication. Même si ce n'est que de façon restreinte, ces derniers ont encore accès au langage verbal.

- Accrocher le regard de quelqu'un, sourire, s'approcher, avoir une voix douce et posée, tendre la main ou encore toucher sont des manifestations par lesquelles une personne exprime son désir d'entrer en relation.
- Suivre une personne dans ses déplacements, incliner la tête, pencher le buste vers l'avant, tendre la main sont généralement des gestes par lesquels une personne cherche à solliciter quelqu'un.
- Froncer les sourcils, hausser le ton voire crier, avancer brusquement le buste, ou encore fixer le regard de quelqu'un peuvent traduire une agressivité ou une menace.
- Fixer un point devant soi, avoir un regard vide, détourner le regard ou encore fermer les yeux, rester immobile ou au contraire balancer le buste d'avant en arrière, chantonner tout bas, sont des manifestations par lesquelles une personne peut exprimer son désir de se retirer, ou bien de s'opposer à la création de lien.

Les manifestations corporelles que je décris ici peuvent prendre différentes significations selon le contexte et la personne donnés. Aussi ne sont elles pas spécifiques à la personne âgée démente et ne font donc pas office de dictionnaire *Homo Dementiae-Homo Sapiens*.

2.2.2.1. L'intervention du psychomotricien

Les significations que je viens d'attribuer aux manifestations corporelles peuvent paraître évidentes à première vue. Cependant, j'ai pu observer dans ma clinique que certains comportements d'une personne démente, qualifiés d'inadaptés, peuvent être secondaires à une mauvaise observation de la part de l'interlocuteur et donc d'une mauvaise adaptation de ce dernier. Le langage non-verbal est en grande partie visible et aussi trahit-il parfois l'état interne de la personne alors que le langage

⁴⁶ C. DELAMARRE, 2014, p. 170

verbal exprime autre chose. Il peut donc y avoir discordance entre expression verbale et non-verbale. Ceci ne sont que quelques raisons pour lesquelles l'observation de la personne me semble d'une importance capitale. « S'occuper de l'autre signifie 'faire attention' au langage du corps, en posant des mots non pour juger mais pour mieux préciser les sens de la communication »⁴⁷

L'intervention d'un psychomotricien, considéré comme le spécialiste de la communication non-verbale, est donc tout à fait judicieuse. L'observation est un des premiers outils du psychomotricien.

Dans le cadre de la communication non-verbale, ce dernier va observer la régulation et la répartition tonique pouvant se traduire par des mimiques ou encore des attitudes corporelles. De manière générale, une hypotonie, non causée par une lésion neurologique, peut être le signe d'un bien-être psychique et physique mais également dévoiler une dépression ou un abandon de soi. L'hypertonie peut traduire une anxiété majeure, une opposition ou signaler une douleur. Comme nous le savons, le tonus est intimement lié aux émotions. Toute émotion s'accompagne par une manifestation tonique ; à l'inverse nous pouvons agir volontairement sur l'état émotionnel en modifiant le degré de tension musculaire. De plus, l'émotion est toujours liée à la relation. Il est intéressant de savoir que la personne démente conserve l'aptitude à décoder les émotions de l'entourage, une capacité qui facilite la relation à l'autre.

Lors d'une proposition en binôme Mme AR me dit : « C'est marrant, on voit les expressions des gens sur leurs visages ; certains sont anxieux, d'autres contents ».

Le psychomotricien va également s'intéresser à la gestualité de son patient, comme par exemple, à la qualité de mouvement. Nous pouvons ici faire référence à la méthode d'analyse du mouvement de Rudolph Laban⁴⁸, danseur et chorégraphe hongrois. Il a élaboré quatre facteurs de mouvements : le poids, le flux, l'espace, le temps. Ainsi, un mouvement peut être fort/léger, condensé/libre, direct/indirect, soudain/soutenu.

Puis il va aussi s'intéresser aux proxémies qui constituent une autre forme de communication non-verbale. Les personnes démentes conservent les règles spatiales du « savoir-vivre en société »⁴⁹. Elles peuvent s'opposer à toute forme d'intrusion de leur sphère intime mais également accepter un geste soignant qualifié « d'intrusif ». Elles

⁴⁷ F. BOSCAINI, Les émotions dans la relation psychomotrice, p.124

⁴⁸ A. LOUREIRO, 2013, Effort: l'alternance dynamique, Ressouvenances

⁴⁹ C. DELAMARRE, 2014, p. 27

peuvent se positionner de manière adéquate dans une relation selon la situation donnée. Nous pouvons donc supposer que le fait de gérer des distances fait partie des comportements sociaux appris et stockés dans la mémoire.

Comme nous l'avons vu plus haut, le patient dément peut communiquer par le biais du toucher. Le psychomotricien lui, utilise par exemple le toucher thérapeutique dans sa pratique. Cette pratique est d'autant plus adaptée dans la prise en charge d'une personne âgée puisque pour cette dernière la sensibilité tactile persiste longtemps.

Après ce premier aperçu, nous allons dans la troisième partie de ce travail aborder plus extensivement la manière dont une personne démente communique avec son entourage. Afin d'illustrer cela, nous allons nous servir d'exemples concrets que nous avons tirés du groupe d'expression corporelle.

2.2.3. Etablir une communication avec une personne démente

Il nous reste maintenant à traiter la question de la raison pour laquelle il peut être bénéfique de communiquer avec une personne atteinte d'un syndrome démentiel. Mitra Khosravi, docteur en psycho-gériatrie, nous donne sa réponse à cette question : « pour montrer que, malgré ses incapacités cognitives, son langage lacunaire et son comportement troublé, la personne démente est et restera un être humain, un être vivant de qui nous voulons nous rapprocher et que, bien que déficiente, nous aimons et elle compte pour nous. Elle ne deviendra jamais à nos yeux un objet »⁵⁰. Communiquer avec une personne démente est également un moyen de lutter contre l'aggravation de la démence. En communiquant, nous essayons de maintenir la réserve cognitive de la personne et d'éviter qu'elle s'abandonne soi-même.

Or, comment pouvons-nous en tant que thérapeute établir une communication avec un patient dément ? Afin de répondre à cette question, je vais m'appuyer sur les écrits de Michel Muir, médecin-gériatre français⁵¹, qui met l'accent sur les capacités de la personne démente.

⁵⁰ M. KHOSRAVI, 2007, p.50

⁵¹ M. MUIR, 2003, p.4-9

Le sujet dément garde le savoir affectif. Il est très sensible à l'atmosphère de son environnement et il est même dépendant de ce dernier. Nous devons donc veiller à lui procurer un sentiment de sécurité en lui proposant un cadre rassurant.

Nous savons également que la mémoire procédurale est préservée chez la personne démente et que celle-ci reste longtemps source de réassurance et d'apprentissage. Elle est présente dans beaucoup d'activités de la vie quotidienne et stimuler cette mémoire va produire un apaisement.

Notre patient conserve une certaine capacité d'attention surtout au début de la maladie. Cependant il ne traite qu'une information à la fois, nous devons donc être vigilants quant aux distractions et doubles tâches.

Lorsque nous passons par plusieurs canaux sensoriels, nous facilitons la reconnaissance des choses vues et entendues.

Enfin, si notre patient présente des difficultés importantes au niveau de la communication verbale, nous devons d'avantage utiliser la communication non-verbale qui reste préservée jusqu'à la fin.

Afin de communiquer avec un patient Alzheimer, il existe certaines règles connues chez les soignants sous le titre « Les 10 commandements pour aborder le malade Alzheimer et pour communiquer avec lui »⁵².

3. Le groupe d'expression corporelle

Relation à l'autre et communication non-verbale sont des mots-clés de notre groupe d'expression corporelle. Il me semble donc important de reprendre quelques éléments théoriques concernant le dispositif « groupe », la médiation et plus particulièrement la médiation expression corporelle.

⁵² Voir annexe 2

3.1. Le groupe

Le mot groupe provient de l'italien *grosso*, noeud et du germanique *kruppa*, masse arrondie. C'est n'est qu'au 18^{ème} siècle que ce terme va être employé pour désigner une réunion de personnes. Alors que le mot nœud fait référence « au degré de cohésion entre les membres »⁵³, la masse arrondie se réfère plutôt au rond ou au cercle.

Dans un cadre thérapeutique, le groupe peut être défini comme « un ensemble de personnes réunies temporairement dans un même lieu en vue d'un objectif thérapeutique »⁵⁴.

Le dispositif groupal correspond à toute la structure mise en place par le psychomotricien en fonction de sa personnalité, de ses compétences, de son rapport au groupe et des exigences institutionnelles. Il ne s'agit pas simplement de rassembler un certain nombre de personnes ; ce groupe doit être pensé par le thérapeute. Il doit être adapté aux pathologies, aux capacités et à l'âge des patients. Il englobe le choix de la médiation, le lieu, le rythme des séances, etc.

« Le dispositif groupal a une fonction de cadre, de contenant, d'enveloppe dans laquelle un travail psychique pourra avoir lieu »⁵⁵.

3.1.1. Le groupe primaire ou restreint

Didier Anzieu et Jacques-Yves Martin distinguent cinq catégories fondamentales de groupes : la foule, la bande, le groupement, le groupe primaire ou groupe restreint et le groupe secondaire ou organisation. Je développerai ici uniquement le groupe primaire, puisque c'est celui-ci qui caractérise notre groupe d'expression corporelle.

George Homans donne la définition suivante du groupe restreint. Selon lui, « un petit groupe consiste en un certain nombre de personnes qui communiquent entre elles pendant une certaine période, et assez peu nombreuses pour que chacune puisse communiquer avec toutes les autres, non pas par personne interposée, mais face à face »⁵⁶.

⁵³ D. ANZIEU, J.-Y. MARTIN, 2013, p.18

⁵⁴ G. BLEANDONU, 2009, p.9

⁵⁵ N. THIRANT, 2010, p.25

⁵⁶ G. HOMANS, 1950, cité par D. ANZIEU, J.-Y. MARTIN, 2013, p.38

Les caractéristiques du groupe primaire ou restreint présentées par D. Anzieu et J-Y. Martin sont les suivantes :

- il a un nombre restreint de membres pour que chacun puisse être perçu et que des échanges entre les différents membres puissent avoir lieu ;
- il poursuit les mêmes buts qui répondent aux différents intérêts des membres ;
- des relations affectives peuvent se mettre en place et entraîner des sous-groupes d'affinités ;
- chaque membre a un sentiment d'appartenance au groupe qui existe même en dehors de celui-ci ;
- chaque membre a un rôle différencié ;
- le groupe s'est construit ses propres normes, croyances, signaux et rites.

A l'intérieur du groupe primaire, le psychanalyste René Kaës⁵⁷ distingue les groupes primaires naturels (la famille), les groupes primaires d'association (fondés sur l'adhésion libre, la communauté d'intérêts ou les affinités) et les groupes primaires artificiels. Ces derniers sont constitués dans l'objectif d'un projet thérapeutique ou formatif. C'est à cette dernière catégorie de groupe primaire que correspond notre groupe d'expression corporelle.

3.1.2. Groupe fermé/ouvert

Un groupe thérapeutique peut être ouvert ou fermé. C'est un choix que doit faire le thérapeute et qui dépend de l'orientation qu'il veut donner à son travail. Or, souvent ce sont des raisons pratiques qui guident le thérapeute dans son choix.

Un groupe ouvert est à priori plus facile à mettre en place. Il est souple, c'est-à-dire qu'il autorise tout au long de son existence l'entrée de nouvelles personnes ou le départ de personnes pour lesquelles les indications se terminent.

Le groupe d'expression corporelle que nous avons mis en place est un groupe fermé c'est-à-dire qu'il est défini par une composition fixe de ses membres. La recherche d'une cohésion interne caractérise ce type de groupe. Les phénomènes de groupe sont ici accentués et ne sont à priori pas perturbés par le flux de passage de certains de ses membres. Cependant même au sein d'un groupe fermé nous pouvons observer des

⁵⁷ R. DORON, F. PAROT, 1998, p.331

modifications de la dynamique groupale dues à des hospitalisations ou des entrées en institution, tel est le cas pour notre groupe d'expression corporelle.

3.1.3. La dynamique des groupes

En 1944, le psychologue germano-américain, Kurt Lewin, emploie pour la première fois l'expression « dynamique des groupes ». Le groupe est conçu par Lewin comme une réalité *sui generis*⁵⁸, c'est-à-dire irréductible aux membres du groupe ainsi qu'à leurs buts et tempéraments communs.

On peut caractériser un groupe comme un tout dynamique ce qui implique qu'un changement de l'état d'un seul élément du groupe peut provoquer un changement de l'état de tous les autres éléments.

Tout phénomène qui va se dérouler au sein d'un groupe va venir y apporter des modifications, soulignant le fait qu'un groupe n'est jamais figé. Le groupe peut être assimilé à un système d'interdépendance entre les individus et entre les mécanismes mis en jeu dans le groupe.

Au sein d'un groupe thérapeutique, la dynamique groupale peut constituer un objectif en soi.

3.1.4. L'enveloppe groupale

Chaque groupe a sa propre histoire et sa propre identité. Chaque membre du groupe, avec sa personnalité, son vécu et ses expériences, contribue à la construction et à l'évolution de ce dernier.

Selon Anzieu, le groupe crée une enveloppe contenant qui fait tenir ensemble des individus. « Cette enveloppe semble contenir les règles implicites et explicites, les rites, les convictions etc. qui organisent la vie du groupe »⁵⁹. Elle constitue une sorte de barrière protectrice contre l'extérieur.

Grâce à cette enveloppe, chaque membre peut exister de manière individuelle tout en étant relié aux autres. A l'intérieur de ce contenant les membres du groupes peuvent s'exprimer sans que les échanges avec l'extérieur soient empêchés.

⁵⁸ D. ANZIEU, J.-Y. MARTIN, 2013, p.85

⁵⁹ C. BERTIN, 2010, p.45

Comme nous l'avons vu plus haut, un groupe n'est pas figé, il évolue. Anzieu décrit trois phases dans l'évolution interne des groupes⁶⁰ :

- **La période initiale** pendant laquelle le groupe est caractérisé par une menace de perte d'identité. Les membres peuvent éprouver des angoisses archaïques telles que des angoisses de morcellement (éclatement du groupe), des angoisses de persécution (le groupe est menacé de destruction) ou encore des angoisses dépressives (le groupe est mauvais et sans intérêt).

- **L'illusion groupale** où les membres du groupe sont euphoriques. Ils se sentent bien ensemble et ont l'impression de faire partie d'un bon groupe dirigé par un bon thérapeute. Les mauvais objets sont projetés à l'extérieur du groupe. Cette phase assure la cohésion du groupe. Les identifications personnelles sont mises à mal au profit du groupe.

- **La période de redifférenciation** correspond à la désillusion. Les identifications personnelles vont se réorganiser grâce à l'identification aux autres membres du groupe. Les sujets se ré-individualisent alors que l'enveloppe groupale reste conservée.

3.2. Le groupe à médiation

3.2.1. La médiation

Le terme médiation, de *mediare*, signifie être au milieu. C'est ce qui sert d'intermédiaire. La médiation est un entre-deux, un intermédiaire entre soi et l'autre et comme le dit Winnicott, un espace transitionnel. La médiation peut permettre d'établir un lien entre le patient et le thérapeute ou encore entre les membres d'un même groupe qui partagent alors un objet commun. Elle est alors d'une certaine façon témoin de la relation qui s'établit entre les membres du groupe.

« La possibilité de médiation de cet intermédiaire sera alors (...) attachée à son utilisation particulière plus qu'à sa seule présence »⁶¹.

Les médiations peuvent prendre diverses formes. Elles peuvent être centrées sur

⁶⁰ J.-B. CHAPELIER, (sous la direction de), 2002, p.39

⁶¹ D. QUELIN-SOULIGOUX (2003), cité par N. THIRANT, 2010, p.25

une expression picturale (peinture p.ex), une expression plastique (pâte à modeler p.ex), une expression corporelle (danse p.ex) ou encore une expression verbale.

Il ne faut pas oublier que la psychomotricité est déjà une médiation en soi, qui va proposer une certaine façon de vivre des choses avec son corps.

Selon Catherine Potel⁶², le soignant est impliqué dans son choix de médiation. De son investissement, de son intérêt et de son plaisir dépendra le vivant de l'échange avec les patients. Elle précise également que dans les médiations thérapeutiques « c'est la relation et la communication - organisées par la médiation et dont la forme et le contenu dépendent de la médiation - qui vont être le premier des objectifs »⁶³. Elle rajoute les objectifs suivants : proposer un lieu d'expériences ; favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique ; aider à la transformation des éprouvés en représentations.

« R. Kaës souligne que tout groupe peut être considéré sous l'angle de la médiation, en tant que moyen et lieu d'un travail psychique qui fabrique des médiations entre les espaces psychiques, entre les objets, les processus et les formations qu'il contient »⁶⁴.

3.2.2. L'objet médiateur

Souvent, le thérapeute se sert d'objets médiateurs au sein de sa médiation. Pour notre médiation expression corporelle, nous utilisons par exemple des bâtons, des ballons ou encore tout simplement notre corps.

L'objet médiateur peut aider les membres d'un groupe à entrer en relation. Il va alors servir de tiers à la relation. Il va pouvoir régler les distances entre les différentes personnes lorsqu'une relation fusionnelle ou bien une trop grande distance s'installent.

L'objet médiateur peut avoir encore une autre propriété. Il va permettre au patient de découvrir et de créer. En effet, il invite le sujet à faire des expériences sensori-motrices nouvelles à partir de l'exploration des propriétés sensorielles de l'objet.

⁶² C. POTEI, 2010, p. 217

⁶³ C. POTEI, 2013, p. 317

⁶⁴ R. KAES (2011) cité par A. BRUN, 2013, p. 29

Marion Milner et René Roussillon parlent de médium malléable. Le médium « servirait donc d'interprète, de transformateur, de transmetteur, de symboliseur entre la réalité psychique et la réalité externe. Pour jouer ce rôle, il doit être malléable, c'est-à-dire à la fois indestructible, extrêmement sensible et indéfiniment transformable tout en restant lui-même »⁶⁵.

Roussillon⁶⁶ souligne que M. Milner a introduit l'idée d'un objet médiateur, qui, par sa matérialité spécifique, offre la possibilité de matérialiser la problématique interne du sujet, par la mise en forme du matériau proposé.

3.3. Le groupe à médiation corporelle

« Les groupes thérapeutiques à médiation corporelle proposent une aire transitionnelle, un « terrain », un espace, où l'activité du « jouer » va faire transition entre soi et les autres »⁶⁷.

Le jeu s'appuie sur toutes les situations qui utilisent le corps comme vecteur d'expression et constitue la médiation centrale. Nous employons ici le terme « jouer » au sens winnicottien à savoir le fait d'exprimer quelque chose de soi dans la rencontre avec les autres. L'action de jouer n'est donc pas réservée uniquement aux enfants.

Les médiations corporelles font du corps le principal objet médiateur. Elles sont des moyens d'expression et des moyens de mises en relation entre soi et l'autre.

Selon C. Potel, les objectifs d'un travail à médiation corporelle sont les suivants:⁶⁸

- donner un espace de « parole corporelle »
- donner un lieu où la régression⁶⁹ peut devenir moyen d'expression
- permettre que les comportements, agis essentiellement par le corps et la motricité, puissent trouver une écoute

Le travail thérapeutique se réalise grâce aux échanges verbaux et corporels apparaissant dans le jeu commun et partagé. Ce sont les conditions de notre dispositif qui vont garantir l'aspect thérapeutique de notre médiation. Le dispositif doit permettre

⁶⁵ D. QUELIN-SOULIGOUX (2005), cité par N. THIRANT, 2010, p.26

⁶⁶ R. ROUSSILLON (1991) cité par par A. BRUN, 2013, p. 22

⁶⁷ C. POTEI, 2013, p. 381

⁶⁸ Ibid, p. 382

⁶⁹ « La régression désigne un retour en arrière dans un processus de développement et le recours à des attitudes et des comportements liés à une phase antérieure du développement » E. MARC, C. BONNAL, 2014, p.164

au sujet de donner du sens à ses perceptions et d'accéder à une élaboration psychique des expériences vécues dans un cadre contenant et sécurisé.

Chaque membre est invité à prendre sa place au sein du groupe et à faire part de sa propre créativité. Les propositions de jeux dits « psychomoteurs » sur lesquelles va se constituer la dynamique groupale, vont être à la fois des repères et des créations du groupe.

Revenons maintenant à « l'aire transitionnelle », une notion que nous devons à D. Winnicott. Ce dernier introduit une troisième aire qui est ni moi ni non-moi, ni dedans ni dehors. Il s'agit d'une aire à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure et qui permet au sujet de « vivre ». Cette aire transitionnelle joue un rôle primordial dans le développement psychique du nourrisson. En effet, elle laisse place à sa créativité, et lui permet de faire des liens entre sa propre réalité interne et celle du monde extérieur.

Le groupe à médiation corporelle peut devenir le support de cet espace transitionnel, une zone exploratoire de création commune, dans lequel s'inscrit le jeu.

3.3.1. La médiation « expression corporelle »

Toute médiation corporelle laisse une place privilégiée à l'expression du corps. Ceci est d'autant plus vrai pour notre groupe d'expression corporelle. Or, qu'est-ce que nous entendons par expression du corps ?

« L'expression est un mouvement (gestuel, verbal) qui part de l'intérieur pour aller vers l'extérieur avec une intention de communication »⁷⁰. Deux espaces différenciés doivent donc coexister : un espace dehors et un espace dedans.

Pour qu'un mouvement devienne expression, il faut qu'un tiers fasse au préalable un travail de « prédigestion psychique »⁷¹ et qu'il donne du sens aux manifestations. Selon Bion, c'est la mère qui va accueillir et « prédigérer » les ressentis, les éprouvés bruts de l'enfant pour les transformer. C. Potel souligne qu'il faut différencier expression et décharge. Il ne suffit pas que le patient s'extériorise par une décharge motrice. Le thérapeute prête son propre appareil psychique au patient

⁷⁰ C. POTEI, 2013, p. 339

⁷¹ Ibid, p.340

pour que les « extériorisations corporelles » puissent être transformables et passer vers la symbolisation et le langage.

Nous allons maintenant nous intéresser à l'expression corporelle telle que l'aborde Jacques Choque⁷², formateur et conférencier.

Un travail en expression corporelle doit donner aux participants la possibilité d'agir corporellement sans devoir se référer à un modèle. L'expression corporelle fait donc appel à la spontanéité et à l'imagination de chacun. Elle amène à une meilleure connaissance de son corps. « Chaque séance est comme une nouvelle découverte de soi-même »⁷³. Et plus on pratique, plus les mouvements parasites vont disparaître pour n'exprimer à la fin que l'essentiel.

Il n'y a pas de but à atteindre. L'expression corporelle peut s'apparenter à une expérience. On n'est donc pas dans une logique d'échec-réussite mais plutôt d'expérimentations. C'est en expérimentant que le sujet peut accéder aux représentations. Ainsi, l'expression corporelle peut participer à l'établissement d'un lien psyché-soma.

Elle favorise également l'expression des émotions et donc la traduction des affects de façon corporelle. Elle conduit ainsi à l'expression d'une partie de soi.

De plus, elle est un moyen de communication par l'intermédiaire du corps, mettant en jeu une dynamique de relation.

L'expression corporelle, impliquant la sensibilité et la représentation du corps, permettra également d'améliorer la prise de conscience corporelle. En effet, cette dernière est possible en impliquant la sensorialité « prendre conscience de son corps, c'est, pour le système nerveux central, recenser et analyser des afférences sensorielles de la périphérie ou de l'intérieur du corps et y consacrer une certaine quantité d'énergie attentionnelle. C'est donc se confronter à la réalité corporelle vécue. »⁷⁴. Mais elle est possible aussi au niveau psychique en portant l'attention sur certaines zones corporelles et en se représentant des expériences sensorielles antérieures mémorisées par le corps.

Il est difficile de donner une définition précise de l'expression corporelle. Chaque expérience corporelle est unique et personnelle. Tout le monde ne vit et ne ressent pas son corps de la même façon. Chacun à travers sa pratique pourra donc tenter de dégager sa propre définition.

⁷² J. CHOQUE, 2011

⁷³ J. CHOQUE, 2011, p.7

⁷⁴ E. W. PIREYRE, 2011, p. 185

Partie III

Cette partie de mon travail sera consacrée à l'exposition ainsi qu'à l'évaluation des résultats du groupe d'expression corporelle. Afin de montrer l'impact du dispositif groupal et de la médiation choisie sur les participants de l'atelier, des vignettes cliniques illustreront mes observations. Nous allons voir si le groupe d'expression corporelle est susceptible de constituer ce cadre thérapeutique qui permet de maintenir ou rétablir les capacités relationnelles d'une personne souffrant d'un syndrome démentiel. Nous allons également nous intéresser à la posture et aux rôles du psychomotricien dans le bon déroulement de la prise en charge.

1. Le groupe : un espace de relation

1.1. Lorsque le groupe favorise la relation

Vignette clinique 1

Monsieur M est âgé de 83 ans et présente une démence à corps de Lewy. Il a travaillé en tant que boucher jusqu'à l'âge de 35 ans, puis a repris ses études pour se convertir dans le domaine de la parfumerie. Il vit avec son épouse et est accueilli au CAJ deux fois par semaine depuis février 2014. Monsieur est connu au sein du groupe pour sa nature blagueuse « Monsieur bêtises » et son côté séducteur. Il exprime souvent son goût pour la danse. Lors de la création d'un rythme, il nous propose, notamment, régulièrement celui de la valse.

Ce jour là, Monsieur ne participe pas activement à cette proposition de rythme. Il a un regard vide et reste immobile sur sa chaise, les jambes croisées et les bras proches de son corps. Il exprime ainsi son désir de se retirer de la relation. Il ne va pas reproduire les rythmes des autres et refuse clairement d'en proposer un lui-même. La psychomotricienne l'encourage, lui donne des idées et moi-même j'essaye de le solliciter plusieurs fois mais la réponse reste « *Non* ». Je me suis dans un premier temps demandée s'il s'agissait d'une sorte de blague de la part de Monsieur qui nous montre

aujourd'hui un comportement qui ne nous est pas connu. Il semblait vouloir s'isoler, se couper de la relation avec les autres. Puis, Monsieur B le sollicite en lui demandant : « *Même pas le rythme de la valse ?* ». D'autres personnes reprennent cette même phrase et l'adressent à Monsieur M. Je remarque alors que le regard de Monsieur change, il tourne sa tête vers Monsieur B. Il attend un instant puis il sourit. Il va alors décroiser ses jambes, décoller son dos du dossier de la chaise et frapper un rythme à trois temps, le fameux rythme de la valse. Tous ces indices corporelles nous montrent qu'une relation s'est créée. Lors du reste de la séance, Monsieur M continue à s'investir.

Cette vignette illustre très bien le fait que le groupe peut favoriser les échanges interindividuels au niveau corporel mais également au niveau verbal. « Le groupe permet d'explorer la relation avec le ou les thérapeutes et avec les autres participants »⁷⁵. Ici, j'ai l'impression que l'engagement psychocorporel des autres membres du groupe était primordial dans le changement d'attitude de Monsieur M plutôt que celui des deux thérapeutes.

Edmond Marc et Christine Bonnal⁷⁶ nous expliquent que chaque membre du groupe peut s'essayer à construire, vivre ou réparer un lien qui s'établit au travers du toucher, de la voix ou du regard. Dans notre cas, c'est l'ensemble du groupe qui a été à l'écoute des manifestations de Monsieur M. La réponse du groupe a permis à Monsieur de comprendre qu'il avait bien sa place au sein de ce dernier. Elle lui a donné un sentiment d'appartenance qui lui a permis de s'ouvrir à la relation et de retrouver le plaisir d'interagir avec les autres.

1.2. Quand la relation à l'autre permet de dépasser ses angoisses et douleurs

Vignette clinique 2

Madame AR est âgée de 82 ans et présente des troubles cognitifs légers voire modérés ainsi qu'un syndrome anxio-dépressif. Elle a travaillé en tant que diététicienne. Elle vit seule au domicile depuis le décès de son mari il y a vingt ans. Madame est accueillie au centre trois fois par semaine depuis septembre 2014. Au

⁷⁵ E. MARC, C. BONNAL, 2014, p.257

⁷⁶ Ibid

début de la prise en charge au CAJ, elle s'est souvent montrée envahie par ses angoisses.

C'est le cas lors de cette séance d'expression corporelle où Madame nous rejoint en pleurs. Elle est très angoissée et nous dit : « *Je préfère m'asseoir et vous regarder aujourd'hui* ». Nous encourageons Madame à participer comme elle le peut. Pendant toute la première partie de la séance, elle ne participe cependant que très peu. Elle se montre très fermée tant sur le plan verbal que corporel. Elle est assise enveloppée dans son manteau, la tête baissée, les jambes croisées et les mains accrochées à son sac qui est posé sur ses genoux.

Lors d'une marche en groupe sur une musique, Madame MO et Madame B vont la solliciter. Elles l'invitent à les rejoindre. Madame MO lui tend la main et lui sourit. Madame AR, très demandeuse de relations sociales, apprécie beaucoup ce geste. Elle leur retourne un sourire puis se lève et dépose manteau et sac sur la chaise avant de rejoindre le groupe.

C'est alors que les trois dames marchent mains dans mains sur le rythme de la musique. Madame AR sourit et commence à prendre plaisir dans la proposition.

Elle semble apprécier la proximité et le contact corporel avec l'autre. La relation à l'autre lui a permis de sortir de son état d'angoisse pour quelques instants.

Ici le groupe prend également fonction de miroir. Les membres qui le composent peuvent refléter une sorte d'image spéculaire qui permet au sujet d'intégrer son unité corporelle et de se reconnaître. Madame AR se met en mouvement car elle comprend que la personne que nous regardons, que nous sollicitons, c'est elle. Le groupe « constitue une sorte de 'laboratoire expérientiel' où chacun peut se découvrir dans le miroir des autres, se sentir plus libre d'être lui-même sans redouter leurs jugements (...) »⁷⁷.

Madame AR fait ici également l'expérience qu'elle peut être elle-même tout en étant acceptée par le groupe. « Etre soi en relation avec les autres »⁷⁸.

Enfin, elle se rend compte, « notamment à travers les mises en acte, qu'elle a la possibilité de changer ses comportements, 'd'agir pour ne plus gémir' »⁷⁹ et de reprendre contrôle d'elle même.

⁷⁷ Ibid p. 218

⁷⁸ C. Potel, 2013, p. 381

⁷⁹ E. MARC, C. BONNAL, 2014, p.218

Vignette clinique 3

A ce stade de mon travail, j'aimerais vous présenter Madame MO. Elle est âgée de 87 ans et souffre de la maladie d'Alzheimer. Elle a travaillé en tant que pharmacienne au sein d'un laboratoire. Elle vit seule au domicile depuis le décès de son mari il y a dix ans. Madame est accueillie au centre trois fois par semaine depuis mars 2013. Au début de la prise en charge, elle a présenté une apathie importante. Cette dernière régresse actuellement et Madame se montre anxieuse. Elle communique essentiellement par le biais du non-verbal. Au sein du groupe d'expression corporelle, elle participe volontairement à toutes les propositions tout en restant discrète mais avenante envers les autres.

En effet, Madame MO présente des troubles mnésiques et des troubles phasiques importants comparés aux autres participants du groupe. Toutefois, elle a préservé un bon schéma corporel et de bonnes capacités praxiques. De plus, elle se déplace seule, sans grandes difficultés. Elle semble donc être à l'aise au niveau corporel. Ceci est d'ailleurs observable au sein de l'atelier d'expression corporelle. Elle ose engager son corps dans les différentes propositions et y prend beaucoup de plaisir. En outre, Madame MO semble attacher une grande importance à son apparence. En effet, elle se présente toujours bien habillée et maquillée. J'ai l'impression qu'elle accepte ses difficultés et qu'elle a envie d'utiliser ses capacités restantes.

Madame constitue une sorte de pilier du groupe sur lequel les autres membres peuvent s'appuyer. Il me semble qu'elle est rassurante pour les autres parce qu'elle est toujours souriante et calme. La vignette clinique précédente (Cf. supra vignette clinique 2) l'a d'ailleurs très bien illustré. Cette dernière n'est toutefois pas une situation isolée au sein de cet atelier. Nous pouvons émettre l'hypothèse que Madame MO, tout comme c'était le cas pour la situation avec Madame AR, renvoie une image positive aux autres membres du groupe. Ceci contribue à ce que ces derniers prennent plus confiance en eux et s'ouvrent à la relation.

Vignette clinique 4

Madame B est âgée de 81 ans et présente une démence parkinsonienne. Elle est d'origine grecque et vit au domicile avec son mari hémiparétique dont elle s'occupe. Elle est soignée pour une dépression depuis ses 58 ans. Madame B est accueillie au

CAJ une fois par semaine depuis mars 2014. Au sein du groupe d'expression corporelle, elle se montre très discrète mais participative. Elle est toujours bienveillante envers les autres. Cependant, Madame se plaint beaucoup de ses douleurs aux jambes et de ses troubles de la marche. Elle a du mal à accepter les changements de son corps qui provoquent une baisse de performance.

Ce jour là, nous réalisons un travail en groupe autour du dialogue tonique. En effet, il s'agit de se déplacer tous ensemble en cercle en tenant un ballon avec un doigt. Cet exercice nécessite d'être à l'écoute corporelle de l'autre et de s'adapter à chacun afin de trouver un rythme commun. Nous relevons sur les visages des participants les marques d'une concentration importante qui étonnement n'empêche pas que des échanges verbaux aient lieu.

Madame B, ayant des difficultés à suivre la cadence du groupe, va faire une proposition : « *Pour moi, reculer c'est difficile, donc moi j'avance et vous me suivez !* ». Le groupe réagissant aux propos de Madame, s'arrête et change de direction. Mme B sourit et avance à grands pas en guidant ainsi son groupe.

Généralement, lorsque Madame rencontre de telles difficultés lors d'une proposition donnée, elle préfère aller s'asseoir et attendre l'exercice suivant. Aujourd'hui, elle nous montre qu'abandonner n'est pas une option pour elle. Nous pouvons émettre l'hypothèse, qu'elle se sent soutenue par l'ensemble du groupe, ce qui lui permet ainsi d'exprimer ses difficultés. Le groupe l'a entendu lorsqu'elle a verbalisé ses difficultés. Ce regard extérieur, positif l'a aidé à prendre confiance en elle. Elle fait face à la réalité et essaye de trouver un moyen pour s'adapter. Elle prend même une position de leader.

« Le groupe devient donc un lieu de restauration narcissique. L'étayage apporté par les soignants et/ou les pairs offre la possibilité de créer un espace d'élaboration psychique et d'acquérir une autre image de soi »⁸⁰.

2. S'exprimer par son corps

Lorsque nous reprenons la définition de la stimulation donnée par Mitra Khosravi, nous y retrouvons un des axes de travail de nos séances d'expression

⁸⁰ N. THIRANT, 2010, p.32

corporelle : « elle consiste à donner au patient la volonté de réagir, de s'activer, et à l'encourager à utiliser ses fonctions résiduelles. Stimuler, c'est réactiver une personne qui a tendance à se laisser aller, à se négliger et à ignorer le monde extérieur »⁸¹.

2.1. Quand le corps prend la parole

Vignette clinique 5

Madame M est âgée de 89 ans et présente des troubles cognitifs modérés d'étiologie probablement mixte majorés par le décès de son époux. En effet, ce dernier est décédé brutalement d'une crise cardiaque il y a un an devant elle. Madame M habite maintenant dans le même immeuble que son fils et elle est accueillie au CAJ deux fois par semaine depuis juillet 2014.

Elle a un discours circulaire dans lequel elle attribue une place importante à son mari décédé. Au sein du groupe, elle exprime notamment son goût pour la danse, lequel elle a partagé avec son époux.

Ce jour là, lorsque je mets la musique pour la traversée en groupe, Madame M prend l'initiative de se positionner en tête du groupe. Elle marque ainsi une certaine distance par rapport aux autres tout en soulignant le fait que c'est elle qui va guider le groupe. Cette dame de petite taille et de silhouette fine présente à ce moment là une attitude d'expansion avec la tête, les épaules et le tronc en extension. Souriante, elle avance en augmentant la hauteur de ses pas ainsi que son ballant des bras et en tapant bien fort avec ses pieds. C'est son corps qui nous dit : « *Me voici, suivez moi !* ». C'est sa propre manière à elle de communiquer avec le reste du groupe et de créer un lien. La psychomotricienne et moi-même encourageons Madame dans sa prise d'initiative et c'est ainsi que tout le groupe suit son mouvement.

Engager le lien à autrui implique de se situer dans un rapport de corporéité, notre corps, le corps des autres et le corps groupal. Claire Bertin, psychomotricienne, nous explique ce qu'elle entend par cette notion de corporéité. « Elle semble regrouper tant notre manière d'être au monde, nos modes de présence, que notre investissement corporel et ses représentations »⁸². Le corps a une place dans toute relation et cet

⁸¹ M. KHOSRAVI, 2007, p.353

⁸² C. BERTIN, 2010, p.38

ensemble s'inscrit dans une spatialité et une temporalité. Nous pouvons être en face de quelqu'un, à côté, derrière et jouer avec les distances interpersonnelles. C. Bertin rajoute que « ce dialogue corps-espace-temps »⁸³ peut prendre différentes formes : comment je m'engage dans la relation ? Avec quel support, quels appuis, quels dynamisme ?

J'aimerais ici vous présenter un autre participant du groupe d'expression corporelle, qui se sert beaucoup de la communication corporelle et chez qui les notions que nous venons d'aborder prennent tout leur sens.

Vignette clinique 6

Monsieur B est âgé de 79 ans et présente une démence vasculaire. Il est diplômé en métallurgie et a monté par la suite sa propre entreprise. Il est veuf et vit actuellement chez sa fille. Il est accueilli au CAJ deux fois par semaine depuis mars 2013. Il présente un discours non fluent mais il démontre une bonne capacité d'expression corporelle. Au sein du groupe, nous essayons donc d'encourager ses propositions dans le but d'une ouverture aux autres.

Au début d'une séance, nous demandons aux participants de rapprocher leurs chaises afin de resserrer le cercle. Alors que tout le monde s'avance de quelques pas, Monsieur B, lui, s'installe carrément au centre du cercle avec sa chaise. Il est assis, le dos en extension, le regard fixé devant lui et les mains croisées. Puis, il nous regarde et nous adresse un sourire. Les autres membres du groupe commencent à rigoler et lui explique « *qu'il n'a rien compris* ». Mais en fait, ce Monsieur a tout compris. Il montre qu'il est bien présent, qu'il fait partie de ce groupe. Sur demande des autres participants, il recule alors sa chaise en s'arrêtant à plusieurs reprises.

C'est un Monsieur qui s'exprime rarement de façon spontanée. Lors des premières séances, pendant les temps de verbalisation de début et de fin de séance, il répond à nos questions essentiellement par le biais d'expressions faciales. Ici, il nous montre qu'il a bien envie d'interagir avec les autres mais, il nous le montre à sa manière. Et cette dernière est tout à fait acceptable et adaptée dans le cadre d'une séance d'expression corporelle.

⁸³ Ibid

2.2. Ecouter l'autre et interagir

L'expression corporelle, par l'intermédiaire des messages qu'elle permet de créer, stimule l'interaction entre les individus. Elle favorise ainsi la communication. Pour rappel, l'interaction correspond à « l'influence réciproque qui s'opère inévitablement entre deux personnes mises en présence »⁸⁴. Lors d'une relation, les manifestations de l'un provoquent des réactions chez l'autre et des échanges se créent. Lorsque nous sommes en groupe, les interactions sont permanentes et les comportements influent les uns sur les autres. Ceci nécessite de la part de chacun écoute et capacité d'adaptation.

Vignette clinique 7

Madame A est âgée de 95 ans et présente une démence vasculaire. Elle est veuve et vit seule au domicile. Elle a une bonne relation avec sa fille unique qui vient lui rendre visite régulièrement. Madame est très sociable et regrette de ne plus pouvoir sortir et voir du monde. Elle est accueillie au CAJ une fois par semaine depuis août 2014. Elle se plaint souvent d'avoir sommeil. Cependant, au sein du groupe elle est très présente et recherche activement la relation, surtout avec les hommes.

Ce jour là, pendant le temps libre de fin de séance, j'invite Madame à danser. Elle accepte volontiers et se laisse entraîner par la musique. Elle m'explique alors qu'elle a l'impression de retrouver sa jeunesse.

Je m'aperçois que tout au long de ce temps partagé ensemble, Madame A cherche le regard de Monsieur M qui lui, danse avec Madame S. Ils sont tous les deux en interaction par le regard. Puis, Madame cherche à nous rapprocher de Monsieur M et Madame S. Elle me guide à travers toute la salle et nous nous retrouvons finalement juste à côté dudit couple. Madame sourit puis commence à les bousculer tout en continuant à danser avec moi. Elle ricane. Serait-ce sa façon d'exprimer qu'elle aussi aimerait bien danser avec Monsieur M ? En tout cas, Monsieur semble avoir compris le message, il s'exclame : « *elle est jalouse !* ». Monsieur sourit à son tour. Un peu plus tard, il invite Madame à danser.

⁸⁴ G. AMADO, A. GUITTET, (2009), p.42

Monsieur M a ici fait preuve d'écoute et d'adaptation. Dès le début, il a réagi à la recherche de lien qu'exprimait Madame pour finalement interpréter et donner du sens aux manifestations de cette dernière.

2.3. Expression corporelle, relation et image du corps

Cette partie de mon travail s'intéressant plus particulièrement à la relation à l'autre, il me semble important de ne pas faire l'impasse sur la notion d'image du corps qui se construit dans la relation à l'autre.

Il convient donc de passer en revue quelques éléments théoriques concernant le concept d'image du corps.

Selon Françoise Dolto, pédiatre et psychanalyste française, « l'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. L'image est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles »⁸⁵.

L'image du corps est une construction qui évolue tout au long de notre vie. Elle est en mouvement, créée et recrée sans cesse.

Tous les événements de la vie (puberté, vieillissement, etc.), les expériences et les changements s'inscrivent au niveau de l'image du corps. Elle est donc fluctuante et elle est atteinte dans de nombreuses pathologies physiques et psychiques.

Comme nous l'avons vu, la personne atteinte d'un syndrome démentiel est confrontée aux changements de son corps qui sont liés à la pathologie mais également au vieillissement normal. Le corps devient moins performant et l'image du corps va être modifiée.

Paul Schilder, psychiatre et psychanalyste autrichien, définit l'image du corps humain comme « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon, dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes »⁸⁶.

⁸⁵ F. DOLTO, 1984, p.22

⁸⁶ P. SCHILDER, 1968, p.35

Chez la personne âgée démente, cette représentation du corps propre a tendance à changer. Elle peut devenir plus pauvre et plus négative. Souvent, le corps devient l'objet de désinvestissement et de dévalorisation.

« L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle »⁸⁷.

L'image du corps traitant du corps en relation, se forme donc également grâce au regard de l'autre, dans une dynamique affective. La présence de l'autre ainsi que son regard ont une importance dans l'établissement d'une image du corps positive. En effet, ils permettent de la soutenir et de la valoriser. Cependant, la personne démente est confrontée à de nombreuses pertes affectives. Comme nous l'avons vu la démence vient limiter les moyens dont dispose la personne pour entrer en relation avec quelqu'un. Les échanges deviennent moins riches, se limitant à l'essentiel. Les personnes ont alors tendance à s'isoler et à entretenir peu de relation auprès des autres.

Ainsi les modifications corporelles chez la personne âgée démente et l'absence du regard de l'autre peuvent être à l'origine d'une image du corps altérée.

Cependant, F. Dolto nous explique que « c'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui »⁸⁸. Ainsi, afin de favoriser la relation à l'autre, il semble important de lutter contre une altération de l'image du corps et du schéma corporel.

Selon Dolto, l'image du corps est également la toile de fond du narcissisme. Ce dernier se définit comme « l'amour portée à l'image de soi-même »⁸⁹ et est à l'origine du sentiment d'estime de soi.

Souvent, nous observons, une perturbation de cette dernière. En effet, la personne démente doit faire face à la diminution de ses capacités et intégrer une nouvelle réalité. Elle doit faire le deuil de ses capacités passées et d'une image idéale de soi.

Dans le discours des participants du groupe d'expression corporelle, nous relevons que certaines personnes n'ont pas encore achevé ce travail de deuil. Par exemple, en début de séance lorsque nous nous intéressons à l'état du jour de chacun,

⁸⁷ F. DOLTO, 1984, p.23

⁸⁸ Ibid

⁸⁹ J. LAPLANCHE, J.-B. PONTALIS, 2009, p.261

certaines personnes nous répondent sur un ton ironique « *C'est la forme olympique* » ou « *ça ne pourrait pas être mieux* ».

Cependant, nous nous sommes rendues compte que les séances d'expression corporelle ont permis aux participants de vivre des expériences positives à l'origine d'un réinvestissement corporel. Ils ont pris plaisir à engager leur corps dans les différentes propositions. Progressivement ils ont même pris confiance en leurs corps.

En parlant de réinvestissement corporel, je pense particulièrement à une de nos participantes, Madame K, une dame âgée de 90 ans présentant une démence vasculaire. Elle est accueillie au CAJ une fois par semaine depuis juillet 2014. Au début de la prise en charge au centre, Madame K se montrait très plaintive et semblait désintéressée par tout ce qu'on pouvait lui proposer. Elle avait tendance à s'isoler et présentait peu de désir d'interactions avec les autres. De plus, cette dame appréhende beaucoup les chutes et elle marche à petits pas. Lors de ses premières participations à l'atelier expression corporelle, Madame avait tendance à s'arrêter au milieu des propositions et à aller s'asseoir à plusieurs reprises. A la fin pendant le temps de verbalisation elle pouvait dire « *ça ne m'a rien fait !* ». Au fil du temps, Madame s'est montrée plus ouverte et semblait commencer à prendre du plaisir dans les propositions. Lorsque nous sommes allées vers elle pour la solliciter, elle souriait et participait sans aucune réticence.

Après deux mois de groupe environ, j'avais l'impression que Madame avait investie cet atelier et le groupe en lui-même. En effet, elle se plaignait toujours de douleurs mais elle continuait à participer tout au long de la séance sans devoir aller s'asseoir. Nous pouvons émettre l'hypothèse que Madame a pris plaisir à engager son corps dans de nouvelles expériences et qu'elle a même pris confiance en ce dernier. Lors d'une séance, il y a quelques semaines, elle a même pu s'exprimer en souriant : « *oui ! c'était bien* ». En effet, c'est une des rares fois de la journée où on voit Madame sourire voire même être en interaction avec les autres.

Ce réinvestissement du corps a aidé les participants à être à l'écoute de leurs sensations corporelles. Le corps redevient peu à peu source de satisfaction et de plaisir. Ceci conduit les participants à une connaissance plus positive de leur corps et de leurs capacités. Pour eux, c'est un premier pas constitutif vers une image du corps plus riche et donc une meilleure estime de soi. Ainsi, plus une personne va s'aimer, plus elle va manifester un désir d'entrer en relation.

Vignette clinique 8

Ce jour là, nous réalisons un travail autour du mime. Chacun son tour doit piocher une carte et mimer une action, un métier ou encore un sport. Madame AR (Cf. *supra* vignette clinique 2) regarde sa carte sur laquelle est écrit « téléphoner ». Elle réfléchit puis prend l'initiative de se lever et de se mettre au centre du cercle. Elle commence à mimer quelque chose qui à première vue n'est pas en rapport avec la consigne sur son papier. Il faut savoir que Madame AR présente un schéma corporel altéré et des troubles praxiques importants. Cependant, elle ne se montre pas gênée par ses difficultés. Je lui demande si elle a besoin qu'on l'aide ou qu'on lui donne des conseils. Elle répond par la négative et continue de mimer. Elle semble véritablement prendre du plaisir à faire deviner les autres. Le groupe l'applaudit et finit par deviner l'action. Satisfaite de sa présentation, elle nous lance un sourire et va s'installer sur sa chaise.

Madame AR, se montrant d'habitude très anxieuse, nous communique aujourd'hui qu'elle a accepté son corps malgré la baisse de performance, les difficultés d'expression et les changements observés au niveau corporel.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que grâce au travail corporel fait en amont (l'échauffement, le déplacement sur une musique, la création d'un rythme, etc.), Madame a pu découvrir que son corps reste source de plaisir et de satisfaction et qu'elle peut continuer à l'investir. Nous pouvons supposer que ce préambule lui a permis de se construire une image plus positive de son corps.

De plus, pendant sa démonstration, Madame a dû ressentir l'encouragement et le soutien de la part du groupe qui lui a également renvoyé une image positive.

Dans son concept d'image composite du corps, Eric Pireyre, psychomotricien, y intègre les communications corporelles. C'est une autre raison pour laquelle j'ai choisi d'aborder la notion d'image du corps dans ce chapitre.

En effet, selon lui, l'image du corps est « constituée d'éléments divers »⁹⁰. Il décrit neuf sous-composantes dont les « compétences communicationnelles du corps »⁹¹.

⁹⁰ E. PIREYRE, 2011, p. 48

⁹¹ Ibid

Nous retrouvons ces dernières de façon primordiale en psychomotricité. Comme nous avons déjà pu le voir, le groupe d'expression corporelle permet un échange surtout au niveau corporel : dans le jeu des proxémies et du dialogue tonique avec les autres participants, dans l'expression des émotions accompagnée par des modulations toniques, par les mouvements et la voix, etc.

Pour Pireyre, les compétences communicationnelles du corps induisent une manière d'être et d'agir qui est propre à chacun. Ces compétences regroupent l'attitude, les modifications toniques, les mimiques, la gestualité et le regard de la personne.

Selon son histoire et son contexte socio-culturel, chaque sujet utilise subjectivement cette forme de communication ce qui justifie l'inclusion des communications corporelles dans le concept d'image composite du corps.

2.4. Le groupe et l'expression corporelle

Nous pouvons remarquer que le groupe et l'expression corporelle ont plusieurs points communs.

L'expression corporelle, en présence d'autrui, prend valeur de communication. En effet, utilisée en tant que médiation, elle donne aux personnes la possibilité de s'exprimer exclusivement par le biais du non-verbal. Ceci facilite l'interaction entre deux personnes atteintes d'un syndrome démentiel, chez lesquelles les capacités d'expression verbale diminuent au fur et à mesure de l'évolution de leur maladie. L'expression corporelle étant un moyen de communication, elle passe par différents canaux sensoriels. Chaque individu a le choix d'investir à sa manière les différents canaux. « La médiation utilisée est un « liant » qui va mettre en relation les membres du groupe entre eux »⁹².

L'expression corporelle permet également de prendre conscience de son corps et de réinvestir ce dernier. Le corps devient à nouveau source de plaisir. Munies d'une image du corps enrichie, les personnes s'ouvrent d'avantage à la relation aux autres.

Quant au groupe, nous avons vu, qu'il est également source d'interaction entre les participants. En étayant la communication et les interactions entre ses membres, le groupe favorise la création de liens et permet de lutter contre l'isolement social.

Le groupe peut également participer à la revalorisation de l'image corporelle. Au sein d'un groupe, le regard d'autrui est omniprésent et peut véhiculer de nombreux messages positifs. « Mettre son corps en mouvement conduit à une prise de conscience

⁹² C. POTEL, 2013, p. 383

de Soi, une prise de confiance en Soi et une re-connaissance permise par l'intermédiaire des membres du groupe thérapeutique »⁹³

Ainsi, en associant l'expression corporelle au groupe, la communication et les échanges entre les personnes sont d'autant plus stimulés.

3. Le psychomotricien au sein du groupe d'expression corporelle

3.1. Le psychomotricien : le garant du cadre thérapeutique

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée »⁹⁴.

Il concerne autant l'espace et le temps que le positionnement du psychomotricien en tant que garant de cet espace. Le cadre thérapeutique occupe une place importante au sein d'une prise en charge et participe largement aux effets de cette dernière.

Pour qu'il soit valide et puisse remplir toutes ses fonctions, le cadre thérapeutique requiert certaines conditions⁹⁵:

- les conditions temporo-spatiales:

Pour notre groupe d'expression corporelle, nous avons décidé de proposer des séances tous les mercredis matins à la même heure. Ceci permet d'instaurer un repère ce qui est d'autant plus important dans le travail avec des personnes démentes. Le groupe dure environ soixante minutes. Chaque participant peut ainsi prendre son temps pour s'installer, explorer les différentes propositions et pour verbaliser son vécu à la fin du groupe. « Une séance où il va s'agir de jouer, d'organiser l'espace, de bouger son corps, demande une durée suffisante (...) et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères »⁹⁶.

Concernant les conditions spatiales, le groupe d'expression corporelle a toujours lieu dans la même salle. De plus, cette dernière est à chaque séance aménagée de la même façon : des chaises disposées en cercle « attendant » les participants et cachées par des paravents.

⁹³ N. THIRANT, 2010, p.33

⁹⁴ C. POTEL, 2013, p. 321

⁹⁵ Ibid p. 322

⁹⁶ Ibid

Il me semble qu'il est d'autant plus important de respecter les conditions temporo-spatiales lorsque nous nous engageons dans un travail avec des personnes souffrant d'un syndrome démentiel. Cette continuité temporo-spatiale permet de « vivre pleinement l'ici et maintenant et de se projeter d'une séance à l'autre afin de lutter contre la désorientation, source d'angoisse majeure pour les patients »⁹⁷. Il est, en effet, essentiel de mettre en place un repère qui permet d'orienter les personnes et qui crée une routine contribuant ainsi à l'apaisement des angoisses.

- les conditions de matériel:

Le psychomotricien est impliqué dans le choix de son matériel. Au sein du groupe d'expression corporelle, nous utilisons divers objets (ballons, bâtons, musique, etc.). Nous prenons soin de préparer notre matériel avant le début de chaque groupe afin de garantir le bon déroulement de la séance. La salle ne doit pas contenir d'objets distrayants afin de ne pas détourner l'attention des participants. Seul le matériel nécessaire à la séance doit être présent dans la salle. Or, le psychomotricien travaille en premier lieu avec son propre corps (voire *infra*).

- les conditions d'encadrement

Avec ma maître de stage, nous avons fait le choix d'animer le groupe en tant que co-thérapeutes. Ceci nous permet d'offrir une plus grande écoute et une disponibilité plus importante aux participants : tandis que l'une mène le groupe, l'autre peut soutenir les participants qui en ont besoin. De plus, comme l'aspect relationnel tient une place importante au sein du groupe d'expression corporelle, une co-animation s'avère justifiée. En effet, « la manière dont les co-thérapeutes sont en relation aura une influence sur les interactions entre les participants et sur le processus de groupe »⁹⁸.

Au fil du temps, je suis intervenue de plus en plus au sein de la séance et j'ai pris confiance en moi sur le plan professionnel. Je percevais alors plus ma place tant dans le groupe que dans cette situation de co-animation. D'ailleurs, j'ai pu remarquer au cours de l'année, qu'une relation de confiance s'est installée entre ma maître de stage et moi-même rendant plus fluide ce travail que nous partageons.

- les conditions d'organisation

Avant la première séance, nous avons présenté le projet du groupe d'expression corporelle ainsi que la liste des participants à l'équipe. Ceci permet à chaque

⁹⁷ A. HILION, chapitre 15: Maladie d'Alzheimer et psychomotricité, in *Cas pratiques en psychomotricité*, E. W. PIREYRE, 2015, p. 266

⁹⁸ E. MARC, C. BONNAL, 2014, p.66

professionnel de répondre à des questions d'organisation de la part des personnes accueillies.

Au sein des séances mêmes, nous avons également veillé à proposer toujours la même organisation de séance dans le but d'aider les participants à identifier plus facilement le déroulement de l'atelier. En effet, j'ai pu remarquer qu'après quelques mois de travail, certaines personnes pouvaient anticiper les différentes propositions, une capacité qui est cependant souvent altérée dans la démence.

Le cadre remplit certaines fonctions⁹⁹ qui participent au bon déroulement du travail thérapeutique :

- une fonction de sécurisation

Nous avons pensé et défini notre cadre thérapeutique afin qu'il soit adapté aux participants du groupe. De ce fait, il offre un environnement stable permettant de rassurer les personnes. C'est en garantissant le respect de ce cadre que nous permettons aux participants de s'engager et de s'investir sans crainte.

De plus, le cadre, étant ancré dans le présent, il va fixer les personnes dans la réalité du groupe. Un jour M. M nous rejoint au groupe présentant des idées délirantes. J'observe alors qu'après la première partie de la séance, il peut se replacer en lien avec la réalité. Il s'investit dans la séance et son discours change. J'estime que le groupe d'expression corporelle et particulièrement le cadre et ses repères ont ramené Monsieur à la réalité.

- une fonction de délimitation

Il permet de séparer l'espace thérapeutique et l'espace social quotidien. Une de nos participantes nous fait par exemple remarquer à plusieurs reprises: « *Dès que je suis ici dans le groupe, je vais bien* ». Le quotidien au domicile peut souvent être source d'angoisse pour beaucoup de nos patients, alors que le cadre du groupe d'expression corporelle leur accorde une certaine liberté qui est favorable au lâcher prise et à l'expression de soi. Pendant le temps libre à la fin de la séance, Madame MO fait preuve de cette capacité de lâcher prise. Elle se met à chanter à voix haute et entraîne ainsi les autres membres du groupe. J'émet l'hypothèse qu'elle se sente protégée par le garant du cadre et les règles établies qui sont communes à tous. Elle peut ainsi s'exprimer sans avoir peur d'être jugée.

⁹⁹ Ibid, p. 37

- une fonction de régulation

Il pose certaines règles que chacun peut s'approprier et qui visent à protéger les participants.

Ainsi nous pouvons citer les règles suivantes : le non-jugement, la non-obligation et l'absence d'erreurs.

Cependant, le cadre thérapeutique doit conserver sa propriété de souplesse. Le psychomotricien doit constamment s'adapter aux patients et ajuster le cadre. Ceci nécessite une écoute importante de la part du thérapeute. Concernant le groupe d'expression corporelle, nous avons par exemple dû nous adapter aux absences fréquentes de certaines personnes. Au sein des séances mêmes, nous avons également dû faire preuve de flexibilité. Ainsi nous n'avons pas obligé les participants à réaliser toutes les propositions. Ils pouvaient même se les approprier et les modifier.

Le psychomotricien trace les limites de ce cadre fixe mais malléable et peut ainsi exercer sa fonction de contenant pour le groupe.

3.2. La place du psychomotricien dans le groupe

Lors d'une prise en charge en groupe, le psychomotricien doit être capable de faire de l'individuel en groupe. De plus, il faut qu'il soit en retrait et dans le groupe en même temps.

Au sein de l'atelier expression corporelle, la psychomotricienne et moi-même, nous sommes dans le groupe lorsque nous participons, par exemple, au temps de la chorégraphie. En effet, nous nous impliquons corporellement puisque nous marchons à côté des personnes. Nous nous déplaçons tous ensemble, en bloc, comme si nous faisons « corps ». Simultanément, nous devons repérer les participants qui sont en difficultés et les aider. Je pense ici particulièrement à Madame B qui a des troubles de la marche et qui a besoin d'un appui. En effet, cette dame abandonnerait si nous ne lui propositions pas notre aide.

Inversement, lors de la création individuelle d'un rythme, nous devons être capable d'écouter la personne qui est en train de frapper son rythme et en même temps prendre en compte les réactions verbales et non-verbales des autres participants afin de laisser un espace de création et d'écoute équivalent à chacun.

De plus, le psychomotricien doit partager le même espace-temps que ses patients. Il doit faire preuve d'une disponibilité mentale et corporelle. Il devient alors

totallement présent pour ses patients.

Finalement, il va protéger les personnes les plus en difficulté ou bien les personnes qui présenteraient des troubles du comportement. Il constitue comme un tampon ou un médiateur entre les personnes. Il remplit ainsi sa fonction de garant du cadre et assure le bon déroulement du travail.

3.3. L'empathie du psychomotricien

L'empathie est « la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent »¹⁰⁰.

Elle est donc fondée sur la capacité à reconnaître qu'autrui est semblable à soi, mais sans confusion entre soi-même et l'autre.

En thérapie psychomotrice, l'empathie passe souvent par le canal tonico-émotionnel, c'est une écoute vigilante de la variation tonique de l'autre.

« L'empathie du psychomotricien doit le guider pour savoir quand et comment intervenir »¹⁰¹.

3.3.1. L'engagement corporel du psychomotricien

Le psychomotricien « analyse les canaux (de communications corporelles) utilisés par le patient et y réagit éventuellement verbalement mais aussi en miroir au moyen de son propre corps et de son ressenti émotionnel. C'est ce que l'on appelle l'implication ou l'engagement corporel »¹⁰².

Ainsi, nous percevons chez le patient des signes corporels avec lesquels nous allons entrer en résonance afin de pouvoir y répondre au niveau sensoriel, corporel ainsi qu'au niveau du langage. « Lire, écouter, un corps, c'est repérer les signes inscrits en lui, déchiffrer le signifiant véhiculé par lui, c'est s'approcher au plus près de l'histoire de la personne »¹⁰³.

¹⁰⁰ www.larousse.fr

¹⁰¹ D. VIGNE, 2001, p.68

¹⁰² E.W. PIREYRE, 2011, P. 133

¹⁰³ D. VIGNE, 2001, p.66

Je me souviens d'une séance où nous marchions en groupe sur une musique. Lorsque nous faisons demi-tour pour changer de direction, j'ai aperçu Madame B qui était restée à l'autre bout de la salle. J'observais chez cette dame un recrutement tonique important. Elle me fixait avec son regard. J'ai interprété l'attitude de Madame comme un appel à l'aide. Je suis allée vers elle et je lui ai adressé un sourire, puis j'ai pris sa main. Je ressentais alors un relâchement musculaire chez Madame. Elle souriait et je sentais sa main qui serrait la mienne. Elle a fait un pas en avant et ensemble nous avons suivi les autres membres du groupe.

Cette lecture corporelle requiert du psychomotricien une disposition et une disponibilité psycho-corporelle. Il peut alors se mettre en place un mode de communication non-verbale qui nous permet de recevoir l'état émotionnel des patients et de leur renvoyer le notre. « On pourrait dire que l'affect et son signifiant cherche un corps pour se corporéifier »¹⁰⁴.

De par sa nature même, le psychomotricien est obligé de s'impliquer corporellement dans la prise en charge de son patient. Il doit être à l'écoute de son propre ressenti interne et de ses représentations et prendre des décisions sur le moment. « L'implication corporelle induit la nécessité de réaction immédiate »¹⁰⁵. L'engagement corporel du psychomotricien peut alors prendre valeur de langage. Gestes, mimiques, tensions, etc. deviennent forcément signifiants.

Ainsi nous devons à tout moment nous rendre compte des messages que nous envoyons par :

- notre attitude, c'est-à-dire notre façon de nous tenir corporellement ;
- la place que nous occupons au sein de l'espace mais également par la manière dont nous nous déplaçons ;
- nos mouvements ;
- les modifications toniques qui apparaissent dans notre propre corps ;
- nos mimiques ;
- notre regard.

Je pense ici particulièrement à Madame AR qui est très sensible au langage corporel des autres. Lors d'une séance elle est venue me voir lorsque je m'étais retirée du groupe pendant un court instant. Il me semble que j'avais un regard vide et mes bras

¹⁰⁴ J.-P. ALLAIS, 2001, p.21

¹⁰⁵ E.W. PIREYRE, 2011, p.21

croisés, en effet, je ressentais un peu de fatigue ce jour-là. Madame AR me disait : « *Vous avez l'air inquiète, est-ce qu'il y a quelque chose qui ne va pas ?* ». J'ai rassuré Madame en lui disant que tout allait bien mais que j'étais un peu fatiguée. Cette situation m'a beaucoup marquée. Je me suis rendue compte à quel point mon corps pouvait véhiculer des messages à mon insu. Madame AR est une dame très angoissée et j'estime que ces sentiments d'inquiétude qu'elle a évoqués lui parlent beaucoup. Suite à cette situation, j'ai porté une grande importance à mon attitude corporelle et c'est au fil des séances que j'ai su ajuster ma propre communication non-verbale.

Ainsi, en analysant nos propres communications corporelles, nous pouvons aider nos patients à examiner les leurs.

« La relation de corps à corps existe dans les deux sens, le thérapeute répond dans son corps de façon consciente et inconsciente à ce que lui transmet le corps du patient »¹⁰⁶.

3.3.2. La capacité de rêverie du psychomotricien et la fonction alpha

Wilfred Bion, psychanalyste anglais, a théorisé le concept de « l'appareil pour penser les pensées ». Il parle alors de la capacité de rêverie maternelle et de la fonction alpha. En effet, la mère par sa « fonction alpha » est désignée comme l'objet contenant les « éléments bêta », constituant les contenus psychiques de l'enfant. Les éléments bêtas correspondent à des éléments « bizarres » issus des éprouvés corporels et des expériences psychiques que l'enfant ne peut pas encore identifier et penser. Par le mécanisme de l'identification projective, l'enfant va projeter ces éléments sur sa mère. Cette dernière va « détoxiquer » et organiser ces éléments bêtas grâce à sa capacité de rêverie et à l'exercice de sa fonction alpha. Elle va renvoyer les contenus psychiques qui sont maintenant plus accessibles et assimilables par le psychisme de l'enfant.

Le psychomotricien doit endosser cette même fonction. Il a un rôle de contenance envers ses patients. Il doit donc être capable de « contenir en soi ce qui est à l'autre, d'abriter et d'accueillir ce qui est délié, défait, désaffecté, déshabité, en menace de débordement ou d'engloutissement »¹⁰⁷.

Au sein de notre groupe d'expression corporelle, la psychomotricienne doit faire preuve

¹⁰⁶ D. VIGNE, 2001, p.66

¹⁰⁷ C. POTELE, 2013, p.329

de cette capacité, notamment lors du temps de verbalisation. Elle aide les participants à mettre des mots sur leur ressenti. Pour cela, elle doit tenir compte de son propre vécu afin d'apporter la réponse qui lui semble la plus juste. Ceci est particulièrement intéressant pour nos participants qui présentent des troubles phasiques et pour qui l'expression verbale est difficile. D'ailleurs, nous nous sommes rendues comptes que depuis quelques semaines, certains participants démontrent plus de facilité à s'exprimer pendant de le temps de verbalisation. Au début nous avons surtout des réponses de type « c'était très bien » ou bien des personnes qui plaquaient leurs discours sur celui de leur voisin. Alors que désormais certains peuvent apporter des éléments concrets de leur vécu. La verbalisation concernant le vécu corporel est fondamentale. « Il est au moins aussi important de tenir compte de ce que le patient fait de son corps que de ce qu'il en dit »¹⁰⁸.

Au début, cette phase de verbalisation m'inquiétait. En effet, je ne me sentais pas à la hauteur de la tâche. Que répondre à Monsieur M qui se perd dans son discours incohérent, à Madame A qui se plaint de ses douleurs, à Madame K qui nous exprime son indifférence ou encore à Monsieur B qui fait un signe de tête ? Ces quelques mois d'observation m'ont permis de repérer quelques façons de faire, quelques réponses de ma maître de stage. Toutefois, lorsque j'ai commencé à mener seule cette partie de la séance, je me suis rendue compte que chaque thérapeute répond différemment en fonction de son propre ressenti. J'ai donc essayé de tenir compte de mon propre vécu et de donner les réponses qui me semblaient les plus justes.

3.3.3. La relation thérapeutique

La relation thérapeutique est plus qu'une simple interaction entre deux personnes. Elle se base sur une reconnaissance réciproque et une confiance entre le thérapeute et son patient.

L'action thérapeutique dépend de la dynamique interactionnelle du thérapeute et de son patient. Pour qu'elle s'établisse et soit bénéfique pour le patient, elle demande plusieurs qualités au thérapeute. Ce dernier doit avoir la capacité de reconnaître ce que lui communique son patient et de s'ajuster à un mode de communication adéquat. De plus, il doit faire preuve de bienveillance et avoir un regard positif sur son patient afin de

¹⁰⁸ F. PITTEI, Psychomotricité et personnes âgées, in *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, C. POTEI, 2010, p.304

favoriser la revalorisation de ce dernier.

En psychomotricité, la qualité du lien relationnel entre le thérapeute et le patient est le soubassement de la thérapie. La relation est au cœur du travail du psychomotricien. Elle vise à créer ou re-crée des liens, des liens entre le corps et la psyché, entre le sujet et son environnement.

Le psychomotricien cherche à trouver une juste distance relationnelle à la fois physique et psychique. Cette distance introduit du tiers qui permet l'existence d'un espace de pensée. La distance thérapeutique doit être vue au sens positif. En effet, c'est grâce à elle que le travail thérapeutique est possible. Elle est nécessaire pour ne pas s'engluer dans un rapport affectif avec le patient. Cette distance est sans cesse réajustée en fonction des messages émis par le patient et le thérapeute.

Conclusion

Les troubles cognitifs, comportementaux et psychomoteurs que l'on retrouve chez les personnes âgées démentes à un stade léger ou modéré mettent à mal leurs capacités d'adaptation à l'environnement, de communication ainsi que d'expression de soi.

La médiation expression corporelle a fait découvrir aux participants de l'atelier un moyen d'expression que nous utilisons tous inconsciemment : la communication non-verbale. Celle-ci reste en effet préservée chez la personne démente alors même qu'elle n'y a pas recours de manière systématique.

En utilisant une médiation qui n'est pas barrée par la résistance du langage, nous avons permis aux personnes de s'exprimer par le biais du non-verbal. Ceci facilite largement l'ouverture aux autres et la communication pour des personnes présentant un syndrome démentiel et ayant une tendance à s'isoler. Nous avons pu relever une prise d'initiative plus importante dans la recherche de lien avec autrui. De plus, le travail d'expression corporelle a favorisé la stimulation de la communication verbale chez la plupart des participants.

L'essence même de cette médiation qui est de s'exprimer par le corps leur a permis de réinvestir ce dernier et de l'engager dans de nouvelles expériences sensori-motrices. Le corps redevient alors source de plaisir et l'image du corps se renforce positivement donnant naissance à un désir d'entrer en relation.

Le dispositif groupal a également joué un rôle important. Il peut donner un soutien et un sentiment d'appartenance qui facilite l'ouverture aux autres et favorise les échanges. Finalement, j'estime que le groupe d'expression corporelle a constitué pour les participants ce cadre thérapeutique dont nous avons parlé et qu'il a permis de rétablir ou maintenir les capacités relationnelles d'une personne démente. Il faut cependant que le psychomotricien assume son rôle de garant de cadre et qu'il soit lui-même impliqué corporellement et disponible en permanence.

Il serait intéressant de continuer à suivre l'évolution de ce groupe. Est-ce que malgré leurs troubles cognitifs, l'effet thérapeutique du groupe d'expression corporelle peut perdurer au-delà de la séance elle-même et s'inscrire dans le temps ?

Pour terminer, j'aimerais rajouter que mon stage, mes recherches ainsi que ce travail de rédaction qui en est le fruit m'ont beaucoup apporté sur le plan professionnel. En effet, je me suis rendue compte de l'importance de l'analyse de la communication non-verbale, qui va bien au-delà de l'objet du présent travail. J'ai réalisé que celle-ci se trouve au cœur de toute prise en charge en psychomotricité. De plus, j'ai pu prendre conscience de l'expressivité de mon propre corps et de mes disponibilités tant corporelles que psychiques.

La participation à l'élaboration de cet atelier, puis le fait de le mener m'a offert des clés de compréhension pour la pratique de mon futur métier. Il m'a ouvert des perspectives sur la multitude des moyens que l'on peut utiliser dans notre profession, ce qui en fait la richesse et l'intérêt.

Bibliographie

Ouvrages :

ALBARET J.-M., AUBERT E. (sous la direction de), (2001), *Vieillesse et Psychomotricité*, Marseille, Solal.

AMADO G., GUITTET A. (2009), *Dynamique des communications dans les groupes*, Paris, Armand Colin.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (2000), *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux*, Texte Révisé, Washington DC, 4e édition. Traduction française (2003), par GUELFY J.-D. et al., Paris, Masson.

ANDRE P. (2013), *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Heures de France.

ANZIEU D., MARTIN J.-Y. (1968), *La dynamique des groupes restreints*, Paris, Presses universitaires de France, 2013.

BERGER E. (1999), *Le mouvement dans tous ses états, les recherches de Danis Boris*, Paris, Point d'appui.

BLEANDONU G. (1991), *Les groupes thérapeutiques familiaux et institutionnels*, Paris, Presses Universitaires de France.

BLOSSIER P. (sous la direction de), (2002), *Groupes et psychomotricité : Le corps en jeu*, Marseille, Solal.

BONANAGE J. (2013), *Une relation musicale en psychomotricité*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, IFP, Bordeaux.

BRUN A., CHOUVIER B., ROUSSILLON R. (2013), *Manuel des médiations thérapeutiques*, Paris, Dunod.

CHOQUE J. (2005), *L'expression corporelle*, Nice, Editions de la Traverse, 2011.

CORRAZE J. (1980), *Les communications non-verbales*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005.

DAMASIO A.R. (1999), *Le sentiment même de soi- Corps, émotions, conscience*, Paris, Odile Jacob poches, 2002.

DELAMARRE C. (2011), *Alzheimer et communication non-verbale*, Paris, Dunod, 2014.

DESCAMPS M-A. (1989), *Le langage du corps et la communication corporelle*, Paris, Presses universitaires de France, 2004.

DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Le Seuil

DORMIA C., FEVE S. (2014), *Psychomotricité auprès de la personne âgée*, Paris, éditions Robert Atlani.

DORON R., PAROT F. (1991), *Dictionnaire de psychologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1998.

DUYCKAERTS C., PASQUIER F. (sous la direction de), (2002), *Démences*, Rueil-Malmaison, Doin.

JUHEL J.-C. (2010), *La psychomotricité au service de la personne âgée – Réfléchir, agir et mieux vivre*, Presses de l'université Laval, Québec.

KHOSRAVI M. (2007), *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*, Rueil-Malmaison, Doin.

LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (2009), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France

Le Petit Robert de la langue française (2012), version électronique.

LIGNEAU M. (2014), *L'utilisation de la médiation danse en psychomotricité*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, IFP, Paris.

LOUREIRO A. (2013), *Effort : l'alternance dynamique*, Villers-Cotterets, Ressouvenances.

MAYER J. (2013), *C'est l'histoire d'un mouvement*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, IFP, Bordeaux.

MARC E., BONNAL C. (2014), *Le groupe thérapeutique*, Paris, Dunod.

MICHEL P. (sous la direction de), (2011), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, Toulouse, Editions érès.

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

PIREYRE E.W. (sous la direction de), (2015), *Cas pratiques en psychomotricité*, Paris, Dunod.

PLOTON L. (2011), *La personne âgée – Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, Lyon, Chronique sociale.

POTEL C. (sous la direction de), (2000), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, Editions In Press, 2010.

POTEL C. (2010), *Etre psychomotricien – Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Editions érès, 2013.

SCALIOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M. (sous la direction de), (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, De Boeck Solal.

SCHILDER P. (1968), *L'image du corps*, Paris, Gallimard.

TOUCHON J., GABELLE A., BRUN V. (2013), *Maladie d'Alzheimer et Communication*, Montpellier, Sauramps Medical.

Articles :

ALLAIS J.-P. (2001), Le – versant corps – de l'écoute, *Thérapie psychomotrice*, N°126, p.14-21

BERTIN C. (2010), Le groupe en psychomotricité: Corps en groupe-corps groupal, *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, N°163, p. 36-49

BOSCANI F. (2007), Emotions et psychomotricité : Les émotions dans la relation psychomotrice, *Evolutions Psychomotrices*, Vol. 19, N°77, p.117-125

COLOGNE S. (2010), Dialogue des corps et médiations créatrices : Corps, espace, mouvement...et bien dansons maintenant !, *Evolutions psychomotrices*, Vol.22, N°87, p.18-26

MUIR M. (2003), Maladie d'Alzheimer : une communication à établir, *Objectif Prévention*, Vol. 26, N°1, p.4-9

THIRANT N. (2010), Le groupe en psychomotricité : La créativité dans le groupe thérapeutique- expérience d'un atelier de danse, *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, N°163, p. 22-35

VIGNE D. (2001), Que faire des indices corporels dans l'écoute en thérapie psychomotrice ?, *Thérapie Psychomotrice*, N°126, p. 64-69

Sites Web :

www.larousse.fr

www.who.int (Site de l'Organisation Mondiale de Santé)

www.francealzheimer.org

www.la-communication-non-verbale.com/2013/02/mehrabian.html (Site spécialisé dans l'actualité scientifique de la communication non-verbale)

Annexes

Annexe 1 : Bilan d'observation

Orientation temporo-spatiale

- date du jour complète:
- l'heure et le moment de la journée (matin, après-midi, soir):
- lieu:
- éléments autobiographiques:
- orientation de trois objets:
- Pouvez-vous m'amener à (la cuisine, au salon de musique..)?:

Schéma corporel

- somatognosies:
- reproduction de mouvements:
- dessin d'une personne:

Praxies

- Mimes:
 - Planter un clou
 - Couper de la viande
 - Téléphoner
 - se brosser les dents
 - saluer
- Praxies idéatoires :
 - Plier une feuille en 2 et me la donner
- Praxies visuo-constructives :
 - reproduction de figure (cercle contre triangle + cube)

Motricité fine

- Attraper la pièce :
- Opposition pouce/autres doigts :
- Pianotage:
- Ouverture/fermeture rapide des mains:

Equilibre statique :

- pieds joints :
- un pied devant l'autre :

Equilibre dynamique :

(Se lever, rester debout quelques instants, marcher, faire demi-tour et retourner s'asseoir).

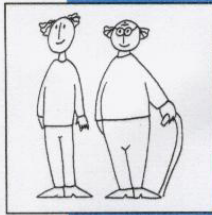
-Observations :

- transfert assis-debout :
- équilibre statique :
- hauteur du pas :
- longueur du pas :
- polygone de sustentation :
- état tonique :
- orientation du regard :
- ballant des bras :
- appui ou non pour demi-tour :
- transfert debout-assis :

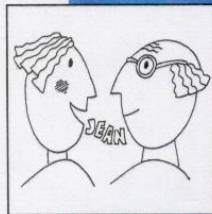
Annexe 2 : Les « Dix Commandements »

Les "Dix Commandements" nécessaires pour aborder le malade d'Alzheimer et pour communiquer avec lui.

Pour aborder le patient



- Près de la personne, tu te tiendras;



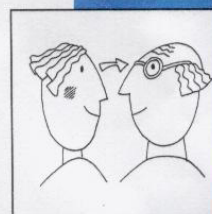
- Son nom, tu diras;



- Son corps, tu toucheras;



- A sa hauteur et face à lui, tu te tiendras;



- Un contact visuel, tu établiras.

Pour communiquer avec le patient

- Lentement et distinctement, tu parleras;



- Des mots simples et concrets, des phrases courtes, tu emploieras



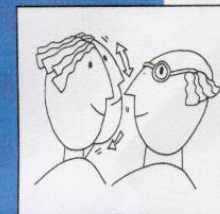
- Avec des gestes et le toucher, tes paroles, tu complèteras;



- Un message à la fois, tu donneras;



- Aux énoncés affirmatifs, tu recourras.



Résumé

Lorsqu'une personne est atteinte d'un syndrome démentiel, elle est confrontée à une baisse de performance tant sur le plan cognitif que corporel. Avec l'évolution de la maladie, la personne atteinte voit ses capacités d'expression verbale diminuer. De plus, elle perd souvent confiance en son corps qui risque alors de devenir l'objet d'un désinvestissement. Par conséquent, l'ouverture aux autres ainsi que l'interaction avec autrui deviennent difficiles.

Ce mémoire montre comment un groupe d'expression corporelle qui s'appuie sur la communication non-verbale contribue à rétablir ou maintenir les capacités relationnelles d'une personne atteinte de démence.

Mots-clés : Démence – Relation - Communication - Expression corporelle – réinvestissement corporel - Groupe – Psychomotricien

Summary

A person suffering from dementia faces a deterioration of both his cognitive and physical performances. With the progression of the disease, the verbal expression abilities of the dementia patient decrease. Furthermore, a person suffering from dementia is highly likely to lose confidence in his body, which he tends to neglect as a result. Consequently, openness to and interaction with others become ever more difficult.

This paper demonstrates how a body self-expression group session based on nonverbal communication contributes to maintaining and restoring the interpersonal capacities of a person suffering from dementia.

Keywords: Dementia - Relation - Communication - Body self-expression - Bodily reinvestment – Group Session - Psychomotrician