



HAL
open science

La perte du sentiment de continuité d'existence chez le sujet atteint de démence : perspectives de soin en psychomotricité

Marine-Emmanuelle Fedon

► To cite this version:

Marine-Emmanuelle Fedon. La perte du sentiment de continuité d'existence chez le sujet atteint de démence : perspectives de soin en psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01562075

HAL Id: dumas-01562075

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01562075>

Submitted on 13 Jul 2017

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

La perte du sentiment de continuité d'existence chez le sujet atteint de démence : perspectives de soin en psychomotricité.

FEDON Marine-Emmanuelle
Née le 12 Juin 1990 à Libourne (33)

Directrice de mémoire : LAHET Marie

Mai 2017

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes professeurs pour le savoir qu'ils m'ont apporté. Je remercie également mes camarades de l'IFP pour ces moments de partage au long de ces deux années de formation.

Je remercie mes maîtres de stage Cindy, R et Jean-Marie, G pour leurs conseils, leur expertise, leur recul et leur soutien dans la pratique de ces stages.

A ma directrice de mémoire pour son temps donné, son écoute, ses conseils et son aide précieuse qui ont permis la réalisation de ce mémoire.

A toute l'équipe de l'EHPAD qui m'a accueillie. Aux patients, que j'ai rencontré et qui m'ont beaucoup appris.

A mes amis de longue date pour leurs soutiens et encouragements durant toutes mes années d'études, Chloë, Estelle, Magali, et Nicolas.

A ma famille pour leurs encouragements.

Sommaire

Introduction.....	p 5
I) Le sentiment de continuité d'existence.....	p 7
II) Quand la démence fragilise.....	p 18
III) Les symptômes comportementaux et psychologique de la démence.....	p 34
IV) La demande de soin en psychomotricité.....	p 45
V) L'être en relation.....	p 54
VI) La place de la communication.....	p 64
VII) Etude de cas.....	p 77
Conclusion générale.....	p 87
Bibliographie.....	p 89
Table des matières.....	p 94

Introduction

Le choix de mon sujet de mémoire s'inscrit dans une réflexion personnelle qui est née des expériences cliniques de mes stages en gériatrie. Ayant effectué plusieurs stages dans ce milieu, ma perception de cette population a évolué en même temps que mon questionnement sur la place du psychomotricien auprès d'elle. La complexité des problématiques liées au vieillissement pathologique et plus particulièrement celles de la pathologie démentielle, me questionne beaucoup. En tant que future psychomotricienne mon intérêt pour cette population est né des allers-retours théoriques qu'il m'a été donné de faire entre le développement du jeune enfant et la compréhension des manifestations psychiques et comportementales chez le sujet âgé dément.

Au fur et mesure de mes stages dans différents milieux de la gériatrie, plusieurs questionnements sont nés.

Mon premier questionnement est parti de mon malaise à communiquer avec les personnes atteintes de démences et désorientées. Comment se trouver là où ils sont ? Comment entrer en relation avec les eux ? De ce premier questionnement, je me suis intéressée à la communication non verbale et à l'implication du psychomotricien.

Mon deuxième stage m'a apporté un nouveau questionnement. Pour nous en tant que soignant, dans ce que l'on propose aux patients, on se demande ce qu'on leur apporte ou ce qui laisse trace. Dans la pathologie démentielle qu'est ce qui perdure ? Qu'est ce qui laisse trace ? Je me suis intéressée aux symptômes de la démence mais également aux capacités qui peuvent être préservées, à ce qui peut résonner de manière implicite, inconsciente même lorsque la pathologie est très avancée. J'ai compris l'importance d'être en relation avec ces personnes. Pour moi, entrer en relation avec les personnes âgées démentes est déjà une forme de soin.

La pathologie démentielle est complexe, il existe de nombreuses variations inter-individuelles dans l'étiologie et les manifestations symptomatologiques de cette pathologie. Cependant, un point commun réside chez toutes ces personnes, elles sont extrêmement fragilisées dans leur sentiment d'exister.

Quand la pathologie démentielle fragilise le sentiment de continuité d'existence : quel peut-être le regard et l'approche du soin en psychomotricité ?

Les hypothèses abordées dans ce mémoire sont les suivantes :

La pathologie démentielle dans sa complexité fragilise le sentiment de continuité d'existence chez la personne âgée. Cette fragilité favorise l'apparition des comportements troublés.

L'observation des indicateurs de la communication non verbale constitue un moyen de se saisir de l'organisation sensori-tonico-motrice du sujet ainsi que de sa problématique personnelle.

Cette observation permet au psychomotricien de trouver des vecteurs de communication pour entrer en relation là où le patient en est et servent également de leviers de prise en soin psychomotrice.

Le psychomotricien par son utilisation de la relation et de la communication aide à retrouver un sentiment de continuité d'existence.

I) Le sentiment de continuité d'existence

Tous les jours, nous nous regardons dans le miroir et nous nous reconnaissons. Nous savons qui nous sommes. La perception que l'on a de nous-même, nous permet de nous sentir exister. Christine Maintier (2011, p.33) nous dit que « *le système cognitif humain permet ce miracle quotidien qui aboutit au fait de se ressentir soi-même, tout en percevant d'éventuelles modifications* ». Les perceptions de nous-même, des autres et du monde extérieur qui s'inscrivent en mémoire, nous permettent d'acquérir un sentiment d'être et d'exister.

A) Le sentiment de continuité d'existence

Le sentiment de continuité d'existence est une « *sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours « le même* », selon Eric Pireyre (2011, p.55). Ce sentiment permet de protéger le Moi des angoisses qui le menacent. Ceci suppose que malgré des changements internes ou externes, l'individu perçoit quelque chose de lui, de l'ordre d'une cohérence, d'une unité interne stable. Chaque individu construit son rapport à ce sentiment de sécurité interne. En revanche, cette conviction est possiblement déstabilisable en fonction de notre histoire.

Pour comprendre l'appropriation subjective du corps et ce qu'elle sous-tend dans la construction du sujet, il est essentiel de comprendre comment ces composantes s'articulent dans le début de la vie de l'enfant. Au début de la vie néonatale, le tout petit n'a pas encore construit ce sentiment d'être le même chaque jour. Ce sentiment s'acquiert progressivement durant l'enfance. Sa construction est un processus dynamique qui se poursuit tout au long de la vie du sujet.

B) La période « symbiotique »

« Avoir un corps » n'est pas donné d'emblée. Le nouveau-né est selon D.W Winnicott (1969) un être désorganisé. Il né dans un état de néotonie, il ne peut répondre seul à ses besoins et ne peut mettre de sens sur le monde qui l'entoure. Le nourrisson possède un corps qui n'est pas différencié, approprié et subjectivé. André Bullinger (2015) nous dit « *que d'un organisme il faut se construire un corps* ». Pour acquérir cette subjectivité du corps et une identité propre, l'enfant a besoin de son entourage. L'appropriation du corps est un processus dynamique entre l'enfant ; sa maturation sensorielle, motrice, psychique et son environnement affectif.

Au début de la vie, la présence de l'autre est nécessaire au nourrisson pour survivre. John Bowlby a développé une théorie sur l'attachement dans les relations précoces. Selon lui, « *L'attachement se réfère à la relation qui émerge au fil du temps à partir d'une histoire d'interactions de caregiving* ». (Tereno et Al, 2007). C'est à dire la relation qui émerge entre l'enfant et la personne qui en prend soin. L'enfant arrive au monde avec un équipement comportemental qui lui permet de s'orienter vers ceux qui prennent soin de lui. John Bowlby met en évidence ces comportements d'attachement qui sont les suivants : sucer, attraper, suivre (comportements de proximité), pleurer et sourire (comportements de signalisation). Ces comportements d'attachement continuent à se manifester tout au long de la vie. L'attachement s'appuie sur la proximité physique et la disponibilité émotionnelle qui existe entre les individus. Ce principe d'attachement implique que les expériences vécues sont plus significatives si elles ont une valence émotionnelle. (Delbrouk, 2016).

Dans cette proximité physique et cette nécessité de l'autre Margaret Malher nous dit que l'enfant vit son corps dans une fusion avec celui de la mère, c'est la période symbiotique. Le bébé est immature sur le plan neurologique et cognitif. Il est dépendant de son entourage. Cependant Philippe Rochas (1993) nous précise que même si l'enfant est dans un état de dépendance, il est capable dès la naissance de distinguer les stimulations provenant de son corps et celles provenant de l'extérieur, la fusion des corps n'est pas totale. C'est une première étape au processus de différenciation.

Dans cet état de dépendance de l'enfant, la mère fait preuve selon D.W. Winnicott (1969), d'une « *préoccupation maternelle primaire* » qui la rend sensible au décryptage des besoins de son enfant. La mère « *suffisamment bonne* » tente de répondre au mieux à ces besoins. Elle porte physiquement (holding) le nourrisson mais aussi psychiquement. Quand le holding est satisfaisant il constitue la toile de fond de l'intégration des expériences sensorielles et motrices. En plus de ce portage, la mère s'occupe du corps de l'enfant, elle lui prodigue des soins, c'est ce que D.W Winnicott (1969), nomme le handling.

Ces moments d'interaction avec l'entourage se répètent, laissant la possibilité à l'enfant d'intégrer cette rythmicité progressivement. La rythmicité des expériences, des échanges, permet de les organiser selon un repérage temporel basé sur la ritualisation qui permet à l'enfant de relier ces moments entre eux. (Ciccone et Lhopital, 2001). L'enfant montre des compétences émotionnelles qui signent la compréhension de ces états d'alternance, d'anticipation et d'accordage. (Rochas, 1993).

André Bullinger (2015, p.67) précise que « *les élaborations représentatives de l'organisme nécessitent la mise en relation des sensations liées aux modulations toniques avec les événements sensoriels* ». L'enfant module son activité tonique et motrice en fonction des flux sensoriels perçus, provenant de l'extérieur. Les réponses et les ajustements de la mère sont avant tout corporels. Entre la mère et l'enfant s'instaure de ce que Julian De Ajuriaguerra appelle un « *dialogue tonico-émotionnel* ». Il s'agit d'un « *accordage* » entre le tonus et les émotions de la mère qui porte l'enfant et le tonus de l'enfant porté. Ce langage du corps permet au bébé de percevoir son vécu sensoriel. En effet, au travers de cet accordage le bébé va relier les variations toniques aux sensations qu'il perçoit, « *la correspondance entre l'état interne et les signaux sensoriels crée une frontière, une enveloppe corporelle* », (Bullinger, 2015, p.69) où le bébé va pouvoir différencier un dehors et un dedans et se délester progressivement de l'indifférenciation qui existe entre son corps et celui de sa mère. L'enfant va pouvoir s'approprier ces sensations et les unifier.

Cette période, appelée « *stade du maintien* » par D.W Winnicott (1969), permet l'installation de la psyché dans le soma. La base de cette installation est l'intégration des expériences motrices, sensorielles et fonctionnelles liées à la maturation de l'enfant ainsi qu'à la présence de sa mère. Ce stade du maintien va permettre à l'enfant d'accéder à un « *sentiment continu d'exister* » et à la création du « *self* ».

C) Vers une subjectivation du corps

Selon la théorie d'André Bullinger (2015), ce sont les variations toniques qui changent le ressenti corporel de l'organisme, de manière primitive par une différence entre le dedans et le dehors. Les moments d'interaction précoces entre les corps de la mère et celui du nourrisson vont permettre la création d'une enveloppe qui s'étaye sur la sensation d'un dedans/dehors.

La mère qui prend soin, touche, caresse le corps du bébé (*handling*), lui fait sentir sa propre enveloppe charnelle. Dans le portage, l'enfant sent le contact du corps qui le porte. L'expérience de contact permet la perception de la peau comme une surface. L'enfant prend conscience de ses limites et construit le sentiment d'intégrité de son enveloppe corporelle. Dans les bras de sa mère, l'enfant a besoin d'accrocher son regard pour répondre à sa propre pulsion d'attachement. La communication par le regard amorce un double transfert de subjectivité. Albert Ciccone et Marc Lhopital (2001) reprennent la théorie de D.W Winnicott selon laquelle le regard de la mère constitue le premier miroir de l'enfant et précède l'acquisition d'une différenciation totale.

La fusion psycho-somatique de la mère et l'enfant dans la première période de la vie est une base pour la formation d'un Moi Corporel. Il s'étaye sur la formation du sentiment d'enveloppe corporelle. Sigmund Freud (2011, p.16) nous dit, « *le moi est avant tout un moi corporel* ». En effet « *le moi est un dernier ressort dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui naissent à la surface du corps* » Pour Sigmund Freud ce sentiment d'intégrité corporelle précède la création du Moi-Peau.

La mère grâce à une sensibilité particulière nommée par Wilfried Bion la « *capacité de rêveries* » est sensible aux vécus déstructurants et destructeurs (*éléments bêta*) que l'enfant projette sur elle. La mère par sa fonction alpha va renvoyer à l'enfant des vécus qui lui sont assimilables. L'enfant par introjection réintègre ces éléments devenus alpha. Ce phénomène participe à la création d'une activité de penser. L'enfant projette le mauvais objet et introjecte le bon. La dyade projection/introjection permet la création d'une barrière de contact délimitant l'intérieur et l'extérieur, ceci permettant la mise en place de la différenciation sujet/objet et moi/extérieur selon Sigmund Freud. Pour Esther Bick l'expérience d'un objet contenant auquel le bébé peut s'identifier lui permet de se sentir contenu dans sa propre peau. L'objet introjecté sera expérimenté comme une peau, il a fonction de peau psychique. (Ciccone et Lhopital, 2001).

Les expériences de contact à travers le holding et le handling et le bain de parole qui les accompagnent, engendrent la création d'un double feuillet interne/externe. A travers cette différenciation de surface l'enfant va se sentir contenant. Didier Anzieu (1985, p.61), instaure le concept de Moi-Peau « *par le moi peau, je désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface de la peau. Cela correspond au moment où le moi psychique se différencie du moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur la plan figuratif* ». L'acquisition du Moi-Peau permet au Moi d'acquiescer un sentiment de continuité temporelle dans le sens où le Moi-Peau est assez souple pour contenir les pensées et permet d'être en interaction avec l'entourage. Le moi-peau possède différentes fonctions complémentaires, en voici les principales :

-La fonction de maintenance, c'est l'intériorisation du holding présenté par Winnicott.

-La fonction contenante, c'est l'intériorisation du handling qui agit comme contenant des pulsions du psychisme.

-La fonction de pare-excitation, issue de l'intériorisation de la fonction de pare-excitation de la mère, elle protège le psychisme des excès de stimulations.

-La fonction d'individuation du soi, qui assure le sentiment d'être unique, et la possibilité de s'affirmer comme individu différencié et différent.

- La fonction d'inter sensorialité, les sens fonctionnent en interrelation dans le but de la constitution d'un sens commun.

D) Les représentations du corps

Le très jeune acquiesce progressivement le sentiment d'avoir un corps. Le sentiment de continuité d'existence possède un ancrage corporel. Pour Eric Pireyre (2011), « *sentir son corps c'est sentir qu'on existe* ». Dans les premiers mois de la vie, l'enfant construit progressivement des représentations de soi en parallèle de la maturation des systèmes sensoriels et neurologiques. Le psychisme se bâtit en parallèle de la construction de l'organisme.

1) *Le Schéma corporel*

Catherine Morin (2013), parle de l'invention du terme de schéma corporel. Pour Henri Head, les sensations externes et internes liées à la position des membres et leurs mouvements, s'inscrivent et s'actualisent perpétuellement dans le cortex. Elles s'organisent pour former des schémas posturaux ou aujourd'hui nommés schémas corporels. Le schéma corporel pour Jacques Paillard est lié à l'expérience du corps situé. L'expérience des différentes positions du corps permettent de créer un référentiel égo-centré non accessible au champ de la conscience. (Paillard, 1980).

Le schéma corporel est une donnée anatomique naturelle qui serait a priori là même pour tous les individus, nous dit Françoise Dolto. Celui-ci se structure au travers des apprentissages et de l'expérience. Il intègre ces expériences mais également les modifications progressives du corps qui évolue. Ce schéma dépend donc de l'intégrité de notre organisme et constitue une réalité de fait. (Morin, 2013). En revanche pour Paul Schilder, le schéma corporel n'est pas réductible uniquement à l'intégration permanente de ces sensations. Au-delà même de la sensation, il y a ce que Paul Schilder cite comme étant « un apparaître du corps à soi-même », une sorte d'image de son propre corps. (Thérapie Psychomotrice et recherches, 1993).

Julian De Ajuriaguerra propose une définition qui fait consensus entre l'ensemble de ces théories « *Edifié sur la base de sensations tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. C'est une représentation qui est conçue comme un standard où vont influencer les sensations, les impressions, afin d'élaborer une représentation de l'espace du corps, mais aussi de l'espace dans lequel se meut le corps. C'est dans cet échange interactif avec l'environnement que se structure le schéma du corps [...]* Cette interactivité avec l'environnement est saturée d'affectivité, le schéma corporel devient alors le témoin d'une histoire émotionnelle du sujet avec son milieu ». (Scialom, Giromini et Albaret, 2011).

Le schéma corporel est un dispositif neuropsychologique, un référentiel qui donne sens à l'expérience du corps. Pour Eric Pireyre (2011) l'acquisition d'un schéma corporel est liée en partie à la sensibilité somato-viscérale. Elle est indissoluble du système cognitivo-affectif, au sens où les systèmes sensoriels sont sous contrôle de l'affectivité et de la cognition.

Ce qui pour lui signifie que le schéma corporel et image du corps sont intimement liés. Catherine Morin (2013), nous dit qu'on ne peut pas parler de schéma corporel sans y ajouter la dimension subjective, par conséquent il est lié à l'acquisition de l'image du corps.

2) *L'image du corps*

En parallèle de l'appropriation « objective » du schéma corporel, il y a l'appropriation subjective de soi, celle de l'image du corps. (Maintier, 2011). Dans l'appropriation progressive d'une représentation de soi, la construction de l'**Image Spéculaire du Corps** semble une étape importante. Cette image spéculaire apparaît au moment où l'enfant reconnaît sa propre image dans le miroir comme étant la sienne et différenciée de celle de l'autre. Cependant, il ne faut pas confondre image du corps et image spéculaire. (Nasio, 2008). L'image du corps ne se réduit pas à l'acquisition de cette possibilité de reconnaître sa propre image. Pour Christine Maintier (2011, p.37), « *l'image du corps s'appuie sur le schéma corporel, mais elle est plus que la perception de la somme de ses parties, elle met en jeu bien plus que la reconnaissance physique de soi* ».

Juan David Nasio retranscrit dans son ouvrage « *Mon corps et ses images* » de 2008 la théorie de Françoise Dolto, qui elle parle d'**Image Inconsciente du Corps**. Après la découverte de l'image spéculaire, l'information visuelle, prend le pas sur l'intégration des sensations. Le corps perçu, le sera de manière inconsciente. Pour Françoise Dolto, l'image du corps se décline entre trois modalités qui sont : l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène. Celle qui nous intéresse ici est l'**Image de base** car elle est fondamentale, elle assure une sécurité, une stabilité, une base narcissique qui donne à l'enfant le sentiment d'exister. L'image du corps est inconsciente, elle prend trace dans la mémoire et fonde le sentiment de soi.

L'image du corps est une image virtuelle d'un corps réel en permanence présente à l'intérieur du psychisme. Elle synthétise un ensemble d'expériences sensibles et affectives du sujet en lien avec son propre corps. Elle n'est donc pas une seule image, mais une série d'images qui résument toutes les perceptions de notre corps réel. Mais l'image du corps n'est pas réductible uniquement à la perception. Elle est une instance psychique nourrie par l'énergie libidinale, elle est à la fois en partie consciente et inconsciente et peut être changée au fur et à mesure de l'expérience. L'image de notre corps est à l'origine d'effets concrets, d'effets réels sur le corps dont elle est l'image, « *l'image n'est pas seulement le reflet d'un objet réel, elle est surtout une instance psychique qui change et modifie l'objet réel dont elle est le reflet* ». (Thérapie Psychomotrice et Recherches, 1993).

Les images spéculaires et inconscientes forment pour Juan David Nasio (2008, p.81) l'image du corps, « *je tiens l'Image du corps pour la substance même de notre moi* », il précise que le Moi est un sentiment subjectif d'exister, d'être soi.

E) L'individuation

Dans la littérature, le processus d'individuation est couplé avec le processus de séparation. Le nourrisson grâce à l'évolution de sa maturation et l'augmentation de ses possibilités motrices, va progressivement gagner en autonomie corporelle. Ceci lui permettant de se séparer physiquement du corps de sa mère. Ce processus suppose également de pouvoir se séparer psychiquement avec l'acquisition de la permanence de soi et de l'objet (Ciccone et Lhopital, 2001). Comme abordé précédemment, ce processus de séparation s'établit à travers l'acquisition d'un sentiment d'être, un être différencié et unifié. Il est nécessaire de différencier l'image de son corps et celle de l'autre, pour permettre l'affirmation d'un sujet unique devenant un « *Je* » et pouvant se séparer.

Selon Carl Gustave Jung (1986), l'individuation est le processus qui permet l'accès à un sentiment de totalité psychique. Il en parle en terme de réalisation de soi, pas au sens individualiste où l'on peut l'entendre, mais au sens où cette réalisation s'oppose à la dépersonnalisation. Pour lui, il s'agit d'une quête que l'on mène tout au long de sa vie.

Le terme individuation, renvoi à celui d'individu. L'étymologie du mot individu vient du latin « *individuum* » qui signifie « ce qui est indivisible ».

Ce processus de séparation/individuation permet dans l'enfance à l'accès à une position de sujet. Il se réactualise à l'adolescence et est un processus dynamique sans cesse réinvestit par le sujet au cours de sa vie. Il participe à la création de la personnalité et de l'identité propre du sujet.

F) Fondement de l'identité

L'identité est un concept psychomoteur qui se construit à partir des expériences dans les premiers temps de la toute petite enfance. Ces expériences et les perceptions qui en découlent s'inscrivent dans la mémoire, permettant à l'individu d'accéder à un lot de représentations sur lui et le monde environnant.

L'intégration sensorielle est un élément clef de la construction de la conscience de soi. Antonio R Damasio (1999), propose une théorie sur le fondement neurobiologique de ce qu'il appelle le « *sentiment même de soi* ». L'intégration des sensations internes permet la création d'un proto-soi non conscient. Ce proto-soi se trouve modifié à chaque relation avec un nouvel objet externe. L'intégration de ces moments de processus dynamiques entre le proto-soi et les objets externes permettent le développement de la mémoire autobiographique. Le « **Soi-autobiographique** » s'étaye sur cette mémoire où les expériences se développent continuellement en créant une série de souvenirs qui décrivent l'identité de la personne consciente.

En effet, les souvenirs des expériences passées et notamment la création d'une mémoire autobiographique, constituent un socle sûr et rassurant. Il nous permet tous les jours de se sentir identique à soi-même, dans une continuité et fonde le sentiment d'identité. (Personne, 2011).

Le « *sentiment d'identité* » s'élabore sur ces notions de *continuité temporelle et de singularité*. Il permet qu'une personne se reconsidère comme une unité, possédant plus ou moins de cohérence, plus ou moins de fragilité, et cela quelle que soit la succession d'expériences accumulées au fil des ans. Parallèlement, ce sentiment de soi qui s'inscrit dans une continuité, est accompagné d'un sentiment de différenciation par rapport à autrui. Les processus d'individuation sont inséparables de la création d'une identité personnelle. (Maintier, 2011).

En somme, l'identité est une connaissance et une définition de soi qui assure une stabilité qui protège l'individu contre les perturbations provenant de l'extérieur. (Personne, 2011). D'un point de vue psychomoteur, Eric Pireyre (2011) établit le lien entre la continuité d'existence et l'identité dans le fonctionnement de l'image du corps. Pour lui, l'identité est un prolongement humanisé et socialisé de la continuité d'existence.

G) Conclusion

Le sentiment de continuité d'existence s'articule avec la création des représentations du corps et permet d'aboutir à un sentiment de soi différencié, individué qui passe par l'appropriation du *corps propre* et nourrit le sentiment d'identité.

Pour Merleau Ponty, le corps propre est le « *véhicule de l'être au monde* ». Au sens où le corps est une unité somato-psychique. Le corps n'est pas seulement un moyen d'avoir accès au monde. Cette unité donne du sens au monde qui l'entoure. En retour, le corps exprime le rapport de sens qu'il entretient avec le monde. Ce concept est fondamental en psychomotricité. Il suppose que le corps exprime notre propre subjectivité. (Maintier. 2011).

L'appropriation du corps propre s'enracine dans ce sentiment de continuité d'existence. En vue d'une compréhension clinique et psychomotrice de l'apport de ce concept, Eric Pireyre dans son ouvrage « *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept* » de 2011, nous précise que l'image du corps est la résultante complexe de neuf composantes. Cette proposition résume les étapes citées précédemment :

- *Le sentiment de continuité d'existence*, qui est un sentiment de sécurité interne.
- *L'identité*, qui prend racine dans l'expérience du corps. Élément socialisé du sentiment de continuité d'existence.
- *L'identité sexuée*, qui donne du sens aux relations interpersonnelles.
- *La peau psychique et physique*. Le moi psychique, s'étaye sur l'établissement d'un moi corporel résultant de l'expérience corporelle.
- *La représentation de l'intérieur du corps*, qui s'appuie sur l'intégration des sensations permettant à l'enfant de sentir son corps et de se différencier de l'extérieur.
- *Le tonus*, qui fait le lien entre les émotions et l'environnement humain de l'individu au travers du dialogue tonico-émotionnel.
- *La sensibilité somato-viscérale*. Pour Pireyre la sensibilité somato-viscérale est indissoluble du système cognitivo-affectif, au sens où les systèmes sensoriels sont sous contrôle de l'affectivité et de la cognition. Ce qui pour lui signifie que le schéma corporel et l'image du corps sont intimement liés.

- *Les compétences communicationnelles du corps.* Le tonus et les émotions sont liés, le corps s'exprime au travers du dialogue tonico-émotionnel, des réactions toniques et posturales, des gestes, du regard.
- *Les angoisses corporelles archaïques,* qui menacent l'intégrité du moi, elles, sont mises à distance lorsque le sentiment de continuité d'existence qui unifie l'individu est bien établi.

II) Quand la démence fragilise

A) Du vieillissement normal au vieillissement pathologique

Le petit Larousse définit la vieillesse comme « *la dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions* ».

Le vieillissement est une étape de la vie tout comme l'est l'enfance ou l'adolescence. Chaque période de la vie entraîne ses modifications. Le vieillissement est tout d'abord un phénomène physiologique. Dans notre société nous définissons le plus souvent la vieillesse avec l'âge chronologique qui correspond à peu près à l'âge de la retraite. Cette idée de vieillesse est arbitrairement fixée.

L'entrée dans la vieillesse s'observe par la modification de l'état physique, ce déclin se fait progressivement au fil des années, c'est un phénomène physiologique normal. Les modifications sont également psychologiques, avec des changements cognitifs et affectifs, la vieillesse impacte le mode de pensées. Ces changements se déroulent au niveau social et modifient la place de l'individu dans la société. Ils constituent également un fort impact identitaire. (Mishara et Riedel, 1984).

Le vieillissement est un processus normal s'incluant dans le processus de vie, il est une nouvelle étape dans la construction de l'identité de l'individu.

Le vieillissement est considéré comme pathologique lorsqu'il impacte un bon nombre des compétences de la personne et signe une rupture avec son état antérieur. Certaines maladies comme les démences sont décrites comme dégénératives, elles sont intrinsèquement liées au processus du vieillissement physiologique en lui-même. Pourtant, selon l'OMS, « *la démence même si elle touche principalement les personnes âgées, elle n'est pas une composante normale du vieillissement* ». Ce mémoire prend appui sur une expérience auprès de personnes âgées présentant une pathologie démentielle.

B) Définition de la démence

« Démence » est un terme issu du latin *dementia*, de *de-*privatif et *mens* « esprit, intelligence ».

Ce terme apparaît dans les premières nosographies psychopathologiques du XIX^{ème} siècle. Notamment celle écrite par Emile Krapelin, le « *Traité de Psychiatrie* ». Le mot démence apparaît sous le terme de « démence précoce ». Ce terme s'inscrit donc initialement dans le champ de la psychiatrie et plus précisément des psychoses. Aujourd'hui ce terme a été remplacé par celui de schizophrénie.

Au XX^{ème} siècle, Aloïs Alzheimer, au travers la présentation du cas de la patiente Auguste D., établit le lien entre les perturbations cognitives et les lésions neuronales observées post-mortem sur le cerveau de la patiente. Il en conclut que les fonctions cognitives s'enracinent et s'organisent dans le cortex cérébral. Cette découverte met définitivement de côté l'origine psychiatrique de la démence. Il pose les jalons du modèle organiciste pour expliquer l'origine des démences. (Léger et Mas, 2015).

Actuellement, selon l'OMS, la démence « *est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive* ». Cette définition est intéressante, elle semble assez complète, puisqu'elle prend en compte les symptômes cognitifs mais aussi l'aspect comportemental.

Dans les classifications modernes, les démences appartiennent au champ des maladies neurodégénératives. Elles sont classifiées dans le DMS-IV sous le terme de **troubles neurocognitifs majeurs**. La résonance psychiatrique des démences est mise de côté. Le DSM-IV, spécifie les critères diagnostics de la démence qui sont les suivants :

En premier lieu, l'apparition de déficits cognitifs multiples :

1. Une altération de la mémoire
2. Une ou plusieurs des perturbations cognitives suivantes : aphasie ; apraxie ; agnosie ; perturbation des fonctions exécutives.

Il est précisé que les déficits cognitifs sont à l'origine d'une « *altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur* ». L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin continu. Nous savons que nous sommes face à une démence lorsqu'aucune amélioration n'est présente. Les signes cliniques ne doivent pas être expliqués par la présence d'une autre affection médicale ou psychiatrique.

C) Les types de démence

Actuellement, selon l'étude PAQUID réalisée, le nombre total de cas de démence répertoriés s'élève à 850 000 cas en France et l'incidence et de 225 000 nouveaux cas par an. Le risque de présenter une démence est en lien avec l'augmentation de l'âge. La prévalence des démences est plus élevée dans les pays développés.

Les signes cliniques et les étiologies varient selon les types de démence. La démence de type Alzheimer représente 70% des cas de démence, elle est en tête des démences les plus fréquentes, suivie par la démence à Corps de Lewy et en troisième position la démence de type vasculaire.

L'ouvrage de K, Dujardin et de P, Lemaire, intitulé « *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique* », publié en 2008, fait état des différents types de démence et de leurs tableaux cliniques.

1) La maladie d'Alzheimer (MA) : 1^{ère} cause de démence.

La MA est une démence neurodégénérative à prédominance corticale. Elle s'exprime par une détérioration cognitive progressive et globale mais aussi par la survenue de troubles émotionnels et comportementaux. Les recherches et l'imagerie médicale montrent une diminution du poids du cerveau et atrophie corticale des régions temporo-pariétales et frontales mais aussi hippocampiques. La présence de plaques amyloïdes et d'une dégénérescence neuro-fibrillaire sont les indicateurs prédominants dans la détection de ce type de démence. Au niveau clinique, le sujet atteint d'une MA présente une baisse des capacités mnésiques et attentionnelles. Les perturbations émotionnelles s'expriment de manière variée selon les individus.

2) La démence à corps de Lewy : 2^{ème} cause de démence.

Ce type de démence est détecté suite à la survenue brutale d'épisodes confusionnels fluctuants avec la présence d'un syndrome psychiatrique, on retrouve des hallucinations, des idées délirantes et des troubles de l'humeur. Il ne faut pas la confondre avec une pathologie psychiatrique. L'apparition de cette démence est liée à la présence de corps de Lewy dans le système nerveux central. Les troubles du comportement précoces et sévères et particulièrement la présence d'hallucinations visuelles, constituent les symptômes évocateurs de ce type de démence. Les patients atteints de cette démence présentent également des perturbations cognitives, telles que des troubles exécutifs, visuo-perceptifs, attentionnels et mnésiques. Elle s'accompagne ou peut-être suivi d'un syndrome parkinsonien avec la présence de signes cliniques extrapyramidaux (environ le trois-quarts des cas).

3) La démence vasculaire ou troubles cognitifs vasculaire : 3ème cause de démence.

L'étiologie est encore incertaine mais semble principalement liée à des antécédents de pathologie cérébro-vasculaires de type AVC, rupture anévrisme ou encore des malformations artériovoineuses. Elle se manifeste par un déclin rapide des capacités attentionnelles et des fonctions exécutives et mnésiques. La présence d'un syndrome exécutif est prédominante. Les manifestations cliniques varient d'un patient à l'autre en fonction des zones cérébrales atteintes et fragilisées.

4) La démence fronto-temporale (DFT)

Pour ce type de démence, ce sont les troubles du comportement qui sont inauguraux et au premier plan et ce tout au long de l'évolution de cette maladie. Les troubles et déficits cognitifs sont au second plan. L'imagerie médicale montre une atrophie des régions frontales et temporales antérieures. Il existe trois variantes de cette démence ; en premier la DFT, en second la démence dite sémantique et la troisième l'aphasie progressive primaire non fluente (APPNF) où des perturbations progressives du langage au niveau de la production et de la compréhension sont présentes.

5) Les autres

La **maladie de Parkinson** peut ou non être accompagnée d'une démence, chez 20 à 30 % des patients Parkinsoniens on note la dégradation de l'état cognitif sur plusieurs années après le diagnostic de la maladie. Cette dégradation se présente sous la forme d'un ralentissement cognitif, d'un syndrome exécutif et par la présence de troubles attentionnels et de troubles mnésiques. Les fonctions instrumentales sont préservées. Dans de nombreux cas, l'apparition de troubles du comportement est également présente (troubles du sommeil, hallucinations et idées délirantes).

La **démence mixte** signe la présence associée d'une démence de type Alzheimer et d'une démence vasculaire.

Ce mémoire prend appui particulièrement sur les connaissances qui portent sur la démence de type Alzheimer et la DFT. Ce sont celles rencontrées principalement dans l'institution où j'effectue mon stage.

D) Etiologies de la démence

1) Modèle organiciste et hypothèses neurobiologiques

L'étiologie communément admise s'inscrit dans le paradigme scientifique actuel, celui du modèle organiciste, qui donne à l'explication médicale une place importante. La démence et les troubles cognitifs qui la définissent sont liés à une dégénérescence organique. Aloïs Alzheimer a permis de faire le lien anatomo-clinique des perturbations cognitives avec le substrat neuronal.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) a permis de formuler des hypothèses neurobiologiques de l'apparition des démences en comparaison à l'évolution cérébrale dans le cas du vieillissement normal.

Les étiologies varient en fonction du type de démence. Le cas de la MA est le plus étudié, son étude donne des informations sur les processus impliqués dans les différents types de démence. Les hypothèses neurobiologiques de l'étiologie de la maladie d'Alzheimer sont les suivantes :

-La présence d'une **atrophie cérébrale**, qui apparaît en premier lieu dans la région hippocampique du lobe temporaire et qui explique les déficits mnésiques. Au fur et à mesure de l'avancée de la démence et de la dégradation cognitive, cette atrophie s'étend au reste du cortex cérébral.

-Un **dépôt de peptide amyloïde**, présent également dans le vieillissement normal. Dans le cas d'une démence, une cascade amyloïde se crée, on voit l'apparition de plaques séniles. La présence de ces plaques en grande quantité dégrade l'activité synaptique.

-La **mort neuronale** est importante dans le processus pathologique de la démence. Elle est due au programme d'apoptose des cellules et également d'une dégénérescence neuro-fibrillaire (DNF). La DNF se manifeste par la présence de filaments à l'intérieur du corps cellulaire du neurone, ce mécanisme est lié au métabolisme de la protéine Tau.

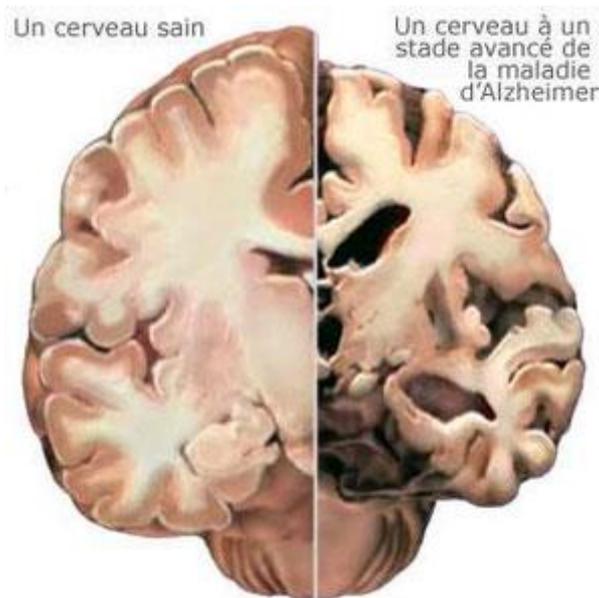


Schéma 1 : mise en évidence de l'atrophie cérébrale dans le cas de la MA.

En ce qui concerne les DFT, l'hypothèse fonctionnelle d'une hypo-perfusion et d'un hyper-métabolisme du cortex frontal et temporal est la plus étudiée.

2) Vers un modèle étiologique plus complexe

Actuellement, certaines études et ouvrages tendent à montrer que les facteurs déclencheurs des troubles démentiels sont multiples, complexes et en interrelation. Les auteurs Gèneviève Arfeux-Vaucher et Louis Ploton soutiennent la thèse, qu'il ne faut penser la démence non plus sous l'angle uniquement neurologique, mais tout autant sous l'angle psychologique, psychiatrique, sociologique et anthropologique. Dans la démence, il existe des facteurs de vulnérabilité génétiques, biologiques, et psychiques. Certains facteurs de stress liés aux événements de la vie, ont été mis en lien avec le déclenchement des troubles démentiels, par exemple le fait de perdre un parent avant l'âge de 16 ans ou encore la perte d'un enfant après l'âge de 65 ans. (Griner-Abraham et Walter, 2008).

La démence est liée d'une part à une dégénérescence cellulaire mais aussi à la vulnérabilité d'un sujet que celle-ci soit d'ordre génétique, environnementale ou psychique. La question n'est pas de remettre en cause la vision médicale de la démence, elle a bien évidemment son intérêt. Ces recherches permettent d'aborder le sujet dément de façon plus « complexe » en référence à la théorie d'Edgar Morin. Aujourd'hui, il existe une tentative de compréhension de la démence dans un champ neuro-psychanalytique où l'importance des processus de déliaison de la pensée et les conséquences psycho-affectives sont également prises en compte. (Arfeux et Ploton, 2012).

La complexité de la compréhension des processus étiologiques de la démence est mise en avant par les difficultés de diagnostic. Il est actuellement difficile de trouver des critères de la démence, la présence d'une lésion organique ne suffit pas. L'importance des signes cliniques cognitifs et/ou comportementaux nous permettent de poser un diagnostic. Il est donc important de connaître et penser ces manifestations dites « *démentielles* ».

E) Les symptômes cognitifs de la démence

La cognition évolue avec l'âge, cette évolution est portée à la fois par la modification de la matière qui la sous-tend mais aussi par l'expérience de l'individu. Dans les démences l'état cognitif se dégrade, ce qui implique la modification des capacités et des états mentaux de la personne. L'apparition de troubles cognitifs est un indicateur majeur dans la détection et la compréhension des démences.

La sémiologie neurologique et neuropsychologique, a permis de déterminer des signes cliniques spécifiques aux pathologies dégénératives. L'ouvrage « *Démences* » publié en 2015 dirigé par J-M Léger et J-L Mas, fait état de ces grandes familles de troubles, qui sont les suivants :

-Les troubles mnésiques, souvent inauguraux, ils constituent le critère primordial du diagnostic de démence comme indiqué dans le DSM-IV. Ces troubles entraînent une désorientation spatio-temporelle chez le sujet. Tous les types de mémoires peuvent être endommagés au cours de l'évolution de la démence (mémoire de travail, mémoire à long terme, mémoire épisodique et mémoire sémantique).

La mémoire est une des composantes majeures de la socialisation. Tous les apprentissages se fondent sur la mémoire. Le sujet avec trouble mnésique perd la capacité à se penser, d'accéder à son histoire, à se projeter dans l'avenir. La mémoire structure le psychisme, elle est un point d'ancrage essentiel.

Vignette clinique :

Madame L, présente une démence de type Alzheimer. Je la rencontre lors de l'atelier d'éveil psychomoteur. La consigne de l'activité est la suivante, on passe le ballon à son voisin en donnant son prénom. Madame L, est incapable de retenir mon prénom, je lui indique à plusieurs reprises mais rien n'y fait. Lorsque je m'adresse à elle et dit son prénom, elle s'étonne et me demande « comment vous savez mon prénom ? ». C'est elle qui me l'avait dit quelques minutes avant.

-Les troubles du langage, inauguraux ou liés à l'évolution de la démence et d'intensité variable. Généralement, ils regroupent l'aphasie de production et de compréhension. Le langage permet de communiquer, de se faire comprendre et d'entrer en interaction. Le langage étaye la pensée, il permet un niveau d'abstraction et de représentation élevée.

Vignette clinique :

Mme X est atteinte d'une démence de type fronto-temporale. Depuis quelques temps son état se dégrade, les équipes médicales et para-médicales ne la reconnaissent plus. Dans un moment de relation duelle Mme. X met des mots sur ce qu'elle ressent, elle dit : « je ne sais plus rien, j'ai un truc au cerveau mais je ne sais pas ce que c'est, mais depuis je ne sais plus rien ». Elle ajoute : « parfois, je ne comprends pas quand les autres parlent, on me dit que je ne parle pas trop, mais des fois les mots, je ne les sais plus »

-Les troubles pratiques ou visuo-spatiaux, présents dans les démences de types corticales et sous-corticales. Ils englobent les difficultés à produire des gestes orientés vers un but comme : l'écriture, des problèmes de dextérité ou des difficultés visuo-spatiales. Les praxies comprennent les gestes symboliques ainsi que l'utilisation d'objets par exemple.

-Les troubles exécutifs ou cognitivo-comportementaux, il s'agit d'un dysfonctionnement de la mise en lien des différentes informations du cerveau qui permettent à l'individu d'avoir un comportement adapté. Une difficulté de mise en lien des informations impacte fortement l'autonomie et les capacités relationnelles de la personne.

F) Évaluation des troubles cognitifs

L'imagerie médicale et la génétique permettent d'améliorer et d'approfondir la connaissance des processus démentiels. En revanche en ce qui concerne le dépistage et le diagnostic des démences, ils reposent principalement sur les examens para-cliniques. La présence de symptômes cognitifs est le principal indicateur d'une démence en dehors de toute affection médicale. Les tests neuropsychologiques restent l'outil de dépistage le plus utilisé.

Un des tests psychométriques le plus utilisé actuellement est le Mini Mental State Examination (MMSE). Il a été créé par Folstein et al en 1975. Il permet d'explorer rapidement diverses capacités cognitives (mémoire, langage, capacités visuo-perceptives, calcul et attention). Le score varie de 0 à 30 points.

- De 26 et 30 : absence de troubles cognitifs
- De 20 à 26 : dysfonctionnement cognitif léger
- De 11 à 20 : dysfonctionnement cognitif modéré
- Inférieur à 10 : dysfonctionnement cognitif sévère

Le score est influencé dans une certaine mesure par le niveau scolaire de l'individu.

D'autres tests comme celui de l'horloge ou de l'empan peuvent être utilisés. Je fais le choix de détailler uniquement le MMSE, car en institution il est le plus utilisé. Cet outil est une base commune qui facilite la communication entre les soignants. (Lebas, Büla, et Schenk, 2011).

G) La déconstruction des représentations du corps

Les troubles cognitifs qui prédominent dans la démence sont les troubles mnésiques, ils prennent bien souvent dans la clinique la forme d'une désorientation spatio-temporelle chez le sujet. J-D Nasio nous précise que ces troubles spatio-temporels signent la perturbation conjointe de l'image du corps et du schéma corporel. (Thérapie Psychomotrice et Recherches. N°97/1993).

Le cerveau du sujet dément se détériore, les informations sensorielles, perceptives, motrices, internes ou externes ne sont plus intégrées de manière cohérente. Si peu que quelques informations s'intègrent de nouveau, celles en mémoire issues des expériences précédentes ne sont pas pour autant accessibles. Le schéma corporel qui constitue une carte fonctionnelle des états corporels n'est plus actualisée. La dynamique du sujet et de son environnement qui permet à celui-ci d'actualiser en permanence les représentations de lui-même sont enrayées dans le processus démentiel. Le schéma corporel ne sera plus une représentation fonctionnelle. Le corps comme point d'ancrage en tant que référentiel égocentré et projeté n'est plus efficient.

D'un point de vue plus psychologique, les troubles cognitifs créent un état déficitaire qui amène une discontinuité de la perception que le sujet a de lui-même et de son milieu. Cette alternance d'états floute les limites entre réalité interne/réalité externe ; réalité subjective/réalité objective. Tout ceci sera intimement lié à une altération fluctuante des limites du moi. Au cours du développement le sujet acquiert une conscience de ses limites corporelles, un moi corporel se fonde pour étayer la mise en place d'un moi psychique. L'alternance des états perfectifs dans la démence crée une distorsion du moi corporel, du moi psychique et des limites de son corps propre, Claude Montani (2009) parle de « dédifférenciation ». Les limites du corps s'estompent laissant place à une enveloppe partiellement perforée, elle ne tient plus sa fonction de contenance et de pare-excitation. Ces fonctions perdues, le moi est exposé à de nombreuses angoisses déstructurantes. L'acquisition d'un sentiment de continuité d'être, celui dont nous parle D.W Winnicott, protège l'individu de ses angoisses.

Dans la démence, il y a une perte du sentiment de sécurité interne et d'existence dans sa peau, ce qui part extension crée pour le sujet dément l'impossibilité de s'inscrire dans une permanence identitaire (Montani et Ruffiot, 2009).

H) Les remaniements identitaires dans la démence

Les troubles cognitifs et particulièrement la présence de troubles mnésiques (critères DSM-IV) constituent les critères diagnostics de la démence. L'ouvrage de 2011, intitulé « *Du vieillissement cérébral à la maladie d'Alzheimer* » (Leubas, Büla et Schenk) fait le lien entre les perturbations cognitives d'ordre mnésiques et les remaniements identitaires qu'elles engendrent chez le sujet dément. La mémoire permet de donner du sens aux expériences, tous les apprentissages et les actions se fondent sur la mémoire. L'identité et le sentiment de continuité d'existence prennent leur source dans la mémoire, puisque qu'elle assure la conscience de soi dans le temps.

Alex Mucchielli en 1986 crée un modèle qui propose différentes dimensions du sentiment d'identité, qui sont au nombre de huit. Il est intéressant d'établir le lien entre ces différentes composantes avec les changements engendrés par le processus démentiel et ses conséquences pour mieux comprendre les remaniements identitaires dans le cas de cette pathologie.

Le sentiment d'identité prend sa source dans ce que Erik Erikson appelle **le sentiment de confiance de base**. Ce concept se rapproche de ce que D.W Winnicott décrit comme « *le sentiment d'être* » qui assure l'intégrité et la stabilité de l'individu. Il prend sa source dans la relation mère/enfant. C'est sur ce sentiment de confiance de base que repose l'identité.

1) Les remaniements liés aux troubles cognitifs

A ce sentiment de base s'associe, **le sentiment matériel d'identité**, il est lié à la perception de nous-même et de l'environnement. Le sentiment de continuité d'existence comme nous l'indiquent D.W Winnicott et Eric Pireyre, prend sa source dans les expériences sensori-motrices, c'est ce qui le fonde et l'entretient tout au long de la vie. Eric Pireyre nous dit « *Sentir son corps c'est sentir qu'on existe* ». Dans le vieillissement ces expériences ainsi que les capacités sensorielles et motrices de l'individu vieillissant s'amenuisent, la dynamique d'individu avec son environnement est impactée et la persistance de ce sentiment de continuité également. Les troubles cognitifs réduisent l'intégration des sensations, des expériences motrices et sociales, leur mise en lien et le sens donné est entaché par le processus démentiel.

L'apparition des symptômes cognitifs aura également un impact sur trois autres composantes de l'identité : **le sentiment d'unité et de cohérence**, il permet l'intégration des expériences passées et présentes. Cette intégration consciente de nos expériences donne du sens et permet une projection dans le futur. L'individu qui perd la mémoire ne peut plus donner de sens à ces expériences, à son histoire et se projette pas ou peu dans l'avenir. Cette projection dans l'avenir se fonde sur **le sentiment d'existence ou effort central**, il remet en perspective ce que nous avons fait avec ce que nous allons faire. C'est la projection dans l'avenir et l'établissement de projets futurs. Dans la démence l'individu en perte de mémoire est comme figé dans le temps, cette projection ne se réalise plus. Une autre composante, qui est très liée aux précédentes, est le **sentiment de continuité temporelle**, c'est en quelque sorte la mémoire autobiographique, qui donne une dimension historique à l'existence, l'individu dément ne perçoit plus le fil conducteur de sa vie, la cohérence de son parcours de vie est mise à mal. (Leubas, Büla, et Schenk, 2011).

2) Les remaniement liés à la perte d'autonomie et à l'institutionnalisation

La présence des symptômes cognitifs comme indiquée dans les critères du DSM-IV impactent fortement le fonctionnement de l'individu. Le dément perd sa capacité d'adaptation et son autonomie. Selon le dictionnaire Larousse, l'autonomie est « *la capacité d'un individu à se gérer soi-même, à prendre des décisions* ». Ce terme s'oppose souvent au terme de dépendance. La dépendance est « *l'impossibilité partielle ou totale d'effectuer des tâches de la vie* ». La personne a besoin d'aide, physique, matérielle ou relationnelle pour effectuer ces tâches.

L'OMS, indique que la démence est la principale source de dépendance et de handicap chez les personnes âgées à travers le monde. Une des conséquences principales de cette dépendance est l'institutionnalisation de ces personnes, liée à la perte de l'autonomie. L'apparition et l'évolution des troubles cognitifs liés à la démence ainsi que l'apparition des symptômes psychologiques et comportementaux des démences (SPCD), amènent la personne âgée à être institutionnalisée. Cette institutionnalisation permet à la personne d'être accompagnée et prise en charge par divers professionnels afin d'assurer les besoins de la personne. La personne démente qui intègre l'institution devient un résident, ce terme symbolise le fait que l'institution devient le domicile principal de la personne.

Ce changement d'environnement et la perte d'autonomie créent une rupture dans le parcours de vie.

L'identité de l'individu se fonde également sur **le sentiment d'autonomie et de différence**. Le développement de l'individu et de ses capacités, signe l'affirmation d'un Moi différencié, qui devient un « Je ». Dans ce processus de différenciation l'individu s'affirme et devient autonome, il est capable de « maîtriser » sa vie. Le développement de l'autonomie se fonde sur les apprentissages et la mémoire, c'est ce qui rend l'individu indépendant.

L'institutionnalisation amoindrit également **le sentiment de possession**, il concerne tout ce que l'individu s'est approprié dans sa vie, les relations, les lieux, les animaux, les objets. L'investissement de ces objets par la personne constitue un prolongement de l'individu. Ces objets, le dément s'en sépare physiquement en changement de lieu de vie mais aussi dans la pensée. Les troubles mnésiques et cognitifs perturbent la permanence de l'objet, qui permet à l'objet de perdurer dans l'esprit en dehors du champ perceptif. Tout ceci fait naître la problématique de la séparation et de l'investissement objectal chez le sujet dément.

L'environnement changeant, la perte ou du moins la diminution des relations sociales, l'investissement objectal diminue, le **sentiment d'appartenance et de valeur** est impacté. L'appartenance est un besoin vital chez l'humain, la limitation des relations et la perte de mémoire diminuent l'intégration des modèles sociaux. L'intégration de ces modèles permet l'enrichissement d'un Idéal du Moi, sur lequel repose le narcissisme et l'estime de soi, ils sont nécessaires pour faire face aux événements extérieurs déstabilisants. La personne démente est vulnérable. La perte d'autonomie renvoie à une image négative de soi. La pose du diagnostic de démence, renvoie la personne à une temporalité qui s'arrête et une projection dans l'avenir et un Idéal n'est plus tout à fait possible. L'image d'être dément renvoie au malade, lorsqu'il est conscient de ce trouble à ses propres représentations de la maladie, de la démence et de la dépendance, tout ceci impacte fortement l'identité du patient dément. (Leubas, Büla, et Schenk, 2011).

3) La psycholyse

Gérard Le Gouès, dans son ouvrage « *Le psychanalyste et le vieillard* » de 1991, apporte un éclairage plus psychanalytique sur les remaniements de l'identité chez le sujet dément. Pour cet auteur : « *La démence provoque une désorganisation mentale où les acquisitions les plus récentes disparaissent les premières. Sur le plan conscient, les données cognitives s'effacent, sur le plan inconscient les lignées narcissiques et objectales se déconstruisent* », c'est ce qu'il nomme : la psycholyse. Dans ce phénomène de psycholyse, réside le lien entre les pertes cognitives et comment cela modifie les fondements psychologiques de l'individu.

Selon lui, il existe deux axes de l'identité chez un individu : une « **identité de perception** » qui concerne la perception des objets et s'inscrit dans une lignée objectale. Il existe également une « **identité de pensée** » qui concerne la perception de soi et qui elle correspond à une lignée narcissique.

Dans la démence le sujet se désorganise de manière progressive, en fonction de l'avancée de la dégradation cognitive. Les processus démentiels engendrent une régression de la pensée, les représentations symboliques s'effacent et laissent place à un fonctionnement de type archaïque, l'identité de pensée se déconstruit. Le sujet va continuer de fonctionner sur une identité de perception, qui se fait dans l'instant, c'est à dire uniquement dans l'investissement d'un objet externe présent dans le champ perceptif. Pour rétablir son sentiment d'existence le dément se repose alors sur la perception, où le visuel occupe la première place, l'objet sera perçu mais pas forcément identifié. Cette perception permet à la personne démente d'investir l'objet externe qui avec un mouvement dehors-dedans va lui permettre de réinvestir l'objet interne.

Pour préserver un sentiment de soi, le repli sur la perception pour faire renaître une relation d'objet permet au sujet dément de capter dans l'autre un reflet de lui-même. L'autre qui constitue l'objet externe investit, renvoie au sujet dément une image de lui-même et par conséquent nourrit le sentiment d'existence.

La théorie de Gérard Le Gouès (1991), met ici en avant l'importance pour le sujet dément d'investir un objet externe, préserver une relation avec la personne démente est important. En effet, même si l'objet externe est mal identifié, le dément garde un savoir affectif préservé, il est capable d'identifier un climat relationnel. C'est ce climat qui va permettre au dément de reconstruire des brides de son sentiment d'existence.

On pourrait parler ici d'une « *identité affective* » du sujet.

I) Conclusion

La démence signe la perte des compétences cognitives et le délitement de l'appareil psychique. Ce processus est dégénératif et non curatif. La pathologie démentielle fragilise le sujet dans son sentiment d'existence et dans sa construction en tant que sujet.

Malgré tout, des capacités semblent préservées, l'appareil psychique du dément se réorganise pour combler les pertes. Concernant le savoir affectif, Gérard Le Gouès cite Sigmund Freud et nous dit « *chacun de nous possède en son propre inconscient un instrument avec lequel il peut interpréter les expressions de l'inconscient chez les autres* » (Le Gouès, 1991, p.143). En effet, malgré la désorganisation de l'appareil psychique, le sujet dément est capable d'être en relation. Ce savoir affectif, la perception ainsi que la mémoire corporelle semblent être des bases pour aider le sujet à préserver un minimum de sentiment de soi et d'identité.

III) Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

A) Définition

Dans la démence au-delà de l'apparition de troubles cognitifs, nous retrouvons des troubles comportementaux. Autrefois nommés sous les termes de « *comportements perturbateurs* » ou « *comportements dysfonctionnels* ». (Landreville et Al, 2005). Depuis 1996, l'*International Psychogeriatric Association* (IPA) retient préférentiellement le terme de « *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* » (SCPD).

Esquirol en 1838, parle déjà des manifestations émotionnelles qui accompagnent la démence sénile. Aloïs Alzheimer souligne la présence de manifestations telles que des crises répétées, des accès de colère ou bien encore l'installation d'un délire de jalousie. La présence des symptômes comportementaux accompagnant la démence est relevée depuis les premières découvertes sur la pathologie.

Actuellement, dans les classifications, les critères diagnostiques se basent sur la présence des atteintes cognitives et ces symptômes ne sont considérés uniquement que comme secondaires. On sait aujourd'hui que dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (MAMA), le déclin cognitif et l'apparition des SCPD sont des composantes essentielles des processus pathologiques. (Landreville et Al, 2005).

Ces manifestations comportementales sont fréquemment présentes, on estime que 80% des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentent des SCPD. Depuis plusieurs années, beaucoup de chercheurs se sont intéressés à ces symptômes. Ils sont définis comme « *des symptômes de distorsion de la perception et du contenu de la pensée* ». (Delphin-Combe et Al, 2013).

En effet, on sait désormais que la présence de ces symptômes est corrélée à l'augmentation de l'atteinte cognitive, c'est le cas dans la démence de type Alzheimer. Plus la sévérité de la démence s'accroît, plus le déclin cognitif est important et plus la prévalence des SCPD augmente. D'autre part, ils constituent parfois les symptômes annonciateurs de la démence, c'est le cas pour la démence à Corps de Lewy et de la DFT. (Landreville et Al, 2005).

Sur le plan théorique, on parle de cognition, de pensée, d'humeur et de comportement. En réalité, leurs limites sont floues et il est nécessaire de prendre en compte l'interaction chez l'individu de ces différents concepts. Le comportement est une réponse, une réaction à un stimulus. Dans le cas des SCPD, les comportements sont jugés par l'extérieur comme étant des réponses inadaptées à l'environnement. La cognition permet par le biais de la perception de se saisir des informations de l'environnement, de les intégrer et permettre de répondre à cet environnement. Les SCPD peuvent être considérés comme l'expression directe des difficultés cognitives. Ces difficultés ont des conséquences directes sur les capacités d'adaptation.

B) Classification des SCPD

Le terme SCPD comprend, comme il l'indique deux catégories de symptômes qui sont présentées séparément dans la théorie, mais nous savons que la réalité clinique est plus complexe. D'une part, il y a les symptômes dits **psychologiques** comme l'anxiété, la dépression ou encore les délires, et d'autre part ceux dits **comportementaux** comme l'agressivité, l'errance et l'agitation.

Selon, Landreville, P. Rousseau, F. Vézina, J. Voyer, P. dans leur ouvrage de 2005, intitulé « *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* », un autre découpage théorique est possible, celui-ci regroupe les symptômes en trois catégories, qui sont les suivantes :

1) Les troubles anxieux et les troubles de l'humeur

L'anxiété est souvent présente dans les démences et est souvent associée à des manifestations d'agitation ou de dépression. L'anxiété et le syndrome dépressif peuvent être inauguraux ou secondaires.

Pour ces symptômes, l'accent est mis sur l'environnement matériel et humain qui peut être perçu comme anxiogène par le dément. Au stage léger de la maladie, la prise de conscience de ses propres troubles cognitifs peut engendrer des conséquences fonctionnelles et relationnelles qui mènent à un repli et une dépression.

Vignette Clinique :

Mme Z est atteinte d'une démente de type fronto-temporale. Depuis plusieurs semaines, les soignants l'ont trouvé en train de se déshabiller dans sa chambre. Elle montre une certaine agitation. Un jour en passant dans le couloir, la psychomotricienne l'entend appeler à l'aide elle se rend dans sa chambre. Mme Z demande à ce qu'on l'aide à enlever sa veste. Ce comportement de déshabillage est en réalité une manifestation d'anxiété. Mme Z, fait des attaques de panique. Elle se sent oppressée au niveau de la poitrine ce qui engendre l'envie d'enlever le haut de ses vêtements et son soutien-gorge. Ceux-ci lui donnent l'impression de ne plus pouvoir respirer.

2) *Les troubles comportementaux*

Habituellement, ils concernent l'agitation présente chez les sujets déments désorientés. Ils concernent également l'errance, les comportements ritualisés, les comportements moteurs aberrants, les troubles du sommeil ou bien encore les comportements vocaux. A chaque symptôme, une étiologie est proposée. De nombreuses hypothèses sont formulées autour de la présence de l'agressivité chez certains sujets déments, l'accent est mis sur les facteurs environnementaux comme principaux éléments déclencheurs. L'agressivité suit souvent une demande verbale de la part de l'entourage, des soignants ou lors d'activités de soins. Le sujet dément est moins enclin à pouvoir faire face à des situations stressantes, quand les demandes ne correspondent pas à ses besoins ou dépassent ses capacités, ceci peut provoquer des réactions d'opposition ainsi qu'une agressivité.

Vignette clinique :

Monsieur J est atteint d'une démence de type Alzheimer. Il déambule sans cesse au sein de la salle commune à l'aide de son fauteuil roulant. Ses possibilités motrices étant limitées, Mr J déambule en poussant avec ses pieds pour faire avancer son fauteuil. Il fait inlassablement le tour de la table en percutant les autres résidents sur son passage.

3) *Les symptômes « psychotiques »*

Ils concernent les hallucinations, les idées délirantes, les illusions et fausses identifications. Souvent, ils s'instaurent au stade modérée ou sévère de la démence, excepté dans le cas d'une démence à corps de Lewy.

Vignette clinique :

Lors de l'atelier de groupe en psychomotricité au PASA. Je rencontre Mr L, il est atteint d'une démence à Corps de Lewy. Il est très limité dans son autonomie motrice. Il est déplacé par les soignants en fauteuil roulant. Pendant l'atelier, lors de jeux d'échange de balle je remarque que bien souvent Mr L attrape son genou ou sa jambe pour l'envoyer pensant que c'est la balle. Mr L a l'illusion qu'une partie de son corps est en réalité un objet.

C) Étiologies

L'étiologie des SCPD est complexe et multifactorielle, s'y intègrent des processus neurobiologiques, somatiques, psychologiques et environnementaux. (Léger et Mas, 2015). Les « *Recommandations de Bonnes Pratiques* » (RBP) de la Haute Autorité de Santé (HAS) intitulées « *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportements perturbateurs* » de Mai 2009, précisent que l'apparition des SCPD s'explique principalement par l'interaction de différents facteurs qui sont entre autre : la dégradation neurologique, les déficits sensoriels, la perte d'autonomie, les stimulations inappropriés de l'environnement et les demandes de l'extérieur.

Le tableau clinique de ces troubles est très large et très variable d'un individu à l'autre. Les recherches actuelles ont permis de formuler différentes hypothèses. L'HAS a déterminé plusieurs facteurs prédisposant, qui sont les suivants :

- **Facteurs biologiques** : selon le type de démence, une altération des circuits fronto-sous-corticaux est mise en évidence. L'hypoperfusion des régions frontales et un déficit cholinergique sont également des hypothèses explicatives.

- **Facteurs cognitifs** : L'apparition des SCPD est corrélée au déclin cognitif. La présence d'une désorientation spatio-temporelle, d'une anosognosie, d'une aphasie ou trouble de la reconnaissance influencent les capacités d'adaptation et les réponses comportementales.

- **Facteurs d'autonomie** : le lien entre la dépendance due à la présence de déficits sensoriels ou physiques est mise en lien avec le niveau d'anxiété de l'individu.

- **Facteurs de personnalité** : l'influence de la personnalité antérieure permet d'expliquer la présence de certains comportements. Un style de vie actif antérieur est mis en lien avec la présence de symptômes moteurs.

- **Facteurs relationnels** : les manifestations inadaptées se présentent souvent lors de moment d'interaction entre le sujet dément et les soignants. L'attitude des soignants, leur capacité d'empathie, leur degré d'information sur la pathologie influencent la présence et l'aggravation des SCPD.

- **Facteurs environnementaux** : tels que les horaires, l'agencement des locaux ou encore les changements imposés au patient influencent la présence des SCPD. La sur-stimulation a également été mise en évidence, le bruit de la télévision, les cris des autres patients, les activités en salle commune, les odeurs désagréables influencent le niveau du stress du patient qui en réponse manifeste ces comportements troublés. A son antipode, on trouve la sous-stimulation comme déclencheur des SCPD. En effet, des études montrent qu'un patient dément est 87% du temps seul, sans aucune activité ou stimulation externe. Ce manque de contact humain entraîne des comportements d'auto-simulation. L'influence des facteurs environnementaux est actuellement très étudiée. (Landreville et Al, 2005).

Une autre hypothèse du déclenchement de ces comportements est l'insatisfaction des besoins de base. Cette hypothèse provient du milieu psychiatrique et a été formulé par Boettcher. Il détermine neuf besoins de base pour tout individu, ils sont les suivants (Landreville et Al, 2005) :

- Le territoire**, lié à l'espace personnel.
- La communication**, parler, échanger, avoir une vie affective.
- L'identité personnelle**, respecter l'individualité et les habitudes de vie.
- Le confort**, comme manger, boire, dormir.
- La compréhension**, valider les émotions et le situer dans le temps et l'espace.
- Le temps**, respecter le rythme.
- L'autodétermination**, avoir un sentiment de contrôle sur sa vie.
- La sécurité**, se sentir en sécurité dans son environnement.
- L'estime de soi**, respect de la personne, ne pas l'infantiliser.

Les SCPD sont des comportements d'origine multifactorielle, ils sont à la fois dus à la maladie, aux facteurs écologiques et à la personne elle-même. Ces troubles sont en lien avec la dégradation neurophysiologique et les difficultés cognitives. Un fait physiologique n'est pas que physiologique lorsqu'on s'intéresse à l'humain, il est donc nécessaire de mettre en lien les modifications des processus cognitifs et les remaniements psychiques qu'ils impliquent. Ces processus psychologiques changent le rapport que le sujet entretient avec lui-même. Il est nécessaire de prendre en compte la vie subjective de la personne et les processus psychologiques qui lui sont propres pour comprendre ces manifestations comportementales. Le sujet dément ne peut plus se saisir du monde qui l'entoure, la perception du monde est erronée. Les réponses comportementales face à cette perception du monde seront donc inadéquates, ou perçues comme telles par un tiers. Pour le sujet c'est un moyen de compensation de son déficit. Ces comportements témoignent de l'interaction complexe de la désadaptation de l'individu, de l'altération du cours de sa pensée avec son environnement physique et relationnel.

D) Les moyens d'évaluation

La présence de SCPD ou d'une confusion doit systématiquement impliquer en premier lieu la recherche de causes somatiques. En effet, l'état confusionnel chez le sujet âgé peut-être dû à une douleur mal gérée, à des changements de traitements, leur iatrogénie ou leur arrêt.

La rétention urinaire, le fécalome et des troubles métaboliques sont également à écarter. Dans un deuxième temps tout antécédent psychiatrique doit être recherché. Si ces deux types de causes sont écartées, une évaluation spécifique est recommandée.

Les échelles d'évaluation de ces comportements sont nombreuses, en Établissement d'Hébergement Pour Personnes Dépendantes (EHPAD). L'HAS recommande l'évaluation avec la passation du *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) créée par Cummings en 2003. La version NPI-ES, est inventaire des comportements qui se base sur les réponses des équipes soignantes. Il répertorie la présence de douze symptômes parmi les plus courants au cours de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences. Il évalue la fréquence, la gravité et le retentissement sur les activités professionnelles, autrement dit sur le fardeau ressenti par les équipes. Cette échelle évalue le comportement sur 144 points. (Haute Autorité de Santé, 2009).

E) Conséquences et pronostic évolutif

L'étude Pixel réalisé en par Philippe Thomas en 2005, porte sur les facteurs d'entrée du sujet âgé en institution. Il précise que « *l'essentiel des causes d'entrée en institution sont liées à la démence, notamment à la dépendance et aux SCPD* ». La détection de la présence de SCPD signe un diagnostic d'évolution défavorable, ils majorent les incapacités et amènent la personne à être plus rapidement institutionnalisée, tout ceci indépendamment du stade de sévérité du déficit cognitif. (Landreville et Al, 2005).

La présence des symptômes comportementaux constitue en premier lieu une source de souffrance pour le patient lui-même. Malgré l'atteinte cognitive, le malade vit des émotions négatives associées à ces comportements, une augmentation du stress, de la souffrance et de la fatigue sont relevées. (Landreville et Al, 2005).

Avant l'institutionnalisation, la présence de SCPD correspond à un des facteurs influençant le plus le fardeau de l'aidant et leur propre état de santé, l'augmentation des états dépressifs chez les aidants de personnes atteintes de démence est relevée en comparaison à la population normale. « *Les SCPD constituent une cause fréquente de placement du malade. L'agressivité du malade vis-à-vis de l'aidant est particulièrement pénible* ». (Thomas, P. 2005).

Dans les institutions, ils sont également sources d'épuisement pour les équipes soignantes. Les soignants ont du mal à administrer les soins aux patients présentant des réactions inadaptées. Ceci a des conséquences à la fois sur les soignants qui s'épuisent et sur la qualité de la prise en soin en elle-même. La qualité des soins sera altérée en cas de comportements mal gérés ou mal connus. On retrouve des états de maltraitance ou de négligence vis à vis de ces patients. La qualité des soins altérée aura pour conséquence une dégradation de l'état de santé chez certaines patients, des recherches montrent la présence plus fréquente de déshydratation, de dénutrition et de problèmes métaboliques. Il est plus difficile de nourrir, de faire boire ou d'administrer des traitements pharmacologiques à ces patients.

La présence de patients avec des troubles psycho-comportementaux a pour effet d'alourdir l'exigence de travail pour les soignants. Bien souvent, ces patients nécessitent une surveillance constante, cette demande a pour effet un désinvestissement de la part des soignants qui n'interviennent que peu auprès des patients qui leur posent problème. Dans ce cas, on retrouve une baisse des interactions induisant une sous-stimulation qui majore en retour la présence de SCPD. Les conséquences de la présence de ces patients sont complexes dans les institutions et constituent un fort enjeu. (Landreville et Al, 2005).

De manière plus générale, la présence de patients avec des SCPD augmentent la consommation de soins médicamenteux. L'HAS relève qu'en France de la prescription d'antipsychotiques en EHPAD montre que 18 % des patients de plus de 75 ans atteints de démence sont, à un moment donné, traités par ce type de médicament. (Haute Autorité de Santé, 2009).

La présence des SCPD constitue un enjeu pour le patient, son pronostic, pour les équipes soignantes et les coûts de santé publique.

F) Les traitements

L'HAS dans ces recommandations de Mai 2009, stipule la nécessité d'une approche multimodale, pour limiter les conséquences de ces symptômes vis à vis de la personne elle-même ou de l'équipe soignante. Il est aujourd'hui considéré que la prise en charge de ces patients doit combiner des traitements thérapeutiques non médicamenteux et des interventions pharmacologiques.

Les interventions thérapeutiques non pharmacologiques, sont des thérapeutiques variées qui permettent d'agir sur les symptômes comportementaux. Elles sont indiquées en première intention et ont une visée préventive et curative. La mise en place de ces thérapeutiques se décide en équipe. Le but est de limiter l'expression de ces comportements et la souffrance engendrée chez le patient. Ces thérapeutiques doivent viser à analyser et comprendre les besoins du sujet dément. Il faut se rappeler, comme annoncé précédemment, que ces manifestations sont dues à la personne en elle-même, issu de l'interaction entre une pathologie et de ses processus psychologiques personnels. Elles sont également dues aux interactions de l'individu et de son environnement matériel et surtout social. Ces interventions visent à analyser le déclenchement de ces comportements, à adapter l'environnement mais également à faire preuve d'un savoir-être face à l'évolution des troubles chez un patient. La prescription d'une prise en charge en psychomotricité s'inscrit dans le champ de ces interventions non médicamenteuses.

En ce qui concerne les traitements pharmacologiques, ils sont prescrits en deuxième intention, c'est à dire en cas d'échec des traitements thérapeutiques non médicamenteuses. Ils sont également utilisés lorsque les symptômes sont considérés comme sévères et pouvant entraîner des conséquences graves pour les patient lui-même ou pour les équipes. Ces traitements sont de types neuropsychiatriques. On note l'utilisation d'antidépresseurs, d'anxiolytiques, ou encore d'anti-psychotiques, cette liste est non exhaustive. (Landreville et Al, 2005).

G) Réflexion et impact sur le sentiment de continuité d'existence

L'étiologie des SCPD est complexe, beaucoup de facteurs entre en interrelation. Pierre Ancet nous dit que, « *le corps sain est un corps silencieux* », il ajoute « *il y a une évidence des éprouvés corporels, qui sont vécus dans ce D.W Winnicott appelle le « sentiment de continuité d'existence* » ». (Ancet. 2010, p.27). Le corps comme unité repose sur l'idée de ce sentiment. Dans cette unité, se rassemblent les repères spatio-temporels et l'investissement libidinal.

Quand les pertes sont si nombreuses que ce sentiment se déconstruit, le corps sera vécu comme étranger et cela suscitent un certain nombre d'éprouvés négatifs. On passe d'un sentiment de continuité à un sentiment de discontinuité selon Christine Maintier (2011). La dynamique du sujet et de son environnement qui permet à celui-ci d'actualiser en permanence les représentations de lui-même sont enrayées dans le processus démentiel. Le schéma corporel c'est à dire le corps comme point d'ancrage en tant que référentiel n'est plus efficient. L'image du corps est altérée, elle est un point d'ancrage nécessaire pour compréhension et l'interaction avec autrui. La personne atteinte de démence perd sa subjectivité et le sentiment de se sentir sujet, ce qui engendre une grande souffrance.

1) La démence une régression de l'appareil psychique

La démence engendre une distorsion de la perception de l'individu face à lui-même et à son environnement humain et matériel. La démence signe la perte de l'intégration des informations sensorielles et entrave la cohérence du milieu et les possibilités de maîtrise. Ces déconstructions multiples et successives amènent une régression du fonctionnement psychique, au sens où l'individu pour s'adapter fera appel à des ressources similaires au fonctionnement psychique du petit enfant. L'indifférenciation entre soi et l'autre et la sensation de morcellement peuvent réapparaître. (Maintier, 2011). Dans cette situation de perte, tous les processus de séparation, d'individuation et de construction d'une identité sont bousculés. Bien souvent l'individu dément doit faire face à un état de dépendance et de détresse. Pierre Ancet (2010) compare cet état à celui que décrit René Spitz dans sa question de l'hospitalisme chez les nouveau-nés. René Spitz décrit l'apparition d'un repli relationnel et l'arrêt du développement psychomoteur chez les jeunes enfants placés en institution. Ceci étant les conséquences de carences relationnelles et affectives.

2) Les SCPD un moyen d'adaptation

La déconstruction de l'unité somato-psychique fait perdre à l'individu son sentiment d'individuation et de subjectivité lui permettant de s'adapter en situation relationnelle. Le sujet ne peut plus s'adapter à son environnement social et humain. Dans un fonctionnement régressif, le sujet est démuné et possède peu de moyens pour préserver ce sentiment de continuité d'existence.

D'un point de vue psychomoteur, on peut se demander si ces symptômes peuvent être considérés comme une tentative de préservation du sentiment de continuité d'existence par le sujet ?

Le délitement de l'appareil psychique entraîne une altération de l'enveloppe psychique et de ses fonctions. Les conséquences peuvent être l'émergence d'angoisses archaïques affectant la relation à l'autre. D.W. Winnicott nous dit que le sentiment de continuité d'existence du Moi permet de lutter contre ces angoisses archaïques qui l'envahissent dans la prime enfance. Chez le sujet dément, ce phénomène d'angoisse réapparaît. Il donne lieu aux comportements perturbateurs. (Ferreira, 2011).

Ces symptômes sont mis en place dans une visée adaptative pour le sujet. Les troubles du comportement peuvent être considérés comme ayant un sens profond lié à la « survie » de l'identité : *« L'identité se cristallise dans le corps, ce qui nous fait regarder d'une autre manière les troubles du comportement. Ils sont souvent le dernier refuge de l'identité, si bien que les supprimer équivaut à la faire disparaître définitivement »*. (Ferreira, E. 2011). Ils servent à préserver, recréer des représentations du corps pour pouvoir préserver un sentiment d'existence et protéger le moi des angoisses. (Montani et Ruffiot, 2009).

H) Conclusion

Les SCPD sont des processus complexes et d'origine multifactorielle qui se présentent lorsque le processus démentiel progresse. L'apparition de ces symptômes signe la dégradation des processus cognitifs et de l'appareil psychique. Ils constituent une souffrance pour le patient et son entourage. Ils constituent actuellement un enjeu majeur de soin en institution.

La connaissance des études sur l'étiologie de ces symptômes est nécessaire. En clinique, il est également important de comprendre quelle fonction ils ont pour le sujet, quels besoins remplissent-ils ?

Le psychomotricien peut intervenir auprès des personnes souffrant de ces symptômes. Le suivi en psychomotricité s'inscrit dans la mise en place des traitements non médicamenteux de première intention. La lecture psychomotrice de ces manifestations donne des indications sur le sens qu'il possède dans le maintien du sentiment de continuité d'existence de sujet dément.

V) La demande de soin en psychomotricité

A) Présentation du lieu de stage

L'expérience de stage sur laquelle s'appuie ce mémoire, se déroule dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), il accueille cent cinq patients. Cette institution est composée d'un hébergement classique permanent où ils résident actuellement quatre-vingt-quatre résidents et d'un hébergement temporaire comportant six places d'accueil. Cette institution comprend également un accueil de jour qui met à disposition quinze places, y sont présents en journée des patients atteints de troubles cognitifs vivant à domicile. Ce type d'accueil sert de plate-forme de répit pour les aidants familiaux, c'est une alternative à l'hébergement classique pour favoriser l'inclusion progressive en hébergement temporaire.

Depuis peu, l'institution bénéficie de la mise en place d'Un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA), il accueille une douzaine de patients. Dans ce PASA se déroule divers ateliers thérapeutiques, notamment un atelier nommé « *Eveil corporel* » mené par la psychomotricienne. Au sein de cet EHPAD, se trouve également une unité fermée : Unité de Soins Spécifiques à Alzheimer et Autres Démences (USSAAD), qui permet la prise en soin de patients présentant une démence à un stade évolué, qui s'associe à la présence de troubles du comportement (SCPD).

L'équipe pluridisciplinaire médicale et paramédicale est composée : d'un médecin coordonnateur, de deux psychologues, d'une psychomotricienne, d'infirmiers et d'aides-soignants.

Mon stage se déroule en journée complète. En tant que stagiaire j'interviens sur les différents pôles présentés précédemment. Le matin, j'assiste ma maître de stage en prise en soin de groupe au PASA. Les demi-journées, l'après-midi, je suis seule en autonomie. J'effectue des suivis individuels à l'EHPAD, à l'accueil de jour ainsi qu'à l'USSAAD.

B) Demande de soin dans la structure

Le poste de psychomotricien est récent dans cet EHPAD. La psychomotricienne est actuellement présente une journée et demie par semaine. Il n'y pas de salle de psychomotricité. Les suivis s'effectuent en chambre pour l'EHPAD ou en salle commune pour l'USSAAD et l'accueil de jour. Tous les membres de l'équipe ne semblent pas être au fait qu'un poste de psychomotricien a été créé. Un bon nombre d'entre eux confondent ce métier avec celui d'ergothérapeute.

Avant mon arrivée, la psychomotricienne n'avait le droit d'intervenir uniquement à l'EHPAD. Les indications de prise en soin en psychomotricité ne se font pas sous prescription des médecins traitants ou du médecin coordinateur. Elles s'effectuent principalement sur demande spécifique de l'équipe soignante ou sur initiative de la psychomotricienne. Au moment des transmissions, la psychomotricienne propose à l'équipe d'aller rencontrer un patient quand elle pense que la psychomotricité pourrait être indiquée. Ces demandes s'axent principalement autour des manifestations d'anxiété et de l'accompagnement des retours d'hospitalisation. Mais également pour des demandes concernant l'ajustement du matériel médical, le métier de psychomotricienne étant souvent confondu avec celui d'ergothérapeute. Celui-ci n'étant pas représenté au sein de l'équipe paramédicale.

Les équipes de l'EHPAD et de l'USSAAD sont en difficulté depuis des mois dus aux nombreuses manifestations comportementales associées à la présence des troubles cognitifs. Au sein de cet EHPAD environ 80 % des résidents sont atteints de troubles cognitifs à un stade avancé et sont donc potentiellement sujet à ces types de manifestations. La psychomotricité n'est pas indiquée dans ces cas. Depuis mon arrivée, une des psychologues a demandé à ce que j'intervienne sur ces troubles du comportement et ce, principalement à l'USSAAD. La psychomotricité est désormais indiquée pour des patients de l'USSAAD et de l'accueil de jour. J'interviens dans cette unité pour des demandes spécifiques de l'équipe autour de la présence des troubles des comportements, étant considérés comme gênants pour le fonctionnement de l'équipe soignante.

Les recommandations HAS de 2009 mettent en avant l'intérêt des prises en soins non médicamenteuses dans l'accompagnement des démences avec présence de SCPD (stimulation cognitive, stimulation sensorielle, musicothérapie...).

L'indication en psychomotricité présente donc un intérêt. Les interventions concernant les SCPD s'inscrivent dans le décret n° 88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice.

C) Prise en soin des SCPD en psychomotricité

1) Le bilan psychomoteur et ses limites

La demande de soin en psychomotricité s'accompagne de la passation d'un bilan psychomoteur destiné à évaluer les déficiences et les capacités du sujet. Cela permet de définir s'il y a ou non indication pour un suivi psychomoteur. Les résultats de bilan permettent de dégager des axes thérapeutiques qui s'inscrivent dans le projet de soin du patient.

En gériatrie le bilan de référence est L'Examen Géronto-Psychomoteur (EGP). Il a été créé par S.Michel, M. Soppelsa et J-M.Albaret. Ce bilan permet l'évaluation à la fois des processus cognitifs et des compétences psychomotrices du sujet vieillissant. La passation dure environ 60 min et est composé de 17 items qui évaluent les compétences suivantes :

- Les coordinations statiques et dynamiques
- Les mobilisations articulaires
- La motricité fine et les praxies
- Les aspects perceptifs
- Les repères corporels
- La vigilance et la mémoire
- La sphère temporo-spatiale
- La communication

Ce bilan est standardisé pour la population vieillissante à partir de 60 ans depuis 2002. Il peut être utilisé en test-re-test à 3 et 6 mois d'intervalle dans le but d'évaluer l'évolution ou la dégradation des compétences. De ce fait, il participe au diagnostic de la maladie d'Alzheimer pour les populations institutionnalisées ou non.

L'institution où j'effectue mon stage ne possède pas l'EGP et aucun bilan psychomoteur n'est effectué. Concernant les demandes spécifiques de suivis à l'USSAAD sur lesquels reposent ce mémoire, je n'utilise pas de bilan psychomoteur.

Ces demandes concernent la réduction de troubles psychologiques et comportementaux. Les patients qui en sont porteurs n'ont bien souvent plus la possibilité de communiquer verbalement dû à des aphasies de production et de compréhension très avancées. La passation d'un bilan n'est pas possible pour les personnes qui déambulent, qui ont un trouble de la vigilance ou qui se désengagent des interactions.

2) *L'observation*

Catherine Potel dans « *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir* » (2010), précise l'intérêt de la complémentarité d'une évaluation objectivante et d'un regard clinique subjectivant. La passation d'un bilan standardisé répondant à un protocole particulier est limitée dans le cas des démences à un stade très avancé. Dans ce cas précis, l'évaluation psychomotrice s'appuie principalement sur l'observation clinique.

La démence amène le sujet dans un état régressif où la fonction du langage verbal et de la symbolisation ne possèdent plus intégralement leur fonction. Les conflits psychiques s'expriment par et à travers le corps du sujet. Le psychomotricien de par sa formation universitaire et personnel est habitué « *à organiser une pensée thérapeutique à partir de ce regard particulier et spécifique sur le corps, considéré comme un puissant indicateur de la personnalité et de ses affects* ». (Potel, 2010, p.347).

3) *L'histoire de vie du patient*

Actuellement dans cette institution, à l'entrée du résident, les psychologues recueillent les informations concernant l'histoire de vie lors d'entretien avec le résident et ses proches. Ce document relatant l'histoire de vie est accessible à tous les professionnels de l'institution. Le recueil biographique est la première étape pour prévenir l'apparition des SCPD et prodiguer des soins personnalisés. Un projet de soins personnalisé permet au résident de sentir une continuité de soi. Le but étant en favorisant un sentiment de satisfaction en répondant au mieux à ses besoins et en préservant les habitudes de vie.

En cas de présence de SCPD, il est nécessaire de consulter cette histoire de vie. L'approche biographique s'appuie sur la « *théorie de la continuité* ».

Le concept fondamental de cette théorie est que « *les comportements d'une personne trouvent leurs fondements dans les expériences personnelles, les décisions et les comportements antérieurs* ». (Landreville et al, 2005, p.324). Actuellement, on sait que par exemple, les comportements d'errance sont fréquemment présents chez les patients ayant eu un style de vie actif.

Il est nécessaire, de comprendre ces manifestations comme étant l'expression particulière d'un patient et comme s'inscrivant dans la continuité de son histoire de vie.

D) Le rôle du psychomotricien dans l'équipe soignante

1) La place auprès des équipes

Dans cette institution, les demandes de soins concernant les SCPD font suite à un épuisement des professionnels face à une situation qui les met en difficulté dans leur fonctionnement professionnel. Les soignants manquent d'outil pour interpréter et réagir face à ces comportements. Dans l'institution où j'effectue mon stage, les équipes sont en demande de formations spécifiques.

En EHPAD, l'épuisement professionnel est courant. Michel Delbrouck dans son article « *Je suis épuisé(e) par ma charge de travail. Que puis-je y faire ? Le burn-out ou la souffrance des soignants* » de 2010, précise les conditions et l'impact du burn-out chez les professionnels soignants. Selon lui, le trépied du burn out est constitué :

- ***D'un épuisement émotionnel***, les soignants présentent des difficultés cognitives ainsi que des difficultés d'expression de leurs émotions. La conséquence principale est qu'ils sont moins enclins à répondre aux demandes même anodines.
- ***D'une relation à l'autre qui se déshumanise***, le corps du patient devient scientifique et ne voit plus le patient qui souffre derrière.
- ***D'un sentiment d'échec professionnel***, il concerne les vécus de culpabilité et de démotivation. Ceci est également en lien avec les objectifs qu'on se fixe en tant que soignant. Dans le cas des SCPD l'objectif de diminuer ou d'éliminer un comportement jugé perturbateur ne peut pas toujours être réalisé.

Nous sommes face à un cercle vicieux. Les troubles du comportement mettent en échec l'équipe. Celle-ci est épuisée et manque d'outil et de formation. Face à l'accumulation d'un sentiment d'échec, les soignants désinvestissent certains patients. La relation est déshumanisée. Hors, comme indiqué précédemment dans ce mémoire. L'apparition des SCPD peut-être mise en lien avec une modification quantitative et qualitative du contact humain.

En conséquent, la place du psychomotricien se situe à la fois auprès du patient pour comprendre et accompagner ces manifestations troublées. Mais également auprès des équipes. Il s'agit de comprendre leur épuisement et les situations qui leur pose problème. Le psychomotricien donne une lecture psychomotrice et existentielle de ces symptômes. Le but étant de redynamiser une relation de qualité entre les soignants et les patients pour que le travail effectuer en psychomotricité de manière individuelle, perdure.

2) Le symptôme

La question du symptôme est importante puisque c'est l'origine de la demande de soin. Il est nécessaire de savoir comment l'on considère ces symptômes psycho-comportementaux d'un point de vue étiologique. Il est également important de prendre en compte l'expression individuelle de ces symptômes, leur origine et le sens qu'ils ont pour l'individu dans sa dynamique personnelle.

Jean-Marie Sauret dans son œuvre « *L'effet révolutionnaire du symptôme* » de 2008, différencie le symptôme médical du symptôme psychanalytique. Le symptôme médical est lié à un agent pathogène. Le symptôme psychanalytique lui présente une face pathologique (fonction de défense) et une face fonctionnelle (fonction de désir). Dans le cas des démences, la place du symptôme est complexe. Le sujet présente des symptômes médicaux liés à la dégradation du substrat neuronal. Ceci conduit une distorsion de la perception que le sujet a de lui et du monde. Pour s'adapter et continuer de fonctionner le sujet met en place des symptômes psychologiques et comportementaux, liés à la fois à la spécificité de son atteinte démentielle mais aussi à sa singularité propre en tant que sujet.

Jean-Michel Sauret (2008), explique que pour Sigmund Freud chaque symptôme a un sens et se rattache étroitement à la vie psychique du malade. Il remarque que les patients s'accrochent à leur symptôme. Le symptôme possède une fonction dans l'économie du sujet.

Les psychanalystes reprochent aux psychiatres de mettre en danger le sujet en le privant de son symptôme par les moyens psycho-thérapeutique ou chimiothérapeutique. Dans certains cas, supprimer le symptôme reviendrait à supprimer le sujet lui-même.

Avec les sujets atteints de démence, il ne s'agit pas d'avoir une visée normative et de supprimer une expression symptomatologique et comportementale. Mais de comprendre le sens que le symptôme possède dans le fonctionnement propre du sujet. Il s'agit d'aider celui-ci à retrouver une manière de fonctionner qui lui convient et qui s'adapte tant que faire se peut au monde extérieur.

3) Le symptôme en psychomotricité

Le comportement peut se définir selon le dictionnaire Larousse comme étant « *l'ensemble des actions d'un individu sur son milieu* ». Le comportement est donc l'agir d'un corps. *Mais de quel corps parle-t-on ?*

Le corps comme unité somato-psychique que le sujet s'approprie tout au long de sa vie. Le corps comme « *véhicule de l'être au monde* », nous dit Christine Maintier (2011) lorsqu'elle reprend le terme de Merleau-Ponty. Celui-ci qui donne sens au monde qui nous entoure et qui constitue le lieu d'expression de la vie interne du sujet. Le corps est animé par les émotions. Ces émotions sont des phénomènes physiologiques, psychiques qui s'expriment par le biais du tonus musculaire. Les émotions sont des faits sociaux, car elles ont une fonction d'adaptation et de communication. Le corps est décrit comme étant le théâtre des émotions, la psyché et le soma étant intimement liées.

Dans le cas des démences, le fonctionnement entier de l'unité somato-psychique est entravé. Le patient est en difficulté pour maintenir sa construction, le symptôme est adaptatif. Naomi Feil (2006), cite Bernard Lamaze qui nous dit que le symptôme est un moyen de communication, il n'est pas à supprimer mais à écouter. Le fonctionnement psychodynamique de l'individu, nous indique que le symptôme est une création originale de celui-ci. Une création qui a un sens. Il désigne une souffrance, un mal-être et/ou un manque à être. Dans ce cas l'objectif d'une indication en psychomotricité est de mettre en œuvre un accompagnement qui permet au sujet de « *vivre au mieux le corps qu'il a* ». (Potel, 2010, p.213).

En psychomotricité dans le cas de la présence de SCPD, il s'agit de proposer des expériences corporelles en relation qui « *auront des effets tant sur la construction du corps dans ses fondements les plus basiques, que sur la construction psychique, sur la construction identitaire, toujours en référence à cette idée de fond qu'il n'y a pas de psyché sans soma et inversement* ». (Potel, 2010). Les objectifs thérapeutiques sont : la réappropriation du corps, la valorisation des capacités restantes notamment celle de l'expression et l'amélioration du contexte relationnel. (Thérapie Psychomotrice et Recherches. N°116 /1998).

4) La communication avec les équipes

La communication entre professionnels est importante face à des comportements « perturbateurs » qui mettent à mal le fonctionnement. Le point de vue des équipes paramédicales doit être communiqué aux équipes soignantes et inversement.

Les concepts psychomoteurs et particulièrement ceux d'orientations psychanalytiques sont parfois difficiles à communiquer. Il ne s'agit pas de jargonner ou de créer des fossés d'incompréhension entre professionnels. Il faut s'adresser de manière claire et intelligible pour le plus grand nombre. La communication orale est à privilégier entre professionnels. Le compte rendu des observations psychomotrices a pour but de laisser une trace écrite accessible au plus grand nombre.

E) Conclusion

La demande de soin en psychomotricité autour de ces symptômes est complexe et parfois irréalisable. Il faut se montrer humble devant la pathologie et sa complexité, nous ne pouvons pas toujours tout résoudre.

Le psychomotricien tente de comprendre dans le cas des démences comment le symptôme permet au sujet de trouver une nouvelle manière de fonctionner. L'observation de ces symptômes nous donnent à voir la problématique singulière de l'individu malade et où se situent ses besoins.

Le psychomotricien tente également de faire part aux équipes de sa lecture psychomotrice du sujet et de ses comportements troublés afin d'éviter qu'une situation négative se cristallise autour d'un patient.

La présence d'un symptôme ne doit pas résumer la complexité du sujet. En effet, nommer quelqu'un par son symptôme fait qu'on lui reconnaît une singularité anormale, c'est à dire hors de la norme. La présence du symptôme inscrit alors le sujet dans un lien social particulier. Il faut se demander ce que cela induit dans notre propre manière à communiquer lorsqu'on s'adresse à cette personne. Mais également sur comment communique-t-on en équipe sur cette personne.

V) L'être en relation

« C'est parce qu'il est relationnel que l'assomption de son propre corps se fait par identification au corps de ceux qui en ont la charge ». (Ancet, 2010, p.128). Le chapitre sur le sentiment de continuité d'existence souligne l'importance de la présence d'un autre dans la construction du sujet. En effet, c'est au travers de la relation avec son entourage que l'enfant construit son sentiment d'exister, sa place de sujet et son identité. Le petit Larousse définit la relation comme étant « l'ensemble des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles ».

A) Impact relationnel de la démence

1) L'altération des compétences cognitives

La démence impacte les capacités du sujet, notamment l'ensemble des processus cognitifs. La cognition est l'ensemble des processus mentaux qui permettent le traitement de l'information. L'altération de ces fonctions est un marqueur essentiel dans le diagnostic de la démence. Les atteintes cognitives divergent selon le type de démence qui touche le sujet. Malgré tout de manière plus générale, le processus démentiel atteint principalement les fonctions suivantes : la mémoire, l'attention, le langage, les fonctions exécutives et le traitement de l'information émotionnelle.

En quoi ces différentes atteintes impactent le sujet dans son fonctionnement relationnel ?

L'attention qui permet un état général d'éveil est rapidement impactée dans le processus démentiel. Le sujet dément n'est plus disponible pour traiter les informations de l'environnement et y répondre de façon simultanée. Cette difficulté est à mettre en lien avec l'atteinte des fonctions exécutives ou appelées habiletés cognitives (inhibition, planification, contrôle...). Le sujet dément a des difficultés à manipuler les informations de manière générale. Il est moins disposé à être en lien direct avec son environnement et à pouvoir y répondre.

Les échanges relationnels supposent une forme de communication. La communication entre les humains passe par une communication non verbale et par le langage.

Le sujet dément produit moins de mots, sa fluence verbale est diminuée. La compréhension et la production du message verbal sont altérées. En ce qui concerne la communication non verbale, il s'agit de décrypter les signes corporels de son interlocuteur. Le traitement de l'information émotionnelle permet ce décryptage et l'adaptation. Chez le sujet dément, il y a des difficultés majeures de reconnaissance des visages ou des expressions faciales. Pourtant des expériences montrent que malgré tout, les récits à valence émotionnelle sont mieux retenus que les autres types d'informations.

Être en relation c'est communiquer, c'est partager un contenu. C'est à dire partager des informations stockées en mémoire, parler de soi ou de choses et d'autre. La mémoire est une des principales fonctions cognitives à être impactée dans la démence. Le stockage des informations visuelles, spatiales et verbales à court terme qui permet la manipulation immédiate des informations est endommagé. Ce qui impacte la dynamique relationnelle dans l'ici et le maintenant. Le sujet dément est en capacité de parler des souvenirs du passé. En revanche les souvenirs les plus récents stockés dans la mémoire auto-biographique ne sont plus accessibles. Quand on s'adresse à un sujet dément, il est courant de s'apercevoir qu'il est dans un espace-temps qui n'est pas le nôtre, le sujet est désorienté. La mémoire épisodique qui permet de restituer ou d'encoder un souvenir avec son contexte spatio-temporel est altérée. Cela implique un décalage important dans la relation. (Dujardin et Al, 2008).

2) Point de vue psychanalytique sur les difficultés d'adaptation

Pour comprendre comment ces altérations cognitives impactent le sujet dans son fonctionnement psychodynamique, il est intéressant de regarder le point de vue psychanalytique sur la question. G. Le Gouès définit la démence comme étant une « *pathologie du lien* ». Au sens de lien avec soi-même et de lien avec l'autre. Le processus de la démence opère une déliaison de la pensée et de ses contenus. « *On assiste à une fracture de la pensée où des vides psychiques succèdent à des séquences incohérentes* ». (Ferreira, 2011). L'individu perd les représentations des mots et des choses. Dans la démence le sujet n'a plus la possibilité d'accéder à une permanence de l'objet. Le sujet va fonctionner sur un niveau perceptif et non plus représentationnel. C'est le concept de psycholyse cité dans ce mémoire dans le chapitre sur la démence.

La perception ne convoque plus le souvenir correspondant amenant sans cesse dans l'esprit d'une personne démente une impression d'étranger et de jamais vu. Une dépersonnalisation du sujet s'installe. L'individu se décale de soi-même et de son lien avec la réalité. (Maintier, 2011). Tout ceci a pour conséquence de créer une distorsion de la dynamique relationnelle entre le sujet dément, l'objet et l'autre.

B) Les représentations sur la démence

Le sujet dément perd sa capacité d'adaptation relationnelle. L'autre est en nécessité de pallier ce manque d'adaptation pour préserver la relation. Mais cette maladie est complexe, il n'est pas facile de s'adapter face à une personne présentant une démence.

1) Les représentations sociales

Denis Jodelet (2003, p.53) définit les représentations sociales comme « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* ». Elles constituent un savoir du sens commun, naïf qui s'oppose à la réalité scientifique. S'intéresser à ces représentations permet de comprendre les processus cognitifs qui régissent les interactions sociales. L'individu en fonction de son expérience crée un lot de représentations qui lui permettent d'interpréter le monde qui l'entoure et en retour de s'y adapter, d'y répondre. Les représentations sont une appropriation de la réalité. Elles conditionnent l'assimilation des nouvelles connaissances mais également leur diffusion. En situation sociale, ces représentations nous permettent d'organiser nos modes de communication.

Nous avons tous nos représentations. Dans le cas de la pratique d'un métier de soin en relation, il semble nécessaire d'avoir conscience de ces savoirs naïfs qui nous anime.

2) La démence : une inquiétante étrangeté

Face à une personne atteinte de démence, les gens ressentent ce qu'on pourrait définir comme étant « une inquiétante étrangeté ». L'enquête de 2009 de l'INPES estime que 31% des plus de 18 ans déclarent qu'ils sentent ou se sentiraient mal à l'aise face à une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. (INPES, 2009).

Cette notion renvoie à l'idée que le sujet atteint de démence nous donne l'impression d'être en face d'une personne déshumanisée. C'est un malaise archaïque qui renvoie à la peur de notre propre mort ou encore à la peur de la folie. Cette inquiétante étrangeté peut être perçue par les aidants, les soignants mais également par le sujet dément lui-même face aux changements progressifs engendrés par le vieillissement et le processus pathologique.

Auparavant, la démence était décrite dans les premières nosographies psychopathologiques. Dans le langage courant le terme « dément » garde cette empreinte qui le lie à la psychiatrie et à la folie. La présence de manifestations psycho comportementales, la perte du langage, la perte de la mémoire... stigmatisent le sujet dément. Le concept de « *stigmat* » à été abordé par Erwin Goffman. Pierre Ancet (2010), reprend sa définition, il s'agit de « *l'attribution d'une identité sociale virtuelle en décalage avec l'identité sociale réelle* ». (Ancet, 2010, p.213). C'est à dire qu'un individu qui en temps normal se fera accepter dans le cercle social possède une caractéristique qui se porte à l'intention des autres quand il le rencontre, l'inscrivant de fait dans un rapport social fossé.

3) Les représentations sociales de la démence

L'étude INEPS de Mai 2009 sur « *Le regard porté sur la maladie d'Alzheimer* » de 2009, montre qu'après le cancer et le sida, la démence est identifiée par la population comme étant la troisième maladie qui fait le plus peur.

Au-delà de leur savoir scientifique, les soignants ont des représentations comme le dit Denise Jodelet (2003) qui sont naïves c'est à dire non scientifiques et lié au sens commun. Cette maladie renvoie pour le plus grand nombre à « *la façon la plus absurde de vieillir* ». (INEPS, 2009). Cette pathologie nous renvoie à tous au-delà de notre formation professionnelle, à la question de notre propre vieillissement, de la mort et de la folie. La démence est une maladie qui fait peur car elle est stigmatisante et perçue comme déshumanisante.

Ce qui nous intéresse dans cette partie, c'est comment cela impacte la qualité de la relation entre soignant et soigné. Et comment dépasser cette inquiétante étrangeté pour entrer en relation avec la personne démente.

C) La nécessité de préserver la relation avec le sujet dément

Le corps vécu se construit dans la rencontre avec d'autres corps vécus au cours des relations précoces. La relation se crée par des corps qui communiquent au sens large. L'enfant grâce à la relation va trouver les bases nécessaires pour progressivement se séparer et pouvoir se construire un corps et se l'approprier.

Pierre Ancet (2010, p.127) dans son ouvrage « *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée* », nous dit « *Quand cet entrecroisement des sens, des sensations, de la parole et de la présence de l'autre n'opère pas, nous n'avons pas de corps à cet endroit-là* ». Le processus démentiel conduit la personne âgée à déshabiter son corps progressivement.

Face à cette déconstruction du corps et du sentiment de soi, Christine Maintier (2011, p.42) nous dit « *la médiation par autrui est plus que jamais nécessaire* ». La présence corporelle et la parole de l'autre donne la possibilité au sujet dément, par des processus d'identification, de retrouver un peu de son identité. L'autre sert d'étayage à la pensée et au Moi.

D) La relation : un outil de soin en psychomotricité

Le psychomotricien s'intéresse à comment le sujet vit son corps et vit dans son corps. En prise en soin psychomotrice, le psychomotricien pense le corps du patient et amène ce patient vers la voie de la symbolisation de son propre corps

Anne Gatecel (2012), reprend la théorie de la psychosomatique du corps de Mahmoud Sami-Ali, pour lui toute situation thérapeutique est une situation où deux subjectivités communiquent et s'affrontent. La situation thérapeutique suppose une relation. Pour cet auteur, le symptôme ne passe par le corps mais par la relation implicite à l'autre.

Pour Anne Gatecel (2012), c'est le corps en relation qui est la base du travail en psychomotricité. La « *psychomotricité relationnelle* » s'intéresse au corps comme moyen « *d'être au monde* ». Le corps est le lieu d'expression de l'histoire de chacun, de la mémoire corporelle, de nos premières expériences d'être. La lecture psychomotrice du corps en relation est une voie d'accès à la psychopathologie du sujet.

Anne Gatecel distingue l'approche rééducative, qui selon elle, travaille *avec* la relation et l'approche thérapeutique qui travaille *sur* la relation. Dans l'approche thérapeutique, thérapeute et patient sont « *engagés dans la découverte et la construction de l'identité* » du patient. (Gatecel, 2012, p.56). En psychomotricité le thérapeute ne tient pas une position de neutralité, il engage son corps dans la relation. Ces éprouvés servent de moyens d'interprétation du corps. La relation entre le thérapeute et le patient est active et constitue le potentiel créateur de la prise en soin.

En psychomotricité, le travail sur la relation s'appuie sur différents dispositifs et concepts.

1) La relation thérapeutique

La relation est la rencontre entre deux subjectivités. Elle est interactive et par essence dynamique, c'est à dire en constante évolution. Elle nécessite l'établissement d'une communication. La relation est dite thérapeutique quand elle concerne l'ensemble des interactions dans un cadre de soin. L'alliance thérapeutique s'appuie sur cette relation et conditionne l'engagement du patient dans sa prise en soin. Toute relation thérapeutique s'inscrit dans un cadre.

2) Le cadre et ses fonctions

Selon Catherine Potel (2010, p.321) le cadre est « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, un temps, dans une pensée* ». Michel Delbrouck (2016, p.340) reprend Alain Delbourme, pour qui le cadre délimite un espace-temps hors de celui de la vie quotidienne.

L'établissement d'un cadre s'appuie sur des « *conditions concrètes* » : le temps, l'espace, le matériel et des conditions d'encadrement. (Potel, 2010). En psychomotricité ce cadre ne peut se réduire à ces conditions concrètes.

Le cadre est le réceptacle des expériences sensorielles, motrices et relationnelles que la personne vit dans son corps. Il est souple et permet un travail d'élaboration autour de la problématique du patient. (Delbrouck, 2016).

Le **cadre est la pensée clinique** du thérapeute. Le cadre interne « *représente une structuration interne du psychisme du thérapeute* ». Pour Alain Delbroume, le thérapeute doit disposer de quatre qualités : l'auto-connaissance critique, la souplesse adaptative, l'ouverture théorico-clinique, l'habileté à maintenir une proximité créative. (Delbrouck, 2016). En voici les principales :

- ***La fonction de contenance*** : le cadre contient la vie psychique du patient. En psychomotricité elle est liée à la qualité de présence corporelle du thérapeute.
- ***La fonction de support ou de représentation de l'identité*** : Pour les patients peu structurés, la fonction contenante permet comme dans les relations précoces mère/enfant de servir de matrice au développement du Moi.
- ***La fonction symbolique*** : Le cadre structure les représentations entre le sujet et son environnement. Le patient intègre l'espace à sa psyché, le thérapeute donne sens à cet espace.
- ***La fonction de pare-excitation*** : Tout comme dans la théorie de Wilfried Bion. Le thérapeute accueille les vécus déstructurants que le patient projette sur lui et les transforme en éléments pensables. C'est la fonction alpha du thérapeute.

3) Implication corporelle et empathie tonique

La pratique du psychomotricien part de sa réflexion autour du corps du patient : observation du tonus, de la motricité, l'expressivité, l'inscription du corps dans l'espace. Dans ce dispositif il y intègre son propre corps. Il prête attention à son propre tonus, sa motricité, son implication corporelle, ses ressentis, ses éprouvés, son corps dans l'espace. (Potel, 2010). Le thérapeute investit le vécu corporel de l'autre en utilisant son propre vécu émotionnel et corporel comme instrument de résonance et de compréhension des situations. Cette résonance en écho vient éclairer les éprouvés vécus par le patient. De ce fait, le thérapeute est impliqué corporellement dans la relation. (Gatecel, 2012).

En s'impliquant, il fait preuve d'empathie. L'empathie est la capacité à comprendre l'état émotionnel d'une personne sans pour autant le partager. La compréhension du comportement et des émotions d'autrui passe par le reflet de ceux-ci dans l'activité cérébrale de l'observateur. Cette capacité d'empathie s'appuie sur l'activité des neurones miroirs. (Delbrouck, 2016).

Le thérapeute reconnaît le vécu de l'autre, l'accepte et y répond afin de poursuivre le travail thérapeutique. Le psychomotricien s'appuie également sur sa capacité d'empathie tonique. Il s'agit de l'établissement d'un partage des émotions aux travers d'un accordage relationnel qui prend source dans le dialogue tonico-émotionnel. Le psychomotricien rend compte de son ressenti corporel en écho à celui du patient. Le tonus étant la toile de fond historique du sujet. (Potel, 2010).

4) *Transfert et contre-transfert*

Le concept de transfert a été élaboré par Sigmund Freud. C'est « *l'ensemble des réactions inconscientes que développe le patient à l'égard de son soignant* ». (Delbrouck, 2016, p.78). Il s'agit de projections d'idées, de pensées, de conceptions chargées d'affect, le plus souvent inconscientes de la part du patient sur le thérapeute. Elles sont liées à des traumatismes affectifs de l'enfance. Pour Jacques Lacan, le transfert est « *un morceau de répétition du passé, un automatisme de répétition* ». (Delbrouck, 2016, p.278). Le thérapeute doit faire au mieux pour accueillir ce transfert et y mettre du sens pour faire avancer la relation thérapeutique. Guy Tonella aborde le concept du transfert dans les thérapies corporelles. Dans ce cas, il désigne « *l'ensemble des manifestations tonico-posturales inconscientes qui véhiculent par l'intermédiaire d'une « mémoire corporelle » les conflits infantiles refoulés s'actualisant au sein de la relation thérapeutique* ». (Delbrouck, 2016, p. 284).

Le contre-transfert est « *l'ensemble des réactions inconscientes que développe le soignant, induites chez lui par l'attitude et les activités transférentielles du patient, en réponse au transfert de ce patient* ». (Delbrouck, 2016, p.280). Ce contre-transfert peut être positif ou négatif et influence le patient. Pour certains, il repose sur une nouvelle conception de l'identification projective. Il est une forme de communication non verbale visant à faire éprouver à l'autre une émotion. En psychomotricité, le thérapeute doit être à l'écoute de ses propres réactions émotionnelles et corporelles en présence du patient. Ces ressentis donnent des indications sur la problématique perçue du patient.

Le transfert et le contre-transfert sont des outils thérapeutiques à condition qu'ils soient travaillés, conscientisés et dosés.

E) Conclusion

Dès le plus jeune âge, l'enfant montre des capacités pour établir un lien avec son entourage. La relation à l'autre est un élément nécessaire pour la construction du sujet et ce tout au long de sa vie. Le sujet dément dont l'appareil psychique se déconstruit a besoin d'être en relation pour retrouver des brides de son sentiment de continuité d'existence.

Le sujet dément comme indiqué précédemment possède des compétences préservées qui sont la mémoire corporelle et le « *savoir affectif* ». Ces notions doivent servir de levier pour établir une relation de qualité. Le sujet atteint de démence n'étant plus apte à s'adapter, c'est son interlocuteur qui doit le faire. Pour cela, il faut dépasser nos représentations et s'impliquer authentiquement dans la relation. Pour que la relation soit d'une qualité suffisante, il faut établir une communication adaptée.

F) Hypothèses de travail

L'intégralité des notions abordées jusqu'ici nous permettent de comprendre les enjeux de la prise en soin en psychomotricité avec les personnes atteintes de démences.

La relation favorise l'enracinement et la rétention de l'expérience dans le vécu. Le psychomotricien au travers de sa propre implication corporelle dans la relation va « réveiller » le corps en relation du sujet dément. Quand on réveille le corps, on réveille la mémoire et la mémoire de soi. La mémoire corporelle et la perception dans d'ici et le maintenant permettent au corps d'exprimer non pas des idées mais des perceptions enfouies. Le psychomotricien fait une lecture du corps du sujet dément afin de comprendre où se situent ses besoins. Il décrypte les moyens d'adaptation psychiques et comportementaux que le sujet met en place et donne du sens à ces manifestations.

Le sujet dément possède un savoir affectif préservé, la valence émotionnelle d'une interaction est primordiale. L'authenticité et la qualité de la relation le sont également. Il s'agit ici de ne pas se laisser enfermer dans ses représentations, dans les manifestations comportementales ou dans les pronostics de la maladie.

La relation permet de contenir les angoisses déstructurantes engendrées par la déconstruction du psychisme. La présence de l'autre dans la relation, contient, donne du sens au vécu et redonne une perception de soi afin de maintenir le sentiment d'exister.

Les appuis théoriques du psychomotricien permettent d'établir cette relation de qualité. Le psychomotricien se questionne sur la qualité de sa propre présence corporelle et met en place les moyens pour accompagner au mieux ces patients démunis. Les médiations autour de la communication verbale et non verbale semblent être un des moyens les plus appropriés pour préserver une qualité relationnelle avec ces patients.

Le travail du psychomotricien se situe également auprès des équipes afin d'accompagner au mieux les patients dans une continuité du soin pensée en équipe.

VI) La place de la communication

Le terme communication provient du latin « *comunicare* » qui signifie mettre en commun, faire part de, partage. Jacques Corraze dans son ouvrage « *Les communications non verbales* » (1980, p.19), reprend A.E. Scheflen, « *La communication comprend tous les comportements par lesquels un groupe constitue, soutient, médiatise, corrige et intègre ses relations* ». L'être est par essence un être de communication. Geneviève Arfeux-Vaucher et Louis Ploton (2012, p.29), reprennent la célèbre citation de Paul Watzlawick qui nous dit, « *on ne peut pas ne pas communiquer* ». La communication humaine se divise entre une communication verbale (environ 16%) et une communication dite non verbale (environ 84%). (Delamarre, 2011).

A) La communication : définition

1) *La communication verbale*

Le terme de verbal renvoie à l'utilisation du verbe. L'accès à cette communication s'acquiert progressivement et plus tardivement dans le développement que l'accès à la communication non verbale. Le verbal suppose l'apprentissage et l'utilisation d'un langage, c'est à dire un système de signes verbaux. Cette communication permet d'exprimer à autrui des pensées, des ressentis, d'aborder et de développer des concepts abstraits. Elle permet de comprendre et d'utiliser des codes (lettres, chiffres, symboles...). Elle ne nécessite pas forcément l'utilisation de la voix puisqu'elle concerne également le langage écrit, la langue des signes ou encore le makaton. En revanche, elle s'appuie sur le développement des compétences cognitives et symboliques. (Corraze, 1980).

2) *La communication non-verbale*

Eric Pireyre (2011), explique que Christian Ballouard, délaisse ce terme de communication non verbale (CNV) pour celui de « *communication corporelle* ». Dans ce mémoire, je fais le choix de garder le terme de CNV, mettant principalement inspirée de la théorie de Jacques Corraze et pour éviter des confusions.

L'autre type de communication est dite non verbale. « *Nous parlons avec notre organe vocal mais nous conversons avec tout notre corps* ». (Corraze, 1980, p.110). Selon Jacques Corraze (1980, p.15), le terme communication non verbale renvoie à « *l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrits, langage des sourds-muets, etc.)* ». L'utilisation des CNV repose sur trois supports, qui sont : le corps dans sa qualité physique et ses mouvements (regard, mimique...), les artefacts liés au corps (tatouages, vêtements...) et les artefacts liés au milieu (espace, proxémie...). « *On applique le terme de communications non-verbales à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularité somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise* ». (Corraze, 1980, p.16).

Même la communication non verbale exclut tout système linguistique, elle n'en reste pas moins une communication. Elle est un sous-ensemble des comportements non verbaux. Par conséquent la communication non verbale permet le transfert d'information entre deux systèmes. Les comportements sont par essence porteurs d'information. Elle assure la cohérence et la relation au sein d'un groupe. L'individu est conscient qu'il veut transmettre un message mais ce type de communication s'effectue via des modifications corporelles inconsciemment déterminées et peu maîtrisées.

Les messages sont transmis grâce aux canaux de communication (gestes, mimique, regard...). Certaines de ces communications non verbales sont associées au langage. On les classe sous le terme de paralangage, il concerne la voix, sa hauteur, son intensité. (Corraze, 1980).

B) La communication avec le sujet dément

1) Parler le corps

Pour établir une communication avec le sujet dément, il faut prendre conscience de ses difficultés. Les mots perdent leur sens et leur valeur. On ne sait pas ce qui raisonne encore dans l'esprit d'un sujet dément présentant des difficultés cognitives.

Malgré tout, il ne faut pas cesser de communiquer verbalement avec eux. La mère accompagne les soins qu'elle apporte à son enfant de parole même s'il n'a pas encore conscience du sens des mots. Pour Didier Anzieu, « *Le soi se forme comme une enveloppe sonore dans l'expérience du bain de sons, concomitante de celle de l'allaitement* » (Anzieu, 1985, p.192). La parole de la mère en présence de son enfant crée un espace sonore, qui sera le premier espace psychique. Avant le regard ou le sourire, c'est le bain mélodique qui tient lieu de miroir pour l'enfant. L'univers sonore est introjecté et vient créer un sentiment d'enveloppe qui précède la création du Moi-Peau. Même si le sujet dément ne comprend plus le sens des mots, ce qui importe c'est l'accompagnement dans un bain sonore, qui vient recréer un sentiment d'existence et d'enveloppe.

Quand on parle à un sujet dément, il faut prendre conscience des mots qu'on utilise et des intentions qu'on y met. On peut s'en y prêter attention utiliser des expressions dépersonnalisantes, elles peuvent empiéter le sentiment d'être un « Je », chez les personnes qui sont démunies. La parole de l'autre et le langage doivent servir à montrer que l'on reconnaît la souffrance de l'autre et ne pas la minimiser ou l'annuler.

Christine Maintier, nous dit « *Face aux troubles mnésiques, prendre le temps de nommer, de redéfinir les parties du corps, tout en mettant en œuvre un contact corporel, auto-contact ou contact avec un tiers, peut-être une aide à la conservation du soi* ». (Maintier, 2011, p.43). Parler le corps permet de redonner du sens au vécu et une perception de soi. La préservation de la parole dans l'accompagnement du sujet dément semble être une nécessité à laquelle il faut prêter attention.

2) *Méthode de la validation*

Naomi Feil a théorisé cette méthode en s'appuyant sur ses années d'expériences en maison de santé auprès des personnes âgées atteintes de démence. Il s'agit d'une « *méthode de communication empathique qui leur permet de retrouver leur dignité, de réduire leurs angoisses et d'éviter leur déchéance vers le stade végétatif* ». (Feil, 2006, p.35). Cette technique repose sur une écoute empathique, sans jugement qui accepte la vision de la réalité du sujet dément. Le but étant d'établir une communication de qualité afin de prendre soin. Le prendre soin repose sur l'établissement d'une relation de confiance, authentique et empathique entre le soignant et le soigné pour éviter le déclenchement des comportements perturbateurs ou le déclin de ces patients.

Naomi Feil a montré que l'utilisation de cette méthode de validation entraîne des changements positifs dans les comportements grâce à l'établissement d'un climat relationnel sûr.

Cette technique a pour principe fondamental de comprendre le comportement des personnes désorientées. Pour elle, il faut apprendre à lire les signes. Les comportements du sujet dément ne sont pas seulement liés aux modifications anatomiques dans le cerveau. Ils reflètent l'ensemble des changements physiques, sociaux et psychologiques qui ont existé au cours de la vie toute entière. Ces comportements sont liés à des besoins humains non satisfaits, qu'il faut repérer. Le sujet dément conserve des besoins essentiels comme le désir d'appartenance, l'envie de s'exprimer ou le besoin d'avoir une identité. (Feil, 2006).

La méthode de la validation prend appui sur des techniques simples et peu coûteuses en temps. En voici quelques exemples :

- Se concentrer, il s'agit de prêter attention à sa respiration pour expulser les mauvais sentiments et pouvoir se concentrer sur ceux que ressent la personne avec laquelle on communique
- Utiliser des mots apaisants et concrets
- Reformuler en imitant le ton de la voix, la cadence
- Faire se souvenir pour retrouver des stratégies familières
- Maintenir un contact visuel et proche pour diminuer l'anxiété
- Parler d'une voix claire, basse et affectueuse
- La technique du miroir où il s'agit de copier les mouvements et les émotions de l'intéressé. L'imitation est propice au climat de confiance et à la communication
- Toucher physiquement tout en prêtant attention au respect de l'espace personnel.

Nous constatons que cette technique s'appuie sur l'établissement d'une communication verbale et non verbale de qualité et adaptée aux difficultés du sujet dément. Ces techniques sont utilisables par tous et constituent un bénéfice également pour les soignants. Cette méthode donne un sens humain au travail de soin. (Feil, 2006).

C) L'intérêt de la communication non verbale avec le sujet dément

1) Trouble de la communication

Le langage est une des fonctions altérées dans le processus démentiel. Il est courant de trouver la présence d'aphasie. L'aphasie est une atteinte partielle ou totale du langage qui peut toucher le versant compréhension comme le versant production. Ce type d'atteinte est courante, notamment dans les démences de type Alzheimer et la DFT. Certaines recherches font le lien entre la présence d'aphasie et la présence d'apraxie gestuelle, qui constituerait un trouble général de la communication. Les recherches et les avis sont partagés sur la question. (Corraze, 1980). Le sujet dément n'arrive plus à alimenter son discours avec des gestes qui l'illustrent en revanche des attitudes et comportements non verbaux sont tout de même préservés en relation.

Cécile Delamarre (2011) dans son ouvrage « *Alzheimer et communication non verbale* », nous explique que la démence efface progressivement les codes et les conventions nécessaires à la communication verbale. En compensation l'organisme se réfère à l'activité sensori-motrice, elle va renforcer l'utilisation de la communication non verbale. Cette communication non verbale est en partie visible si l'interlocuteur prend l'habitude d'y prêter une attention consciente. Ce qui permet la possibilité d'établir une nouvelle forme de communication avec le sujet dément. Mais également d'essayer de comprendre ce que le sujet dément essaie d'exprimer.

2) Aspect relationnel

Les relations humaines sont régies par l'expression corporelle et verbale. Lors d'interaction l'interlocuteur a tendance à prêter une attention consciente sur le contenu verbal plutôt que celui du non verbal. Pour Hubert Montagner (2012), beaucoup finissent par ne plus regarder leur interlocuteur et ne plus prendre en compte ce qu'il exprime au travers de cette communication non verbale. Les réponses données à cet interlocuteur seront donc moins appropriées. Pour cet auteur sans communication, les autres n'existent pas. Une communication adaptée permet de donner sa place à l'autre dans un échange relationnel.

Cécile Delamarre reprend la théorie de Hubert Montagner. Les gestes, attitudes, mimiques... sont porteurs de messages dirigés vers autrui. Ces gestes et attitudes non verbales sont des mouvements relationnels qui conditionnent les interactions sociales. Il existe trois types de gestes qui expriment des intentions relationnelles selon lui. (Delamarre, 2011).

- *Les gestes d'accordance*, il s'agit de recherche de lien, de sollicitation. Par exemple tendre la main ou sourire.
- *Les gestes de discordance*, ils sont utilisés dans une dynamique d'opposition. Ils concernent les actes de saisies, de menace ou d'agression comme frapper, incliner le buste en avant avec une progression lente...
- *Les gestes d'isolement*, la personne se retire de la relation. Cela passe par des gestes comme se toucher une partie du corps, fermer les yeux, fixer le vide ...

Décoder ces gestes permet de comprendre la dynamique relationnelle qui s'instaure entre deux interlocuteurs. Avec le sujet dément, il est nécessaire d'y prêter attention lorsqu'on veut établir un contact ou lors d'échange. Hubert Montagner (2012), dit que la non prise en compte de l'autre débouche sur l'isolement, le rejet et l'agression. C'est bien souvent le cas avec des sujets déments présentant des SCPD.

3) *L'observation de la communication non verbale et des manifestations psychocomportementales*

Les communications non verbales sont liées à l'expression (caractère orientée de la communication) et à l'expressivité du sujet. L'expressivité manifeste un état interne par le biais de modifications corporelles inconscientes et non maîtrisées. Même si elle donne des indications sur l'état intérieur, il ne faut pas croire que l'on peut en faire une science exacte capable de mettre à jour la vie secrète interne. (Corraze, 1980).

En psychomotricité nous nous intéressons à l'expression et à l'expressivité du sujet car ils sont les « *véhicule de l'être au monde* ». Dans le cas des démences, elles donnent des indications sur l'affectivité préservée du patient. Les SCPD, eux donnent trace des besoins du dément. Leur observation est primordiale pour la compréhension de la problématique du patient et servent de levier lors de la prise en soin. Lors d'une demande de soin concernant la présence de SCPD, il paraît important pour le psychomotricien d'observer le sujet dément dans ses lieux de vie, dans ces moments d'interaction avec les autres professionnels et patients.

Je propose un parallèle avec la méthode établie par Esther Bick. Cette méthode a été créée pour l'observation des nourrissons au sein de leur famille. P. Prat (2005), explique que pour Esther Bick il s'agit d'apprendre à observer. Les grands principes que je retiens de cette méthode sont ce qu'elle appelle faire table rase. Il s'agit lorsqu'on est en situation d'observation de ne pas interpréter. Quand on aborde le sujet, il ne faut pas avoir d'idées préconçues ou des théories en tête. Le premier de lieu de connaissance est l'expérience dans l'ici et le maintenant de la relation. Faire table rase, c'est respecter l'autre, cette méthode s'inscrit dans une éthique de soin. Le deuxième point de la méthode d'Esther Bick que je retiens est l'écriture. Suite à la situation d'observation, il est nécessaire de rédiger en premier lieu sans faire le tri. En effet, dans sa situation d'observation avec le sujet dément, nous sommes présents à la relation et nous sommes pris dans nos éprouvés. Ces éprouvés sont sources de connaissance pour la compréhension de la problématique du sujet. L'écriture permet un temps de remémoration et d'élaboration théorico-clinique pour le thérapeute.

D) Les médiations autour de la communication non verbale

Grâce aux différents concepts abordés jusqu'à présent, les médiations autour de la communication non verbale semblent être un moyen privilégié pour comprendre le sujet dément et de répondre à ses besoins. La réflexion autour des médiations de la communication non verbale a pour but d'établir une relation de qualité et de redonner une sentiment d'existence.

1) L'imitation

L'imitation s'appuie sur le système des neurones miroirs. Ces neurones s'activent pendant la réalisation d'une action motrice ainsi que lors de l'observation de cette même action chez d'autres individus. Le rôle principal de ce système est « *comprendre la signification des actes d'autrui* ». (Rizzolatti, 2008, p.137).

L'imitation est présente sous forme précoce chez les nouveau-nés, elle est un support d'apprentissage et de communication. Quand nous percevons un geste, nos aires motrices s'activent et grâce à cela nous partageons ce geste avec l'autre et nous en comprenons sa signification. Ceci est la base de l'établissement d'une forme de communication. A la vue du mouvement, nous esquissons le même mouvement en réponse. Notre interlocuteur perçoit cela et modifie sa conduite.

Cet acte de résonance nous permet de nous saisir de l'influence de notre réponse involontaire sur autrui. Ces réajustements multiples entre les deux sont une base conversationnelle. Notre répertoire moteur contient les mimiques, les gestes transitifs et intransitifs, ainsi que les mouvements oro-faciaux. En relation, les comportements moteurs d'autrui ne sont pas seulement des typologies d'actions, elles suscitent chez nous des émotions. L'imitation est la base de l'empathie et du transfert d'émotion. (Rizzolatti, 2008). On peut ici faire le lien avec l'établissement du dialogue tonico-émotionnel entre deux individus qui sont interactions.

De nombreux auteurs ont noté l'importance de la fonction d'imitation dans le développement de la vie psychique de l'enfant. Pour Eugenio Gaddini (2001) l'imitation précède les processus d'identification. L'imitation est une relation d'objet primitive et participe à la création du moi psychique. L'activité imitative est liée au développement de la perception. A travers l'activité imitative l'enfant va percevoir l'autre et progressivement se percevoir soi. L'enfant va imiter pour percevoir et pour être.

Pour Eugenio Gaddini (2001), l'identification est une version plus complexe de l'imitation. L'identification primaire est caractérisée par la fusion avec l'objet. Par cette identification projective l'enfant va se débarrasser du mauvais dans la mère, c'est la fonction alpha théorisée par Wilfried Bion. La forme normale de l'identification se fonde sur la communication non verbale entre le bébé et l'objet maternant.

L'imitation est une forme de communication en deçà du langage et permet le partage des émotions, elle permet de comprendre les ressentis de l'autre en relation. Le sujet dément est soumis à une régression de l'appareil psychique. Les phénomènes d'identification qui nourrissent le Moi et l'identité vont régresser vers une fonction d'imitation. Quand le sujet imite, il prend conscience de l'autre et de soi. L'activité imitative est un levier pour recréer une conscience et une perception de soi.

2) La face, le regard, le sourire

Hubert Montagner (2012) nous dit que regarder l'autre c'est le faire exister. Pour Michel Delbrouk (2016, p.89) « *l'image de soi est structurellement une image de soi vue par l'autre : je n'existe que si tu me vois* ». L'éthique de la relation dans le soin passe par la reconnaissance du visage de l'autre.

Reconnaître ce visage c'est voir l'autre dans sa globalité et non en terme d'objet partiel (une partie du corps, un symptôme...). On parle de position éthique au sens où l'acte le plus violent envers l'autre c'est de ne pas le regarder. Regarder l'autre, c'est le considérer dans sa globalité d'être humain.

La face est un « *déclencheur social privilégié* ». (Corraze, 1980, p.113). Le canal visuo-facial tient un rôle important dans la communication en générale mais également dans le transfert d'affect. Quand on regarde le visage et les yeux d'un individu cela signifie qu'on désire attirer son attention. C'est une des bases de l'établissement d'un contact relationnel. Quand on porte le regard sur nous cela augmente notre état de vigilance. Le regard peut avoir une valence négative (agression, soumission) ou une valence positive (attraction affective). Il paraît donc essentiel de prendre conscience manière dont on regarde et ce que cela suscite chez l'autre.

Le nourrisson de 0 à 3 mois a besoin d'accrocher le regard de sa mère. Ce phénomène participe à l'attachement. Le regard, tout comme le dialogue tonico-émotionnel tient une fonction de communication entre le nourrisson et son entourage. Pour D.W Winnicott l'échange de regard entre le mère est l'enfant tient lieu de premier transfert de subjectivité. Le regard de la mère est le premier miroir de l'enfant, il est la base de la création du processus de différenciation. La perception de soi dans le regard de l'autre, nous renvoie quelque chose de sa propre existence.

L'orientation du regard et le sourire font partie des gestes d'accordance, c'est à dire qui exprime la recherche de lien. Le sourire, tout comme le regard et un comportement d'attachement. Ce signal, quand il est émis a valeur de rapprochement spatial entre les individus. (Corraze, 1980).

3) *L'attention conjointe et la place de l'objet*

L'attention conjointe « *se réfère aux processus et comportements relatifs à la capacité de l'enfant d'utiliser le regard et les gestes (notamment le pointing) pour coordonner son attention envers des objets ou événements intéressants dans le monde de manière conjointe avec un partenaire social* ». (Moro et Mirza, 2014, p.58). Elle permet l'établissement d'une première forme de communication intentionnelle avec comme base les communications gestuelles et non verbales.

Ce phénomène apparaît très tôt dans le développement de l'enfant et signe l'apparition des cognitions sociales, c'est à dire la capacité de communiquer avec autrui et de se représenter ce qu'il pense.

L'attention conjointe s'établit dans une interaction triadique enfant-objet-adulte par le biais d'une co-orientation du regard sur l'objet. La présence de l'objet en tant qu'entité physique présente dans l'espace mais aussi ce qu'il représente qui va permettre l'attention conjointe de deux individus. (Moro et Mirza, 2014).

Le processus démentiel altère les capacités attentionnelles du sujet, le rendant ainsi moins disponible pour les échanges relationnels. La présence d'un objet et du regard permettent d'activer le système de vigilance. La présence de l'objet vient relancer l'intérêt relationnel. La relation dans l'ici et le maintenant permet recréer ce que Gérard Le Gouès (1991) appelle « *l'identité de perception* » du sujet.

La question du choix de l'objet est importante. L'objet peut posséder des qualités sensorielles particulières. Cet objet peut avoir un sens culturel. Le choix d'objet peut être en lien avec l'histoire de vie de la personne démente et être un appui à la mémoire corporelle.

Vignette clinique :

Madame B, est atteinte d'une MA. Nous l'accueillons lors du groupe au PASA. Actuellement, elle présente un syndrome de glissement, elle ne communique presque plus et ferme les yeux en permanence pour couper le contact. Les seuls moments où Madame B établit un contact c'est lorsque vient le jeu d'échange de ballon. Cet objet éveille l'intérêt chez Madame B, qui participe et communique avec les autres résidents pendant cette activité. Dès que l'activité cesse, elle referme les yeux.

4) *La proxémie*

Cette notion a été introduite par Edward T.Hall. La proxémie c'est la distance entre les corps des individus au cours d'une interaction. Elle varie selon la culture mais également suivant le contexte et le lieu associé. (Delamarre, 2011).

Pour Jacques Corraze (1980, p.191) « *Les rapports spatiaux entre les individus, la distance qu'ils ménagent entre eux sont d'authentiques systèmes de communication tout autant que les signaux dont on use pour limiter notre espace* ». Chaque individu possède un espace personnel, il varie selon l'âge, le sexe, la personnalité, la pathologie, le degré de sympathie pour son interlocuteur.

Selon Cécile Delamarre (2011) peut importer la culture, les interactions proxémiques ont un rôle important sur notre qualité de vie. Un rapport proxémique peut être interpréter comme étant une intrusion dans notre espace intime et personnel. Chez tout individu, il est nécessaire de repérer et respecter cet espace personnel. En ce qui concerne le sujet dément, il est soumis à une distorsion de la perception, un rapprochement proxémique peut être interprété comme une intrusion dans son espace personnel et déclencher l'apparition de certains SCPD.

5) La posture

Le terme posture désigne « *la position du corps, ou de ses parties, par rapport à un système de repères déterminés. Il s'agit donc de l'orientation des éléments corporels* ». (Corraze, 1980, p.143). La posture est relativement fixe et durable. Elle prend sens dans une culture et ses rituels. Elle conditionne les rapports entre les individus (agression, menace, soumission ou apaisement). La posture peut accompagner le discours verbal ou se substituer à lui de manière inconsciente. Dans les interactions, il faut particulièrement être attentif aux orientations de la tête et du tronc.

Jacques Corraze (1980) explique que pour Henri Wallon, les postures ont fonction d'expression. La posture est liée au tonus musculaire, lui-même en lien avec les émotions. Les émotions sont l'essence des communications à travers la création d'un dialogue tonique entre les individus.

6) Le dialogue tonico-émotionnel

Le nourrisson au début de sa vie est dans une proximité corporelle avec son entourage. Cette proximité passe par le holding ou portage. Dans le portage né un accordage, un langage entre la mère et son enfant. Julian De Ajuriaguerra reprend la théorie de Henri Wallon et nomme cet accordage le dialogue tonico-émotionnel. Ce dialogue s'observe aux travers des changements tonico-posturaux et gestuels de la mère et de l'enfant. (Joly et Berthoz, 2013).

Ce dialogue est une voie de communication privilégiée pour les émotions. Il constitue la première forme d'échange communicationnel et relationnel. Il est la base du développement de la communication non verbale et verbale. Le corps garde dans son organisation tonique une trace de ce holding des premiers instants de la vie. Pour Catherine Potel (2010) c'est la base de la mémoire corporelle du sujet.

Le psychomotricien dans sa relation avec le patient établit également ce type de dialogue et de communication non verbale. Il sert de baromètre émotionnel afin de comprendre le vécu émotionnel du patient et de s'y ajuster.

Selon la théorie de D.W Winnicott (1969), l'intégration du holding sur le plan psychique permet à l'enfant l'acquisition d'un sentiment de continuité d'être qui limite les angoisses déstructurantes pour le Moi. Quand le thérapeute s'ajuste à l'état tonico-émotionnel du patient, il vient lui procurer la sensation d'être porté psychiquement et redonne un sentiment d'existence.

7) Le toucher ou communication cutanée

La psychologie fait état de l'importance du contact de peau comme communication entre les individus notamment dans les interactions précoces. Cette fonction de communication prend sens dans un contexte particulier. Selon les cultures, il existe des parties intouchables du corps. Certains types de contact s'intègrent dans les rituels d'affiliation, de rencontre, de renforcement des liens sociaux ou d'apaisement (tape amicale, étreinte, contact main à main). Ils sont signes d'affectivité, d'intimité et engendrent des affects positifs. Mais on perçoit des différences inter-individuelles importantes. Un toucher peut également déclencher des affects négatifs, ils signalent le rejet de l'intimité, un rapport de domination ou sensibilité particulière. (Corraze, 1980).

En institution, le corps du patient est sans cesse touché lors des soins. Dans le cas des personnes présentant une démence, il est nécessaire d'observer les réactions au toucher et de tenir compte du type d'affects qu'ils procurent notamment pour comprendre le déclenchement des SCPD.

En psychomotricité le toucher peut être utilisé avec les sujets déments afin de signifier notre présence, d'apporter de la contenance et de la réassurance. Mais également de nourrir ce lien de frontière entre le sujet et le monde extérieur, il s'agit de redonner ses fonctions au Moi-Peau théorisé par Didier Anzieu et cité précédemment dans ce mémoire.

Vignette clinique :

Madame M est atteinte d'une DFT. Après un examen psychomoteur, je relève que son dessin du bonhomme possède des contours flous. Je fais ici le lien avec le fait que lorsqu'on touche Madame M, cela provoque une montée d'excitation. En retour, elle nous touche de manière intrusive, elle cherche à passer la main sous les vêtements. La démence participe au délitement du sentiment d'enveloppe de Madame M. Le toucher vient alors pénétrer cette enveloppe perforée, il devient intrusif et source d'excitation.

E) Conclusion

La communication est le support de la relation. Les théories autour des différents canaux de la CNV permettent d'apporter un éclairage sur les difficultés relationnelles avec le sujet dément mais également sur l'apparition des SCPD. Leur observation et prise en compte sont nécessaires.

Le psychomotricien observe le corps en relation du sujet dément et y apporte un éclairage pour comprendre ses besoins. Mais également afin de créer une relation de qualité qui permettra au sujet de se percevoir lui-même et de se sentir exister. Fabien Joly et Alain Berthoz (2013), expliquent que pour Julian de Ajuriaguerra la communication humaine est basée sur se sentir en lien mais également se sentir différencié.

Un espace relationnel de qualité permet de contenir les manifestations psychocomportementales des déments. L'observation de la communication non verbale permet d'apporter un éclairage psychomoteur qui sera communiqué aux équipes, afin qu'elles puissent également prêter attention à leurs qualités communicationnelles et relationnelles.

VII) Étude de cas : Le cas de Jean

Histoire de vie

Jean a 82 ans au moment où je le rencontre. Jean semble avoir eu une vie heureuse dans l'ensemble. Il a une sœur, dont il est très proche et qui est très présente encore aujourd'hui.

A 14 ans, il effectue un CAP menuisier/charpentier. Puis à 18 ans, il part faire son service militaire au Maroc. C'est un grand sportif, il pratique le football. Lors de son service militaire, il jouera la coupe du Trône. Il travaille longtemps en tant qu'artisan à son compte et passe un diplôme d'entraîneur de football. Il finira sa carrière professionnelle en tant que commercial dans le bois.

Il rencontre sa femme à l'âge de 31 ans. De leur mariage, naissent une fille et un garçon. Jean possède une relation privilégiée avec sa fille qui est actuellement sa tutrice légale. En revanche, la relation avec son fils est compliquée faute d'intérêt commun concernant le sport.

Tout au long de sa vie, Jean a pratiqué de nombreux sports : la pétanque, le football et le tennis. Il allait à la salle de sport tous les jours et a couru le marathon jusqu'à l'âge de 72 ans. Plus jeune, Jean était également un excellent danseur.

Sa femme le décrit comme un homme jaloux, macho, proche de l'argent voire parfois paranoïaque concernant les questions financières. Il a connu des périodes d'achat compulsif. Jean a eu une vie sociale très riche. A l'annonce de son diagnostic de démence, il s'est senti très délaissé par son entourage amical, ce qui l'a beaucoup marqué.

Anamnèse et diagnostic

Jean présente une démence de type Alzheimer avec un MMSE actuellement à 11/30. Jean présente donc un dysfonctionnement cognitif modéré avec des troubles mnésiques et une aphasie importante. Il a des antécédents d'apnée du sommeil, de gonarthrose, d'hypercholestérolémie et de coronaropathie.

Au quotidien, Jean est incontinent et a besoin de stimulation pour manger. Son autonomie est minime, il ne peut s'habiller ou se laver seul.

Le NPI-ES de Jean est de 90/144, il présente des comportements moteurs aberrants, de l'agressivité, de l'agitation, de l'anxiété, de l'irritabilité et une désinhibition.

Il bénéficie d'une prise en soin en kinésithérapie une fois par semaine pour son arthrose. Le suivi orthophonique pour l'aphasie secondaire à l'Alzheimer a été arrêté, ainsi que la prise en soins en atelier de stimulation cognitive effectuée par la psychologue. L'état cognitif de Jean se dégrade depuis quelques mois.

Projet d'accompagnement dans l'institution

Jean a besoin de contact, il cherche souvent l'attention du personnel. Il est donc important d'être présent pour lui et de le réassurer régulièrement. Concernant la toilette, une prescription d'Oramorph est donné avant les soins afin de limiter les douleurs liées à l'arthrose.

Demande de soins en psychomotricité

En janvier 2017, la psychologue de l'USSAAD demande que j'intervienne pour différents patients dans cette unité. La demande d'intervention en psychomotricité concernant Jean s'axe autour de sa problématique de déambulation. En effet, Jean déambule énormément, ce qui majore ses douleurs dues à son arthrose très avancée. Quand Jean déambule, il s'épuise physiquement, il risque de chuter et la douleur le rend agressif. Jean présente des antécédents d'épisodes agressifs face au personnel soignant notamment lors des soins. Mais il est également agressif envers les autres résidents de l'USSAAD, et ceci sans raisons apparentes pour les équipes. Les épisodes peuvent être aussi auto-agressifs. Jean vit très mal sa maladie et sa progression. Face à ces comportements, les équipes ne savent pas comment réagir pour préserver la sécurité de tous et de Jean.

La psychologue souhaite que je rencontre Jean afin d'établir avec lui une relation de confiance afin de lui proposer des activités ludiques en lien avec ses anciens centres d'intérêts. L'idée est de lui proposer des jeux de ballon afin de l'amener à s'asseoir pour faire cesser la déambulation, limiter les douleurs et l'agressivité.

Étant stagiaire, l'accompagnement se terminera en mai. La finalité de ce suivi est de donner des clefs à l'équipe pour poursuivre ces moments d'échanges avec les autres professionnels mais également avec sa femme lorsqu'elle lui rend visite. Sa femme est très en demande, elle souhaiterait pouvoir retrouver des moments de partage avec son mari. L'objectif général étant de revaloriser Jean et son corps à travers la relation et des activités.

La première rencontre

La première fois que je rencontre Jean, il déambule dans la salle commune. Je le regarde et je m'approche de lui pour me présenter. Il ne prête pas attention à moi. Il continue de déambuler, je décide de l'accompagner. Je lui parle, il me répond mais il est très difficile de le comprendre. Jean présente une aphasie très avancée et est très désorienté. Nos discours ne s'accordent pas. Jean finit par me faire comprendre qu'il veut que je le laisse seul. Je lui dis aurevoir et lui signifie que désormais je viendrai passer un moment avec lui toutes les semaines. Une fois que je m'éloigne, une aide-soignante s'approche de Jean, il me désigne alors du doigt et me sourit.

Suite à cette première rencontre, je comprends que l'enjeu de la situation avec Jean est d'établir un mode de communication adapté et qu'il m'identifie. Entrer dans la bulle de Jean, ne paraît pas chose aisée.

Au fil des rencontres

a) Créer un lien

Au début de nos rencontres, je décide de ramener un petit ballon rouge. Jean étant ancien footballeur, le ballon sert d'objet d'attention conjointe pour établir un premier lien avec Jean. Arriver avec ce petit ballon, sonne comme un rituel, ce qui permet à Jean de m'identifier. Dans nos premiers échanges, Jean me désigne le ballon que je tiens. Dans nos premières rencontres, Jean et moi s'asseyons et échangeons le ballon. Le ballon permet d'établir une communication et un accordage relationnel en deçà du langage. Jean finira par me faire comprendre que ces échanges de ballon, ne l'intéressent plus. Lorsque je viens à sa rencontre, il prend le ballon dans une de ses mains et le garde. Il me fait signe de le suivre dans sa déambulation.

b) Image de soi et agressivité

Au début de nos rencontres, j'établie une communication par le regard, la voix et le dialogue tonico-émotionnel. Regarder l'autre, c'est le faire exister. Quand je le regarde, cela renvoi quelque chose à Jean de sa propre image et lui permet de se resituer dans le présent, c'est le regard miroir dont nous parle D.W Winnicott. La relation réveille le corps, la mémoire du corps et la perception de soi. Dans ces moments Jean, me dit souvent « Je suis foutu » et il laisse échapper pudiquement quelques larmes. Malgré un état cognitif très dégradé, Jean montre une lucidité sur son état et cela semble beaucoup le toucher. L'image de soi semble très dégradée, ce qui impacte possiblement la qualité du lien relationnel.

Pour moi ceci fait écho avec les comportements agressifs. L'histoire de vie de Jean nous indique qu'il a eu une vie sociale riche et qu'il a été un homme actif. Jean vit très mal son état qui se dégrade. Cette agressivité est également à mettre en lien avec les conséquences directes de la dégradation cognitive sur la construction psychique. Pour Philippe Landreville et al (2005), l'agressivité est principalement corrélée à l'état de dégradation cognitive ainsi qu'à une relation de mauvaise qualité. Eric.W Pireyre (2011), lui explique que certains types d'auto ou d'hétéro-agressivité peuvent être rattachés à un défaut du sentiment de continuité d'existence.

c) Sentiment de continuité d'existence et déambulation

Parfois, par imitation j'arrive à faire s'asseoir Jean. Dans les moments où il est assis, il gesticule sans cesse dans le fauteuil. Je remarque qu'il recherche un appui au niveau du dos. J'établie une communication par le toucher. Je mets ma main sur le dos de Jean, afin de lui apporter contenance et réassurance. La sensation d'un appui dos permet de redonner à Jean un sentiment d'enveloppe. Jean se laisse aller au fond du fauteuil dans un relâchement tonique. Ce relâchement m'apparaît en premier lieu comme le signe d'un certain apaisement et de lâcher prise. Mais ce lâcher prise semble engendrer de l'angoisse, je pense notamment à une angoisse archaïque d'effondrement et de chute (Pireyre, 2011). Je fais cette hypothèse car ces moments sont toujours de courte durée et sont suivi d'une déambulation qui s'intensifie.

Dans la demande qu'il m'a été formulée, on me demandait de faire s'asseoir Jean pour limiter ses douleurs dues à l'arthrose. Mais supprimer ce symptôme, revient à supprimer le sujet.

La mise en mouvement et l'engagement tonique global engendré par la marche permettent à Jean de retrouver une sensation qui enveloppe tout son corps. Ce comportement redonne forme à l'enveloppe et permet de maintenir un sentiment de continuité d'existence. Si Jean, ne mobilise pas son tonus, pour tenir, il est soumis à des angoisses archaïques destructrices pour le Moi.

Les comportements moteurs sont souvent présents chez les patients ayant eu un style de vie actif, c'est le cas de Jean. Pour Eric.W Pireyre (2011), dans l'évaluation clinique de l'image du corps, les habitudes motrices signent une recherche de sensation en lien avec le besoin de retrouver un sentiment d'existence.

d) Mauvais objet

Au fil de nos rencontres, il n'est plus possible de s'asseoir, Jean ne cesse de déambuler. Je l'accompagne et lui parle, j'essaie d'apporter une contenance par un toucher, mais quand Jean déambule le toucher semble le perturber s'il ne vient pas de sa propre initiative. Ce toucher intruse Jean dans son espace personnel et vient altérer la qualité de la sensation recherchée à travers la déambulation. Quand Jean se désengage de ce toucher, je cesse afin de ne pas provoquer de comportements agressifs. J'essaie donc d'apporter une contenance et un sentiment d'enveloppe par le regard et par la voix. En parlant à Jean, j'essaie de lui renvoyer quelque chose de la situation présente. Je parle de ce que je vois ou de ce que je ressens et j'utilise des adresses indirectes. Parfois Jean est totalement désorienté, parfois il me répond avec son franc parlé.

A plusieurs reprises, alors que Jean semble inscrit dans la relation, grâce à l'établissement d'un dialogue tonico-émotionnel et de l'empathie tonique qui en découle, je ressens chez lui une tension et une inquiétude montante. Je n'identifie pas tout de suite ce qui se joue. Quand Jean, semble pris dans l'angoisse il déambule plus rapidement et cherche à ouvrir les portes des chambres des résidents qui sont alors fermées à clefs. On dira que Jean cherche à sortir. J'essaie de mettre des mots sur ce que je ressens et perçoit de la situation. Un jour, alors que cette situation se reproduit, Jean me fait signe et me désigne par le regard un autre résident et me dit « Lui ». Je comprends alors que Jean cherche à fuir car il a peur d'un des autres résidents qui parfois lui aussi déambule dans la salle commune. Je fais part de cette remarque à une aide-soignante qui me signale que Jean et cet autre résident ont déjà eu des différends. La sensation d'un environ insécure peut majorer les comportements agressifs.

Parfois Jean ne prête pas attention à cet autre résident et parfois sa présence semble l'envahir. Jean est soumis à des fluctuations de perception, la réalité est distordue. Parfois l'autre est perçu comme étant le bon objet, celui qui rassure et parfois comme un mauvais objet, celui qui persécute. Jean possède une enveloppe psychique « perforée », la fonction de pare-excitation ne tient plus effet. Quand Jean perçoit cet autre résident, il est envahi par l'angoisse. Dans ces moments, Jean décroche de la relation, il fait des gestes avec les mains ou monte le ton de la voix en disant « Oh ». La perception négative de cet autre résident semble se transférer sur moi, une sorte de contamination émotionnelle et projective semble se créer et interrompt la relation. Tout devient mauvais objet. Dans ces moments, je n'arrive pas à apaiser Jean et je comprends qu'il faut que cesse le contact relationnel au risque de provoquer de l'agressivité. J'essaie toujours d'y mettre fin de manière rassurante.

e) Adhésivité, identification et séparation

Puis petit à petit, au fil des semaines dans cette situation de déambulation à deux, un accordage se crée. L'établissement d'un dialogue tonico-émotionnel permet à Jean de se sentir porter dans la relation et cela limite momentanément les angoisses qui envahissent le moi. Il s'agit ici du holding psychique dont nous parle D.W Winnicott (1969). Quand j'arrive, c'est Jean qui s'approche et qui établit une communication. Jean me sourit et me regarde, je comprends qu'il désire entrer en interaction avec moi. Je lui tends la main en signe de salut, Jean la saisit et ne la lâche plus pour m'amener dans sa déambulation. C'est lui qui établit une communication cutanée. Si je traîne ou m'éloigne un peu de son espace personnel, Jean me regarde et me dit « allez » ou « vient », dans ces moments Jean semble avoir besoin de proximité corporelle. Quand Jean est épuisé par sa déambulation incessante, il s'agrippe encore plus fort. Mon corps, sert à la fois de béquille au sens physique, d'appui pour tenir l'équilibre et continuité à déambuler mais aussi au sens psychique. Cette proximité et l'agrippement à ma main signe ce que Michel Delbrouk (2016) explique comme étant un phénomène d'identification adhésive. Ce terme a été introduit par Esther Bick, nous explique Geneviève Haag (1998). L'identification adhésive précède les identifications projectives. Chez les très jeunes enfants cette position adhésive se produit au stade de la non-différentiation des corps. Dans les relations précoces s'est en collant la figure contenante que l'enfant acquiert son identité. L'appareil psychique de Jean régresse, l'identification adhésive devient un mode d'existence.

Quand vient le moment de la séparation c'est toujours très difficile pour Jean, décoller les corps devient presque impossible. Dans ce cas, nous voyons que nous sommes passé comme le dit Gérard Le Gouès (1991) d'une identité de pensée à une identité affective qui s'établit dans la perception de l'objet, l'identité devient perceptive et affective. Si je pars, Jean perd sa « prothèse » d'identité. Quand je quitte le contact relationnel et proxémique, je sens parfois la colère monter chez Jean.

Une situation qui se complexifie

Quelques semaines après le début de mon suivi. Les comportements agressifs deviennent de plus en plus fréquents. Des incidents sont régulièrement relevés. Jean agresse physiquement les aides-soignantes, l'une d'elle s'est reçu un coup au visage assez traumatique d'un point de vue physique et psychologique, une autre a eu une côte cassée. L'agressivité de Jean atteint son paroxysme. Suite aux incidents la mise en place de nouveaux traitements s'amorce, un traitement par neuroleptique est mis en place.

La psychologue établit le contact avec la famille pour discuter de cette situation. L'équipe soignante souhaite le placement de Jean dans une autre unité spécialisée. Pour eux l'accompagnement de Jean à l'USSAAD n'est plus possible. La famille refuse la demande de placement en Unité Hébergement Renforcée (UHR). Ils souhaitent que Jean reste, le plus longtemps possible dans l'institution où il est actuellement. Cette demande est prise en compte.

Suite à l'initiation du traitement par neuroleptique qui a pour but de limiter l'agressivité. Jean fait un syndrome malin. Jean déambule et ne s'hydrate pas de lui-même ce qui majore les difficultés de métabolisation des neuroleptiques. A ce moment-là, le suivi en psychomotricité s'arrête. Jean est groggy par les traitements, il ne déambule plus, somnole toute la journée et ne communique plus.

Reprise du suivi

Malgré que Jean, ne soit plus disponible à cause des effets des traitements, je viens toujours dans la salle commune afin de l'observer. Jean souvent allongé dans le canapé ou assis endormi. Face à cette situation, je me sens très mal à l'aise de voir Jean dans cet état, cette situation me touche énormément.

Au bout de quelques semaines, le dosage des traitements s'améliore. Jean est plus disponible, il a recommencé à déambuler. A cause du traitement, Jean présente un gros risque de chute. Lors d'une de nos dernières rencontres, je me présente dans la salle commune. Jean qui déambule capte ma présence. Il s'approche en souriant et grommelant, je le laisse faire le premier pas. Jean arrive prêt de moi avec un large sourire. Une des aides-soignantes présente, s'étonne et dit qu'elle ne l'a pas vu sourire depuis des semaines. Malgré les troubles cognitifs importants, l'arrêt des suivis sur plusieurs semaines et la présence des neuroleptiques, Jean semble me reconnaître. De l'autre bout de la pièce, Jean reconnaît ma présence, le climat relationnel qui s'est établie au fil de nos rencontres semble avoir laisser trace. Ce qui illustre les propos de Gérard Le Gouès (1991) sur le savoir affectif du dément qui persiste malgré l'atteinte importante des fonctions cognitives. Quand Jean, arrive prêt de moi, je lui tends la main pour dire bonjour, il l'agrippe et m'emmène avec lui dans sa déambulation. Je marche avec Jean en discutant, plus va et plus Jean vacille, il est épuisé mais ne peut s'arrêter ni de marcher, ni de m'agripper. Jean fini par s'écrouler dans mes bras. Je le rattrape avec l'aide d'une aide-soignante. Après des semaines sans pouvoir bouger, ni communiquer, la déambulation et le contact relationnel semble être plus que nécessaire pour Jean.

Une situation qui se cristallise

Depuis, il s'est remis de son syndrome malin, l'agressivité est réapparue et est encore plus fréquente. Une réunion est organisée, y sont présents les différents professionnels qui s'occupent de Jean. J'y suis conviée afin de donner mon avis sur les symptômes de Jean. J'explique que la déambulation est nécessaire pour que Jean préserve son sentiment de continuité d'existence. Il est nécessaire de laisser ce comportement tenir sa fonction. Concernant l'agressivité, elle n'est pour moi pas seulement liée à la douleur de l'arthrose, mais également à la distorsion de la perception et à l'altération de l'image du corps. Jean recherche beaucoup l'attention des soignants, mais être en relation avec lui n'est pas une chose évidente. Une fois en contact avec lui, il malmène le lien, nous repousse. La perception de la réalité est soumise à une distorsion telle que nous sommes parfois le bon objet, celui qui rassure et parfois nous devenons le mauvais objet, celui qui persécute. Jean vit très mal son état qui se dégrade lorsque Jean est présent à la relation. Cela lui renvoie une image de lui, qui lui semble négative. Prêter attention à notre manière d'entrer en contact avec lui et prêter attention aux signes non verbaux qui annoncent que pour lui la relation devient persécutrice paraissent être les meilleurs moyens de prévenir l'arrivée d'un comportement agressif.

Suite à cette réunion, une nouvelle demande de placement a été formulée pour une unité plus spécialisée. Cette demande est en attente et en cours de discussion dans les équipes. Une demande de télé-médecine a permis de mettre en place un nouveau traitement pharmacologique de type antiépileptique.

Jean est en souffrance, son état se dégrade, il a perdu sept kilos en deux semaines, il ne se nourrit plus. Les équipes sont également en souffrance. Elles souffrent de ne pas comprendre les gestes de Jean, de ne pas pouvoir se protéger et le protéger lui. Je suis présente aux transmissions et aux réunions et j'écoute la souffrance de ces équipes. Malgré des discussions, les équipes demandent à exercer leur droit de retrait face à ce patient qui leur fait peur. Le cas de Jean devient source de conflits entre les agents mais également entre les agents et la cadre de santé. Comment préserver la relation, la qualité du soin et de l'accompagnement quand on se sent en danger constamment ? Personne n'a de réponse à cette situation.

Du baume au cœur

La dernière rencontre avant la remise de ce mémoire signe l'intérêt de l'accompagnement en psychomotricité. A mon arrivée dans la salle commune, Jean vient me chercher, nous déambulons en discutant. Jean semble orienté, il est plus facile de le comprendre, il répond à mes questions. Je lui demande « Vous aimez danser ? », Jean arbore un large sourire et commence à remuer les hanches. J'avais déjà tenté de trouver une approche autour de la musique, Jean était un excellent danseur, mais il avait toujours refusé jusqu'à présent.

Une aide-soignante, m'ouvre la porte de la chambre de Jean, elle donne sur la salle commune. Elle met une musique d'accordéon sur le poste de radio de la chambre de Jean. Il se met à danser et je l'accompagne. Il s'approche de l'aide-soignante et danse avec elle.

Ce petit moment joviale arrive quand la situation négative se cristallise. Voir Jean heureux et communiquant permet de redonner un autre regard sur ce patient. Ce n'est pas qu'un agresseur.

La musique, la relation et la danse semblent avoir réveillées la mémoire du corps et la perception de soi. Jean est très communicant, comprend l'humour. Dans sa chambre, il me montre des photos de lui, de sa femme et de son petit-fils. J'aperçois des capacités de perception, mnésiques et communicationnelles.

Après ce moment de danse, c'est l'heure du goûter. Je reste avec Jean, on s'installe à la table et Jean mange paisiblement. Il est souriant et semble apaisé, il ne cherche pas à déambuler. Jean a retrouvé un peu de lui-même dans ce petit moment. Quand je pars, il demande « tu reviendras ». Ce suivi se poursuit actuellement jusqu'à la fin de mon stage.

Conclusion générale

A mon arrivée dans ce stage, je me suis retrouvé face à cette population fragilisée. La démence et les SCPD constituent un univers complexe. J'ai effectué mes prises en soin de manière autonome, ce qui m'a demandé beaucoup de questionnements personnels et théoriques. Ces questionnements ont nourri la démarche de ce mémoire et l'intérêt pour certains concepts.

Face à cette population très fragilisée, je me suis demandée ce que la psychomotricité pouvait leur apporter et comment. La démence est un processus pathologique complexe et incertain. Je me suis alors posé les questions : Qu'est-ce que le sujet vit dans son corps ? Qu'est-ce qu'il est ? J'ai fait le choix d'aborder le travail en psychomotricité avec cette population sous l'angle du sentiment de continuité d'existence. Ce concept semblait pour moi en ancrage théorico-clinique incontournable à la réflexion concernant cette population. Ce mémoire est l'aboutissement de la réflexion autour de cette grande question.

Le sentiment de continuité d'existence sert de base pour la construction des représentations du corps, de l'identité et du psychisme du sujet. Ce sentiment naît de l'accumulation des interactions précoces de qualité entre la mère et l'enfant. Cette première conscience d'exister est corporelle. L'appareil psychique du sujet dément se déconstruit, lui faisant perdre la capacité de s'approprier son propre corps. L'approche relationnelle et l'ajustement communicationnel permettent de créer ce sentiment de continuité d'existence, la réappropriation du corps et la consolidation du sentiment d'identité. L'autre permet de recréer une perception de soi.

Cette approche a bien entendu ses limites, le travail en psychomotricité n'est pas une fin en soi avec cette population. Malgré nos interventions la pathologie suit son processus dégénératif. Mais la question du sentiment de continuité d'existence et de sa préservation est également une question éthique au-delà d'une question thérapeutique.

Pour moi la réflexion autour du sentiment de continuité d'existence, de l'identité, de la relation et de la communication sont des questions transversales qui peuvent s'appliquer à tout type de population en psychomotricité. Je pense par exemple aux troubles du spectre autistique, au polyhandicap ou à la psychose.

Le corps en relation est l'essence du travail du psychomotricien. En fin de troisième année, aborder mon mémoire sous cet angle a nourri mes connaissances théoriques et pratiques pour l'ensemble des populations que je pourrais rencontrer dans le futur.

Selon moi, avec le sujet dément, la préservation du sentiment de soi doit constituer la base du travail en psychomotricité. Peu importe le patient rencontré, cette question doit nous traverser l'esprit. Ce travail sera complété par d'autres approches en lien avec la problématique personnelle du patient. Le travail autour de la question des SCPD aurait pu bien entendu être approfondi avec l'ouverture de l'apport de la musicothérapie, de l'approche sensorielle ou bien encore l'approfondissement de la question du toucher thérapeutique.

Bibliographie

American Psychiatric Association. (2012). *DSM-VI-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, France : Masson.

Ancet, P. (2010). *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*. Paris, France : Dunod, 1-34, 123-130, 213-221.

Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Paris, France : Dunod, 61, 104-110, 119-129.

Arfeux-Vauchet, G. et Ploton, L. (2012). *Les démences au croisement des non-savoirs : Chemins de la complexité*. Paris, France : Presses de l'EHESP, 17-51.

Bullinger, A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 2 l'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED*. Toulouse, France : Erès, 57-70.

Ciccone, A. et Lhopital, M. (2001). *Naissance à la vie psychique*. (2ème édition). Paris, France : Dunod. 11-19, 70-80, 119-151, 205-211.

Corraze, J. (1980). *Les communications non-verbales*. Paris, France : Presses Universitaires de France, 15-30, 96-105, 112-204.

Damasio, A.R. (1999). *Le sentiment même de soi. Corps, Emotions, Conscience*. Paris, France : Editions Odile Jacob, 173-196.

Delamarre, C. (2011). *Alzheimer et communication non verbale*. Paris, France : Dunod, 2-50.

Delbrouck, M. (2010). *Je suis épuisé(e) par ma charge de travail. Que puis-je y faire ? Le burn-out ou la souffrance des soignants. L'esprit du temps « imaginaire et inconscient »*. Numéro 25, 157-166.

Delbrouck, M. (2016). *La relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie*. Louvain-la-neuve, Pays-Bas : De Boeck, 93-105, 278-281, 340-347.

Delphin-Combe, F. Martin-Gaujard, G. Roubaud, C. Fortin, ME. Husson, F. Rouch, I. et Krolak-Salmon, P. (2013). *Expérience d'un parcours de soin des symptômes psychologiques et comportementaux des démences*. Revue Gériatrie Psychologie Neuropsychiatrie, Volume 11, Numéro 4, décembre 2013.

Dujardin, K. et Lemaire, P. (2008). *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson, 106-119.

Feil, N. (2006). *Validation mode d'emploi : Techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer*. Paris, France : Éditions Pradel, 17-59.

Ferreira, E (2011). *Démence et fonction de contenance dans les unités protégées*. Clinique, 1/2011, Numéro 1, 110-124.

Freud, S. (2011). *Le moi et la ça*. Paris, France : Presses Universitaires de France, 9-18.

Gaddini, E. (2001). *L'imitation*. Paris, France : Presses Universitaires de France, 43-64.

Gatecel. A. (2012). *La psychomotricité relationnelle*. EDK, Groupe EDP Sciences, 26-36, 56-57.

Griner-Abraham, V. et Walter, M. (2008). A propos d'une psychopathologie de la démence, NPG Neurologie – Psychiatre - Gériatrie, 32-37.

Haag, G. (1998). *Identification adhésive, identité adhésive, adhésivité*. Dans vocabulaire de psychanalyse groupale et familiale. Tome 1, 1-6.

Haute Autorité de Santé. (2009). *Recommandations de bonnes pratiques. Maladie d'alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateur*. Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-argumentaire.pdf.

Institut National d'Expertise en Prévention et Sécurité. (2009). Le regard porté sur la maladie d'Alzheimer. Résultats de trois études pour mieux connaître la maladie. Paris, 11 pages. Repéré à <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/09/dp090325.pdf>.

Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales*. Paris, France : Presses Universitaires de France, 53-60.

Joly, F et Berthoz, A. (2013). *Julian De Ajuriaguera : Développement corporel et relation avec autrui*. Paris, France : Edition du Papyrus, 15-68.

Jung, C.G. (1986). *Dialectique du moi et de l'inconscient*. Paris, France : Gallimard, 115-130.

Landreville, P. Rousseau, F. Vézina, J. et Voyer, P. (2005). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Québec, Canada : Edisem.

Larousse Dictionnaire en ligne. Repéré à <http://www.larousse.fr/>.

Léger, J-M. et Mas, J-L. (2015). *Démences*. Paris, Franc : John Libbey Eurotext, 20-31, 55-70.

Le Gouès, G. (1991). *Le psychanalyste et le vieillard*. Paris, France : Presses Universitaires de France, 9-70, 142-164.

Leubas, G. Büla, C. et Schenk, F. (2011). *Du vieillissement cérébral à la maladie d'Alzheimer*. Paris, France : De Boeck.

Maintier, C. (2011). *Une identité à construire et à conserver*. Dans M. Personne, *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*. Toulouse, France : ERES « Pratiques gériatriques », 33-46.

Mishara, B. et Riedel, G. (1984). *Le vieillissement*. Paris, France : Presses Universitaires de France, 11-28.

Montani, C. et Ruffiot, M. (2009). *L'image du corps à l'épreuve de la démence*, Clinique méditerranéennes, Eres, numéro 79, 103-116.

- Montagner, H. (2012). *L'enfant et la communication*. Paris, France : Dunod, 191-200.
- Morin, C. (2009). *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire. Neurobiologie et psychanalyse*. Toulouse, France : Eres, 13-55.
- Moro, C. et Mirza, N. (2014). *Sémiotique, culture et développement psychologique*. Paris, France : Presses Universitaires du Septentrion, 55-90.
- Nasio, J-D. (2008). *Mon corps et ses images*. Condé-sur-Noireau, France : Éditions Payot, 25-47, 81-82, 114-146.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Aide-mémoire*, numéro 362. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>.
- Paillard, J. (1980). *Le corps situé et le corps identifié*. Revue médical Suisse Romande, 129-141.
- Personne, M. (2011). *Protéger et construire l'identité de la personne âgée. Psychologie et psychomotricité des accompagnements*. Toulouse, France : ERES, 2-46, 119-129.
- Pireyre, E.W. (2011). *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*. Paris, France : Dunod, 53-136, 189-196.
- Potel, C. (2010). *Etre psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse, France : ERES.
- Prat, R. (2005). *Panorama de l'observation du bébé selon la méthode Esther Bick dans les pays francophones*. Devenir, volume 17, 2005/1, 55-82.
- Rizzolatti, G. (2008). *Les neurones miroirs*. Paris, France : Odile Jacob, 7-30, 137-170, 183-189.
- Rochas, P. (1993). *Connaissance de soi chez le bébé*. Psychologie Française, numéro 38-1, 41-51.

Sauret, J-M. (2008). *L'effet révolutionnaire du symptôme*. Toulouse, France : ERES, 7-53.

Scialom, P. Giromini, F. et Albaret, J-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Marseille, France : Solal, p.179-196.

Tereno, S. Soares, I. Martins, E. Sampaio, D. et Carlson, E. (2007). *La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique*. *Devenir*, 2/2007, Volume 19, 151-188.

Thérapie Psychomotrice-et Recherches. *Image du corps*. Numéro 97/1993.

Thérapie Psychomotrice-et Recherches. *Au seuil d'une rencontre... La personne âgée : Réflexions sur la place du corps en Gériatrie*. Numéro 106 /1996, 12-34.

Thérapie Psychomotrice-et Recherches. *Au seuil d'une rencontre... La personne âgée : Corps et psychomotricité en Gériatrie*. Numéro 116/1998, 2-21.

Thomas, P. (2005). *Entrée des déments en institution l'étude pixel*. *Gérontologie et société*, Numéro 112, 141-156.

Winnicott, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. France : Éditions Payot, 285-291.

Table des matières

Remerciements.....	p 3
Introduction.....	p 5
I)Le sentiment de continuité d'existence.....	p 7
A) Le sentiment de continuité d'existence.....	p 7
B) La période « symbiotique ».....	p 8
C) Vers une subjectivation du corps.....	p 10
D) Des représentations du corps.....	p 11
1) <i>Le schéma corporel</i>	<i>p 12</i>
2) <i>L'image du corps</i>	<i>p 13</i>
E) L'individuation.....	p 14
F) Fondement de l'identité.....	p 15
G) Conclusion.....	p 16
II)Quand la démence fragilise.....	p 18
A) Du vieillissement normal au vieillissement pathologique.....	p 18
B) Définition de la démence.....	p 19
C) Les types de démence.....	p 20
D) Etiologies de la démence.....	p 23
1) <i>Modèle organiciste et hypothèses neurobiologiques</i>	<i>p 23</i>
2) <i>Vers un modèle étiologique plus complexe</i>	<i>p 24</i>
E) Les symptômes cognitifs de la démence.....	p 25
F) Evaluation des troubles cognitifs.....	p 27
G) La déconstruction des représentations du corps.....	p 28
H) Les remaniements identitaires dans la démence.....	p 29
1) <i>Les remaniements liés aux troubles cognitifs</i>	<i>p 29</i>
2) <i>Les remaniements liés à la perte d'autonomie et à</i> <i>l'institutionnalisation</i>	<i>p 30</i>
3) <i>La psycholyse</i>	<i>p 32</i>
I)Conclusion.....	p 33
III)Les symptômes comportementaux et psychologique de la démence.....	p 34
A) Définition.....	p 34
B) Classification des SCPD.....	p 35

1) <i>Les troubles anxieux et les troubles de l'humeur</i>	p 35
2) <i>Les troubles du comportement</i>	p 36
3) <i>Les troubles « psychotiques »</i>	p 37
C) Etiologies.....	p 37
D) Les moyens d'évaluation.....	p 39
E) Conséquences et pronostic évolutif.....	p 40
F) Les traitements.....	p 41
G) Réflexion et impact sur le sentiment de continuité d'existence.....	p 42
1) <i>La démence, une régression de l'appareil psychique</i>	p 43
2) <i>Les SCPD un moyen d'adaptation</i>	p 43
H) Conclusion.....	p 44
IV)La demande de soin en psychomotricité.....	p 45
A) Présentation du lieu de stage.....	p 45
B) Demande de soin au sein de la structure.....	p 46
C) Prise en soin des SCPD en psychomotricité.....	p 47
1) <i>Le bilan psychomoteur et ses limites</i>	p 47
2) <i>L'observation</i>	p 48
3) <i>L'histoire de vie du patient</i>	p 48
D) Le rôle du psychomotricien auprès des équipes.....	p 49
1) <i>La place auprès des équipes</i>	p 49
2) <i>Le symptôme</i>	p 50
3) <i>Le symptôme en psychomotricité</i>	p 51
4) <i>La communication avec les équipes</i>	p 52
E) Conclusion.....	p 52
V)L'être en relation.....	p 54
A) Impact relationnel de la démence.....	p 54
1) <i>L'altération des compétences cognitives</i>	p 54
2) <i>Le point de vue psychanalytique sur les difficultés d'adaptation</i>	p 55
B) Les représentations sur la démence.....	p 56
1) <i>Les représentations sociales</i>	p 56
2) <i>La démence : une inquiétante étrangeté</i>	p 56
3) <i>Les représentations sociales de la démence</i>	p 57
C) La nécessité de préserver la relation avec le sujet dément.....	p 58
D) La relation comme outil de soin en psychomotricité.....	p 58
1) <i>La relation thérapeutique</i>	p 59

2) <i>Le cadre et ses fonctions</i>	p 59
3) <i>Implication corporelle et empathie tonique</i>	p 60
4) <i>Transfert et contre-transfert</i>	p 61
E) Conclusion.....	p 62
F) Hypothèses de travail.....	p 63
VI) La place de la communication	p 64
A) La communication : définition.....	p 64
1) <i>La communication verbale</i>	p 64
2) <i>La communication non verbale</i>	p 64
B) La communication avec le sujet dément.....	p 65
1) <i>Parler le corps</i>	p 65
2) <i>Méthode de la validation</i>	p 66
C) L'intérêt de la communication non verbale avec le sujet dément.....	p 68
1) <i>Trouble de la communication</i>	p 68
2) <i>Aspect relationnel</i>	p 68
3) <i>L'observation de la communication non verbale</i> <i>et des manifestations psycho-comportementales</i>	p 69
D) Les médiations autour de la communication.....	p 70
1) <i>L'imitation</i>	p 70
2) <i>La face, le regard, le sourire</i>	p 71
3) <i>L'attention conjointe et la place de l'objet</i>	p 72
4) <i>La proxémie</i>	p 73
5) <i>La posture</i>	p 74
6) <i>Le dialogue-tonico-émotionnel</i>	p 74
7) <i>Le toucher ou communication cutanée</i>	p 75
E) Conclusion.....	p 76
VII) Etude de cas : le cas de Jean	p 77
<i>Histoire de vie</i>	p 77
<i>Anamnèse et diagnostic</i>	p 77
<i>Projet d'accompagnement dans l'établissement</i>	p 78
<i>Demande de soin en psychomotricité</i>	p 78
<i>La première rencontre</i>	p 79
<i>Au fil des rencontres</i>	p 79
a) <i>Créer un lien</i>	p 79
b) <i>Image de soi et agressivité</i>	p 80

c) <i>Sentiment de continuité d'existence et déambulation</i>	p 80
d) <i>Mauvais objet</i>	p 81
e) <i>Adhésivité, identification, séparation</i>	p 82
<i>Une situation qui se complexifie</i>	p 83
<i>Une situation qui se cristallise</i>	p 84
<i>Du baume au cœur</i>	p 85
Conclusion générale	p 87
Bibliographie	p 89
Table des matières	p 94