



HAL
open science

Sans un mot : le dialogue tonico-émotionnel dans la relation avec la personne âgée grabataire

Blandine Rouche

► **To cite this version:**

Blandine Rouche. Sans un mot : le dialogue tonico-émotionnel dans la relation avec la personne âgée grabataire. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02274260

HAL Id: dumas-02274260

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274260>

Submitted on 29 Aug 2019

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

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

Faculté de médecine Sorbonne Université

Site Pitié-Salpêtrière

Institut de Formation en Psychomotricité

91, boulevard de l'Hôpital

75364 Paris cedex 14



Sans un mot

Le dialogue tonico-émotionnel dans la relation
avec la personne âgée grabataire

Mémoire présenté par Blandine Rouche
En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référents de mémoire :
Blandine Mirouze
Chantal Removille-Vinuesa

Session juin 2019

Remerciements

Je souhaite remercier tout d'abord mes maîtres de stage, qui m'ont aidée pendant ces trois années d'études à trouver et à me forger mon identité de psychomotricienne. Un grand merci tout particulier à vous, Sophie Darjo, Hélène et Eléonore pour votre investissement, votre disponibilité, votre écoute et votre bienveillance.

Merci également à Madame Removille-Vinuesa de m'avoir aidée à réfléchir et élaborer ce mémoire.

Un grand merci à Blandine de m'avoir soutenue dans sa rédaction et dans les questionnements qui en émergeaient.

Merci à tous nos professeurs et intervenants qui ont su nous transmettre un enseignement théorique et pratique de qualité.

Merci à mes amis qui se sont impliqués d'une manière ou d'une autre dans ce mémoire.

Je voudrais particulièrement remercier Juliette, une très belle rencontre de ces trois ans d'études, avec qui j'ai pu partager tous les mouvements qui nous animent au fil des années étudiantes.

Enfin merci à ma famille et particulièrement à mes parents d'avoir été présents et de m'avoir soutenue.

Sommaire

Sommaire	3
Préface	4
Chapitre 1 : Le cadre de la rencontre	6
Chapitre 2: La personne âgée grabataire	11
Chapitre 3 : La démence mixte	22
Chapitre 4 : Le dialogue tonico-émotionnel.....	39
Chapitre 5 : Clinique et dialogue tonico-émotionnel	46
Chapitre 6 : La relation thérapeutique en psychomotricité.....	62
Postface	72
Bibliographie	73

Préface

Ecrire un mémoire sous la forme d'une nouvelle ? Mais...pourquoi ?

Voici la toute première question à laquelle j'ai été confrontée lorsque j'ai fait le choix d'écrire ce mémoire de psychomotricité sous une forme littéraire.

Je n'ai pas choisi cette forme de manière anodine : je trouve qu'elle résonne avec le fond du travail, un dialogue pour le dialogue tonico-émotionnel. Elle m'a permis de travailler autour de ce qui se joue au travers de ce dialogue avec les personnes âgées grabataires, mais pas seulement. Elle dévoile également un vrai dialogue tonico-émotionnel entre les deux personnages.

C'est ainsi, au cours de discussions entre amis et collègues, que ma réflexion autour du thème que je vous présenterai dans ce mémoire s'est enrichie et affinée. L'idée d'une discussion entre deux personnages pour approfondir le dialogue tonico-émotionnel dans la relation avec la personne âgée grabataire m'est alors venue. Les deux personnages que vous découvrirez au fil de la nouvelle posent aussi les questions autour de la construction de l'identité du psychomotricien et de ses spécificités.

L'aspect créatif du métier de psychomotricien est un point qui m'a beaucoup aidée dans le choix de cette orientation professionnelle et je souhaitais pouvoir l'exprimer dans ce travail qui clôture mes trois années d'études.

J'ai été touchée pendant mon stage en EHPAD par ces résidents discrets qu'on voit si peu. Dans leur lit, parfois leur fauteuil, ce n'est qu'en séance de psychomotricité que j'ai appris à les connaître. Les patients grabataires avec qui

j'ai pu travailler avaient perdu le langage verbal. La question de la communication est alors rapidement apparue. Comment rentrer en relation ? Comment comprendre, s'ajuster, échanger... ? Quels outils utiliser en temps que psychomotricien ? Le dialogue tonico-émotionnel m'a semblé être un point d'appui pour établir une relation avec cette population.

Tout cela m'a amené à me poser la question de comment se joue le dialogue tonico-émotionnel dans la relation avec la personne âgée grabataire.

Pour y répondre, j'ai abordé un thème dans chaque chapitre de la nouvelle, en déclinant des notions théoriques telles que la grabatisation, la démence, le dialogue tonico-émotionnel et la relation thérapeutique, qui seront illustrées par une vignette clinique.

Cette nouvelle est une fiction. Seuls les éléments cliniques sont réels et tirés de mes expériences en stage. Le langage familier est aussi un choix pour favoriser la fluidité de lecture de la nouvelle.

Chapitre 1 : Le cadre de la rencontre

Dans un café désert de la rue Mouffetard, Paul contemple les rayons dorés du soleil qui se reflètent sur la table. Déjà la Toussaint! Le temps passe si vite. Et dire que l'été est déjà fini... Les cours ont repris depuis deux mois mais qu'il est difficile de reprendre le rythme! Les souvenirs de vacances affluent dans sa tête: l'eau de la Méditerranée si agréable, les repas interminables en terrasse, les si belles balades dans la campagne et surtout le festival d'Avignon, sa ville natale si chère à son cœur... Une ambiance si agréable comparée à la vie effrénée dans Paris! Ici c'est plutôt ambiance métro-boulot-dodo. Et puis ce maître-mot « adaptation » dans chacun de ses cours... très utile effectivement mais aussi épuisant! Heureusement que les cours de relaxation ont repris: cette pause hebdomadaire dans la vie parisienne lui fait tant de bien.

Soudainement, Paul fut interrompu dans ses pensées par le bruit des battants de la porte du café qui s'ouvrirent brutalement :

- Paul! Je suis tellement désolée! Mon train avait du retard et je n'avais plus de batterie pour te prévenir, après je me suis perdue dans le métro - c'est vraiment incompréhensible ce métro parisien d'ailleurs, j'aurai du venir à pieds ou en bus! Enfin bref ce n'est pas intéressant. Comment vas-tu?
- Salut Emilie, lui répondit Paul en respirant calmement et profondément, amusé par ce flot de parole. Ne t'inquiète pas je n'ai pas attendu longtemps.

Emilie, une petite brune aux yeux pétillants de malice, s'avança et fit la bise à Paul. Elle enleva sa veste, posa sa valise dans un coin et s'assit en face de lui pour reprendre son souffle.

Pendant ce temps, Paul fouilla dans la poche avant de son sac.

- Oh mince! Je t'aurai bien proposé un chargeur mais je ne l'ai pas avec moi.
- Ce n'est pas grave je me débrouillerais sans, répliqua Emilie, le visage rougi par l'effort.
- Tu viens directement de Rennes?
- Oui! C'est pour ça que je suis aussi chargée, dit-elle en désignant ses bagages d'un mouvement de tête. Je pars rejoindre une amie à Strasbourg pour les vacances mais je ne pouvais quand même pas passer à Paris sans te voir!

Emilie et Paul, amis de longue date s'étaient rencontrés lors de la première année de primaire à Avignon où ils habitaient alors avec leurs familles respectives. La famille d'Emilie avait déménagé en Bretagne tandis que Paul avait eu le concours de psychomotricien de la Salpêtrière et était parti vivre à Paris. Géographiquement séparés depuis deux ans, les deux amis continuaient à se voir régulièrement. Emilie en première année de faculté de psychologie venait d'abandonner les études de droit dans lesquelles elle ne s'épanouissait pas pour tout recommencer à zéro.

- Tu as bien fait! lui répondit Paul. Ça tombait bien ! J'ai cours tous les après-midi sauf celui-là. Tu as une ou deux semaines?
- Une seule malheureusement... c'est la faculté. Tu te souviens les vacances au collège? Qu'est-ce qu'on rigolait! Et deux semaines à chaque fois, remarqua-t-elle avec un brin de nostalgie.

Pensive, elle l'observa quelques secondes avant de s'exclamer :

- Tu as changé depuis la dernière fois!
- Ah bon? Mais comment? répondit Paul surpris. Ça ne fait pourtant que six

mois que l'on ne s'est pas vu.

- Mmm je ne sais pas c'est juste une impression. Ah si! Déjà c'est la première fois que je te vois en jogging alors que d'habitude tu es très soigné.

- Mais dis tout de suite que je suis débraillé, répliqua Paul en riant. Bienvenue dans ma ville d'études! Ici je suis souvent en jogging... avec nos travaux dirigés c'est plus simple, pas besoin de se changer tout le temps. Ce n'est pas très classe mais au bout de trois ans j'ai vraiment trop la flemme et puis ça me permet d'être confortable et disponible corporellement pour les cours de pratique.

- Ah les fameux TD de relaxation ? Ça a l'air d'être difficile les études de psychomotricien dis-donc, dit-elle avec un air taquin.

- Tu abuses! répliqua Paul faussement outré. C'est parce que tu n'as retenu que ça! Et si je te parlais d'anatomie, de neuropsychologie, de psychiatrie et, surtout-le pire pour la fin-de recherche de stage?

- Mais oui! Je me souviens d'avoir entendu Maman au téléphone avec la tienne au début de l'été et elle essayait de te trouver des contacts. Tu as trouvé finalement?

- Bravo, tu écoutes aux portes maintenant? dit-il, fier de prendre sa revanche.

Le serveur, un jeune homme grand en taille, les cheveux brun foncés et les traits fins sortit de la cuisine. D'une démarche raide, il se dirigea vers les deux amis et interrompit la conversation:

- Bonjour! Vous désirez?

Paul regarda Emilie d'un air interrogateur.

- Heu... je n'ai pas pris le temps de réfléchir. Est-ce que vous avez une

carte des boissons ? demanda Emilie après quelques secondes d'hésitation.

- Bien sûr, je vous l'apporte.

Paul reprit :

- On parlait de quoi déjà?

- Tes stages. Enfin si tu en as trouvé ?

- Ah oui ! J'en ai deux : un en EHPAD et un en CMPP.

- Hein ? Je veux bien la traduction.

- C'est des acronymes pour Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes et l'autre pour Centre Médico-Psycho Pédagogique.

- Mais non? Tu travailles avec des personnes âgées? demanda Emilie les yeux écarquillés et la bouche béante.

Elle fut coupée par le serveur apportant la carte des boissons.

- Et voilà. Faites-moi un signe dès que vous avez fait votre choix, je viendrai prendre votre commande.

- Merci, lui répondit Paul poliment en hochant légèrement la tête.

Emilie et Paul ouvrirent la carte et prirent quelques secondes pour la lire en silence.

- Mojito comme d'habitude? tenta de deviner Paul.

- Pourquoi pas mais je ne le vois pas sur la carte! Ils n'en font pas à Paris ? répliqua Emilie surprise.

- Si forcément !

Paul tourna la carte et la montra à Emilie.

- Ah super! Alors oui je ne déroge pas à mes habitudes. Tu as choisi?

- Oui je vais prendre une pinte, acquiesça Paul.

Emilie se tourna vers le comptoir et leva sa main pour appeler le serveur, qui

arriva aussitôt.

- Je vous écoute.

Paul se tourna vers Emilie

- Un mojito s'il-vous-plaît
- Et une pinte de Leff
- Ce sera tout ?
- Oui merci.

Le serveur récupéra les cartes du café et repartit vers la cuisine. Sur le chemin, il se prit maladroitement le pied dans une chaise et manqua de tomber. Le visage rougi de gêne, il s'empressa de rejoindre la cuisine.

Chapitre 2: La personne âgée grabataire

Avec un sourire, Emilie reprit :

- Alors tu travailles vraiment avec des personnes âgées ? Tu m'avais toujours dit que tu ne voulais pas.
- Hé oui! J'ai changé d'avis depuis quelques mois. En fait j'ai fait un stage de deux semaines en EHPAD parce que c'était obligatoire... et j'ai trop aimé ! Du coup cette année j'ai choisi de faire un stage long avec cette population.
- Ah d'accord ! Un stage long ? C'est plusieurs mois ?
- C'est un peu comme le principe de l'alternance : un ou deux jours par semaine pendant toute une année scolaire.
- C'est trop bien pour suivre l'évolution de tes patients! En tout cas je suis contente pour toi si ça te plaît. Ce sont des personnes qui ont les maladies d'Alzheimer et de Parkinson?
- Oui entre autres! Mais ce ne sont pas celles que je vois le plus.
- Ah bon ? Tu peux être en maison de retraite pour autre chose?
- Bien sûr! Il existe plein d'autres maladies et ça dépend beaucoup du niveau d'autonomie aussi. Il existe des personnes sans troubles cognitifs mais qui ne peuvent plus rester à domicile parce que leur autonomie se dégrade. Ou parfois qui ont les deux en même temps. Cette année le plus souvent je prends en charge des personnes grabataires.
- Grabataire ? C'est-à-dire ? Tu as changé de vocabulaire depuis six mois... j'ai l'impression de ne plus comprendre ! Ou sinon ce sont les troubles cognitifs qui arrivent dès vingt ans, plaisanta-t-elle.
- Heu désolé, je pense que ça vient plutôt de moi... Il faut que je fasse attention, tu n'es pas la première personne qui me le dit !

- Ouf, tu me rassures, répliqua Emilie en riant. Et du coup ? Ce fameux mot ?
- Je dirais que c'est quelqu'un de dépendant, qui n'a plus beaucoup d'autonomie en grande partie à cause des troubles moteurs... enfin ce mot est assez vague.
- Je n'ai plus de batterie donc je ne peux pas regarder mais toi tu n'as pas le Larousse en ligne ?
- Ah mais si ! Bonne idée.

Paul prit son téléphone qui était dans la poche de sa veste, pianota quelques secondes et annonça :

- « Se dit d'un malade qui ne peut pas quitter le lit. »¹
- Logique en fait ! Vu que le « grabat » c'est un lit. Mais du coup quand on a la grippe on est grabataire ?
- Le mot me paraît un peu fort vu que c'est un état éphémère... dans le cas des personnes que j'accompagne c'est chronique. Après une grippe tu mets quelques jours à être sur pieds, alors que les personnes âgées que je vois ne peuvent plus se relever jusqu'à la fin de leur vie.
- C'est super triste... et ça arrive comme ça tout d'un coup ?
- Non pas forcément. Il peut y avoir plein de causes différentes. Chez la personne âgée, cela peut être dû à un stade avancé d'une maladie comme la démence de type Alzheimer ou la maladie de Parkinson par exemple. Après il existe plusieurs facteurs de risque de dépendance comme les Accidents Vasculaires cérébraux, les chutes, la dépression, l'âge²...
- Ah oui ça peut être très varié! L'âge, les chutes et les maladies en stade avancé je comprends, mais pourquoi la dépression?

¹Larousse P., 1957, p.522

²Brandilly A., 15/01/2019, notes de cours.

- Quand je dis dépression toi tu penses à quoi ?
- Mmm je dirai une grande tristesse, une perte de confiance et d'envie de vivre, dit Emilie en fronçant les sourcils pensivement.
- Oui ! En psychomotricité on parle aussi des répercussions somatiques et d'inhibition psychomotrice : c'est une perte d'initiative et un ralentissement psychomoteur.
- J'ai compris ! le coupa Emilie. En gros la personne bouge de moins en moins et finit par ne plus bouger du tout et devenir complètement dépendante. C'est ça ?

Paul acquiesça en baissant légèrement sa tête. Le silence s'installa. Emilie semblait troublée et pensive. Après quelques instants, elle dit à Paul :

- Mais c'est assez grave de ne plus bouger! Ça me fait penser à Grand-mère : tu sais elle s'était cassé le fémur en tombant. Elle a du rester plusieurs mois dans son lit parce que l'opération s'était mal passée. A cause de ça, elle a eu un écart.

Paul fronça les sourcils et plissa le nez tandis qu'Emilie reprenait :

- C'était horrible ! Déjà ça lui faisait mal et puis je ne te parle même pas de l'odeur... On aurait dit qu'un endroit de son corps pourrissait, c'était tout noir. Enfin c'est vraiment dégoûtant comme truc!

Le visage de Paul s'illumina :

- Ah une escarre sûrement ? Mince je ne savais pas... la pauvre! Elle va mieux maintenant? On a pu la soigner ?
- Oui ça doit être ça plutôt! Maintenant tout va bien, mais on a eu un peu peur sur le moment.
- Je comprends... C'est vrai, il y a plusieurs conséquences de l'immobilisation. Les escarres c'est au niveau somatique. La personne

grabataire peut aussi avoir des troubles cardio-vasculaires comme l'hypotension orthostatique, des phlébites, des infections respiratoires, des infections urinaires, des troubles digestifs, un retentissement ostéo-articulaire et musculaire, une déshydratation, des douleurs ... En gros être immobilisé peut les amener à une régression psychomotrice. Et en plus de tout ça, elles peuvent avoir des troubles psychologiques.

- En même temps normal de ne pas avoir le moral si on perd l'autonomie...la dépression c'est vicieux ! D'après ce que tu m'as dit, ça peut être et une cause et une conséquence de l'état grabataire.

- C'est vrai. Mais dans les troubles psychologiques il n'y a pas seulement la dépression. Chez les personnes que je vois en stage, on observe souvent de l'angoisse, un isolement, un syndrome confusionnel, parfois un syndrome de glissement...

La mimique d'incompréhension d'Emilie fit prendre conscience à Paul que les termes qu'il employait n'étaient pas forcément clairs. En effet cette dernière reprit:

- J'ai beau être en fac de psycho je ne comprends pas tout... on va sûrement voir ça en cours plus tard. Angoisse et isolement ça va, syndrome confusionnel j'imagine ce que c'est. Et syndrome de glissement c'est une perte d'équilibre ?

- Non c'est un concept gériatrique. Justement j'ai vu ça en cours il y a deux jours. Je ne saurais pas te dire exactement car je ne l'ai pas encore relu mais j'ai mes notes!

Paul chercha dans son sac et en sortit une pochette bleu marine. A l'intérieur, on pouvait apercevoir un paquet de feuilles griffonnées.

- C'est elle!

Paul balaya des yeux quelques secondes la feuille qu'il tenait dans les mains avant de s'arrêter sur une ligne en bas.

- «Ce terme a été proposé par Carrie, en 1956, pour désigner un état de cachexie résultant d'un processus d'involution et de sénescence menant rapidement à la mort. »³, lut Paul à voix haute. Oula ce n'est pas très clair non plus. En très résumé c'est un repli sur soi-même, comme si la personne se laissait mourir.

- Ah oui quand même! Enfin c'est compliqué tous tes trucs! dit Emilie qui commençait à perdre le fil de la discussion.

Une voix discrète interrompit Paul:

- Désolé de vous couper. Voici le mojito pour Madame et la pinte pour Monsieur. Avez-vous besoin d'autre chose?

- Merci, ça ira, répondit Emilie avec un sourire, trouvant que le serveur tombait à pic.

Ce dernier partit rapidement en passant par une porte au fond du café ,sur laquelle était accroché un petit panneau en métal gravé avec le mot « privé ». A cet instant la porte du café grinça légèrement et trois nouveaux clients entrèrent. Paul et Emilie se tournèrent discrètement pour observer les nouveaux venus tandis qu'un léger courant d'air froid glissait sur leur visage. Il s'agissait sûrement de grands-parents accompagnés de leur petit-fils au vu de leurs âges. Après avoir jeté des coups d'oeil aux quatre coins de la salle ces derniers choisirent une petite table en bois qui se trouvait dans le champ de vision d'Emilie. Les fauteuils de couleur ocre semblaient vétustes. Le supposé petit-fils

³ Ferrey G., le Goues G., 2008, p.96.

s'assis dans l'un d'eux et Emilie essaya d'étouffer son éclat de rire dans son écharpe: il s'était enfoncé dans le fauteuil bien plus qu'il ne l'avait pensé et avait eu un sursaut de surprise et une mimique comique d'incompréhension.

- Bravo la discrétion ! murmura Paul en riant également.

Les deux amis détournèrent leur regard des nouveaux arrivants, qui n'avaient pas l'air d'avoir remarqué leur réaction, et essayèrent de reprendre leur sérieux.

Après avoir levé leur verre en les faisant tinter l'un contre l'autre, ils apprécièrent la première gorgée de leur boisson: douce et sucrée pour Emilie et amère et intense pour Paul.

- Tu vois justement quand tu me disais « personne âgée » je voyais des gens comme eux, récapitula Emilie avec un regard rapide vers le trio dans le coin du café.

- C'est peut-être parce que celles qu'on peut voir dans la rue et au quotidien sont encore autonomes... à part si tu vas en maison de retraite ou dans une structure spécialisée tu ne risques pas de croiser des personnes comme celles que je vois en stage.

- J'ai quand même du mal à me représenter une personne... Emilie fronça les sourcils et reprit avec un moment d'hésitation : grabataire ? C'est ça ?

- Oui oui tu as bien retenu, acquiesça Paul. Si tu veux je viens d'écrire un compte-rendu sur une dame que je suis depuis le début de mon stage, tu peux le lire si ça t'intéresse. Je l'ai dans mon sac.

- Tu as le sac de Marry Poppins en fait, s'amusa Emilie.

- Je crois que les sacs à mains de femme sont mille fois plus remplis, rétorqua Paul avec les yeux rieurs.

- Ne t'attaque pas à ce sujet avec moi! répliqua Emilie mi-sérieuse mi-taquine. En vrai si ça ne te dérange pas je veux bien lire ta feuille.

Paul pris son sac sur les genoux et se mit à chercher entre les classeurs et les cahiers. Il en sortit une feuille blanche dactylographiée, qui sentait encore l'encre.

- Je l'ai imprimée juste avant de venir, elle devrait être sèche mais fais juste attention au cas où l'encre bave. Je dois la rendre demain.

- D'accord ! acquiesça Emilie.

Elle poussa légèrement son verre sur le côté de la table et posa la feuille devant elle. Elle commença à lire pendant une petite minute puis s'interrompit montrant à Paul :

- Ça veut dire quoi ici ?

- Tu peux lire à voix haute ? Comme ça je t'explique dans le contexte. Ce sera plus simple.

- Ça marche ! Alors :

Observation de Madame Coudrier⁴

Première rencontre :

Lors de la première rencontre, Madame Coudrier était dans son fauteuil coquille dans sa chambre. Les yeux fermés, elle semblait recroquevillée dedans. Elle a les cheveux gris courts, le teint pâle et est de faible corpulence.

Au niveau corporel, elle ne semble pas avoir le corps dans son axe : sa tête est penchée vers la droite et emmène également son buste du même côté. Ses épaules ne sont pas au même niveau : son épaule gauche est nettement plus haute. Les membres supérieurs et inférieurs du côté gauche sont en forte rétraction et plus contractés que ceux de l'hémicorps droit. Ses jambes sont pliées à 90 degrés, et ses bras en flexion reposent sur son buste. Les appuis de

⁴Ce nom a été modifié pour la confidentialité.

son corps contre le fauteuil sont les suivants : les premières vertèbres thoraciques, le bassin et les chevilles. On observe une cyphose bien marquée au niveau des vertèbres thoraciques. Ses pieds se chevauchent : son pied gauche est sur son pied droit. Elle tient avec ses mains le tissu de son vêtement au niveau de l'estomac.

Elle ne semble pas installée confortablement. Elle est en hypertonie globale, tout son corps est contracté du haut de la tête aux pieds. Sa tête n'est pas posée contre le fauteuil et on observe les muscles du cou et de la nuque très contractés. Ses mains sont crispées et même ses doigts sont contractés.

Au niveau relationnel, Madame Coudrier n'a ni émis de son ni eu de réaction lorsque nous lui avons parlé avec la psychomotricienne. Elle semblait endormie, comme si elle faisait abstraction de tout ce qui se passait autour d'elle.

Après lecture du dossier médical :

Madame Coudrier est une femme de 82 ans.

Au niveau de ses antécédents médicaux elle est sujette à une haute tension artérielle et une dyslipidémie. On lui a diagnostiqué la maladie d'Alzheimer en 2002. En 2005 , le Mini Mental State Examination (MMSE)⁵ est à 22 sur 30, ce qui indique un stade léger de la maladie.

- Mini mental State ? Qu'est-ce que c'est ? demanda Emilie en pointant du doigt la phrase qui soulevait sa question.
- C'est un test standardisé qui permet d'évaluer les fonctions cognitives. A lui seul, il ne permet pas de poser le diagnostic de démence mais il reste un outil très utile pour le dépistage et le suivi des démences.

⁵ Folstein, McHugh , 1975

- Ah ok! dit Emilie en hochant la tête de haut en bas. Et depuis 2005 j'imagine que le score de Madame Coudrier a dû baisser ?
- Oui sûrement. Mais on ne peut plus lui faire passer ce test car il se présente sous la forme de questions que l'on pose au patient... et Madame Coudrier n'a plus accès au langage verbal.
- D'accord ! répliqua Emilie, qui se remit à lire attentivement la feuille que Paul lui avait passée.

Elle a eu deux accidents vasculaires cérébraux ischémiques transitoires en 2001 et 2005.

Elle a un traitement en cours anti-Alzheimer, un pour réduire l'hypertension artérielle, un pour la dyslipidémie, un antidépresseur et un dernier pour le transit intestinal.

Avant ses AVC et le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, elle est décrite comme une femme angoissée. En mai 2013, lorsque son fils vient lui rendre visite dans son domicile, il la trouve « penchée vers la gauche pendant la marche » avec un déficit de l'hémicorps gauche. Son bras gauche n'était plus mobilisable. Suite à ce déficit moteur, elle est amenée d'urgence à l'hôpital.

Madame Coudrier s'est progressivement grabatisée en cours d'hospitalisation, durant laquelle un nouvel évènement neurologique aurait eu lieu. Deux nouveaux hématomes cérébraux ont été observés par scanner. Le retour à domicile étant impossible, un placement en EHPAD a été organisé. C'est dans ce contexte que Madame Coudrier est arrivée en juillet 2013, il y a presque six ans maintenant.

Avant cet épisode, Madame Coudrier était active et sortait se promener tous les jours avec son chien. Maintenant elle est totalement dépendante, ce qui la situe

au niveau du GIR 1⁶. Elle mange mixé et peut boire à la paille seulement. Elle reste dans son fauteuil ou son lit en permanence. Une installation spécifique est mise en place pour éviter les escarres et les potentielles déformations articulaires.

Le projet d'accueil personnalisé de Madame Coudrier a été réalisé suite à son entrée dans l'établissement. Il vise à trouver un confort de vie. Elle est prise en charge en kinésithérapie quatre à cinq fois par semaine et une fois en psychomotricité.

- Ok j'imagine un peu mieux ! Sa famille vient la voir régulièrement ? demanda Emilie.
- Je sais qu'elle a un fils qui vient rarement mais de toute l'année je ne l'ai jamais croisé. Et justement c'est parfois un peu compliqué parce qu'on a très peu d'informations sur son anamnèse.

Pour aller plus loin

*L'évaluation de l'autonomie

L'autonomie du résident peut être évaluée grâce à une grille d'évaluation appelée AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources). Elle permet de déterminer le GIR grâce à l'évaluation d'activités de la vie quotidienne : les transferts, les déplacements à l'intérieur, la toilette, l'hygiène de l'élimination, l'habillage, la cuisine, l'alimentation, le suivi d'un traitement, le ménage, savoir alerter, les déplacements à l'extérieur, les transports, les activités en temps libre, les achats, la gestion, l'orientation et enfin la cohérence.

⁶ Groupe Iso Ressource de degré 1

Six groupes iso-ressources ont été déterminés, du plus dépendant (GIR 1) au plus autonome (GIR 6). Cette grille est également utilisée pour déterminer les droits à l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) dont les GIR de 1 à 4 peuvent bénéficier à domicile ou en institution.

-Le GIR 1 correspond aux personnes ayant perdu toute autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale. Elles sont confinées au lit ou au fauteuil. La présence constante d'intervenants auprès de ces personnes est indispensable.

-Le GIR 2 comprend deux groupes de personnes : celles grabataires dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et celles qui ont conservé leur capacités motrices mais dont les fonctions mentales sont altérées. Elles nécessitent un accompagnement dans la plupart des activités de la vie quotidienne.

-Le GIR 3 correspond aux personnes qui ont conservé leur autonomie mentale et partiellement leurs capacités motrices. Elles ont besoin d'être assistées au quotidien.

-Le GIR 4 regroupe les personnes ne pouvant pas assumer seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer de manière autonome. Elles peuvent avoir besoin d'être aidées ponctuellement, notamment pour la toilette, l'habillage, la préparation des repas...

-Le GIR 5 comprend des personnes âgées assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette.

-Le GIR 6 correspond aux personnes autonomes au quotidien.

Chapitre 3 : La démence mixte

- Mais c'est dingue ! Qu'est-ce qui a fait qu'elle se retrouve comme ça alors qu'elle n'est pas si âgée par rapport à d'autres ?
- Alors déjà en 2003, il y a 15 ans on lui a diagnostiqué la maladie d'Alzheimer. Comme je l'avais lu dans son dossier, en 2001 et 2005 elle a fait des Accidents Vasculaires Cérébraux puis potentiellement d'autres après.
- -Mais alors pour Mme Coudrier c'est la maladie d'Alzheimer ou les AVC qui l'ont rendue grabataire ?
- Je dirai les deux. On appelle ça une démence mixte.
- Oula, c'est négatif le mot démence. Un peu comme si la personne était devenue folle.
- C'est vrai que dans le langage courant on ne l'utilise pas vraiment positivement. J'avais appris que ça venait du latin dementia, le préfixe de à valeur privative et le substantif mens qui peut signifier esprit, raison, intelligence et âme. Tu as raison, ça donne quelque chose assez négative! Mais après c'est plus modéré en français et puis le terme est controversé. Il existe plusieurs classifications et dans le DSM-V ⁷ on appelle les démences « troubles neurocognitifs ». Attends j'avais appris par cœur la définition !

Les plis sur le front de Paul et ses sourcils légèrement froncés témoignaient de sa réflexion. Quelques secondes après il s'exclama :

- Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ⁸ , la démence ou syndrome démentiel est «un syndrome, généralement chronique ou évolutif,

⁷Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5ème édition),2015.

⁸Classification Internationale des Maladies 10ème édition, 2000.

dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive, 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. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive ». Oh super je m'en souviens! J'avais un examen dessus il y a deux semaines.

- En quelques années tu es devenu un dictionnaire ambulant, plaisanta Emilie. Ça reste assez flou je trouve, une démence c'est quand on n'a plus de mémoire alors?

- Oh pas à ce point quand même! Plus de mémoire ? Entre autre mais pas seulement. La démence a une influence à plusieurs niveaux : physique, psychique, cognitif, social et comportemental.

- En fait elle atteint la personne dans sa globalité ! Mais je ne vois pas le rapport entre Alzheimer et être grabataire. Je connais plein de personnes qui perdent la mémoire et qui marchent sans problème.

- C'est parce qu'il existe différents degrés de sévérité de la démence. Un trouble neurocognitif léger n'aura pas le même impact qu'un trouble majeur. Les démences neuro-dégénératives vont forcément évoluer avec le temps.

- Et puis la démence ce n'est pas seulement la maladie d'Alzheimer.

- Ah il y en a différentes sortes ? Parce que déjà la maladie d'Alzheimer ça doit pas être facile à vivre...

- Oui beaucoup ! Et on peut par exemple les classer en fonction de leurs atteintes ou de leur cause.

- D'accord je comprends mieux. Et donc une démence mixte c'est une

atteinte d'un endroit particulier du cerveau?

- Plus ou moins. Pour ça il faut que je t'explique la classification. Est-ce que tu connais un peu les différentes zones du cerveau ?
- Quelques unes oui. Dis-moi et je t'arrêterai si je ne comprends pas.
- D'accord ! Il y a un premier groupe qui sont appelées les démences neuro-dégénératives. Dedans on trouve des démences corticales qui peuvent toucher les aires associatives. Ça peut être par exemple la maladie d'Alzheimer, la démence fronto-temporale ou le syndrome de Korsakoff.
- Après il existe des démences sous-corticales. Elles touchent d'autres parties du cerveau : la substance blanche, les ganglions de la base, le thalamus et l'hypothalamus. Là on peut trouver des démences associées à la maladie de Parkinson, la paralysie supra-nucléaire progressive, la chorée de Huntington...
- Et pour finir il en existe des cortico-sous-corticales qui associent des troubles démentiels et des signes moteurs sous-corticaux. Par exemple ce sera la démence à corps de Lewy ou la dégénérescence cortico-basale.⁹
- - Mais il y en a autant ? Je ne pensais pas !
- Oui... et ce n'est que le premier type. Parce qu'après il existe aussi les démences non- dégénératives. Désolé c'est un peu long et compliqué mais sinon je ne vois pas comment t'expliquer la démence mixte, ajouta Paul un peu gêné de prendre autant de place dans la discussion.
- Mais non ne t'inquiète pas ! En vrai c'est intéressant et ça améliorera ma culture générale, répliqua Emilie curieuse. Et puis je ne suis pas si inculte, je connais les zones du cerveau dont tu parles.
- Je parie que c'est grâce à ta maman!

⁹ Lefevre C., 05/02/2019, notes de cours

- Gagné ! Imagine les discussions à table avec une maman professeur de biologie, dit Emilie l'air faussement accablé.
- Tu n'as pas l'air de si mal le vivre! lui répondit Paul avec le regard malicieux. Bon je continue alors. Donc dans les démences non-dégénératives c'est pareil on peut trouver différentes atteintes. Les démences infectieuses et inflammatoires comme la sclérose en plaque ou le démente du SIDA sont dues à des atteintes sous-corticales frontales. Pour la démente vasculaire c'est le plus souvent sous-cortical et elle peut être due à un AVC. Il existe aussi des démences de type mécanique comme l'hydrocéphalie à pression normale. Enfin voilà ! Je crois avoir fait à peu près le tour.
- Mais tu ne m'as toujours pas parlé de la démente mixte, ajouta Emilie un peu dépitée.
- Ça vient ! La démente mixte c'est l'association d'une atteinte neuro-dégénérative et d'une atteinte vasculaire.
- Ah d'accord ! dit comme ça, ça fait un peu deux pour le prix d'un... Donc si j'ai bien compris Madame Coudrier a la maladie d'Alzheimer donc une atteinte neuro-dégénérative et plusieurs AVC qui ont créés des atteintes vasculaires.
- Exactement ! dis-donc tu as bien retenu parce que ce n'est pas forcément évident...
- Il fallait bien que mon année d'étude en droit serve à quelque chose quand même ! J'ai la mémoire bien entraînée maintenant.

Les deux amis profitèrent du moment de silence pour prendre le temps de déguster une gorgée de leur boisson.

- Toutes les personnes qui vieillissent finissent avec une sorte de démente ? Enfin est-ce que c'est surtout lié à l'âge ?

- Non heureusement! Quand on vieillit il y a inéluctablement un vieillissement physiologique mais les démences sont considérées comme pathologiques. J'avais lu un livre de B. Croisile qui disait qu'elles « ne sont pas une fatalité du vieillissement, ce sont d'authentiques maladies secondaires à des lésions cérébrales qui retentissent progressivement sur la vie professionnelle, sociale et familiale du patient. »¹⁰ Mais c'est vrai que l'âge est une prévalence de la démence. Dans le monde il y a entre 5 et 8% des plus de 60 ans qui ont une démence¹¹.

- Ouf ! Parce qu'honnêtement ça ne donne pas vraiment envie de vieillir. Enfin ça représente quand même pas mal de personnes...

- Le silence s'installa. Emilie semblait en pleine réflexion tandis que Paul buvait sans un bruit sa bière.

- Tu me dis si ça t'embête de parler boulot alors que c'est ton seul moment de la semaine sans cours, se hasarda Emilie. Mais j'ai juste une question: concrètement ces personnes ont quoi comme symptômes? L'altération de la mémoire mais pas uniquement si j'ai bien compris?

- Non ça ne me dérange pas du tout! Au contraire, ça me fait réfléchir et réviser. Mais tu as combien de temps devant toi?

- Tout l'après-midi et la soirée! Mon train part tard, vers vingt-deux heures je crois. Mais toi tu as quelque chose de prévu après?

- Non rien! Cool ça nous laisse bien le temps, il faudra que tu me racontes ton été après.

- Ah oui j'ai plein de choses à te dire à ce propos! Mais on prendra le temps plus tard sinon je vais m'embrouiller dans tes explications.

¹⁰ Croisile B. 2010.

¹¹ Grise J., 2014, p.1

- Ça marche! On considère le syndrome démentiel comme un tronc commun à toute démence et après chaque démence a sa spécificité. Je crois qu'il va falloir que je reparte un peu dans l'histoire de la démence pour que tu puisses comprendre. Par contre ça risque d'être un peu long...
- Pas grave, je suis tout ouïe, lui répondit Emilie intéressée.
- Ok ! Alors on va remonter dans le temps. En 1938, Esquirol, un psychiatre français, donne pour la première fois une définition du mot démence. Si je me souviens bien il en dit ceci : « une affection cérébrale (...) caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence, de la volonté (...) L'homme qui est dans la démence a perdu la faculté de percevoir convenablement les objets, d'en saisir les rapports, de les comparer, d'en conserver le souvenir complet; d'où l'impossibilité de raisonner juste.¹² » Et aussi que c'est une « maladie chronique, progressive et incurable, qui est rapportée à l'effet de l'âge.¹³ »
- Mais comment fais-tu pour retenir tout ça ? Tu m'impressionnes !
- Je triche un peu, j'ai eu un examen il y a peu de temps, dit Paul en souriant. Pas sûr et certain que je m'en souviens dans deux mois!
- D'accord je comprends mieux! Désolée, je t'ai interrompu. On était en 1838, récapitula Emilie les yeux interrogateurs.
- Oui ! Et plus tard, C. Belin confirme qu'avant les années 1980 la démence est perçue comme « une détérioration globale des fonctions intellectuelles où il n'apparaît pas possible de différencier cliniquement les différents types de démence.¹⁴ » Le terme de démence, toujours indifférencié, a été introduit dans le DSM II en 1968.

¹² Derouesne C. in Belin C, 2006, p.11.

¹³ Ibid

¹⁴ Belin C. et all., 2006, p.13.

- Ça veut dire quoi DSM ? Tu l'as déjà dit tout à l'heure mais tu étais trop concentré, je n'ai pas voulu t'interrompre.
- C'est le sigle utilisé pour « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. » En français, ça donne « Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux ». En résumé, c'est un livre qui définit et classe les différents troubles mentaux. Au fil du temps, il a été révisé et c'est pour cela qu'on précise le numéro après. Le premier a été publié en 1952 et le dernier en date en 2013 en anglais et 2015 en français. Pour l'instant, on en est au numéro V.
- Ah oui pratique d'avoir un même livre qui regroupe tout. Cinq versions en une cinquantaine d'années, ça montre bien que la recherche évolue!
- Oui, tous les professionnels se réfèrent aux mêmes définitions et critères. Il y a aussi la CIM 10¹⁵ qui est publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé mais je crois que c'est déjà assez compliqué comme ça, je vais t'épargner les détails!
- Bonne idée, acquiesca Emilie. Sinon je vais complètement être perdue.
- Ok, je reste sur le DSM! Donc ce n'est qu'au DSM IV en 1994 qu'on différencie nettement les types de démences. Et pour finir dans le DSM V le terme de démence -ou syndrome démentiel d'ailleurs, c'est un synonyme- a été remplacé par celui de “trouble neurocognitif majeur”.
- Ouah ça doit être un casse-tête de tout revoir à chaque fois! Mais alors quels sont les critères d'aujourd'hui?
- Alors là je ne les connais pas par cœur ! Mais je crois que j'ai l'extrait avec moi.

¹⁵Classification Internationale des Maladies 10ème édition, 2000.

- Quand je disais sac de Marry Poppins, je plaisantais, mais j'ai l'impression que c'est la réalité ! dit Emilie interloquée.
- C'est vrai que j'ai beaucoup de livres et articles avec moi. J'ai profité ce midi d'avoir un peu de temps pour passer à la bibliothèque en emprunter. Cette année j'ai le mémoire à écrire du coup je commence à me documenter.
- Ah tout s'explique! Tu as déjà une idée de ce que tu voudrais faire ?
- Vaguement oui ! Mais pour l'instant je ne suis sûr de rien. Je compte sur mes lectures pour m'aider à trouver le fameux thème sur lequel je travaillerai en particulier, dit Paul en farfouillant une fois de plus dans son sac.

Il sortit trois pochettes et feuilleta les copies qui étaient dans la première : pas de DSM en vue. Il ouvrit alors la deuxième pochette cartonnée et en sortit immédiatement une feuille qu'il tendit à Emilie.

Trouble neurocognitif majeur

A. Présence d'un déclin cognitif significatif à partir d'un niveau antérieur de performance dans un ou plusieurs domaines de la cognition (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, cognition perceptivo-motrice ou sociale) basé sur :

- 1- La perception par le patient, un informant fiable ou le clinicien, d'un déclin cognitif significatif.
- 2- L'existence d'une diminution importante des performances cognitives, préférablement documentée par des examens neuropsychologiques standardisés ou, à défaut, par une autre évaluation clinique quantitative.

B. Le déclin cognitif retentit sur l'autonomie dans les activités quotidiennes (c'est-à-dire nécessite au minimum une assistance dans les activités instrumentales complexes comme payer ses factures ou gérer ses médicaments).

C. Les déficits cognitifs ne surviennent pas uniquement dans le contexte d'un delirium (syndrome confusionnel dans la terminologie française).

D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par une autre affection mentale (par exemple épisode dépressif majeur, schizophrénie).¹⁶

Les yeux d'Emilie balayaient attentivement la feuille de gauche à droite. Arrivée au bas de la page elle releva la tête et ajouta :

- Je pensais que ça donnait une idée pour se représenter la personne mais pas vraiment. Ils ne disent pas précisément quels troubles apparaissent.
- Tout dépend du degré de sévérité de la démence, ou plutôt du « trouble neurocognitif ». L'Organisation Mondiale de la Santé a distingué trois stades et chacun a des spécificités.
- Et donc?
- Tu veux le détail? demanda Paul étonné.
- Oui, autant que je comprenne tout ça jusqu'au bout! Ça se trouve moi aussi je bosserai plus tard avec des personnes âgées, dit Emilie avec un air malicieux.
- Ah tout est possible, il ne faut jamais dire jamais : j'en suis la preuve vivante ! répliqua Paul sagement.

¹⁶ American Psychiatric Association , DSM-V, 2015.

Il prit son verre dans sa main droite, bu le fond qui restait puis le reposa.

- Du coup comme je t'ai dit il existe plusieurs types de démence avec des signes cliniques plus ou moins présents. Par contre elles ont une symptomatologie avec des points communs. Par exemple ce qu'on appelle **l'altération des fonctions supérieures**.

- Heu, ça ne me parle pas vraiment...

- Dedans il y a les **troubles mnésiques**, donc de la mémoire à court terme, épisodique, sémantique, gestuelle, des codes de société... qui arrivent peu à peu avec l'évolution de la démence, dans l'ordre que je viens de dire. Il y a aussi la **désorientation temporo-spatiale**, qui touche les repères qu'a la personne âgée par rapport au temps et à l'espace. Au début de la démence, elle oublie la date du jour, a beaucoup de mal à se repérer dans des endroits peu connus. Puis avec le temps elle est de plus en plus perdue par rapport à l'année en cours et se perd également dans des lieux familiers, ou même chez elle.

- Oh ça me rappelle la semaine dernière je rentrais de cours et une dame âgée avait l'air complètement perdue dans la rue. Du coup je suis allée lui demander si elle avait besoin d'aide. Et là trop bizarre! Elle m'a fixée mais ne me répondait rien... Je lui ai redit plus fort au cas où elle n'entende pas bien mais pareil! J'ai un peu eu l'impression d'être une revenante comme dans les films. Et avec ce que tu me dis elle avait peut-être une démence alors!

- C'est très possible ! Justement un des autres symptômes de la démence s'appelle **l'aphasie** : c'est un trouble du langage qui peut toucher la production d'un discours ou les capacités de compréhension. En général au début du syndrome démentiel la personne ne trouve plus quelques mots et

ça peut aller jusqu'à la perte du langage et la non-compréhension de phrases complexes et puis même celles simples.

- Ça doit être tellement difficile de ne pas arriver à dire ce que l'on aimerait...Et moi qui suis partie comme ça en la laissant seule! Si j'avais su..., dit Emilie avec remord. J'espère vraiment qu'elle a pu rentrer chez elle!

- Tu ne pouvais pas savoir ! Est-ce qu'il n'y a pas près de chez toi une maison de retraite? Tu sais quand tu sors et que tu vas vers la droite ?

- Ah si effectivement ! Ça me rassure, si elle venait de là ils l'ont forcément cherchée et retrouvée alors ! dit Émilie soulagée. D'ailleurs elle marchait très bien et était complètement désorientée... du coup le syndrome démentiel n'a pas d'impact au niveau moteur?

- Si par conséquence. Chaque personne présente une évolution différente des différents symptômes mais il y a aussi une **apraxie**, répliqua Paul.

- C'est-à-dire ? questionna Emilie.

- C'est une difficulté à effectuer des gestes ou des actions voulues, alors que l'équipement moteur est intact. Du coup la personne perd de l'autonomie dans son quotidien. Et ce qui peut paraître bizarre de l'extérieur c'est que souvent elle peut faire un geste automatiquement mais pas quand on lui demande.

- Ah oui on peut se dire qu'elle fait semblant de ne pas savoir...

- Et pourtant elle peut y mettre toute sa bonne volonté! Et puis c'est difficile parce que ces personnes perdent des capacités qui nous paraissent acquises. Souvent les familles et les proches ont du mal à comprendre. Par exemple les personnes âgées avec un syndrome démentiel ont une difficulté à reconnaître des objets ou des personnes : c'est l'**agnosie**. Elle peut être

visuelle, auditive, tactile, olfactive ou gustative.

- Les cinq sens! Mais c'est horrible... imagine la première fois que des proches viennent et que la personne âgée ne les reconnaît pas...
- Je suis d'accord... horrible pour les deux je pense, renchérit Paul. Si je me souviens bien quand c'est difficile de reconnaître les visages ça s'appelle la prosopagnosie.
- Je ne peux pas m'empêcher de penser à mes grands-parents... ça fait peur mais en même temps ça m'encourage à profiter des moments ensemble. Et moi qui croyais que c'était seulement un problème de mémoire. En fait ça a plein d'autres conséquences...
- Et encore il y en a beaucoup d'autres dont je ne t'ai pas parlé...
- Ah bon ? La mémoire, le langage, les gestes... qu'est-ce qu'il peut y avoir d'autre?

Paul prit quelques instants pour réfléchir.

- Elles peuvent avoir un **trouble de l'attention** : de toutes les informations sensorielles reçues, il est difficile de garder seulement celles importantes. S'il y a trop d'informations, elles n'arrivent pas à garder leur attention sur ce qui est important. Elles peuvent aussi avoir un **trouble du jugement et du raisonnement**.¹⁷
- Trouble du jugement ? Ne plus pouvoir juger ?
- Oui ! Pas dans le sens qu'on utilise le plus au quotidien, de juger quelqu'un et le critiquer négativement. C'est beaucoup plus vaste. Ce trouble concerne la réflexion, l'autocritique, la logique, l'anticipation et le jugement dans le sens du discernement. Parfois la capacité de faire des choix est atteinte et la personne démente est mise sous tutelle juridique pour les décisions

¹⁷ Lefevre C. (22/01/2019), notes de cours.

importantes.

- Ah oui j'avais un peu vu ça en droit pour tout ce qui concerne les histoires de succession! Mais apparemment c'est compliqué parce qu'il faut déjà que la personne accepte d'être aidée pour travailler avec elle.

- En même temps imagine! Tu as vécu toute ta vie en étant autonome et même parfois en s'occupant d'autres personnes et là on te dit que tu n'es plus capable de faire tes propres choix et que tu as besoin d'aide... ça doit être difficile à entendre et accepter!

- C'est sûr. Et est-ce qu'elles ont conscience de perdre peu à peu leurs capacités?

- Tout dépend de la personne et du stade où elle en est mais très souvent au début oui. Et ça a une influence au niveau de leur moral. Après il y a aussi des **troubles de l'humeur et du comportement** qui peuvent les perturber. Elles peuvent avoir des émotions très labiles : de l'anxiété, des périodes de dépression, une exaltation de l'humeur, de l'indifférence... L'anxiété peut les amener à déambuler, avoir des stéréotypies ou des rituels très présents pour se rassurer.

- Des rituels pour se rassurer? Ça m'évoque les trucs vaudous mais j'imagine que ce n'est pas ça... ? demanda Emilie étonnée.

- Non heureusement, répondit Paul hilare. C'est plus quelque chose de l'obsession, par exemple à la même heure faire toujours le même enchaînement d'actions. Ou ça peut aussi être dans le rangement, chaque objet à une place très précise...

- Ah oui d'accord! Rien à voir alors. C'est ce que j'appellerai être un peu maniaque. C'est tout cette fois ?

- Tout ?

- Ba oui tous les troubles pour un « syndrome démentiel », comme tu l'appelles.
- Ah non... Il peut aussi y avoir des **idées délirantes** et des **hallucinations**. Et puis au niveau somatique une **incontinence** lorsque la démence est en phase avancée et un **trouble du sommeil**¹⁸. En ce moment je sors de stage à peu près en même temps que le coucher du soleil. Beaucoup de personnes s'énervent et sont agitées à ce moment...peut-être d'angoisse à cause de la nuit qui tombe.
- Tu as les bons horaires de stage alors ! Ça doit être compliqué à gérer.
- Ce serait quand même intéressant pour les résidents qu'il y ait un psychomotricien à ce moment ! Mais je crois que ce n'est pas vraiment d'actualité dans l'EHPAD, lui répondit Paul.
- Dommage alors. Mais comment la dame dont tu me parlais tout à l'heure est passée de tout ça à être grabataire ?
- En fait c'est le dernier stade de l'évolution de la démence. Regarde la feuille que je t'ai passée tout à l'heure. Je pense qu'au verso il y a le détail des différents stades.

Emilie pris la feuille et la retourna. Après avoir jeté un coup d'œil elle s'exclama :

- Ah oui effectivement !

La démence touche différemment chaque personne atteinte, selon les effets de la maladie et la personnalité d'origine du patient. Les signes et les symptômes liés à la démence peuvent être classés en 3 stades:

¹⁸ Lefevre C., 22/01/2019, notes de cours

Stade initial: le stade initial passe souvent inaperçu, la maladie apparaissant graduellement. Les symptômes courants sont notamment:

- avoir tendance à oublier;
- perdre conscience du temps;
- se perdre dans des endroits familiers.

Stade intermédiaire: à mesure que la démence progresse vers le stade intermédiaire, les signes et les symptômes se précisent et deviennent plus visibles. Le malade peut entre autres:

- oublier les événements récents et le nom des gens;
- se perdre à la maison;
- avoir plus de difficulté à communiquer;
- nécessiter de l'aide pour les soins d'hygiène personnelle;
- présenter des changements de comportement, par exemple errer ou répéter les mêmes questions.

Dernier stade: le dernier stade de la démence est caractérisé par une dépendance et une inactivité presque totales. Les troubles de la mémoire sont importants et les signes et symptômes physiques deviennent plus évidents. Les symptômes sont notamment:

- perdre conscience du temps et du lieu;
- avoir de la difficulté à reconnaître les proches et les amis;
- nécessiter une aide accrue pour les soins d'hygiène personnelle;
- avoir de la difficulté à marcher;
- présenter des changements de comportement, le patient pouvant aller jusqu'à

l'agression.¹⁹

Emilie prit le temps de lire la feuille sous l'œil attentif de Paul. Puis elle reprit :

- D'accord c'est plus clair cette fois! J'imagine que la patiente dont tu m'as parlé est au dernier stade à un niveau avancé alors ?
- Oui exactement ! Une dépendance totale qui va jusqu'à sa grabatisation.

Pour aller plus loin²⁰ :

La démence vasculaire

Elle est due à une faible oxygénation des cellules du cerveau, soit à cause d'un caillot bloquant les vaisseaux cérébraux (ischémie), soit à une chute de la pression artérielle et une compression intracérébrale(hémorragie). Ces périodes d'hypoxie entraînent la mort des cellules du cerveau et provoquent les symptômes de troubles cognitifs.

La maladie cérébro-vasculaire est la deuxième forme de troubles cognitifs la plus répandue. Les démences vasculaires représentent 15 à 30% des cas de démence.

Les signes cliniques sont soudains, en rupture avec l'état normal de la personne. L'évolution est variable en fonction de la lésion, définitive ou réversible mais le risque majeur reste la récurrence. Il n'existe pas de traitement curatif.

La démence de type Alzheimer²¹

La maladie d'Alzheimer se caractérise par une détérioration durable et progressive des fonctions cognitives : un trouble de la mémoire, une altération

¹⁹ www.who.int/fr , site de l'OMS

²⁰ www.francealzheimer.org

²¹ Brandilly A., 15/01/2019, notes de cours

de la pensée abstraite, des troubles de jugement, des troubles de langage, une incapacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes, une impossibilité d'identifier un objet malgré des fonctions sensorielles intactes. Très souvent, des troubles psycho-comportementaux sont associés.

C'est une maladie neuro-dégénérative caractérisée par la présence de plaques amyloïdes et de dépôts de protéine Tau.

Pendant plusieurs années la personne ne présente pas de signes cliniques, puis certains vont apparaître progressivement comme des troubles de la mémoire épisodique, une fatigue profonde, un désintérêt. Avec l'évolution de la maladie, la perte d'autonomie survient et la personne atteint une phase de dépendance totale.

Selon l'étude PAQUID²², au niveau mondial, 24,3 millions de personnes seraient atteintes et il y aurait près de 4,6 millions de nouveaux cas chaque année.

Il n'existe pas de traitement curatif mais un traitement des symptômes est en discussion.

²² Plan Alzheimer, 2006-2008

Chapitre 4 : Le dialogue tonico-émotionnel

- Mais qu'est-ce que tu peux bien faire avec elle vu qu'elle ne communique pas?
- Ne communique pas ? répéta Paul étonné. Mais bien sûr que si elle communique !
- Pourtant tu m'as dit tout à l'heure qu'elle ne parlait plus du tout...
- Ah mais il existe plein d'autres façons de rentrer en communication!

Pendant ce temps, le serveur arriva discrètement vers la table des deux amis.

- Tout va bien ? Vous souhaitez autre chose ? demanda le serveur en faisant sursauter Emilie qui ne l'avait pas vu arriver. Oh pardon ! Je ne voulais pas vous faire peur, ajouta-t-il d'un air bienveillant.
- Ce n'est pas grave ! J'étais dans mes pensées. Mais sinon non merci ça ira pour moi pour l'instant.

Le serveur acquiesça d'un léger mouvement de tête et posa son regard interrogateur sur Paul, qui lui fit signe à son tour qu'il n'avait besoin de rien. Il repartit alors aussi discrètement qu'il était arrivé.

Emilie, du bout des doigts, remua son cocktail avec la paille.

- Tiens c'est l'exemple parfait ! dit Paul, le sourire en coin.
- De ? demanda Emilie avec une mimique d'incompréhension.
- Regarde sans que tu ne parles, le serveur a compris qu'il t'avait fait peur.

C'est donc une communication sans mots.

- Pas faux!
- Et tous les jours au quotidien tu as des situations comme ça! Sans un mot, tu peux établir quelque chose de la relation avec l'autre, expliqua Paul.

- C'est vrai ! Je pensais à quand on sert la main de quelqu'un. Même si on ne dit rien on sent quelque chose de lui... enfin ça paraît bizarre dit comme ça mais c'est un ressenti que j'ai souvent.
- Ça ne me paraît pas du tout étrange, bien au contraire! En psychomotricité on appelle ça le dialogue tonico-émotionnel.
- Encore un de tes mots compliqués!
- Ce n'est pas aussi compliqué que tu ne le crois. Et tellement important! répliqua Paul enthousiaste.
- Important dans ton travail ?
- Oui particulièrement, mais c'est présent au quotidien. Tu l'utilises en permanence sans en avoir conscience.
- Mais alors qu'est-ce que c'est vraiment ? Ça me paraît très abstrait... critiqua Emilie.
- C'est une notion définie par Ajuriaguerra en 1977. Elle est le fruit de plusieurs travaux préalables... pour bien comprendre je pense qu'il faut que je remonte un peu plus dans le temps.

Emilie acquiesça en hochant la tête, bien décidée à comprendre ce dont elle se servait apparemment si souvent sans le savoir.

-Alors je vais remonter en 1930 avec Henri Wallon. Il décrit le dialogue tonique comme le moyen de communication privilégié entre la mère et son bébé. Cette communication se fait par « les regards, les sourires, les touchers, les vibrations, les mimiques émotionnelles. ²³» Le dialogue tonique se base sur l'ajustement tonique entre les deux partenaires qui interagissent.

- Je ne comprends pas trop « ajustement tonique ». Ça a quelque chose à voir avec les muscles ?

²³Scialom P., Giromini F., Albaret J-M. (2011), p.159

- Oui entre autre. C'est la capacité de s'accorder l'un à l'autre au niveau du tonus.
- Ça veut dire qu'on peut changer notre tonus ?
- Qu'il y a des variations de tonus oui ! On décrit le tonus ainsi : c' « est l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire.²⁴ » Il existe trois niveaux toniques. Le tonus de fond est toujours présent, même quand on dort ou qu'on est dans le coma. Après il y a le tonus postural qui permet de maintenir une posture et de lutter contre la gravité. On peut agir volontairement dessus. Et pour finir il y a le tonus d'action qui nous permet de préparer et soutenir un mouvement : il peut aussi être mobilisé volontairement ou de façon automatique.
- D'accord! Mais le tonus doit aussi dépendre d'autres facteurs non ? Je pense à un nourrisson par exemple. Il ne va pas pouvoir se tenir assis et donc avoir une action sur son tonus postural.
- Bien sûr ! L'âge et la maturation neurologique ont un rôle. Il y a aussi d'autres facteurs comme les hormones, la vigilance, les stimulations sensorielles et pour finir ce fameux dialogue tonique.

Tout d'un coup un grand bruit de verre brisé se fit entendre. Les deux amis sursautèrent. De l'autre côté du café, le serveur voulant apporter les verres des trois autres clients avait renversé son plateau. Il ramassa le plateau tout confus et repartit dans la cuisine pour aller chercher de quoi nettoyer sa maladresse. Emilie reprit avec un sourire en coin:

- Je parie que tu vas me dire que là on vient de modifier notre tonus parce

²⁴ Jover M. in Rivière J.,2000

qu'on a été surpris!

- Ah oui ! On était clairement en hypertonie, dit Paul amusé.
- J'imagine que c'est une tonicité élevée ?
- Oui ! Et pour une tonicité faible on dit « hypotonie ».
- Ok je pense que j'ai compris! On varie tout le temps entre ces deux états et grâce à ça on peut s'ajuster au niveau tonique! C'est ça ?
- Voilà! Et Wallon dit que cet ajustement tonique a quatre modalités : « le porter, le palper, le parler, le penser. »²⁵ Le porter assure le lien tonique.
- Est-ce que ça a un rapport avec le holding²⁶ et handling²⁷ de Winnicott ?
On a vu ça en cours il n'y a pas longtemps.
- Oui c'est tout ce qui concerne le portage et les soins donnés au bébé par la figure maternelle. Je ne savais pas que tu connaissais ça! Et donc pour les autres modalités, le palper assure le lien sensoriel, le parler le lien affectif et le pensée tout simplement un lien de pensée.
- Si si je suis en licence de psychologie je te rappelle! Mais l'ajustement tonique a un lien avec l'affectif?
- Je me souviens, mais depuis quelques mois seulement ! Oui Wallon dit que « les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire ²⁸» On comprend que tonus et émotions sont intimement liés.
- En gros les émotions ont un impact sur le tonus et vice-versa... dit Emilie à voix basse en réfléchissant, les sourcils froncés et le nez un peu retroussé.
- Et j'avais aussi lu un auteur qui disait que Wallon avait mis en évidence

²⁵ Wallon H. in Scialom P., Giromini F., Albaret J-M., 2011, p.160

²⁶ Holding : manière dont la mère porte son bébé psychologiquement et physiquement.

²⁷ Handling : manière dont le bébé est manipulé pendant les soins.

²⁸ Wallon H., 1949 , p. 174

que les émotions «se communiquent de l'un à l'autre et, directement de corps à corps. Elles se traduisent automatiquement par des modifications toniques plus ou moins fines et plus ou moins généralisées.²⁹ »

- Ok ! C'est vrai que ça semble logique en fait !
- Dans la continuité des travaux de Wallon, Ajuriaguerra parle alors de dialogue tonico-émotionnel. Pour lui c'est « le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre. ³⁰» En fait le dialogue tonico-émotionnel est considéré comme la toile de fond des émotions. Il dit aussi que « Les relations entre tonus et émotions sont indissociables, le corps parle face à une situation ». ³¹
- Mais c'est génial ! Je pense qu'on a déjà tous vécu une situation comme ça sans arriver à comprendre si c'était de l'intuition ou autre chose. Je trouve que comprendre cette notion donne plus de légitimité à ce que nous percevons de l'autre.
- C'est exactement ce que je me suis dit en arrivant en psychomotricité! Ça a aussi changé en quelque sorte ma manière d'être en relation avec l'autre dans la vie quotidienne.
- J'imagine ! Et pour tes stages ça doit être bien utile aussi.
- Oui tellement ! D'ailleurs on dit qu'il y a quatre fonctions du dialogue tonico-émotionnel. La première c'est **permettre l'attachement** : « l'enfant a besoin de s'attacher dans une sécurité émotionnelle. Cela lui permettra d'acquérir peu à peu son autonomie tout en restant dans un lien affectif qu'il intériorise. ³²» Grâce à ça il va pouvoir acquérir la permanence de l'objet. La

²⁹ Pireyre E., 2011, p.130

³⁰ Bachelet et Marcelli, 2010, p ;14

³¹ Pireyre , 2011, p.130

³² Scialom P., Giromini F., Albaret J-M, 2011, p.162

deuxième c'est **permettre l'intégration des sensations**. Grâce aux expériences sensorielles multiples dans le portage, le bébé va pouvoir différencier les sensations et l'alternance entre la tension et la détente. Suzanne Robert-Ouvray développe ce processus en déterminant quatre paliers : le niveau tonique, le niveau sensoriel, le niveau affectif et le niveau représentatif. La troisième fonction se rapporte au **changement de niveaux d'organisation**. La figure maternelle et plus tard un tiers va verbaliser et donner du sens à ce que vit l'enfant qui pourra ensuite avoir accès à la symbolisation. Et enfin, comme tu me le disais, la quatrième fonction est d'être un **outil thérapeutique**. En temps que psychomotricien, nous allons utiliser le dialogue tonico-émotionnel pour « renouer un dialogue fructueux, [...] relancer le processus intégratif et [...] amener progressivement à la symbolisation de ses ressentis³³. »

- Ah oui, en fait c'est vraiment le moyen de communication qui vous est super utile! Mais plus concrètement ça se traduit par quoi ?

- Ajuriaguerra, celui dont je te parlais tout à l'heure, a décrit cinq composantes de ce dialogue : « les modifications toniques fines ou généralisées, les réactions de prestance, les attitudes corporelles, les mimiques et l'activité motrice. »³⁴

- D'accord ! C'est plus compréhensible pour moi ! Et tu as surtout parlé des bébés...c'est seulement avec eux ? Et les personnes qui ne peuvent pas parler ?

- Non, avec tout le monde ! Le dialogue tonique naît des interactions précoces mais persiste tout au long de la vie. Il reste la base de la

³³ ibid

³⁴ Pireyre E p130 2011

communication non verbale et donc complémentaire au langage. D'ailleurs je préfère utiliser le terme de « communication corporelle »³⁵ que C. Ballouard a proposé. Après je trouve qu'il est d'autant plus important à considérer lorsque la personne en face de nous n'a plus accès au langage verbal.

- Comme avec la patiente dont tu m'as parlé alors!
- Oui voilà ! Avec elle c'est le moyen privilégié d'entrer en relation. Je me souviens avoir lu que « Dans toute communication entre deux sujets, l'entrée en relation se fait au niveau non verbal (regard, ancrage corporel, mimiques, expression du visage) où s'échange les degrés tensionnels de chacun.³⁶ » C'est tellement vrai!

- Enfin c'est bien gentil tout ça mais concrètement? Tu fais quoi? Je n'arrive pas du tout à imaginer une séance avec quelqu'un qui ne parle pas. Et ne bouge pas en plus tu m'as dit! demanda Emilie perplexe.

Des traits horizontaux parcouraient son front. Les yeux plissés, les épaules refermées et les bras croisés... tout montrait qu'elle était dubitative.

Devant l'incompréhension d'Emilie, Paul lui répondit :

- Alors là tout dépend du patient que l'on a en face de nous ! Mais si tu veux je peux t'expliquer ce que je fais avec Mme Coudrier.
- Si ça peut m'éclairer avec plaisir, répliqua Emilie.

³⁵Pireyre E 2011 p123

³⁶ Quentin O., Godderidge B. et d'Arfeuille P., 2010, p.30

Chapitre 5 : Clinique et dialogue tonico-émotionnel

- En psychomotricité on utilise des médiations pour travailler avec le patient. Il en existe plein! Et puis on peut aussi en inventer. C'est ce côté créatif qui m'a attiré pour choisir ce métier d'ailleurs!
- En inventer ? Mais alors chaque psychomotricien fait un peu ce qu'il veut ?
- Oui et non... en fait ce n'est pas la médiation qui importe mais le travail que l'on fait derrière. Pour chaque suivi en psychomotricité après un bilan psychomoteur on détermine des axes de travail adaptés à la personne. Et en fonction des axes on choisit une médiation qui nous semble appropriée.
- Ok! Et, du coup, avec ta maître de stage, vous avez choisi quoi pour Mme Coudrier?
- Alors comme axe on a pensé travailler tout ce qui est autour de la relation et de ses angoisses. Comme médiation on a utilisé avec elle la balnéothérapie, une fois par semaine.
- Ouh là, il va falloir que tu m'expliques ! Ça consiste en quoi ?
- Alors la balnéothérapie c'est le nom pour les bains thérapeutiques.
- Dans l'EHPAD où tu es stagiaire il y a une piscine ? le coupa Emilie étonnée, en se redressant sur sa chaise.
- Non c'est une salle avec une grande baignoire. Elle a plusieurs fonctionnalités comme les bulles, les ultrasons... La personne est en général en maillot de bain et nous à ses côtés, près de la baignoire.
- En maillot de bain aussi? s'exclama Emilie.
- Ah non! On est habillés et à l'extérieur de l'eau.
- Ouf ça doit être gênant sinon.
- Et bien je ne trouve pas! Tu sais on a tellement travaillé pendant toutes

ces années sur notre image du corps - c'est un mot utilisé pour exprimer la représentation subjective que l'on a de son propre corps- que ça ne me dérange pas. Et puis c'est dans un cadre thérapeutique. Mais c'est vrai qu'il y a trois ans je n'aurai jamais pu faire ça!

- Je comprends, moi je ne pourrais pas...enfin de toute manière je ne vais pas être psychomotricienne! Tu es tout seul pour faire la séance ?

- Non on est à plusieurs. La psychomotricienne est toujours avec moi et de temps en temps une autre stagiaire en psychomotricité. Une aide-soignante participe aux transferts aussi.

- Ok ! Est-ce que vous avez un déroulé particulier ?

- On prépare la salle avant que Mme Coudrier soit là. On fait couler l'eau chaude dans la baignoire et on installe la salle de manière à ce que l'ambiance soit propice à la détente : une lumière tamisée, une musique calme en fond... En général, la soignante prépare dans sa chambre Mme Coudrier. Comme elle est douloureuse, l'habillage et le déshabillage sont assez compliqués. Puis elle l'amène devant la salle de balnéothérapie. Avec la psychomotricienne nous l'attendons ici pour l'accueillir, lui dire bonjour et rentrer avec elle dans la salle.

- Mais elle ne peut pas vous répondre si?

- Pas de manière verbale c'est sûr ! Mais je trouve quand même cela important de prendre ce temps pour lui dire bonjour. Nous utilisons évidemment notre voix mais nous l'associons à un toucher sur ses mains, nous nous rapprochons d'elle et nous mettons à sa hauteur.

- Ah c'est intéressant ! Et tu arrives à percevoir une réponse ?

- Je t'en parle juste après, juste je termine avec le cadre sinon je vais m'y perdre !

- Oui pas de souci, répliqua Emilie.
- Attends j'en étais où déjà ? questionna Paul déboussolé. Ah oui après l'accueil ! se remémora-t-il rapidement. Donc nous rentrons dans la salle et nous prévenons Mme Coudrier qu'elle va aller dans la baignoire. On fait le transfert de son fauteuil coquille à la baignoire grâce à un lève-personne. Une fois dans la baignoire, nous n'avons pas un rituel très précis. Nous nous adaptons en fonction de son état du moment en alternant entre différentes mobilisations ou types de toucher thérapeutique.
- Différents types de toucher ?
- Oui parfois nous faisons des mobilisations inspirées de la méthode de relaxation activo-passive de Wintrebert. Puis nous avons exploré au fil des séances des types de toucher comme le gantage, un toucher contenant... Nous avons insisté sur tout ce qui était sensoriel, par exemple en jouant avec l'eau en créant des vibrations par des vagues, en jouant sur la température, la pression de l'eau de la douchette...
- D'accord ! Et comment pouvez-vous savoir ce qui est agréable et ce qui ne l'est pas ?
- Déjà on prête attention aux réponses que Mme Coudrier peut avoir via la communication corporelle. Mais c'est vrai que ce n'est pas toujours évident. Nous avons aussi essayé par nous-mêmes en essayant de se mettre dans la peau d'un résident.
- Vous avez vraiment fait une séance ? Toi tu étais dans la baignoire ? demanda Emilie les yeux écarquillés.
- Oui oui ! C'était très intéressant parce que nous avons ressenti des choses désagréables auxquelles nous n'aurions jamais pensé. Et du coup nous avons pu en prendre compte et les modifier. Nous avons même pris quelques

heures pour réaménager la salle de balnéothérapie pour qu'elle soit plus contenante.

- Et bien dis-donc tu ne risques pas de t'ennuyer avec une routine dans ce métier ! Ça te correspond plutôt bien de l'avoir choisi avec ton caractère.

- Paul acquiesça avec un demi-sourire tandis qu'Emilie reprit :

- C'est cool de tester mais ce que vous ressentez n'est pas forcément pareil que ce que ressentent les patients... affirma-t-elle.

- Bien sûr j'en suis conscient ! On n'applique pas directement nos ressentis à ceux du patient. C'est juste que ce test peut nous aider à comprendre certaines réactions. Par exemple on s'est rendu compte qu'avec un des lève-personnes notre coude gauche était bloqué contre la paroi de la baignoire. On a donc choisit de décaler un peu le lève-personne pour libérer de la place pour que le coude puisse être en mouvement sans que ce soit désagréable.

- Ah oui d'accord ! Et tout ça dure combien de temps ?

- Là aussi tout dépend de l'état dans lequel est Madame Coudrier au moment de la séance. Mais en général ça dure cinquante minutes à partir du moment où elle rentre dans la salle jusqu'au moment où elle en sort.

- Tu comptes les temps de transferts dans la séance ?

- Oui ! Ces temps en font aussi partie de la séance. La psychomotricité n'est pas présente seulement lorsque Madame Coudrier est dans l'eau mais dès la rencontre.

Emilie porta ses mains à son visage. La tête soutenue par ses coudes elle semblait réfléchir profondément. Soudain elle s'exclama :

- Pourquoi l'eau alors ?

- C'est une médiation qui a plusieurs fonctions qui peuvent être intéressantes pour Madame Coudrier. Je me souviens d'une professeur qui

nous avait dit que l'eau « facilite les échanges : elle porte, enveloppe, caresse, apaise et donne des appuis. Elle permet aussi un accordage extrêmement fin.³⁷»

- Ça me fait encore penser au holding et handling de Winnicott !
- Oui... toujours cette question d'acquérir la sécurité de base qui permet de se positionner en temps que sujet à part entière. L'eau est à la fois contenante et contenue. Elle permet au patient de ressentir entièrement son corps en l'enveloppant comme une seconde peau. Ce dernier va alors pouvoir percevoir son corps dans sa globalité ainsi que ses limites corporelles. En plus l'eau est contenue dans la baignoire qui est un petit espace, lui-même contenant pour le patient. Il permet de lui donner des appuis.
- Je vais peut être extrapoler mais ça me fait penser au bébé dans la paroi utérine, entouré de liquide amniotique et avec des appuis rassurants... oups ça y est mon côté psycho ressort !
- Non mais tu as raison ! Je pense que repasser par la sécurité que procure les appuis et le sentiment d'enveloppe unifiée peut permettre à Madame Coudrier de se détendre et peut-être de diminuer son angoisse. Et puis comme tu me le disais tout à l'heure en parallèle du holding, l'eau a une fonction de portage. Grâce à l'eau, le poids du corps est diminué et parfois même certains patients flottent.
- Ah et souvent on dit que la chaleur fait du bien pour détendre les muscles ! J'imagine que vous mettez de l'eau chaude ? demanda soudainement Emilie inquiète.
- Oui évidemment ! répliqua Paul, d'une voix posée et rassurante. Sinon ça risque d'être compliqué pour se détendre, ajouta-t-il rieur. Et oui l'eau

³⁷ Potel C., 27/09/2017 , notes de cours.

chaude peut avoir un effet sur l'hypertonie, permettre de relâcher un peu plus et de diminuer la douleur.

- D'accord ! Je ne pensais pas que l'eau pouvait apporter tout ça ! Et pourquoi vous rajoutez des mobilisations ?

- Madame Coudrier est grabataire et ne bouge plus du tout par elle-même. Mobiliser ses membres, même de peu, va lui permettre une sensation proprioceptive. Cela peut aussi aider à favoriser une amplitude articulaire et aider la détente corporelle. Et puis dans l'eau, le mouvement peut aussi être plus fluide que dans l'air. Cela peut l'aider à sentir son corps unifié.

- Ok ! Et peut-être que ça peut aussi lui rappeler de bons souvenirs : à la piscine, la mer, ou même les bains...

- Oui c'est possible ! La détente procurée par l'eau peut permettre de « raviver des expériences d'avant le langage qui pourraient permettre au sujet de vivre à nouveau la découverte du plaisir. »³⁸ Le but est aussi d'essayer de retrouver la sensation de corps plaisir, souvent oubliée quand il y a des douleurs chroniques.

- Notre posture est aussi très importante pendant les séances. Pour que Madame Coudrier puisse profiter au mieux de la séance il faut que nous soyons disponibles et bien installés dans nos appuis.

- Ah mais oui ! Sinon elle risque de le ressentir par le dialogue tonico-émotionnel c'est bien ça ? demanda Emilie les yeux pétillants.

- Exactement ! s'exclama Paul, heureux de voir que ses explications n'étaient pas vaines et qu'Emilie s'intéressait vraiment à son futur métier qui lui tenait tant à cœur. On a aussi un rôle contenant dans notre présence, nos actes et nos mots, pour soutenir l'expression des ressentis de la personne.

³⁸Pham-Van P., 1989, p.69.

Emilie lui adressa un sourire radieux, fière d'avoir compris ce que Paul avait envie de lui transmettre malgré tous ces mots étranges qu'elle n'avait jamais entendus auparavant. Après un moment de silence, elle reprit la conversation.

- Vous arrivez à percevoir une différence entre avant et après la séance ?

- Pas toujours... c'était assez compliqué pour moi au début : ne pas savoir si ce qu'on faisait était vraiment bénéfique pour Mme Coudrier. Je me posais beaucoup de questions et j'interrogeais ma manière d'être psychomotricien. Lors des premières séances, Mme Coudrier arrivait souvent un peu endormie. Il était compliqué d'entrer en relation avec elle. Les yeux fermés, le corps hypertonique, nous avions du mal à distinguer si elle dormait ou pas. Une fois dans la baignoire, elle avait la tête en flexion, sans prendre l'appui de la baignoire. Elle semblait recroquevillée sur elle-même, en enroulement, comme pour créer une carapace.

- Peut-être que c'est parce qu'elle a mal? l'interrompit Emilie. Souvent quand les gens ont mal ils ont tendance à se refermer un peu sur eux-mêmes.

- C'est très possible! Ou c'est peut-être ses rétractions et dystonies chroniques qui lui créent des douleurs. J'avais vu dans son dossier que c'était une femme très angoissée avant de devenir grabataire... cela peut aussi y participer.

- Ah oui c'est le fameux lien entre le tonus et les émotions dont tu me parlais! Difficile à savoir vu qu'elle ne peut pas vous le dire avec des mots...

- C'est ça! On essaie de percevoir les signaux corporels mais ce n'est pas toujours évident. Lors des premières séances, nous ne savions pas si Madame Coudrier dormait ou était en éveil. Elle restait en hypertonie globale. Nous lui avons proposé des appuis solides au niveau tête/bassin/pieds pour lui donner une stabilité sur laquelle se reposer. Pendant la séance, nous

prêtions particulièrement attention à abaisser notre propre tonus, afin qu'elle puisse abaisser le sien par le biais du dialogue tonico-émotionnel. Enfin je parle au passé mais c'est encore ce que nous faisons évidemment! Je t'avoue que c'était impressionnant cette hypertonie. Je n'avais jamais vu quelqu'un d'aussi contracté !

- Mais si c'était à ce point, vous arriviez à mobiliser ses membres ? Demanda Emilie perplexe.

- C'était très difficile. Il y avait une très grande résistance au mouvement, je pense de manière involontaire. Lorsque nous pouvions mobiliser de quelques degrés un membre c'était déjà une petite victoire.

Paul s'arrêta de parler quelques secondes, pris une profonde inspiration, se réinstalla plus confortablement sur sa chaise et reprit :

- Enfin je trouve que le plus difficile était au niveau de la relation. Être en permanence dans un flou : est-ce qu'elle comprenait tout mais ne pouvait pas faire ou peut-être n'avait-elle pas conscience de nous...

- Ne le prends pas mal mais du coup est-ce que ça servait vraiment à quelque chose ce que vous faisiez ? Demanda Emilie en bafouillant, les joues légèrement rougies, ne voulant pas blesser son ami.

- Tu sais je me suis posé plusieurs fois la même question! Ce sentiment d'échec que l'on peut ressentir... d'ailleurs j'ai bientôt une journée de formation sur ce thème. Ça va être intéressant! Enfin bref. Oui nous avons du mal à établir une relation mais nous étions là, disponibles pour elle et même si nous n'arrivions pas à déceler la moindre réaction c'était son moment pour elle. J'espérais qu'elle puisse en tirer quelque chose, même minime. Pour moi, être psychomotricien c'est en premier lieu être avec. Ce n'est pas parce qu'on a du mal à percevoir une réponse dans la relation qu'on

va couper cette relation, tout en pensant à laisser au patient l'espace dont il a besoin.

- Mais si elle n'en tirait rien du tout ? Demanda Emilie hésitante.

- Bien sûr, les séances comme celles-là m'ont fait beaucoup réfléchir! Est-ce que le problème n'était pas tout simplement l'attente que j'avais de notre travail vis-à-vis de Madame Coudrier ? Un peu comme une sorte d'idéalisation du patient qui évolue forcément positivement. Ce qui est bien sûr faux : un patient suivi en psychomotricité peut très bien régresser. Et ce n'est pas pour cela que la psychomotricité est une mauvaise chose pour lui. On évolue tous différemment et devenir psychomotricien, c'est aussi apprendre à respecter le chemin de chaque patient et l'accompagner pour l'aider. Mais ça j'avais besoin d'un peu de recul pour m'en rendre compte, quand on est complètement dans la clinique ce n'est pas forcément évident.

- Ah oui c'est bien d'en avoir conscience en tout cas! Et comment tu arrives à prendre ce recul ?

- En temps qu'étudiant on peut participer à des groupes de parole par exemple. Ils sont menés par un psychomotricien avec de l'expérience. En parler nous aide à réfléchir et les autres peuvent apporter un point de vue différent! D'ailleurs ça existe aussi quand on est professionnel. On appelle ça des supervisions. Et puis évidemment on peut en parler avec l'équipe en réunion, confronter nos points de vue et réfléchir à la situation avec des professionnels de plusieurs disciplines.

- Ah mais c'est vrai la supervision ça existe aussi pour les psychologues! Et oui je vois, par exemple un psychologue pourra apporter une réflexion différente au psychomotricien et inversement. Je retiens ça pour plus tard !

- C'est l'avantage de travailler en équipe ! On n'est pas seuls. Par exemple

avec Madame Coudrier, il n'y a pas qu'en balnéothérapie que la relation avec le soignant est difficile. Les aides-soignantes, le kinésithérapeute, les infirmières ont aussi des questionnements.

- Ah oui normal!

Paul décroisa ses jambes sous la table et prit le temps de se repositionner sur sa chaise afin d'avoir les pieds à plat en appui contre le sol. Pendant ce temps, Emilie déplaça légèrement son bassin sur sa chaise et prit conscience à cet instant de l'engourdissement de ses jambes. Elle les remua légèrement jusqu'à ressentir l'afflux sanguin qui revenait petit à petit. Après ce moment de silence, Emilie reprit :

- Du coup depuis le début de ton stage vous continuez la balnéothérapie même si Madame Coudrier n'a pas de réaction ?

- Là je t'ai raconté les premières séances. Mais depuis il y a eu beaucoup de changement! Lors des premières séances, on a essayé d'appréhender ses capacités sensorielles.

- Un peu comme un bilan pour commencer le suivi ?

- Oui ! Sauf que nous n'avions pas de bilans standardisés. Nous nous sommes inspirés du bilan sensori-moteur de Bullinger pour évaluer les systèmes sensoriels et l'organisation des systèmes sensori-moteurs. Elle n'a eu aucune réaction à nos propositions. Ou du moins je n'en ai pas perçues, se reprit Paul. Mais cela ne voulait pas dire que ses capacités sensorielles étaient absentes. C'était une évaluation à un moment donné, dans l'un état donné. Nous avons continué lors des séances à tester quelques capacités sensorielles et nous avons plusieurs fois été très surpris!

- Surpris positivement ?

- Oui ! Après plusieurs séances pour lesquelles nous avons du mal à donner

du sens, nous attendions Madame Coudrier devant la salle de balnéothérapie. Et quelle ne fut pas notre surprise lorsque l'aide-soignante l'amena : elle avait les yeux grands ouverts. Je ne l'avais jamais vue comme ça auparavant! Son regard était dans le vide, elle ne fixait rien mais on sentait qu'elle était plus présente. Pendant le transfert entre son fauteuil et la baignoire, elle émettait quelques sons de gorge avec une mimique qui ressemblait à un grimacement, comme si cela réveillait une douleur. Puis pendant la séance elle cherchait un contact avec sa main, quelque chose à agripper.

- Ça a du vous étonner quand même!
- Oui, et puis nous n'étions pas au bout de nos surprises! A chaque séance, nous découvrions quelque chose de nouveau. Nous avons découvert que Madame Coudrier était sensible au changement de chaleur et qu'elle préférait lorsque l'eau était bien chaude. Elle nous faisait comprendre par des sons, un peu comme des grognements, lorsque quelque chose était désagréable pour elle. Cela nous permettait de mieux ajuster l'environnement et nous-mêmes. Au niveau tactile, nous avons pu remarquer qu'elle était plus sensible sur certaines zones dont la tête, les pieds, les mains et les épaules. Lorsque nous posions une main à ces endroits, elle avait tendance à relâcher un peu sa tension musculaire. Nous pouvions alors mobiliser un peu plus ses membres. Petit à petit, elle a pu nous regarder, de façon très brève mais dirigée. Là la relation était clairement établie. Elle ne regardait rien d'autre que les visages humains et son regard était intense. C'était une de ses manières de communiquer. Et c'est mon interprétation mais j'ai eu l'impression qu'elle avait des regards différents pour exprimer différentes émotions : l'angoisse et la panique, souvent en début de séance, puis le bien-être, un regard apaisé.

- Je viens de penser : tu m'as dit qu'elle avait un traitement médicamenteux lourd ! Est-ce que son état dans lequel tu l'as rencontré la première fois ne pourrait pas être du aux effets secondaires des médicaments ?

- Je me le suis aussi demandé! Mais nous sommes allées voir le médecin pour lui demander s'il y avait eu un changement dans le traitement et ce n'était pas le cas... Peut-être aussi que Madame Coudrier avait besoin de se sentir rassurée et en confiance avant de pouvoir en quelque sorte s'ouvrir à nous.

- Ah oui c'est possible ! En soit c'est comme dans toute relation : tu prends le temps d'observer un peu avant de pouvoir livrer des choses plus personnelles!

- Oui voilà, elle avait peut-être besoin de ce temps-là. Depuis la séance où elle a commencé à nous regarder, il s'est passé encore beaucoup de choses! De temps en temps, au début de séance ou lorsque nous lui annonçons la fin de séance, nous avons pu observer des larmes couler du coin de ses yeux.

- Tu penses que c'était une réaction physiologique ou une émotion ?

- Je ne saurais jamais, c'est le propre du langage corporel. On peut l'interpréter mais on ne peut pas être sûr et certain que ce soit la vérité. Je penche pour le fait que ce soit une expression de la tristesse, d'autant plus que c'était à des moments particuliers de la séance. Mais cela n'engage que moi et mon ressenti! C'est comme pour les expressions différentes de son regard. Les émotions que je t'ai dites sont celles que j'ai cru percevoir, c'était mon interprétation.

- Mais c'est difficile d'en faire quelque chose non ?

- On peut le verbaliser, dire à la personne qu'on pense avoir perçu telle

émotion. Parfois c'est quand même plus évident. Un jour en rentrant dans la salle, je lui annonce que nous allons la soulever pour aller dans la baignoire. Elle avait le regard dans le vide et à ce moment là m'a fixé dans les yeux. C'était un regard riche de signification. Puis toujours en contact par le regard elle m'a souri.

- Vraiment ? Mais je croyais qu'elle n'avait aucune mimique !
- Hé bien je croyais aussi. Jusqu'à ce moment. J'ai eu du mal à croire ce que je venais de voir, et l'autre stagiaire qui était juste à côté aussi d'ailleurs !
- Ouah! Ça doit faire bizarre! Et en même temps te conforter dans ce que tu fais.
- C'est vrai! Ce jour-là j'avais ma réponse à mon questionnement du début, est-ce que ça apporte vraiment quelque chose. Suite à cette séance, j'ai encore plus porté mon attention sur ce que je pouvais transmettre par le dialogue tonico-émotionnel. Je faisais attention à abaisser mon tonus pour que Madame Coudrier puisse le faire aussi. Et cette semaine en stage il s'est aussi passé un truc super!
- Alors maintenant je m'attends à tout, tu vas me sortir qu'elle s'est mise à marcher ? demanda Emilie taquine.

Paul la regarda d'un air faussement désespéré avant de répliquer :

- Hé non désolé, on n'est pas des magiciens... En fait nous avons commencé la séance. Madame Coudrier était bien présente et très éveillée, avec de nombreux échanges de regards. Elle était mieux dans son axe et sa tête, son bassin et ses pieds étaient en appui contre la paroi de la baignoire. Ses membres étaient encore très rétractés. Elle prenait des inspirations profondes et baillait régulièrement. Progressivement, nous avons pu

observer une détente complète de tout son corps. C'était tellement étonnant! Nous pouvions mobiliser sans problème ses membres, très raides d'habitude. Elle se laissait complètement faire. Je pense qu'elle s'est endormie à ce moment-là.

- Tu penses ? Ou tu étais sûr ?

- Elle avait les yeux fermés mais comme souvent. Nous avions du mal à distinguer lorsqu'elle dormait vraiment ou était éveillée les yeux fermés. Comme les dystonies disparaissent pendant le sommeil, je pense qu'elle ne s'était jamais endormie auparavant et que c'était la première fois qu'elle s'autorisait cette détente.

- Ah oui d'accord! Ca a duré toute la séance ?

- Non, quelques minutes. En fait après discussion avec ma maître de stage on sait peut-être pourquoi. Après la surprise que nous avons ressentie suite à cette détente totale, nous avons eu peur.

- Peur ? coupa Emilie interrogative.

- Oui... nous nous sommes demandés si elle respirait toujours et était bien toujours vivante.

- Ah oui, je n'y avais même pas pensé! dit Emilie d'un air grave.

- Alors oui elle respirait bien! Mais du coup la peur a fait que j'ai augmenté mon tonus, et je pense qu'elle a du le ressentir! Tu sais « Le geste, la posture, l'attitude traduisent l'affectivité du sujet »³⁹ Madame Coudrier a alors augmenté son tonus, bien sûr de manière inconsciente mais ça a pu la réveiller.

- Mais ça reviens toujours au dialogue tonico-émotionnel! constata Emilie.

³⁹Ballouard C. , 2006, p.54

Je comprends mieux pourquoi tu me disais que c'était une notion essentielle.

- Oui, ce dialogue permet un ajustement permanent dans la relation.

- Mais cet ajustement est-ce qu'on ne l'a pas tous un peu ?

- Si bien sûr! Il est présent dans toute relation. Mais ce qui change c'est qu'un psychomotricien en a conscience et s'en sert comme outil thérapeutique.

- C'est vrai qu'avant que tu m'en parles je voyais ça comme un ressenti un peu flou...

- Pendant les études on met justement au travail cette capacité corporelle de percevoir et de prendre conscience des messages infra verbaux. C'est pour ça que j'ai des cours qui te paraissent si étranges comme la relaxation, l'expressivité ou la conscience corporelle.

- Oui j'avoue que quand tu m'as raconté ça je me représentais un peu à des cours bien tranquille où vous faisiez limite la sieste.

- C'est normal, comme beaucoup de personnes! Au début de première année j'avais aussi du mal à trouver un sens à ces cours, même si je les trouvais plutôt cool ! Et puis je me suis dit qu'on devait travailler quelque chose de bien profond pour en ressortir aussi épuisé à chaque fois.

- Epuisé de quoi ?

- Par exemple en conscience corporelle de l'extérieur on peut voir ça comme une pratique calme et reposante et en fait c'est super difficile! On n'a pas l'habitude d'essayer de prendre conscience de son corps, enfin en tout cas je parle pour moi avant les études, je ne sais pas pour toi.

- Heu, pas particulièrement non. En tout cas ça a l'air de fonctionner vu ce que tu me racontes ! Et vu comment tu es aussi. Tu sais tout à l'heure quand je te disais changé c'était sûrement aussi par rapport à ta posture d'écoute,

déclara Emilie.

- Ah oui c'est vrai que j'ai beaucoup changé par rapport à ça depuis le début de l'école, admit Paul. On nous avait dit que « le langage corporel du thérapeute se constitue dans un tissu d'attention profonde : sentir, écouter, regarder, pendre telle ou telle attitude, respirer. »⁴⁰... je le ressens de plus en plus. Il faut avoir une grande disponibilité en temps que psychomotricien pour analyser « les canaux utilisés par le patient et y réagir éventuellement verbalement mais aussi en miroir de son propre corps et de son ressenti émotionnel. C'est ce qu'on appelle l'implication ou l'engagement corporel. »⁴¹

Il essaya de se remémorer le premier jour où il était rentré dans cette école. Un grand amphithéâtre plein, beaucoup d'étudiants, ceux qui avaient réussi à passer ce concours qui demandait tant d'investissement ! Des professeurs en bas, présentant leur matières... des visages encore inconnus pour l'instant. L'odeur des vieux strapontins en cuir, de la craie au tableau, les néons blancs au plafond... Il ne se doutait vraiment pas de ce qui l'attendait. Quel chemin il avait parcouru depuis ! Pas un chemin droit, plutôt sinueux même, avec des doutes et beaucoup d'interrogations. Un chemin très enrichissant de découvertes, de belles rencontres et de réflexions. Oui il pouvait l'affirmer, ces années d'étude l'avaient vraiment fait grandir et mûrir.

⁴⁰ Désobeau F., 2008, p.109

⁴¹ Pireyre E, 2011, p.136

Chapitre 6 : La relation thérapeutique en psychomotricité

Emilie observait Paul, plongé dans sa réflexion. Il semblait perdu dans ses pensées. Décidant de lui laisser du temps, elle détourna la tête et son attention fut retenue par le fourmillement de vie dans la rue. Les éclats de voix, les passants marchant d'un pas rapide. Très rapide même! Ils devaient sûrement être pressés. A moins que la réputation des parisiens de marcher vite ne soit vraie... Les pigeons gris, pas du tout effrayés par les passants, picoraient les quelques miettes qu'ils trouvaient par terre.

Quand elle tourna la tête, Emilie vit Paul debout qui poussait un fauteuil. Il se trouvait en travers du chemin entre les trois clients du fond et la porte du café. Elle leva un regard interrogateur sur Paul, qui vint se rasseoir. Ce dernier lui expliqua :

- Les trois dans le fond sont en train de payer et j'ai vu qu'en rentrant la grand-mère avait du mal à marcher. Je lui ai dégagé le chemin pour qu'elle ne tombe pas parce qu'elle n'avait pas l'air rassurée.
- Déformation professionnelle, lui affirma Emilie interloquée.
- Je dirais plutôt que c'est de l'empathie, se justifia Paul.
- Plutôt de l'anticipation. Ou de la sympathie, rétorqua Emilie.
- Oui enfin c'est quoi la différence ?
- La sympathie ça vient du latin *sympathia* qui signifie «fait d'éprouver les mêmes sentiments » et du grec *sumpatheia*⁴² qui signifie « participation à la souffrance d'autrui », expliqua Emilie.
- Enfin tu vas un peu loin ! Je n'ai pas l'impression de partager une souffrance en déplaçant un fauteuil !

⁴² Cilia C., 2014, p.31

- Oui mais c'est son sens premier ! Tu peux l'entendre comme le fait de ressentir ce qui touche autrui ou un « phénomène d'influence ou d'imitation par lequel un être reproduit le comportement d'un autre être, dans l'ordre physique ou moral ⁴³», précisa Emilie.
- Ah oui plutôt dans ce sens alors ! Comme une sensibilité particulière à l'autre alors, essaya de reformuler Paul.
- Voilà ! Avec un partage des émotions. On dirait que tu as eu peur que cette vieille dame ne tombe en analysant qu'elle-même avait peur de tomber.
- Oui un peu...Mais alors l'empathie ?
- Pour moi c'est plus comprendre l'autre, reconnaître ses émotions.
- Mouais c'est assez subtil, grommela Paul.
- En résumé « la sympathie est une relation affective, l'empathie est une relation cognitive »⁴⁴.

Pendant ce temps, les trois clients sortirent du café en adressant un petit signe de la main à Paul en guise de remerciement. Emilie reprit :

- En plus tout ça c'est super important pour la relation avec tes patients ! Toi qui me parlais de dialogue tonico-émotionnel tout à l'heure...
- Ah mais oui ! La partage des émotions...donc la sympathie !
- Alors oui et non, dit Emilie d'un air désolé. Cela dépend si tu parles d'une relation par exemple mère-enfant ou d'une relation thérapeutique. « Le dialogue tonique de la mère avec son nourrisson suppose un ajustement réciproque [...]. Seulement dans le dialogue tonique, l'ajustement s'effectue sur le mode de la sympathie alors qu'en thérapie, il procède de l'empathie

⁴³ Rey A., 2001, p.924-925

⁴⁴Jorland G.,2006,p.60

»⁴⁵ Dans la sympathie, « deux vécus interfèrent, et cela est éminemment dangereux, car il se produit une sorte de fusionnalité qui ne permet pas la distance dans la thérapie ou la rééducation »⁴⁶ D'après ce que j'ai vu en cours, en temps que thérapeute on devrait être dans l'empathie et pas la sympathie.

- D'accord ! Donc ne pas ressentir la même émotion que l'autre mais avoir conscience des émotions de l'autre!
- Oui, ce serait invivable sinon dans nos métiers... et puis pas vraiment thérapeutique. Imagine quand je serais psychologue si je me mets à pleurer avec mes patients...ajouta Emilie.

Un sourire se dessina sur le visage de Paul, qui reprit aussitôt :

- Effectivement il ne vaut mieux pas ! Je ne pense pas que cela puisse les aider. C'est vrai qu'une des spécificités de la psychomotricité c'est de demander « au thérapeute de s'engager corporellement et, par conséquent, émotionnellement. Toute la difficulté consiste alors à accepter de se laisser toucher dans ce que nous sommes en tant qu'individu, être humain, et à ne pas se laisser déborder. »⁴⁷ Mais bon ce n'est pas toujours facile, en fonction de notre état, du patient et ce qu'il nous renvoie...
- De ce qu'il te renvoie ? Est-ce que ce ne serait pas plutôt du côté du contre-transfert ? Interrogea Emilie.
- Si je pense ! Enfin le transfert⁴⁸ et le contre-transfert⁴⁹ sont des termes

⁴⁵ Ibid

⁴⁶ Aucouturier B. *et al*,1984,p. 38

⁴⁷ Cilia C.,2014, p.75

⁴⁸ Transfert : désigne en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation analytique;il s'agit d'une répétition de prototypes infantiles, vécue avec un sentiment d'actualité marquée.(Laplanche L.,Pontalis J.B.,2007, p.462)

⁴⁹Contre-transfert : relation(et les mouvements affectifs qui l'accompagnent) qui s'établit dans l'autre sens, c'est-à-dire du soignant vers le soigné (André P.,2006,p 263)

issus de la psychanalyse. En psychomotricité, on utilise plutôt le terme de contre-transfert corporel⁵⁰, même s'il est aussi un peu controversé.

- Mmm c'est quoi la nuance ? Demanda Emilie curieuse.
- A la différence d'un psychologue, la relation transférentielle et contre transférentielle en psychomotricité « ne se situe pas sur le même registre que celle qui est engagée dans une psychothérapie ou dans une analyse [...] la communication verbale n'est pas impliquée de la même manière et il n'y a pas une interprétation de contenus psychiques »⁵¹. En fait dans notre métier on ne sépare pas l'esprit et le corps. Par le dialogue tonique, qui met notamment en jeu le corps, on va pouvoir s'ajuster « corporellement en se positionnant de manière à être à la fois semblable et différent de la personne ».⁵² Pour avoir cette posture je pense qu'il est essentiel d'avoir conscience de notre propre vécu pour pouvoir trouver la juste distance et ne pas se laisser déborder par le vécu du patient. Parce que mine de rien c'est un métier où nous sommes en permanence au contact des ses émotions et ressentis. Non seulement le psychomotricien passe par le corps pour communiquer, mais « son propre langage corporel et son propre appareil psychosensoriel sont utilisés comme résonateur d'émotions et terre d'accueil de toute une sensorialité projetée, expulsée, de toute une corporéité en souffrance ou en mal de construction et de repères »⁵³. En fait, on reçoit le vécu et les émotions du patient.
- Oui mais vous restez des humains...
- Bien sûr ! Et on fait avec ce que l'on est. Je pense que dans toute sa

⁵⁰Potel C.

⁵¹Cabrol F., 2006, p. 124

⁵²Potel C., 2015, p.62

⁵³Potel C., 2010, p.348

carrière il doit y avoir des patients qui nous marquent plus que d'autres parce que ça résonne plus avec ce que l'on est. Mais justement tout le travail autour de la conscience de ce contre-transfert corporel peut nous permettre de retrouver une juste distance, dans un cadre thérapeutique.

- Je suis d'accord! Après ce n'est pas toujours évident...

- Ça me fait penser à une phrase qu'on dit souvent en parlant de nos séances : avoir un pied dedans et un pied dehors. Être disponible pour le patient et en même temps donner du sens et essayer de comprendre, analyser. Dans le cas du contre-transfert, identifier en nous ce qui nous empêche d'être disponibles à l'autre par exemple. C'est sûr que ce n'est pas évident! Lors de mes premiers stages je sortais épuisé de chaque journée. Et au fur et à mesure ça allait beaucoup mieux... je suppose que ça doit être grâce à tout le travail effectué pendant les cours pratiques. On travaillait beaucoup de choses, entre autres nos émotions! D'ailleurs j'avais lu un auteur qui disait que « lorsque nous avons conscience de notre contre-transfert, nous allons répondre par des propositions de travail sensoriel et tonique. [...] Nos réponses ne sont pas le fruit du hasard ou de vagues techniques applicables à n'importe quelle situation : elles correspondent à l'analyse de notre éprouvé émotionnel. »⁵⁴

- Ok je comprends mieux ! Et toi tu as déjà vécu une situation de contre-transfert corporel en stage ?

- Oui bien sûr ! Tu sais avec les personnes âgées il y a toute la question autour du vieillissement. Et puis certains patients peuvent aussi renvoyer à la question de la mort. C'est à nous en temps que thérapeute d'analyser où nous en sommes dans ces questionnements, d'identifier nos peurs, nos

⁵⁴Robert-Ouvray S., 2002, p.65

angoisses. C'est grâce à cela que nous allons pouvoir être disponible pour le patient et être le réceptacle de ses émotions sans vivre ces émotions. Par rapport à ce que tu m'expliquais tout à l'heure, ce serait une question d'empathie, comprendre l'autre dans ce qu'il vit. Mais pas de sympathie qui impliquerai de ressentir la même émotion que le patient...c'est bien ça ? demanda Paul.

- Oui ! Et pour ton métier je pense que c'est comprendre l'autre dans ce qu'il vit pour s'ajuster au niveau tonique et lui apporter une réponse structurante, ajouta Emilie.

A quelques mètres des deux amis, le serveur se tenait très droit, en hyper-extension en se serrant les mains nerveusement. Son regard en disait long. Il lançait des regards en coin très régulièrement vers Paul et Emilie et piétinait sur place. Paul, qui l'apercevait dans son champ de vision dit à Emilie en chuchotant :

- J'ai l'impression que le café doit fermer vu l'attitude du serveur...il a l'air d'attendre quelque chose et nous regarde tout le temps...

Emilie se retourna discrètement et observa ce que Paul venait de lui rapporter. Elle lui répondit ensuite:

- On peut finir notre discussion, et au pire s'il est si pressé il viendra nous voir pour nous le dire!

Paul eut un sourire d'approbation. Des effluves douces et sucrées qui émanaient de la rue chatouillaient ses narines. Il proposa :

- Si tu veux après on peut aller manger une crêpe! Il y en a de très bonnes dans cette rue et on a largement le temps.

- Avec plaisir, acquiesça Emilie, une main sur son ventre.

Paul réajusta sa posture sur sa chaise et reprit :

- D'ailleurs ça m'a travaillé ton histoire de sympathie et empathie. Je réfléchissais par rapport à la patiente dont je t'ai parlé. Je pense qu'au début je devais être dans la sympathie avec Mme Coudrier. Je devais être en fusion avec ses émotions, ce qui m'empêchait à prendre le recul nécessaire, avoua Paul.

- Avoir un pied à l'extérieur comme tu disais? Demanda Emilie.

- Oui c'est ça! Et du coup comme elle était hypertonique, malgré mes efforts pour me détendre je prenais son état hypertonique et en quelque sorte je vivais avec elle ses émotions...ce qui ne devait pas l'aider du tout ! J'avais du mal à être un réceptacle pour elle sans me laisser déborder en fait. Heureusement nous avons pu parler de nos ressentis avec ma maître de stage et cela m'a aidé à élaborer et analyser mes émotions. Et dans la même période, nous avons pu observer une belle évolution de Madame Coudrier. Je ne pense pas que ce soit un hasard!

- C'est super d'avoir pu vivre ça en stage avant de devenir professionnel !

- Oui vraiment ! Les stages sont tellement essentiels. De la théorie on en apprend beaucoup mais l'expérimenter c'est autre chose. Je pense que les stages contribuent beaucoup à nous construire en temps que psychomotricien.

Emilie pensive ajouta :

- J'imagine ! J'ai vraiment hâte de commencer les stages ! Mais le premier est dans longtemps...ce sera seulement en L3 ⁵⁵.

- Ah oui, mais après tu as aussi les années de master ! releva Paul.

- Heureusement ! Parce que le contre-transfert en étant psychologue ça doit être omniprésent...je préfère m'y confronter tôt pour apprendre à

⁵⁵ Troisième année de licence

trouver cette bonne distance.

- J'ai remarqué que si le contre-transfert n'est pas conscient, cela peut renvoyer une forme de violence au soignant. Et d'ailleurs pour Madame Coudrier je pense que c'était le cas. En effet, quand je l'ai vue pour la première fois elle semblait éteinte. Plusieurs aides-soignants et personnes du personnel m'ont dit au cours de discussions qu'ils ne voulaient surtout pas vieillir comme elle. Elle leur renvoyait un vieillissement de souffrance et d'extrême dépendance. Peut-être aussi inconsciemment le questionnement sur le sens de la vie lorsqu'on atteint un état grabataire. Lors des journées de stage, j'ai souvent vu Madame Coudrier installée dans un recoin de la salle, isolée. Quand j'avais regardé dans son dossier, je n'ai presque rien trouvé. Cela m'a donné l'impression que comme cette dame ne posait pas de problèmes car elle ne disait rien, on ne s'en occupait pas plus que ça, simplement pour le strict minimum : la toilette et les repas.

- Est-ce que ce qu'elle ne serait pas aussi laissée de côté parce qu'il est difficile pour les soignants de se confronter à ces questions en s'occupant d'elle ?

- C'est possible ! Et du coup je trouve que ça se rapporte à une forme de maltraitance...un sujet bien tabou dans les institutions mais malheureusement souvent réel... dit Paul d'un air désolé. Ça c'est une situation qui nous met dans une posture très inconfortable. Je ne suis absolument pas d'accord avec la maltraitance en temps que psychomotricien mais humain aussi...

- Oui mais ça doit être très délicat à gérer par rapport aux autres professionnels non ? le coupa Emilie.

- Exactement! On ne peut pas aller voir le soignant en lui disant qu'il est

maltraitant : il risque de se sentir attaqué, d'être blessé et peut-être même de se braquer parce que ça touche au plus profond de lui-même. Et à côté ne rien faire est-ce que ce n'est pas aussi participer d'une certaine manière à cette maltraitance ?

- Compliqué... parce que si tu choisis la première option et que les relations d'équipes se dégradent, le patient va le ressentir... Enfin il doit déjà ressentir le blocage qu'ont certains soignants à travers le dialogue tonico-émotionnel. Tu as choisi de faire quelque chose ou pas finalement? demanda Emilie.

- Alors ma place de stagiaire me protège sûrement un peu... j'en ai parlé à ma maîtresse de stage et nous avons pu en discuter. Et après nous sommes passés par la direction... c'est le meilleur moyen que nous avons trouvé pour ne pas rentrer en conflit et que la situation puisse changer pour Madame Coudrier. Peut-être qu'il serait intéressant de parler du dialogue tonico-émotionnel à tous soignants en prévention. Par exemple faire une petite formation !

- Bonne idée ! Parce que j'imagine que ceux qui sont maltraitants ne le sont pas forcément de manière volontaire mais plutôt parce qu'il faut faire vite et qu'ils n'ont pas conscience de ce que leur tension peut engendrer chez l'autre...

Un moment de silence suivit les paroles de Paul. A cet instant, les deux amis entendirent quelqu'un toussoter : le serveur se tenait proche d'eux et essayait d'attirer leur attention. Il n'eut pas besoin d'ouvrir la bouche, Emilie acquiesça d'un hochement de tête, accompagné d'un sourire d'excuse, pour lui montrer qu'ils avaient compris. Paul lui adressa un regard de complicité et Emilie lui confirma en souriant :

- Hé oui ton dialogue tonico-émotionnel est vraiment partout !

Les deux amis se levèrent, rangèrent rapidement les feuilles sorties par Paul qui étaient toujours étalées sur la table et se dirigèrent vers le comptoir pour régler l'addition. Paul se tourna vers Emilie et lui déclara :

- Assez parlé de moi aujourd'hui ! Il va falloir que tu me racontes tout !

Postface

Dans cette nouvelle je me suis attachée à montrer l'importance du dialogue tonico-émotionnel.

Véritable outil thérapeutique dans la relation avec les personnes âgées grabataires, il permet d'instaurer et de maintenir la relation thérapeutique. C'est une communication corporelle et émotionnelle qui prend tout son sens lorsque les patients n'ont plus accès au langage parlé.

Ce dialogue est très important en thérapie psychomotrice : sur lui reposent les fondations de la relation thérapeutique. En effet il se joue du côté du patient et de celui du thérapeute, dans la relation.

De ce que j'ai pu observer et vivre en stage, en temps que psychomotricien, notre corps est notre tout premier outil qui nous permet de s'ajuster, moduler, mettre en jeu ce dialogue pour trouver une réponse adaptée.

A travers la discussion entre Paul et Emilie, j'ai voulu retranscrire ce dialogue tonico-émotionnel, présent en permanence dans chaque relation humaine.

Utiliser ce dialogue tonico-émotionnel c'est apprendre à avoir en même temps un regard externe et interne. Dans l'écriture de ce mémoire, choisir comme personnage principal un homme -alors que je suis une femme- m'a aidée à prendre du recul sur ma clinique et mes questionnements.

Bibliographie

Ouvrages

Ajuriaguerra (de) J., (1960), *Tonus corporel et relation avec autrui : l'expérience tonique au cours de la relaxation*, in JOLY F. LABES G. et coll. (ed), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Volume 1*, Noisiel, Editions du Papyrus, 2009.

Ajuriaguerra (de) J., (1962), *Le corps comme relation*, in JOLY F. LABES G. et coll. (ed), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Volume 1*, Noisiel, Editions du Papyrus, 2009.

Albaret J.M, Giromini F, Scialom P., et all, (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Marseille, Solal.

Albaret JM., Aubert E., (2005), *Vieillesse et psychomotricité*, Marseille, Solal.

American Psychiatric Association, (2015), *DSM-V-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5ème édition ; traduit par M.-A. Crocq J.-D. Guelfi), Paris, France, Elsevier Masson.

André P., (2006), *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Heures de France.

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

Aucouturier B., Darrault-Harris I., Empinet J-L., (1984), *La pratique psychomotrice : rééducation et thérapie*, Paris, Douin.

Ballouard C., (2003), *Le travail du psychomotricien*, Paris, Dunod ,2006.

Commare S., (2007), *Le langage non verbal, médiateur de la rencontre avec la personne âgée démente lors de soins psychomoteurs de courte durée*, Mémoire de psychomotricité, Lyon.

Corraze J., (1980), *Les communications non verbales*, Paris, PUF.

- Croisile B., (2010), *La maladie d'Alzheimer, identifier, comprendre, accompagner*, Paris, Edition Larousse.
- Derouesne C. in Belin C. et all., (2006), *Actualités sur les démences: aspects cliniques et neuropsychologiques*, Marseille, Solal.
- Descamps M-A., (1993), *Le langage du corps et la communication corporelle*, Presses, Universitaires de France.
- Désobeau F., (2018), *Thérapie psychomotrice avec l'enfant : la rencontre en son labyrinthe*, Ramonville-Saint-Agne, Erès.
- Ferrey G., Le Goues G., (2008), *Psychopathologie du sujet âgé*, Paris, Elsevier Masson.
- Folstein (1975), *Mini Mental State Examination*, Folstein, McHugh.
- Grise J., (2014), *Accompagner la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé*, Laval, Edition les presses de l'université de Laval.
- Hennezel M.(de)., (1995), *La mort intime, ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre*, Paris, Robert-Lafond.
- Joly F., Labes, G., (2008), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Volume 1*, Papyrus.
- Joly F., Berthoz A., (2013), *Julian de Ajuriaguerra Développement corporel et relation avec autrui, Volume 4*, Papyrus.
- Laplanche J., Pontalis J-B., (2007), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- Larousse P., (1957), *Larousse classique*, Paris, Librairie Larousse
- Organisation mondiale de la santé (OMS), *CIM-10/ ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Elsevier Masson, 2000.

Personne M., (1994), *Le corps du malade âgé, pathologie de la vieillesse et relation de soins*, Dunod.

Personne M., Vercauten R. (2009), *Accompagner les personnes âgées fragiles*, Erès.

Pireyre E., (2011), *Clinique de l'image du corps, Du vécu au concept*, Paris, Dunod, 2015.

Potel C., (2015), *Du contre-transfert corporel*, Erès.

Potel C., (2010), *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Erès.

Quentin O., Godderidge B. et d'Arfeuille P., (2010), *Snoezelen, un monde de sens*, Claye-Souilly, Pétrarque.

Rey. A., (2001), *Le grand Robert de la langue française*, deuxième édition, Tome VI.

Rivières J., (2000), *le développement psychomoteur du jeune enfant*, Marseille, Solal.

Robert-Ouvray S., (2002), *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*, Paris, Desclée de Brouwer, 2004.

Robert-Ouvray S., (2007), *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Desclée de Brouwer.

Vergnier L., (2011), *Les mots et mouvements reflétant l'émotion*, Univ Européenne.

Wallon H., (1949), *Les origines du caractère chez l'enfant*, Paris, PUF.

Winnicott D.W., (1980), *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot.

Articles

Ajuriaguerra J.(de). (1962), « Le corps comme relation », *Revue suisse de psychologie pure et adaptée*, n° 21, p.1137-1157

Bachollet M-S., Marcelli D. (2010), Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements, *Enfances et Psy*, n° 49, p. 14-19

Bruchon M.(2004), « Une histoire de liens », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 138, p.10-26.

Cabrol F., (2006), *De bois, de bois, je suis une marionnette... et je deviens petit garçon*, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 146

Cosnier J.,(1992) Gestion des affects et communication non verbale, in *Evolutions Psychomotrices*, n° 17

Gaucher-Hamoudi O. (2010), Tonus et émotions en soins palliatifs, Le tonus : toile de fond des émotions, « impressions et expressions » « contenance et résonances », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 162, p.136-144.

Jorland G. (2006), Empathie et thérapeutique, *Recherche en soin infirmiers*, n° 84, p.58-65

Pham-Van P., (1989), Objet, corps, langage, in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n° 81.

Ploton L., (1995), La communication avec les déments, in *La revue du praticien médecine générale*, tome 9, n° 322.

Robert-Ouvray S. (2002), « Le contre transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 132, p.62-67.

Roques B. (2002), Réflexion à propos du corps en relation, Etre en lien ?, *Thérapie psychomotrice et recherches* n° 130, p. 46-55

Mémoires :

Charpentier E., (2014), *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de psychomotricité, Paris, Université Pierre et Marie Curie.

Cilia C., (2014), *L'engagement du psychomotricien dans la relation auprès de jeune enfant. Une histoire de lâcher-prise ?*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de psychomotricité, Paris, Université Pierre et Marie Curie.

Mirouze B., (2018), *N'oubliez pas que mon corps vous parle*, Mémoire présenté en vue de l'obtention de diplôme de psychomotricité, Hyères, Institut de formation public varois des professions de santé.

Cours :

Brandilly A. (15/01/2019), *Gériatrie : Parkinson et Alzheimer*,.Recueil inédit, Université Pierre et Marie Curie , Paris.

Lefevre C. (22/01/2019), *Gériatrie : Maladie d'Alzheimer et démences apparentées*, Recueil inédit, Université Pierre et Marie Curie, Paris.

Lefevre C. (05/02/2019), *Gériatrie : la démence*, Recueil inédit, Université Pierre et Marie Curie, Paris.

Potel C., (27/09/2017), *Intervention théorico-clinique, Vivre l'eau*, Recueil inédit, Université Pierre et Marie Curie, Paris.

Sitographie

Site de l'OMS : www.who.int/fr

Site France Alzheimer : www.francealzheimer.org

Résumé

Ce mémoire, écrit sous forme de nouvelle, retrace l'importance du dialogue tonico-émotionnel dans la relation en psychomotricité, notamment avec les personnes âgées grabataires n'ayant plus accès au langage verbal. Des notions théoriques y sont développées, illustrées d'un cas clinique. Cet écrit interroge également la construction de notre identité en tant que professionnel et la posture de psychomotricien auprès de cette population.

Mots-clés : Dialogue tonico-émotionnel - Personne âgée grabataire - Identité du psychomotricien - Relation thérapeutique - Démence mixte - Ajustement thérapeutique - Engagement corporel.

Abstract

This dissertation, written as a novel, highlights the importance of the tonic-emotional dialogue within Psychomotricity relation, notably with bedridden people who cannot speak. Some theory concepts will be explain, illustrated by clinical moments. The novel shows how the training has impacted and teach us how to find our own professional identity and how to find the behaviour to have with bedridden people.

Key words: Tonic-emotional dialogue - Old bedridden people - Psychomotor's identity - Therapeutic contact- Dementia - Therapeutic adjustment- Body commitment.