

La démence est une pathologie caractérisée par une perte ou une réduction des capacités cognitives, suffisamment importante pour retentir sur la vie d'un individu et engendrer une perte d'autonomie. La mémoire, l'attention et le langage sont les fonctions cérébrales principalement altérées. Au cours de mes stages, j'ai été amenée à côtoyer des personnes présentant de tels troubles. Alors que d'apparence, la plupart des résidents ne semblait présenter aucune pathologie, en engageant le dialogue, je me suis rapidement aperçue des déficits cognitifs qui les touchaient.

J'ai notamment été marquée par l'un des résidents qui considérait que ça ne valait pas la peine de lui parler car « Il n'y avait plus rien ». Il était donc conscient de son altération cognitive et en souffrait beaucoup. Au cours des entretiens que j'ai pu mener avant que son aphasie ne s'intensifie, il a pu m'expliquer que tout le monde dans sa famille et son entourage, allait bien et qu'il était le seul à être dans cet état.

Ainsi, il paraissait être à la recherche d'une raison pour laquelle lui, et pas un autre, avait été touché par ce trouble. Je me suis donc également posée cette question.

En effet, pourquoi certaines personnes déclencherait-elle une démence et pas d'autres?

Jusqu'à ce jour, aucune certitude concernant l'origine de l'apparition d'une démence n'est avérée, bien que la thèse organique soit la plus avancée.

La population touchée par cette pathologie est très éclectique au niveau de l'âge. En effet, il apparaît clairement que se ne sont pas forcément les personnes les plus âgées qui présentent de tels troubles. Ainsi, certains sujets très avancés en âge présentent un vieillissement parfaitement normal. ***Alors pourquoi certaines personnes sont-elles plus sujettes que d'autres à déclencher une démence?***

Selon la théorie du détour élaborée par le psychologue clinicien et du développement, M. Cariou, le cycle de vie s'organise en quatre grands détours, allant de la petite enfance au grand vieillissement. Chacun d'eux répond à la notion d'intégration fonctionnelle. Ainsi, lorsque l'enfant se développe, il traverse différentes étapes qui s'intègrent les unes dans les autres. Un détour ne peut donc être correctement réalisé que si le précédent l'est également.

Afin qu'un vieillissement soit réussi, il faut que le sujet puisse accéder au quatrième détour.

Cette ultime étape du cycle de vie serait déclenchée par les difficultés physiques que tout sujet âgé rencontre inévitablement. Il s'agit alors de réélaborer un nouveau mode de participation au monde, plus mentalisé. Pour ce faire, et conformément à la notion d'intégration fonctionnelle sus-citée, il faut que les détours précédents aient été correctement réalisés afin que le sujet ait eu la possibilité d'intérioriser un nombre conséquent des facettes de son identité.

Aussi, si nous partons de ce postulat, le sujet dément, présentant donc un vieillissement pathologique, n'aurait donc pas eu accès à ce quatrième détour.

De ce fait, il présenterait une insuffisance élaborative au niveau du détour précédent, soit au niveau la différenciation de l'Identité/Altérité. Cette déficience élaborative au niveau du troisième détour n'aurait donc pas permis au sujet d'engager un processus d'adaptation au grand vieillissement.

Une insuffisance au niveau de la différenciation de l'Identité/Altérité découle en général d'un mauvais étayage identitaire. Ce dernier ne reposerait donc pas sur le Genre en tant qu'identificateur central, mais sur un support moins global. Ainsi, si l'identificateur de Genre a été mal intégré au cours de l'adolescence, il n'est donc pas en mesure de tenir son rôle d'intégrateur de l'identité. De ce fait, l'identité du sujet ne peut donc se construire que sur des modalités partielles, ou étayages externes, qui devraient normalement être intégrées au Genre, tels que le statut social ou encore l'apparence physique.

Ainsi, tant que les étayages externes sont présents, le sujet pourra donc s'adapter au milieu en fonction d'eux. Toutefois, la disparition de ces derniers va engendrer une crise. Lorsque cette dernière est élaborative, elle génère une restructuration psychique. Cette réélaboration permettra au sujet d'investir de nouveaux étayages et donc de maintenir sa sécurité de base. Il s'agit d'un processus très coûteux en énergie vitale.

Toutefois, si les ressources énergétiques sont insuffisantes, l'organisme ne sera donc pas à même de mettre en place un nouveau type de rapport adaptatif au milieu. De ce fait, le sujet ne pourra pas réinvestir de nouveaux étayages et l'équilibre identitaire du sujet sera donc rompu.

L'apparition de la démence serait-elle donc la résultante d'une crise non élaborative liée à la

perte d'étayages externes?

En retraçant le parcours de vie des résidents, j'ai effectivement pu constater que des épisodes de vie douloureux de l'ordre de la perte ont précédé la survenue des premiers troubles démentiels. Ainsi, le deuil, la rupture ou encore le passage à la retraite sont autant d'événements récurrents dans l'histoire de vie de toutes personnes âgées.

Toutefois, si le statut social ou encore la relation au conjoint ont toujours tenu le rôle d'étayages identitaires, leurs pertes successives auraient donc pu affaiblir les ressources énergétiques du sujet vieillissant. Aussi, étant dépourvu de l'énergie vitale nécessaire pour permettre une réélaboration psychique, une ultime perte d'étayage auraient alors pu générer une crise non élaborative à l'origine de la décompensation démentielle. Ainsi, n'étant plus en mesure de s'adapter au milieu, il se pourrait que le sujet se soit réfugié dans la démence afin de préserver sa sécurité de base. La décompensation démentielle pourrait alors représenter le seul moyen qu'ait trouvé le sujet pour tenter de s'adapter.

En effet, la perte de mémoire est un des symptômes manifestes de la démence. C'est plus précisément la mémoire immédiate qui est la première fonction cognitive altérée. Ainsi, le sujet dément peut facilement évoquer des souvenirs lointains, relevant de l'enfance, et n'avoir aucun souvenir de ce qu'il a fait le matin même. Les faits nouveaux ne sont plus retenus et les souvenirs les plus récents sont donc ceux qui sont prioritairement occultés.

J'ai été particulièrement marquée par le cas de Mlle N., 85 ans, qui avait totalement investi son métier d'enseignante comme pilier central de son identité. En effet, étant célibataire et sans enfant, le travail était très important pour elle. Aussi le passage à la retraite avait été un événement extrêmement difficile à vivre pour elle, car elle n'avait aucune activité annexe à réinvestir. Ainsi, en perdant son statut social elle perdait également son principal étayage identitaire.

Cette dame était institutionnalisée depuis des années déjà, et présentait tous les signes d'une démence. Lors de notre première rencontre, elle m'a d'emblée prise pour l'une de ses anciennes élèves. Puis peu à peu, elle a commencé à évoquer son métier, non pas au passé mais toujours au présent. En effet, elle affirmait être sur le point de prendre sa retraite et qu'il lui restait « *encore un ou deux cours à donner avant de finir* ».

Aussi, la désorientation temporelle occasionnée par la démence semblait maintenir cette

dame dans une réalité erronée plus tolérable pour elle. En effet, elle avait totalement occulté son passage à la retraite qui avait pourtant été un événement négatif marquant; son métier tenant lieu jusqu'alors d'étayage majeur de son identité. De toute évidence, la réalité avait été trop douloureuse à intégrer. De ce fait, la démence lui donnait l'illusion de toujours demeurer dans un fonctionnement adulte. Sa sécurité de base pouvait donc être assurée par ce biais.

Ainsi la démence, à ses débuts, pourrait être considérée comme un simulacre d'accord adaptatif. En effet, les premiers symptômes permettraient au sujet d'avoir la sensation illusoire de continuer à évoluer sur un mode adulte. La désorientation temporelle pourrait alors lui permettre de se penser toujours inscrit dans l'ordre du projet. En effaçant les souvenirs douloureux de pertes des étayages externes, la démence permettrait donc au sujet de continuer à s'inscrire dans une pseudo-continuité identitaire.

Il m'est également apparu que les souvenirs trop éprouvants pouvaient être atténués ou complètement réécrits de façon à les rendre plus tolérables.

Par exemple, l'un des résidents m'avait confié, à maintes reprises, avoir perdu sa femme dans un accident. En effet, cette dernière se serait faite renversée par une voiture. N'étant pas présent au moment des faits, il n'avait rien pu y faire.

J'apprendrais plus tard, au cours d'un entretien avec sa fille, que sa femme était en réalité morte des suites d'un cancer. Elle avait donc vécu de longs mois de souffrance avant de décéder.

Aussi, M.M. semblait avoir remplacé le souvenir réel par un autre souvenir erroné. Le fait d'attribuer une mort brève à sa femme semblait donc plus tolérable pour lui, que de lui attribuer une longue et douloureuse agonie. Ainsi, contrairement au cas précédent, la perte de sa femme n'a pas été rayée de sa mémoire mais les conditions de son décès semblent avoir été entièrement réécrites. La nouvelle version était précise et plausible. Elle semblait avoir complètement pris le pas sur la réalité des faits.

La démence pourrait donc avoir pour fonction de remplacer la réalité trop éprouvante par une réalité alternative moins coûteuse en énergie. Ce processus de dissociation permettrait donc au sujet de tenir à l'écart l'événement traumatique qui n'a pas pu être correctement intériorisé, tout en lui permettant de rester connecté à la réalité. Cette dissociation semble

s'accentuer à mesure de l'évolution des troubles.

En effet, plus la maladie va évoluer et plus les capacités cognitives vont décliner. De ce fait, l'accès à la pensée et au langage va peu à peu être barré. La personne démente semblerait donc se retirer cognitivement de la réalité à laquelle elle n'a pas su s'adapter par manque de ressources énergétiques. Elle reste toutefois connectée à cette dernière sur un plan émotionnel. En effet, les personnes démentes sont très sensibles aux mouvements d'affects. Ainsi, elles perçoivent parfaitement ce qui se passe autour d'elles et l'expriment à leur manière. Aussi, il n'est pas rare en EHPAD, de voir des résidents se frapper, ou pousser des sons gutturaux pour exprimer leur mécontentement. Par ailleurs, le toucher est souvent favorisé par la personne démente pour entrer en contact avec autrui. Par ce biais, le sujet dément montre donc qu'il fait toujours partie de ce monde et qu'il peut encore y exercer une action.

De ce fait, la communication verbale ne pouvant plus être favorisée, elle va alors laisser place à une communication plus archaïque reposant sur le langage corporel. C'est donc ce mode de communication qui va devoir être développé afin de créer des liens avec une personne âgée présentant une démence avancée.

En tant que psychologue, être confrontée à une telle population est déroutant. En effet, nous sommes sensés être des professionnels de la communication verbale. Nous sommes donc formés à repérer les failles du discours, telles que d'éventuelles incohérences, ambivalences ou encore lapsus. ***Alors que faire lorsque ce discours fait défaut?***

La relation ne pouvant être établie par la communication verbale il s'agit donc de s'adapter au langage corporel. Ainsi, afin de rencontrer l'Autre ne bénéficiant plus de la parole, il faut alors développer des capacités d'observation afin de tenter de discerner et de comprendre d'éventuels comportements. On peut également être en mesure d'établir une relation par le biais du toucher.

Or, entrer en contact avec le corps d'autrui correspond à pénétrer dans son intimité mais également à le laisser pénétrer dans notre sphère intime. Il est alors important de s'écouter afin de déterminer ce que l'on est en mesure de tolérer et ce qui n'est pas de l'ordre du possible. Pour ce faire, un travail sur soi est donc nécessaire, voire indispensable.

En effet, le sujet âgé dément étant sensible aux mouvements d'affects, la présence d'une

réticence ou d'une gêne de notre part, sera d'emblée perçue et pourra représenter un frein à la relation. Il est donc important de savoir s'écouter pour pouvoir rencontrer l'Autre dans de bonnes conditions.

Une fois la relation établie, le psychologue pourra alors tenter de comprendre les problématiques du sujet. Il sera donc en mesure d'agir sur son milieu, à savoir l'EHPAD, afin que celui-ci puisse répondre au mieux à ces dernières.

Ainsi, si conformément à nos hypothèses, la personne démente a toujours assuré sa légitimité d'être à travers des étayages externes, il conviendra de lui en trouver de nouveaux à réinvestir. Différentes animations, adaptées à ses capacités cognitives, pourront alors lui être proposées. Par ailleurs, ces activités de groupe permettraient de conserver le lien social.

L'approche Snoezelen pourrait éventuellement être proposée, en fonction des possibilités de la structure. En effet, cette méthode, développée en France depuis une dizaine d'années, consiste à **communiquer par le biais des sens**, dans un cadre sécurisant et favorisant le bien-être. Cette démarche est donc basée sur l'éveil de la personne stimulée au monde extérieur par le biais de son corps. Il s'agit de permettre au sujet de prendre une meilleure conscience de l'ici et maintenant et ainsi de donner plus de substance à sa relation au réel. Ce type d'approche est donc adaptée aux personnes âgées démentes n'ayant plus accès à la communication verbale et est donc à favoriser.

Ainsi, en réalisant le projet de vie personnalisé du sujet, le psychologue, conjointement aux autres membres de l'équipe, pourra donc tenter de mettre en place la prise en charge la plus adaptée possible.