

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN

Institut de formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
Psychomotricien

CREATIVITE CHEZ LE SUJET AGE

*Quand la sensorimotricité se met au service de la créativité
en psychomotricité.*

CAILLEAU Amandine

Née le 8 Juin 1990 à Mont de Marsan

Juin 2013

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma superviseuse de stage et directrice de mémoire, **Delphine Baunez**. Merci pour son soutien et tous ses précieux conseils et échanges qui m'ont permis de gagner en maturité sur le plan professionnel. Merci à elle d'avoir partagé sa passion du métier.

Merci aussi à ma référente de stage, **Julie Migot**. Merci de m'avoir soutenue tout au long de ce stage et de m'avoir aidée à faire ma place dans l'établissement. Merci pour sa présence et la confiance qu'elle a su m'accorder.

Un grand merci à toutes les deux, de m'avoir aidée dans la rédaction de mon mémoire par votre regard critique et vos conseils avisés qui m'ont permis d'approfondir mes réflexions.

Aussi, je tiens à remercier le **Directeur** de l'EHPAD, pour m'avoir permis de réaliser mon stage expérimental dans sa structure, ainsi qu'aux professionnels et aux résidents de l'établissement pour leur accueil.

Ensuite, je remercie tous mes maîtres de stage, en particulier **Emmanuel Baujard** et **Philippe Larrouy**, pour avoir su me faire partager leur savoir-faire et pour m'avoir énormément appris sur la pratique de notre métier.

Enfin et non des moindres, je finirai par remercier ma famille et mes proches qui m'ont toujours apporté un grand soutien. Merci d'être là pour moi et de croire en moi!

Un grand merci à vous tous qui avez contribué à votre façon à l'être que je suis aujourd'hui...

Avants propos

« Il faut donner une chance à l'expérience de l'informe, aux pulsions créatrices, motrices et sensorielles de se manifester. Elles sont la trame du jeu [...]. Il s'agit d'un mode créatif de perception qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue. »

Winnicott¹

« Il n'y a pas d'âge pour la création, il n'y a que la joie de sentir s'échapper ce qu'on retient trop souvent comme un cri dont l'écho résonne avec démesure dans nos corps et nos têtes »

Laforestrie²

¹ D.D.Winnicott, p.126, Jeu et réalité

² R. Laforestrie, p. 53, « Revaloriser la personne âgée par la créativité »

I. Sommaire

INTRODUCTION	5
CHAPITRE I: LE SUJET AGE VIEILLISSANT	8
I. Processus physiologique du vieillissement normal	9
II. Le vieillissement pathologique	28
III. Normal ou pathologique ?	30
CHAPITRE II: LE SUJET AGE ET LA CREATIVITE	31
I. Qu'est-ce que la créativité ?.....	32
II. Comment la créativité apparaît-elle dans le développement psychomoteur ?	38
III. Comment évolue la créativité chez le sujet âgé ?.....	40
CHAPITRE III: PSYCHOMOTRICITE ET CREATIVITE	47
I. Comment favoriser la créativité chez le sujet âgé en psychomotricité ?	48
II. L'apport de la créativité d'un point de vue psychomoteur	51
III. La créativité du psychomotricien.....	60
CHAPITRE IV: L'ATELIER "EXPRESSION"	63
I. Quelques points sur l'institution	64
II. L'apport du groupe.....	67
III. Choix du groupe	69
IV. Le bilan psychomoteur.....	72
V. Déroulement d'une séance type	75
CHAPITRE V: ETUDES DE CAS	78
I. Etude de cas de Mme L.	79
II. Etude de cas de Mme B.	89
CONCLUSION	96
Bibliographie.....	98
Table des illustrations.....	99
Table des matières	100

INTRODUCTION

Depuis très longtemps, on emploie le terme de « personne âgée » pour une personne présentant des attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse. L'Organisation mondiale de la santé (**OMS**) définit une personne comme étant âgée à 65 ans et plus. C'est l'âge de référence à la prise de la retraite et le moment où le mot vieillesse est utilisé. L'OMS définit le vieillissement comme étant « *le processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps* ».

Il y a plusieurs siècles, la vieillesse était perçue comme un moment privilégié de la vie et associée à la sagesse. A cette époque, il était rare que les personnes dépassent 35 ans. Aujourd'hui, il n'est pas étonnant de vivre jusqu'à plus de 75 ans. On vit de plus en plus vieux, mais les représentations de cette vieillesse se dégradent, comme le dit si bien **Jean-Denis Bredin**³ :

« *L'exaltation de la vieillesse semble devenue de plus en plus rare. L'idéal semble d'user de toutes les ressources de la science et de l'esprit humain pour prolonger la jeunesse, et l'illusion de la jeunesse. Ne plus perdre la mémoire, garder la force physique, faire durer les plaisirs qu'elle offre, paraître jeune de corps et d'esprit, ne jamais concéder que l'on est un vieillard, feindre à tout prix de rester jeune, et, s'il se pouvait, ne pas mourir...* »

On est donc à la recherche d'une sorte d'immortalité, mais aussi de la conservation de toutes nos capacités mentales et physiques. Mais, lorsqu'une personne vieillissante se rend compte de sa perte d'autonomie, elle peut le vivre comme un naufrage ou un véritable désastre. Cette réaction est compréhensible lorsqu'on constate que l'on vit dans une société qui valorise la capacité d'agir, de réussir, d'être performant ou encore d'être utile.

Mais à cause de ces représentations, le sujet âgé va avoir une représentation négative de lui-même. Ayant grandi dans un village composé essentiellement de sujets âgés, j'ai voulu faire mon stage auprès de cette population qui m'était familière. La plupart des

³ Jean-Denis Bredin, p. 44, *Comment accepter de vieillir ?*

sujets âgés, que j'ai côtoyés, avaient les mêmes discours lorsqu'il s'agissait de continuer ou de faire de nouvelles activités : « *Je suis trop vieux maintenant pour ces choses-là !* » ou encore « *Ce n'est plus de mon âge tout ça !* ».

❖ *Mais qu'est-ce qui n'est plus de leur âge ? Sur quels critères se basent-ils ? Et pour eux, que leur reste-t-il à faire ? Attendre que le temps passe ?*

Je vous laisse donc imaginer quelles peuvent être leurs réactions lorsque je parle de faire un atelier thérapeutique autour de la créativité. Lorsque j'emploie les mots « *dessiner* » et « *peinture* » les réactions sont toutes « *Je ne sais pas dessiner ! Je n'ai jamais appris* ». Je décide malgré tout de créer cet atelier thérapeutique, afin de leur montrer que ce n'est pas parce qu'ils sont âgés qu'ils ne peuvent pas faire et apprendre de nouvelles activités.

Ainsi, je souhaiterai, par le biais de mon atelier, leur faire prendre conscience des nombreuses capacités qu'ils ont encore. C'est-à-dire, ne pas mettre l'accent sur ce qu'ils n'ont plus, mais au contraire mettre en avant leurs capacités restantes et faire avec celles-ci.

L'entourage aussi ne se rend pas compte du potentiel et des capacités que peuvent avoir leurs aînés.

« *Si l'on pense qu'une personne âgée de toute façon est fatiguée ou se fatiguera vite, qu'elle ne peut aisément apprendre, qu'elle n'est pas intéressée..., comment penser à lui fournir les occasions de montrer ses capacités et ses désirs. Et par voie de conséquence, donnant peu à voir de ses compétences et capacités, elle n'aura que peu de feed-back évaluatifs, et au fil du temps elle pourra se redimer elle-même en n'osant plus faire, plus dire, en n'osant plus s'engager dans des réalisations pourtant encore faisables* » **Michel Personne** ⁴

Par ces mots, on comprend mieux l'impact de l'entourage sur l'image du corps du sujet âgé et on le retrouve dans leurs discours défaitistes. Le sujet âgé est trop souvent vu, comme une personne fragile, qui ne peut pas faire grand-chose et à qui on en demande le moins possible, pour ne pas la mettre en échec. Pensant bien faire, ce comportement va au contraire mettre le sujet âgé dans un système d'accélération de cette perte d'autonomie progressive.

⁴ *Michel Personne, p. 27-28, Protéger et construire l'identité de la personne âgée*

Ainsi me voilà en train de penser à un de mes hobbies les plus chers ; celui de l'art. Depuis toujours, je dessine, peins... Je me suis dit : « *Pourquoi ne pas faire partager une de mes passions auprès des sujets âgés ?* » . Je me suis donc penchée sur la question, de ce que pouvait apporter l'art au sujet âgé. Certains peuvent se demander le rapport entre l'art et la psychomotricité. Hormis que la peinture, le dessin, pâte à sel... soient considérés comme des médiateurs, il y a plusieurs possibilités d'intervention en psychomotricité. Je voudrai utiliser ces médiateurs, dans le but de favoriser la créativité chez le sujet âgé tout en gardant en tête la pratique psychomotrice.

❖ ***Comment favoriser la créativité ? Quel est l'intérêt d'un point de vue psychomoteur d'étudier la créativité chez le sujet âgé ?***

Telle est ma problématique, lorsque je choisis ce sujet. Pour essayer d'y répondre, je commencerai par étudier le vieillissement normal et pathologique du sujet vieillissant ce qui nous informera sur les capacités physiques, neurologiques, psychiques et psychomotrices restantes. Ensuite, je m'intéresserai à l'apparition de la créativité dans le développement psychomoteur et comment elle évolue au cours de la vie. Puis, je me pencherai sur la question de l'apport de la créativité en psychomotricité. Enfin, je présenterai l'institution dans laquelle j'ai fait mon stage ainsi que l'atelier thérapeutique, que j'ai mis en place, pour finir avec la présentation de **Mme L.** et de **Mme B.** .

LE SUJET VIEILLISSANT

I. Processus physiologique du vieillissement normal

Le vieillissement normal se définit comme l'ensemble des processus moléculaires, histologiques, physiologiques et psychologiques qui accompagnent l'avancée en âge. Nous allons voir, dans cette partie, ce qui est caractéristique du sujet âgé sur le plan physique, neurologique, psychique et psychomoteur.

1. LE PLAN PHYSIQUE

Dans cette partie, nous allons nous intéresser plus particulièrement au vieillissement de la sensorimotricité qui m'aidera par la suite à penser mon atelier.

1.1. Vieillessement de la perception sensorielle.

a) Au niveau de la perception visuelle

La vision est un des sens les plus importants pour la plupart des gens. Mais au fil du temps notre vision va se dégrader. Les tissus et les composantes de l'œil vont subir des changements. On va fréquemment avoir une opacification du cristallin qui va devenir jaunâtre. Lorsque le cristallin perd toute sa transparence on parle de cataracte.

Avec cette diminution de l'acuité visuelle, on va avoir aussi une forte sensibilité à l'éblouissement et au changement de lumière. Ces perturbations visuelles vont toucher aussi la vision colorée. Le sujet va avoir des difficultés à discerner nettement les couleurs comme le bleu et le vert. Le jaune et le bleu vont être les deux premières couleurs concernées et ensuite ce sera le vert.

b) Au niveau de la perception auditive

Nombreux sont les sujets âgés qui ont des troubles de l'audition. On se voit souvent obligé de parler excessivement fort afin que le sujet nous entende et nous comprenne. Il faut noter qu'avec l'âge il va y avoir une plus forte diminution de la discrimination des sons aigus que des sons plus graves.

Avec le vieillissement on observe une plus forte altération de l'oreille interne et du nerf auditif. Cependant, tout dépend de la vie qu'a eue le sujet auparavant. De nos jours, on constate que l'audition est altérée de plus en plus jeune. Cette aggravation est due à la

surexposition aux bruits forts tels que les bruits d'usine sans protections, les lecteurs MP3 etc.

c) Au niveau de la perception tactile

Les sensations tactiles de la peau se modifient aussi avec l'âge. La perception du toucher est moins précise, moins bien localisée. La diminution du nombre de récepteurs diminue la quantité et la qualité d'informations reçues.

Au niveau de la plante des pieds, il y a une altération de la sensibilité des récepteurs. On va donc avoir une mauvaise perception du relief et de la consistance du sol ce qui va affecter l'équilibre du sujet.

d) Au niveau de la perception du goût et de l'olfaction

Lors du processus de vieillissement il y a une diminution du nombre de papilles gustatives et les papilles restantes sont moins efficaces. La perception du goût amer est accentuée et le sujet va avoir une attirance pour tout ce qui est sucré. La discrimination du goût va être pour ainsi dire impossible, surtout lorsque le sens est utilisé seul.

La sensibilité aux odeurs aussi va diminuer ; le sujet va avoir des difficultés pour identifier les odeurs.

1.2. Vieillesse de la proprioception

La proprioception désigne l'ensemble des récepteurs, voies et centres nerveux impliqués dans la sensibilité profonde (somesthésie), qui est la perception de soi-même, consciente ou non. Donc c'est la capacité à percevoir la position des différents membres et de leur tonus.

Avec l'âge, il y a des différences constitutionnelles qui s'observent au niveau des muscles. On va avoir une diminution des récepteurs ligamentaires et capsulaires ce qui va diminuer, dans un premier temps, la précision de la discrimination de la proprioception. De plus, on retrouve une raréfaction des récepteurs neurotendineux de Golgi et des récepteurs des fuseaux musculaires. L'organe tendineux de Golgi est un organe récepteur sensoriel proprioceptif situé spécifiquement dans les tendons des muscles squelettiques, donc avec la diminution de ces récepteurs la qualité de la proprioception sera d'autant plus altérée.

1.3. Vieillessement des récepteurs vestibulaires

Au cours du vieillissement, l'oreille interne va aussi subir une dégradation. On va retrouver une altération des récepteurs qui ne vont plus avoir toute leur pertinence. Les femmes sont un peu plus concernées que les hommes avec 40% de femmes touchées avec l'âge contre 30% pour les hommes.

Cette dégradation est due à une diminution du nombre des cellules ciliées dans les crêtes ampullaires. La crête ampullaire est une aire sensorielle de l'oreille interne. Elle est située dans un renflement de la base du canal qui est l'ampoule. Chaque crête ampullaire est composée de cellules ciliées qui sont des cellules sensorielles. A chaque mouvement de la tête, ces cellules ciliées vont s'incliner et, par l'intermédiaire des fibres du nerf vestibulaire, l'information de la position de la tête arrivera jusqu'au cerveau. Elles sont importantes pour le maintien d'une posture et pour l'équilibre.

On observe qu'après 70 ans le nombre de cellules ciliées dans les crêtes ampullaires ont diminué de 40%. Ces modifications vont entraîner des changements dans la posture du sujet mais aussi certains pourront présenter des troubles de l'équilibre lors d'un déplacement rapide ou qui demande un mouvement de la tête et du reste du corps.

2. LE PLAN NEUROLOGIQUE

Au cours du vieillissement normal, le cerveau subit des modifications anatomiques et structurales complexes. Le cerveau est constitué de plusieurs types de neurones, de cellules gliales, qui assurent le soutien et la réparation des neurones, et de nombreux vaisseaux sanguins. Certains groupes de cellules et certaines aires cérébrales sont plus sensibles au vieillissement que d'autres. En outre, la vitesse de vieillissement du cerveau, la nature et l'étendue de ses modifications chimiques et physiques, ainsi que leurs effets sur les capacités intellectuelles, varient considérablement selon les individus. La plupart de ces perturbations surviennent généralement à partir de la cinquantaine, mais certaines s'aggravent après l'âge de 70 ans.

2.1. Vieillessement du système nerveux

Le système nerveux gère les informations sensorielles, coordonne les mouvements musculaires et régule le fonctionnement des autres organes. Après la quarantaine, nous perdons 40.000 cellules nerveuses par jour environ. La diminution et le changement des

fonctions des organes peuvent être corrélés avec la défaillance du contrôle nerveux. Cette dernière s'explique par la mort des cellules des fibres nerveuses suivie de la diminution du taux et de la vitesse de sécrétion des neurotransmetteurs. Par conséquent, on constate une diminution de la capacité des cellules réceptrices de ces neurotransmetteurs.

a) Système nerveux central

De nombreuses modifications neuropathologiques et neurobiologiques du système nerveux central ont été décrites au cours du vieillissement parmi lesquelles il faut principalement mentionner: la diminution du nombre de neurones corticaux, la raréfaction de la substance blanche et la diminution neurotransmetteurs intracérébraux.

- Perte neuronale

A la naissance, le cerveau humain possède un nombre maximum et définitif de neurones. À partir de 20 ans, la destruction de neurones non utilisés débute. Cette perte neuronale serait de 20% entre 20 et 90 ans.

Lors du vieillissement on constate une diminution modérée du nombre de neurones corticaux (dopaminergiques et cholinergiques) et une altération de la plasticité neuronale.

Cette diminution entraîne une moindre efficacité des phénomènes de compensation et de suppléance. En effet, arrivé à un certain âge, la plasticité synaptique n'arrive plus à compenser aussi efficacement qu'avant la perte neuronale. Le sujet sera en prise à une vulnérabilité cérébrale en cas d'agression et risquera par conséquent de développer un syndrome confusionnel.

Suite à cette perte neuronale, les processus attentionnels et d'apprentissage des notions nouvelles ne seront pas préservés dans leur totalité.

Le vieillissement des structures cérébrales n'est cependant pas homogène. Cette hétérogénéité est due à une réduction inégale de volume dans certaines zones du cerveau. D'après les recherches de **Raz et Al.**⁵, lorsqu'on regarde le volume du cortex visuel primaire, on constate qu'il n'est pratiquement pas modifié au cours de l'âge, alors que le cortex préfrontal et l'hippocampe présentent une réduction plus importante. Une réduction modérée de 2 % du volume du cervelet tous les 10 ans a été décrite alors que les régions

⁵ Cheron et Bengoetxea, Diapo 4, PDF, [Vieillesse et contrôle cérébral de l'exercice](#)

du pont ne subissent aucune réduction au cours de l'âge. Le pont joue un rôle important dans la motricité notamment par sa position de relais entre le cerveau et le cervelet, mais contribue aussi à la sensibilité du visage et aux fonctions autonomes (fonctions automatiques). Cette hétérogénéité du vieillissement cérébral soulève de nombreux problèmes fonctionnels.

- Démyélinisation de la substance blanche

Au cours du vieillissement, la myéline présente sur les axones disparaît peu à peu. L'influx nerveux se propage moins rapidement ce qui entraîne un traitement plus lent des informations. Ainsi, ce phénomène peut expliquer en partie le ralentissement psychomoteur du sujet vieillissant.

- Diminution neurotransmetteurs intracérébraux

Il a été observé une diminution des neurotransmetteurs intracérébraux et en particulier l'acétylcholine. L'acétylcholine est un neurotransmetteur qui joue un rôle important aussi bien dans le système nerveux central, où elle est impliquée dans la mémoire et l'apprentissage, que dans le système nerveux périphérique, notamment dans l'activité musculaire et les fonctions végétatives.

Au niveau de la jonction neuromusculaire, l'acétylcholine a aussi un effet excitateur et au sein du système nerveux central son action combine des effets neuromodulateurs sur la plasticité synaptique, l'apprentissage et l'activation physiologique.

La réduction de la sensibilité des récepteurs de la soif, les récepteurs hypothalamiques qui sont des osmorécepteurs, et les modifications du métabolisme de l'arginine vasopressine rendent compte au moins en partie de la diminution de la sensation de la soif chez les personnes âgées. De plus, il y a une réduction et une déstructuration du sommeil du fait de la diminution de sécrétion de mélatonine par l'épiphyse. La perte de sensation de soif et la diminution de sommeil va provoquer une certaine fragilité, aussi bien sur le plan neuronal que sur le plan physiologique, chez le sujet âgé.

En définitive, il est constaté que le vieillissement modifie peu les fonctions motrices et sensibles centrales. En revanche, le vieillissement du système nerveux central se traduit par

une augmentation des temps de réaction et par une réduction modérée des performances mnésiques concernant notamment l'acquisition d'informations nouvelles.

b) Le vieillissement du système nerveux végétatif

Le vieillissement du système nerveux végétatif se caractérise par une hyperactivité sympathique, c'est-à-dire par une augmentation des taux plasmatiques des catécholamines, et par une réduction de la réponse aux stimulations en raison d'une diminution de sensibilité des récepteurs aux catécholamines. Les catécholamines ne sont rien d'autres que des neurotransmetteurs comme la noradrénaline, l'adrénaline ou encore la dopamine.

Si les récepteurs sont moins sensibles à ces catécholamines, les stimulations seront moins bien discriminées et donc la réponse sera plus lente, et dans certains cas moins précise ou non adaptée, voire même nulle.

c) Système nerveux périphérique

L'augmentation des temps de conduction des nerfs périphériques est à l'origine d'une diminution de la sensibilité proprioceptive (hypopallesthésie) qui favorise l'instabilité posturale et les chutes.

d) Interactivité du vieillissement du système nerveux périphérique et central

On sait que la captation et la transmission des sensations périphériques sont essentielles dans l'élaboration d'une réponse motrice optimale. Comme nous avons pu le voir précédemment, le vieillissement normal s'accompagne d'une diminution de la conduction des messages nerveux, que ce soit dans le système nerveux central avec la démyélinisation des axones ou dans le système nerveux périphérique avec la diminution de la sensibilité des nerfs.

Desmedt et Cheron, ont mis en évidence le ralentissement périphérique et la perte de fibres nerveuses sensorielles lors du vieillissement grâce à l'enregistrement du potentiel de nerf antidromique. Un nerf antidromique est un nerf dans la racine sensitive qui va de la moelle épinière vers la périphérie, et dans l'étude de **Desmedt et Cheron**, il s'agira du nerf médian du membre supérieur. Il a donc été constaté que les altérations n'étaient pas dues à « *une modification des caractéristiques intrinsèques de réfractorité de la fibre nerveuse*

périphérique » (Desmedt et Cheron⁶). C'est-à-dire qu'avec le vieillissement, la vitesse de conduction des fibres nerveuses est préservée, il n'y a que l'intensité du signal à l'arrivée qui diminue avec l'âge.

Ainsi, au cours du vieillissement la physiologie intrinsèque des fibres nerveuses périphériques est normale.

❖ *Mais d'où viennent alors ces altérations ?*

On peut répondre à cette question, en constatant que ces altérations sont dues comme nous l'avons dit précédemment à la diminution du nombre de fibres mais surtout à la perte des fibres de plus gros diamètres. Ces fibres de gros diamètres ont la vitesse de conduction la plus importante, ce qui explique que l'intensité du signal diminue s'il ne reste plus qu'en majorité les fibres de plus petits diamètres.

De plus, il a été montré que la vitesse de conduction dans la voie somato-sensorielle centrale n'est pas altérée avec l'âge contrairement à celle de la périphérie.

e) Rapport entre sélection sensorielle et décision motrice.

Comme nous avons pu le voir précédemment, au cours du vieillissement normal les entrées sensorielles sont modifiées et l'intensité de la récupération du signal diminue. Ce signal affaibli va arriver dans les noyaux de la base, plus précisément dans le thalamus.

- Le thalamus

Le thalamus a principalement une fonction de relais et d'intégration des afférences sensitives et sensorielles et des efférences motrices, ainsi qu'une fonction de régulateur de la conscience, de la vigilance et du sommeil. Pour mieux comprendre l'interaction entre les sphères sensorielle et motrice, nous pouvons prendre l'exemple du patient atteint de la maladie de Parkinson. Ce dernier va rencontrer un problème d'exécution motrice, c'est le phénomène du « bloc moteur ».

Aussi, au cours du vieillissement normal, le volume du striatum diminue fortement. C'est ce qui pourrait expliquer l'inhibition de l'action. Ainsi pour que le thalamus déclenche des séquences d'actions motrices, il faudra stimuler le sujet parkinsonnien d'un point de vue sensoriel.

⁶ Cheron et Bengoetxea, Diapo 5, PDF [Vieillessement et contrôle cérébral de l'exercice](#)

- Le cervelet

Le cervelet joue un rôle important dans le contrôle moteur. Il contribue à la coordination et la synchronisation des gestes, et à la précision des mouvements.

Il est une structure indispensable au maintien de l'équilibre du corps, à la coordination multi-segmentaire et à l'apprentissage sensori-moteur. Cette structure est en effet directement impliquée dans le traitement en ligne des informations sensorielles ainsi que dans l'élaboration des commandes motrices. Le cortex cérébelleux pilote à la fois les entrées en provenance de l'enveloppe sensorielle et les stratégies motrices les plus appropriées. Cette double fonction est assurée par deux types de fibres afférentes cérébelleuses très spécifiques (les fibres moussues et les fibres grimpantes) et par un seul type de sortie (les axones des cellules de Purkinje).

Au cours du vieillissement normal, le cervelet va voir son volume diminuer. Les effets sur l'habileté motrice surviennent très rapidement et altèrent principalement la fonction réflexe de maintien d'un équilibre statique. La fonction proactive qui est issue d'un apprentissage ne sera que peu altérée par l'âge. Il est donc intéressant d'utiliser des stimulations sensorielles qui activent la fonction proactive et non une fonction réflexe.

- Cortex préfrontal

Dans une étude de **Desmedt et Cheron**⁷, la capacité du cortex à répondre aux influx sensoriels a pu être évaluée grâce à la composante frontale N30 (témoin biologique du vieillissement cérébral) et l'enregistrement des potentiels évoqués somesthésiques. Ainsi on a pu confirmer que l'intensité de l'onde frontale N30 diminuait avec l'âge.

Il est mis en évidence que l'onde frontale N30 est issue du cortex préfrontal. Cette région est le siège de différentes fonctions cognitives dites supérieures (notamment le langage, la mémoire de travail, le raisonnement, et plus généralement les fonctions exécutives). C'est aussi la région du goût et de l'odorat et elle est impliquée dans la programmation et l'élaboration des commandes motrices. Le cortex préfrontal a donc une importance capitale et il subit des modifications de volume importantes au cours du vieillissement normal. Ainsi l'habileté motrice dépendrait de la perte de volume de cette partie du cortex avec l'âge.

⁷ Cheron et Bengoetxea, Diapo 7, PDF [Vieillesse et contrôle cérébral de l'exercice](#)

2.2. Impact sur le plan cognitif

Le vieillissement du système nerveux ne va pas être sans conséquence. Les ressources cognitives subissent des transformations tout au long de la vie adulte et avec l'âge certaines vont être altérées. Nous allons nous intéresser plus particulièrement au vieillissement du système de mémoire et à celui de l'intelligence.

a) Vieillissement et système de mémoire

La mémoire a été divisée en quatre systèmes de mémoire essentiels : la mémoire de travail, la mémoire épisodique, la mémoire sémantique et la mémoire non déclarative.

Nous allons voir les différents effets du vieillissement sur ces systèmes de mémoire.

- Mémoire de travail

La mémoire de travail est une mémoire à court terme qui intervient lorsqu'on prête attention à un stimulus enregistré par le registre sensoriel. Elle permet de stocker et de manipuler des informations pendant de courtes périodes et lors de la réalisation d'une activité.

Salthouse⁸ va mettre en évidence un effet significatif du vieillissement sur la mémoire de travail. Il y aurait même un effet plus important lorsque la charge mentale est importante. Pour **Salthouse** ce serait cet effet sur la mémoire du travail qui serait en grande partie responsable des déficits cognitifs observables au cours du vieillissement.

- Mémoire épisodique

La mémoire épisodique est une mémoire à long terme, elle désigne le processus par lequel on se souvient des événements vécus avec leur contexte (date, lieu, état émotionnel). C'est cette mémoire qui va être un repère de notre identité. Par nos souvenirs nous pouvons savoir qui nous sommes, qui on a été, ce qu'on a vécu...

La mémoire épisodique peut être évaluée à l'aide de trois types de tâche : les tâches de rappel libre, de rappel indicé et de reconnaissance.

Il apparaît que la tâche de rappel indicé est modifiée au cours du vieillissement, alors qu'il n'y a pas de différences significatives entre jeunes et sujets âgés pour ce qui est de la tâche

⁸ J-M Albaret, p. 78, *Vieillesse et psychomotricité*.

de reconnaissance. Mais au-delà de 70 ans, une différence apparaît pour la tâche de reconnaissance.

La mémoire de source, qui est un des aspects de la mémoire épisodique, est particulièrement atteinte au cours du vieillissement normal. Le sujet âgé va avoir des difficultés pour se souvenir d'éléments contextuels, c'est-à-dire qu'il ne pourra pas dire quand, où et comment, il a appris l'information. Les caractéristiques du contexte ne sont donc pas bien préservées. L'altération de la mémoire de source, serait responsable en grande partie des difficultés qu'on peut retrouver au niveau de la mémoire épisodique.

- Mémoire sémantique et langage

La mémoire sémantique est aussi une mémoire à long terme. C'est le système par lequel l'individu stocke sa connaissance du monde. C'est une base de connaissances, un magasin d'informations que nous possédons tous et dont une grande partie nous est accessible rapidement et sans effort.

Si pour la mémoire épisodique, on repère des différences significatives entre le sujet jeune et le sujet âgé, il n'en est rien au niveau de la mémoire sémantique ; les différences sont rares. La mémoire sémantique va être préservée au cours du vieillissement. Il peut même arriver qu'elle soit plus performante que chez les sujets jeunes dans les tâches de vocabulaire. Tout au long de la vie, les connaissances conceptuelles et le lexique vont donc demeurer constants.

Au cours du vieillissement, on va quand même observer des difficultés pour ce qui est de récupérer des mots et des concepts. Même si l'organisation de la mémoire sémantique demeure intacte, on peut suggérer qu'il y a un déficit à ce niveau. La seule différence entre le sujet jeune et le sujet âgé est le temps. Le sujet âgé va mettre beaucoup plus de temps à récupérer les mots ou les concepts, mais si on lui laisse le temps il finira par les retrouver. On peut donc en conclure que le déficit est lié au ralentissement de la vitesse de traitement et non à un déficit de l'organisation ou encore du contenu.

Lorsqu'on parle du vocabulaire, on pense au langage et la mémoire sémantique est en lien avec la compréhension du langage. Comme la mémoire sémantique, la compréhension du langage est préservée avec l'âge. En effet les processus d'activation et les structures du

réseau sémantique sur lesquels reposeraient la compréhension des mots ne seraient pas dépendants du vieillissement.

- Mémoire non déclarative

La mémoire non déclarative inclut divers types d'informations. Parmi celles-ci il faut distinguer la mémoire procédurale appelée également mémoire des habiletés motrices qui permet par exemple de se souvenir sans faire d'efforts que l'on sait faire du vélo ou que l'on sait nager.

Lorsqu'on compare le sujet jeune et le sujet âgé, on peut constater que la mémoire procédurale est préservée avec l'âge. Ce qui va se modifier au cours du vieillissement, c'est la capacité à améliorer la performance au cours de l'expérience. Aussi on perçoit un déficit dans les apprentissages procéduraux et en particulier lorsque le matériel n'est pas familier. La mémoire non déclarative reste donc préservée tout au long de la vie.

b) Vieillesse et intelligence

L'intelligence est une fonction cognitive essentielle. C'est la capacité à mettre en œuvre des moyens afin de résoudre un problème. Elle permet de mobiliser des savoirs acquis, qui sont déjà contenus en mémoire, ou d'élaborer de nouvelles stratégies.

Pour étudier l'intelligence, on utilise souvent les tests psychométriques et les tâches de raisonnement et de résolution de problème. Nous allons donc voir les effets du vieillissement dessus.

- Mesures psychométriques de l'intelligence

Ces mesures vont permettre d'évaluer d'une part la capacité d'une personne à mobiliser et utiliser les savoirs qu'elle garde en mémoire, et d'autre part la capacité à développer de nouvelles stratégies pour résoudre un problème.

Il a été mis en évidence, qu'au cours du vieillissement, les habiletés intellectuelles n'étaient pas toutes atteintes de la même manière et donc que certaines n'étaient pas altérées. Ainsi, il est constaté que les performances aux épreuves de raisonnement inductif ou encore de traitement perceptif diminuent fortement avec l'âge mais que l'intelligence verbale est presque totalement préservée.

Comme pour la mémoire sémantique, il apparaîtrait que l'intelligence liée aux connaissances et aux savoirs qui auraient été appris à l'école persisterait et même s'améliorerait avec le temps. Mais l'effet du vieillissement sur l'intelligence apparaîtrait lorsqu'elle serait liée à des contextes nouveaux.

Horn et Castel⁹, parlent d'intelligence fluide et d'intelligence cristallisée.

L'aptitude fluide concerne les habiletés de raisonnement qui ne seraient pas dépendantes de l'expérience acquise. Cette intelligence est utilisée lorsqu'il s'agit de devoir résoudre des problèmes nouveaux lors de tâches qui demandent de l'attention et de la conceptualisation. Cette intelligence fluide se retrouve dans la mémoire de travail.

L'aptitude cristallisée, correspond au domaine des connaissances acquises et aux savoirs scolaires. C'est-à-dire toutes les tâches déjà apprises tels que le vocabulaire, la fluence verbale ou encore les compétences numériques.

Horn a mis en évidence que ces deux aptitudes réagissaient différemment au vieillissement. L'aptitude fluide atteint son maximum aux alentours de 14-15 ans et va diminuer régulièrement avec le temps. L'aptitude cristallisée quant à elle, va atteindre son maximum vers 18-19 ans et va rester stable jusqu'à un âge très avancé.

- Raisonnement et résolution de problème

Les capacités de raisonnement et de résolution de problème vont impliquer les aptitudes fluides. Les situations de raisonnement et de résolution de problème vont montrer qu'au cours du vieillissement ces capacités vont diminuer significativement. Les difficultés dans la capacité de raisonnement vont se trouver dans la mise en lien avec le rappel en mémoire de travail des informations.

Les capacités de résolution de problème quant à elles, sont altérées du fait que l'efficacité à construire une représentation du problème en mémoire de travail diminue avec l'âge.

Ainsi on a pu voir que le vieillissement neurologique entraînait beaucoup de modification d'un point de vu cognitif. Mais l'effet de ce vieillissement ne s'arrête pas qu'à la cognition.

⁹J-M Albaret, p. 86, *Vieillesse et psychomotricité*

3. LE PLAN PSYCHIQUE

Après avoir vu les effets du vieillissement sur les plans physique et neurologique, on peut se demander comment évolue la vie psychique du sujet âgé.

3.1. La vie psychique du sujet vieillissant

Le vieillissement psychique est un processus lent et progressif. La vie psychique des sujets âgés est hétérogène, il n'existe pas de spécificités psychologiques du sujet âgé. Il y a par contre des événements de vie, tels que la maladie, les décès de proches..., qui sont statistiquement plus fréquents lorsqu'on arrive à un âge avancé. Sous la pression de ces événements de vie, ou du fait de la perception de la proximité de ceux-ci, la sécurité intérieure du sujet âgé va être menacée.

a) L'identité

Pour le sujet âgé, la question du maintien du sentiment d'identité personnelle se pose car elle a subi de nombreux changements dans son histoire personnelle, familiale et son environnement social. L'identité du sujet âgé va se voir modifiée avec plus d'importance lors de l'entrée dans la vieillesse.

- Qu'est-ce que la vieillesse ?

« [C'est] un âge de la vie défini, dans notre culture, avec le même arbitraire que celui de l'enfance, de l'adolescence et de la maturité. C'est aussi celui de la sénescence. Il est généralement fixé, par convention, au début de la sixième décennie. Dans certains pays, il est parfois aligné sur l'âge auquel l'individu commence à percevoir ses prestations de retraite. » **Richard et Bovier**¹⁰

La vieillesse est donc un moment où le sujet doit s'adapter à une série de changements externes et internes. Le sujet va perdre son rôle social qui était préservé jusque-là par son métier. Aussi, les changements internes dépendants du vieillissement physiologiques vont commencer à se faire ressentir.

¹⁰ Pierre Charazac, p. 6, L'aide-mémoire de psycho-gériatrie.

- Une identité fébrile

A ce moment-là, le sujet va alors porter les différentes étiquettes de « *retraité* », « *personne âgée* », « *vieux* », « *vieillard* »... . Dans cette alternance de stabilité et d'instabilité du moi et de ses investissements, le sujet âgé va devoir faire preuve de réaménagement et d'adaptation permanents afin de conserver son identité.

b) Le narcissisme

Le narcissisme est le fondement de la confiance en soi. Suite à ce que l'on pourrait qualifier de « mort sociale », le sujet âgé va alors présenter une estime de soi négative. Le socle narcissique, ne résiste pas toujours aux transformations provoquées par l'avancée en âge. **Messy**¹¹ parle du « *miroir de l'image brisé* » : à l'inverse du stade du miroir de Lacan, le sujet âgé ne va plus se reconnaître dans le miroir et aura le reflet d'une image de soi morcelée.

- Le narcissisme comme reflet de la libido du moi

Freud parle de narcissisme primaire et secondaire qui sont pour lui deux types d'investissement libidinal :

- Le ***narcissisme primaire*** correspond au moment où toute la libido est portée sur soi-même. Il n'y a pas d'investissement d'objets. C'est à partir du narcissisme primaire que se construit l'idéal du moi. D'après Freud, il resterait présent tout au long de la vie
- Le ***narcissisme secondaire*** lui correspond à la libido qui peut être apportée par les objets et qui est ramenée dans le moi. Donc c'est un investissement libidinal de soi qui se fait au détriment de l'investissement libidinal de l'autre.

Balier¹² reprend les deux composantes du narcissisme pour expliquer d'où vient l'estime de soi chez le sujet âgé. Pour lui elle viendrait de ce qui reste du narcissisme primaire, de la réalisation de l'idéal du moi et des satisfactions qui pourraient être trouvées dans les investissements objectaux.

Ainsi, si une des trois sources n'est pas conservée, l'estime de soi du sujet âgé serait altérée

¹¹ Pierre Charazac, p. 59, *Aide-mémoire de psycho-gériatrie*.

¹² Pierre Charazac, p. 54, *Aide-mémoire de psycho-gériatrie*

c) Narcissisme et environnement

Le narcissisme et la relation d'objets sont liés. En effet, le sujet âgé doit accepter la nouvelle image qu'il a de lui-même mais aussi celle que les autres vont avoir de lui. Le sujet âgé risque de désinvestir l'environnement et se replier sur lui-même, si l'image qu'on renvoie de lui est trop négative.

d) Les pertes

Le sujet âgé se retrouve face à de nombreuses pertes. Il y a les pertes sociales lorsque le sujet âgé arrive à la retraite ; il n'aura plus son rôle social et ne côtoiera plus certains collègues. Petit à petit la perte d'autonomie va se faire ressentir ; il va se rendre compte que ses capacités physiques diminuent et qu'il ne peut pas faire autant de choses qu'il faisait avant. Lors de l'entrée en maison de retraite, il y a la perte du domicile familiale qui reste un traumatisme important chez le sujet âgé. Aussi l'une des pertes à laquelle le sujet âgé est le plus confronté est celle de la perte de ses proches (conjoint, parents,...). Ces pertes vont raviver en lui l'angoisse de mort qui sera de plus en plus présente chez le sujet très âgé.

e) La sexualité

Les pertes peuvent avoir un impact sur la possibilité ou non d'avoir des relations sexuelles. Ce peut être dû aux pertes ou difficultés physiques (douleurs corporelles, érections moins tenaces...), à l'absence de partenaire, ou encore dû à une institution mettant à mal l'intimité. Cependant, ce n'est pas pour autant que le désir disparaît.

Certes, on peut constater un relâchement des investissements de l'acte sexuel, mais il peut y avoir des déplacements des satisfactions libidinales. Ces déplacements peuvent s'avérer gratifiant et se traduire par de la curiosité culturelle, des relations maintenues avec des amis ou encore des réalisations passées et présentes.

Nous verrons plus loin que cette capacité de déplacement des satisfactions libidinale sera en rapport avec la créativité du sujet âgé. Ainsi, le sujet devra trouver un aménagement de la satisfaction sur un mode génital, qui pourra se traduire par un dégagement sublimatoire.

3.2. Quels sont les effets sur le plan affectif ?

Il semble évident que le vieillissement psychique du sujet âgé va modifier la vie affective du sujet âgé. Lorsqu'on regarde la quantité de remaniements psychiques auxquels le sujet âgé a pu être confronté, on se rend compte qu'il faut énormément d'énergie psychique, pour ne pas sombrer dans la dépression.

L'adulte qui vieillit a conscience de toutes ses modifications morphologiques et de ses difficultés à maintenir ses capacités d'autonomie. De plus, la société et les médias associent la vieillesse à des termes comme laideur, dégradation physique ou encore difficultés motrices, sensorielles et cérébrales. Le sujet âgé va donc avoir un sentiment d'humiliation et va se sentir dépossédé de son identité social et même familiale.

C'est une période difficile qui peut être vécue comme un isolement et souvent la perte des capacités psychomotrices va accentuer ce vécu.

4. ASPECTS PSYCHOMOTEURS DU VIEILLISSEMENT NORMAL

Comme nous avons pu le voir précédemment, le système nerveux subit des modifications importantes au cours du vieillissement normal. Ces modifications ne vont pas avoir un impact que sur le plan cognitif mais aussi sur les fonctions psychomotrices du sujet âgé. En effet en observant la sélection, la programmation et l'exécution de la réponse motrice, on constate les répercussions de ce vieillissement à plusieurs niveaux.

D'une manière générale on peut dire que les sujets âgés se caractérisent par des mouvements plus lents et par une plus grande variabilité des performances. Pour expliquer ce phénomène, il y a des théories qui s'avèrent assez diverses. Il y a celles qui d'un côté prônent l'implication directe du vieillissement nerveux central et celles qui soutiennent l'implication indirecte de ce dernier.

Par exemple, lorsqu'il s'agit d'expliquer le ralentissement moteur on a plusieurs théories. D'une part on va avoir ceux qui vont défendre l'idée que ce ralentissement est dû à la dégradation neuronale et d'autre part ceux qui vont dire que ce sont les processus cognitifs qui sont à l'origine de ce ralentissement. En résumé, on a des théories sur le déficit de circulation d'informations et des théories sur le déficit du traitement de l'information.

4.1. Sélection et programmation de la réponse motrice

Au cours du vieillissement, le temps de réaction va augmenter, il est de l'ordre de 15 à 30%. Le temps de réaction et le temps qui se passe entre l'apparition d'un stimulus sensoriel (auditif, visuel...) et la réponse du sujet à ce stimulus.

Salthouse¹³ montre qu'en moyenne le temps de réaction simple, c'est-à-dire le temps de réaction pour une seule réponse, va augmenter de 0,5 ms par an et le temps de réaction à choix multiple lui va augmenter de 1,7 ms par an. Donc plus il y a différentes réponses, plus le temps de réaction augmente. **Salthouse** explique que cette augmentation ne serait pas seulement due à une diminution des capacités sensori-motrices, mais aussi aux déficits cognitifs que peut avoir le sujet.

D'autres interprètent ce ralentissement du fait que le sujet âgé va réfléchir plus longtemps pour éviter de faire une erreur.

En définitive, la programmation de la réponse motrice mettra d'autant plus de temps à se mettre en place que la réponse motrice sera complexe.

4.2. Exécution de la réponse motrice

Après avoir vu comment la programmation de la réponse évoluait au cours du temps, on peut s'imaginer que l'exécution de cette réponse motrice devrait être aussi ralentie.

En effet, il est constaté que les gestes sont exécutés plus lentement que chez le sujet jeune. Le sujet âgé va augmenter son temps d'action afin d'être le plus précis possible et d'éviter les erreurs. Il privilégie la précision à la vitesse comme pour la programmation de la réponse motrice. Aussi les capacités musculaires, et articulaires ne sont plus autant performantes que chez le sujet jeune. Ainsi le temps de mouvement est diminué mais reste précis.

4.3. L'équilibre et la posture chez le sujet vieillissant

L'équilibre est dépendant de plusieurs facteurs : la proprioception, le vestibule et la vision. Le déséquilibre se produit lorsque l'alignement de la tête sort du triangle de sustentation. Précédemment, on a vu que ces facteurs étaient altérés au cours du vieillissement. Il n'est pas rare qu'arrivé à un certain âge le sujet âgé chute régulièrement.

¹³J-M Albaret, p. 20, *Vieillesse et psychomotricité*

On a aussi constaté que la réponse motrice était beaucoup plus lente et que le réajustement postural ne se faisait pas assez rapidement pour éviter les déséquilibres. L'équilibre dynamique est d'autant plus difficile qu'il faut traiter des informations intéroceptives et extéroceptives plus rapidement que pour l'équilibre statique. En effet, l'équilibre statique est maintenu lorsque le sujet âgé contrôle les oscillations posturales du corps qui sont plus marquées en amplitude que chez le sujet jeune. Avec l'âge, l'équilibre dépend moins de la fonction vestibulaire et de la proprioception mais d'avantage de la vision.

Il est important que le sujet âgé prenne l'habitude de rester les deux pieds au sol et le dos bien droit lorsqu'il est assis, pour prévenir le risque de chute.

4.4. Locomotion du sujet vieillissant

Au cours du vieillissement, la marche du sujet âgé est ralentie. Ce ralentissement serait dû aux défaillances articulaires et musculaires ou à la diminution des capacités neurologiques. On remarque des traits caractéristiques de la locomotion du sujet âgé.

La longueur et hauteur du pas et la vitesse de la marche sont diminuées et la phase d'appui bipodal est privilégiée à la phase unipodal. Le sujet âgé présente une cyphose dorsale haute ce qui entraîne une posture en légère flexion. Lors de la marche, il a tendance à traîner les pieds, sa trajectoire est irrégulière et son regard est fixé au sol près des pieds. Toutes ces caractéristiques sont des facteurs de risque de chute.

4.5. Les coordinations dynamiques générales

Les coordinations dynamiques sont plus lentes chez le sujet âgé que chez le sujet jeune. La volonté de précision est toujours privilégiée à la vitesse, mais la diminution de l'amplitude articulaire altère aussi la vitesse des gestes. Certaines coordinations bimanuelles sont stables tout au long de la vie. On retrouvera cependant certaines difficultés dans l'apprentissage de nouvelles coordinations.

4.6. La motricité manuelle et l'écriture

La force musculaire va diminuer au cours du vieillissement. A 80 ans la force musculaire aura diminué de 50 à 60% par rapport à celle qu'elle était à 20 ans.

On remarque une plus grande différence de vitesse entre la main gauche et la main droite que chez le sujet jeune. L'écriture est souvent préservée dans la précision des traits, mais on

peut remarquer qu'il y a une difficulté pour écrire droit. Cette dernière peut être expliquée lorsqu'on regarde la posture du sujet âgé lorsqu'il écrit. A partir d'un certain âge, la posture pour l'écriture n'est plus adaptée, il n'y a pas de participation du buste et l'écriture se fait bras tendu avec mobilisation de l'épaule.

4.7. Fonctions visuo-spatiales

Le vieillissement a un impact sur les fonctions visuo-spatiales. L'orientation droite-gauche et l'utilisation de la rotation mentale sont altérées. **Salthouse**¹⁴ précise qu'il est difficile de trouver les causes de la détérioration des habiletés spatiales. Cette détérioration peut être à l'origine de différents facteurs.

4.8. Le schéma corporel et image du corps

Toutes les modifications au cours du vieillissement, qu'elles soient physique, neurologique, psychique ou encore motrice, vont toutes influencer le schéma corporel et l'image du corps.

a) Schéma corporel

Le **schéma corporel** est la représentation du corps résultant de l'intégration de la sensorimotricité et qui est à la base de toute praxie.

« Le schéma corporel, c'est l'intuition d'ensemble ou de la connaissance immédiate que nous avons de notre corps à l'état statique ou en mouvement, dans le rapport de ses différentes parties entre elles et surtout dans ses rapports avec l'espace et les objets qui nous environnent. » **J. Le Goulch.**¹⁵

C'est donc la capacité de pouvoir se représenter notre corps tel qu'il est dans l'espace que ce soit en mouvement ou au repos. De plus, d'après **F. Dolto**, le schéma corporel découlerait d'une connaissance du corps qui serait propre à l'espèce humaine.

Le schéma corporel aussi évolue tout au long de la vie. Au cours du vieillissement, les caractéristiques physiques du sujet sont modifiées. Par exemple, si on considère la diminution de l'amplitude des articulations, on remarque que la distance à portée de main

¹⁴ J-M Albaret, p. 37, *Vieillesse et psychomotricité*

¹⁵ Jean-Charles Juhel, p. 18, *La psychomotricité au service de la personne âgée.*

va diminuer. Ainsi, si le sujet âgé ne prend pas conscience de ce changement corporel, il ne pourra pas attraper correctement un objet qui est trop loin pour son bras.

b) Image du corps

L'**image du corps** elle serait propre à chaque personne et donc individuelle.

« C'est une synthèse vivante, à tout moment, actuelle de nos expériences émotionnelles, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes, archaïques, ou actuelles de notre corps » **F. Dolto** ¹⁶

L'image du corps comprendrait une dimension émotionnelle et relationnelle. Elle se stabiliserait à l'âge adulte, mais connaîtra des remaniements lors de l'avancé en âge du fait de l'image que peut lui refléter l'environnement.

En définitive, le schéma corporel et l'image du corps évoluent l'un avec l'autre tout au long de la vie. Il est important de maintenir un équilibre entre les deux pour éviter l'apparition de certaines pathologies.

II. Le vieillissement pathologique

Le vieillissement pathologique devient plus fréquent avec l'âge. Il repose sur la présence de pathologies caractéristiques du sujet âgé (pathologies organiques, cognitives ou psychiatriques). Nous allons voir succinctement ce que l'on peut qualifier de vieillissement pathologique, sur le plan neurologique, psychique et psychomoteur.

L'objectif n'étant pas de faire un inventaire de toutes les pathologies, certaines pourront apparaître et être approfondies en temps voulu au cours de cet écrit.

¹⁶ Alex Raffy, p. 238, La théorie psychanalytique et l'enfant: Développement et temporalité, Edition L'Harmattan, 2009.

1. LE PLAN NEUROLOGIQUE

On a vu précédemment que le vieillissement normal d'un point de vue neurologique entraînait la perte neuronale, le ralentissement de la réception et diffusion d'informations.

Avec l'âge, le sujet âgé devient plus sujet aux cancers, aux accidents vasculaires cérébraux, et à des pathologies liées plus particulièrement à la vieillesse.

On remarque que le vieillissement du système nerveux central devient pathologique lorsqu'il y a une perte trop rapide et trop importante de neurones. Les repousses axonales n'arrivent plus à compenser la perte ce qui entraîne des maladies neuro-dégénératives. Dans ces maladies, on en retrouve deux qui font l'objet de nombreuses recherches et dont on reparlera plus précisément dans les études de cas: la **maladie de Parkinson** et la **maladie d'Alzheimer**.

La **maladie de Parkinson** est due à une perte excessive des neurones à dopamine qui se trouve dans la substance noire. Les symptômes de cette maladie se constatent sur le plan moteur.

La **maladie d'Alzheimer** est due à la formation de plaques séniles et à une perte neuronale dans certaines régions du cerveau et en particulier dans la région du système limbique qui est le siège de la mémoire. Cette maladie va donc provoquer en particulier une altération de la mémoire.

2. LE PLAN PSYCHIQUE

La perte d'autonomie, la conscience d'être au bout du chemin, les deuils et l'isolement ont une incidence certaine sur le moral du sujet âgé. Si la souffrance psychique du sujet âgé n'est pas repérée et atténuée, il en découlera des comportements pathologiques.

Par exemple l'appauvrissement de l'estime de soi va entraîner petit à petit une dépression. La dépression chez le sujet âgé est très fréquente mais souvent négligée comme la plupart des souffrances psychiques (angoisses, stress,...). Ces souffrances psychiques sont révélatrices souvent du « mal vieillir » du sujet âgé. Ce dernier n'arrive pas à s'ajuster et à s'adapter à son nouveau mode de vie.

Ces souffrances psychiques peuvent se manifester au travers de troubles du comportement tels que l'agressivité, l'irritabilité...

3. ASPECTS PSYCHOMOTEUR DU VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE

Les pathologies que peuvent présenter le sujet âgé peuvent avoir un impact important sur la motricité de ce dernier. Les signes psychomoteurs annonciateurs d'une pathologie pourraient être un fort ralentissement psychomoteur, des problèmes d'équilibre (chutes fréquentes), des troubles praxiques (déficit des coordinations, déficit dans la programmation ou l'exécution des réponses motrices...).

Les capacités psychomotrices du sujet âgé évoluent différemment selon chaque individu. Ainsi il est difficile de poser une limite entre ce qui est pathologique ou non.

III. Normal ou pathologique ?

Le **vieillessement normal** ferait référence aux atteintes de certaines fonctions sans qu'il n'y ait de pathologie définie.

Le **vieillessement pathologique** reposerait comme on l'a dit sur la présence de pathologies caractéristiques du sujet âgé.

❖ *Mais qu'est-ce qui fait que des atteintes ne soient pas pathologiques ?*

Ces atteintes de fonctions, suivent le processus physiologique normal du vieillissement. Cependant lorsque ce processus s'accélère trop rapidement, on parlera alors non plus de vieillissement normal mais de vieillissement pathologique. La limite est cependant très étroite pour passer du normal au pathologique. Il existe une phase pour « classer » en quelque sorte les patients qui n'ont pas tout à fait la maladie mais qui en ont quelques symptômes. Cette phase se nomme la **phase prodromale**, elle précède donc l'entrée dans la maladie et est donc utile dans le cadre des préventions secondaires.

Chapitre II

LE SUJET AGE ET LA CREATIVITE

I. Qu'est-ce que la créativité ?

1. DEFINITIONS

- D'un point de vue général

La créativité est pour le sens commun la « *Capacité, faculté d'invention, d'imagination ; le pouvoir créateur.* »¹⁷

C'est la production d'idées nouvelles et appropriées qui concerne n'importe quel domaine de l'activité humaine, en allant de la science à l'art, en passant par l'éducation, les affaires et la vie quotidienne. Donc pour être créatif le sujet doit être capable d'imaginer ou de construire et de mettre en œuvre un concept neuf, un objet nouveau ou de découvrir une solution originale à un problème.

La pratique de la créativité n'est pas exceptionnelle car suivant les circonstances et les personnes, nous utilisons tous les jours plus ou moins notre créativité.

- Du côté psychanalytique

Pour **Winnicott** la notion de créativité doit être prise dans un sens très large :

« *La créativité qui m'intéresse ici est quelque chose d'universel. Elle est inhérente au fait de vivre* »¹⁸.

Elle ne doit pas être réduite à la production réussie ou reconnue, comme une œuvre d'art par exemple.

2. LE PROCESSUS DE CREATIVITE

Nous allons voir le processus de créativité d'un point de vue plus neurologique et physiologique. Le docteur **Eric Lardinois**, parle de deux types de créativité :

« *une créativité de type « utilitaire », destinée à résoudre des problèmes en tous genres, et une créativité de type « gratuite », ayant pour but premier l'expression de soi, le plaisir et l'épanouissement qui en découlent* »¹⁹

¹⁷ Larousse

¹⁸ D. W. Winnicott, p. 132, *Jeu et réalité*

Mais la création ne naît jamais de rien. Elle est toujours induite par une stimulation qui provient de l'extérieur, de l'environnement.

- Quel hémisphère ?

On sait que notre cerveau est la composante fondamentale de la créativité, puisqu'il est le centre de toute activité intellectuelle. Notre cerveau droit est plus particulièrement impliqué lorsque nous voulons être créatifs ; il est le siège de la créativité. L'hémisphère droit est le centre de la pensée globale, il va prendre les informations dans son ensemble, les traiter simultanément et en faire la synthèse. Il voit les liens entre les choses, associe et crée de nouvelles structures imaginaires. Son mode d'approche est le visuel et il est le siège de l'intuition et de l'imagination.

Cependant l'hémisphère gauche a aussi un rôle dans la créativité et il agit selon deux mécanismes : stimulateur et inhibiteur. D'une part il va être stimulateur avec la zone du langage pour traiter les symboles et d'autre part il sera inhibiteur avec les lobes pariétal et temporal qui sont responsables de l'attention aux détails visuo-spatiaux. Les deux mécanismes vont s'équilibrer pour créer une relation harmonieuse afin de faciliter la production de la créativité.

Ainsi, comme on peut le constater, bien qu'ayant des spécialisations différentes, les deux hémisphères fonctionnent en interaction, se complètent et se contrôlent mutuellement. Chacun d'entre eux apportera une appréhension différente de la réalité.

- Résolution d'un problème

Dans la définition de la créativité, il y a la notion d'une réponse nouvelle afin de répondre à un problème.

❖ *Mais comment s'élabore cette réponse ?*

Il y a deux méthodes d'approche d'un problème qui ont été décrites par **Guilfort** :

- La première méthode mathématique et rationnelle est dite **convergente**. Elle se nomme ainsi car elle se centre sur le problème et la recherche d'une solution par un raisonnement logique.

¹⁹ Dr Eric Lardinois, PDF, diapo 3, [La créativité par la pratique](#)

- La deuxième méthode quant à elle est dite **divergente**, car il s'agit de la recherche d'un maximum de solutions possibles face au problème posé. On s'éloigne donc du problème lui-même et on est dans une recherche plus intuitive et irrationnelle. Cette méthode se retrouve tout particulièrement chez l'enfant et chez les artistes.

Lorsqu'on doit résoudre un problème complexe on va utiliser les deux types de pensée. C'est-à-dire, diverger pour inventer des solutions et converger pour les appliquer. Cette conjonction des deux types de pensée peut s'observer dans toute production créative. Par exemple, lors de la réalisation d'une peinture sans modèle défini, l'artiste va d'abord avoir une pensée divergente pour inventer une idée de peinture, puis il aura une pensée convergente pour l'appliquer et donc la peindre.

Ainsi **Wallis**²⁰ avec son « *modèle d'idéation* » propose de décomposer le processus de créativité en quatre phases distinctes :

- **Préparation** : le sujet prend connaissance du problème qui se pose.
- **Incubation** : dans cette phase, le sujet doit s'imprégner du problème et laisser son hémisphère droit réfléchir sur le problème. C'est une phase de compréhension qui permettra que l'élaboration d'idée se fasse.
- **Illumination** : l'hémisphère droit génère des idées dans toutes les directions. C'est une phase de divergence, où il n'y a aucune vérification de la logique des idées. Cette phase est totalement dépendante des deux premières phases. Plus la phase de préparation et d'incubation sont approfondies, plus la phase d'illumination sera riche en idée. Donc pour favoriser la créativité, on doit bien faire attention aux trois phases et pas seulement à la phase illumination.
- **Vérification** : cette dernière phase ne va plus faire partie de la créativité. C'est la phase qui va vérifier les idées grâce aux schémas logiques qui nous proviennent de notre éducation. Lorsqu'on voudra être créatif, il faudra éliminer cette phase pour éviter qu'une idée originale ne soit écartée à cause de nos schémas logiques.

²⁰ Dr Eric Lardinois, PDF, diapo 6, [La créativité par la pratique](#)

- Et l'imagination dans tout ça ?

On confond souvent l'imagination avec la créativité. L'imagination est la capacité que nous avons à pouvoir nous détacher de la réalité afin de créer des fantaisies imaginaires, des rêveries et des fantasmes. L'imagination est un élément de base de la créativité mais n'est pas totalement la créativité puisqu'il n'y a pas cette recherche de résolution d'un problème. La créativité va se servir de cette imagination personnelle, comme des signes qui sont communicables aux autres pour en faire une création. C'est de là qu'émergeront des traces écrites, graphiques, sonores, techniques...

Pour favoriser la créativité, il faut donc à la fois encourager l'imagination et apprendre à transformer cette imagination en production, en création, en innovation.

3. DE LA CREATIVITE A LA CREATION

Didier Anzieu analyse le processus créateur et le différencie de la création. Il s'intéresse à la poïétique de l'art, c'est-à-dire ce qui concerne les mécanismes de la production d'une œuvre par le créateur et non l'esthétique. Donc c'est l'évaluation de l'œuvre ou son effet sur le public. **Didier Anzieu** décrit cinq phases du processus créateur :

« Éprouver un état de saisissement ; prendre conscience d'un représentant psychique inconscient ; ériger en code organisateur de l'œuvre et choisir un matériau apte à doter ce code d'un corps ; composer l'œuvre dans ses détails ; la produire au dehors »²¹

- Phase 1 : le « saisissement créateur »

Ce saisissement créateur va être déclenché par une crise intérieure. Il faut laisser cette crise intérieure survenir au moment opportun, ce qui nous entraînera dans un état de régression ou de dissociation partielle et temporaire. La conscience reste active durant cette phase, mais il y a un dédoublement du Moi, avec une partie vigilante et une partie auto-observatrice. Une partie du Moi sera suffisamment construite pour contrôler la régression et évitera donc au sujet créateur d'être en prise à une forte angoisse. Durant cette phase, les idées rationnelles, la pensée verbale, les concepts élaborés seront abandonnés pour les images, la pensée figurative et les modes de communication primaires.

²¹ D. Anzieu, p. 93, *Le corps de l'œuvre*, NRF Gallimard, 1981

- Phase 2 : la prise de conscience

Dans cette phase, le sujet créateur va prendre conscience des représentants psychiques inconscients. La partie du Moi qui sera restée consciente va pouvoir récupérer des éléments inconscients pour les amener dans le Moi préconscient. A partir de là, d'autres représentants psychiques comme les représentants symboliques vont s'associer aux représentants inconscients ce qui va permettre une émergence au niveau de la conscience.

Ainsi la crise qui avait donné une idée vague va pouvoir être posée en parole ou à l'écrit. Dans cette étape, le sujet créateur peut se sentir freiné par des inhibitions. Il peut avoir peur que ses idées soient délirantes, folles et donc il va ressentir un sentiment de gêne. Dans la solitude le sujet créateur peut ne pas réussir à passer ce cap. Pour **Anzieu**, la solitude va être un handicap et le seul moyen pour surmonter cette inhibition c'est la rencontre d'un interlocuteur, d'un confident ; **Didier Anzieu** parle « d'un ami ». Comme nous le verrons plus tard, ce rôle d'ami peut être tenu par le groupe qui aidera à faire émerger ces idées.

- Phase 3 : faire prendre corps, instituer un code

Il s'agit durant cette étape d'instituer un code afin que l'idée prenne corps. Le sujet créateur va alors passer de l'imagerie mentale à un ordre symbolique qui peut être le dessin, l'écriture, la peinture...

Pour extérioriser ses représentations mentales, le sujet créateur va faire appel à son Moi idéal pour que l'œuvre soit nouvelle et originale. Il faut savoir qu'il y a un conflit à ce moment-là entre le Surmoi et le Moi idéal pour la création de l'œuvre. Mais si c'est le Surmoi qui l'emporte, alors l'œuvre sera banale et sans originalité.

- Phase 4 : la composition de l'œuvre

Le sujet créateur compose son œuvre dans la continuité de l'élan donné auparavant. **Anzieu** dit que c'est « *un accompagnement de création* »²². Mais le style de l'œuvre choisi dépendra de la finalité du conflit entre le Surmoi exigeant et le Moi idéal créateur qui se poursuit toujours.

²² D. Anzieu, p. 125, *Le corps de l'œuvre*

- Phase 5 : produire l'œuvre au dehors

Cette phase consiste à pouvoir se séparer de son œuvre. La produire au dehors, c'est être capable de dire qu'elle est finie et accepter de la montrer aux autres. A ce stade certaines personnes vont détruire ou encore cacher leur œuvre par peur des jugements car elles pensent que leur œuvre n'est pas achevée.

En définitive, une œuvre ne devient création que lorsque le sujet créateur est capable de se détacher de son œuvre pour la montrer aux autres et recevoir les jugements. C'est une étape difficile où le problème principal consiste à savoir communiquer sa création et savoir la présenter. Le sujet créateur doit adapter sa création au langage du récepteur, savoir la valoriser, prévoir à l'avance les objections et mettre en valeur ses arguments. Donc cette étape n'est pas toujours présente dans la réalisation d'une production.

4. CREATIVITE OU CREATION ?

Dans son explication du processus créateur, **Didier Anzieu** montre comment une production va amener à la création. La création serait le processus qui conduit la créativité initiale vers les processus de son achèvement dans la production et l'exposition de l'œuvre. La création serait donc une production dont l'auteur se serait détaché et aurait révélé aux yeux de tous.

Même si pour **Winnicott** il y a une continuité possible entre créativité et création, il y a aussi un écart. Sa vision est une approche globale de la créativité et non une observation des différentes étapes par lesquelles peut passer l'artiste, créant une œuvre, comme le présente **Didier Anzieu**.

Donc pour **Winnicott** la création pourrait être « *un tableau, une maison, un jardin, un vêtement, une coiffure, une symphonie, et même un plat préparé à la maison* »²³. Mais la création artistique peut relever du champ du pathologique alors que la créativité serait révélateur d'une bonne santé. La créativité est d'après lui « *celle qui permet à l'individu l'approche de la réalité extérieure* »²⁴.

Ainsi, ce qui nous intéresse là est bien la créativité, c'est-à-dire l'émergence et l'extériorisation d'une nouvelle idée qui est à comprendre au sens large.

²³ D.D. Winnicott, p. 131-132, *Jeu et réalité*

²⁴ D.D. Winnicott, p. 132, *Jeu et réalité*

II. Comment la créativité apparaît-elle dans le développement psychomoteur ?

Après avoir étudié le fonctionnement de la créativité, il serait intéressant d'essayer de comprendre comment apparaît la créativité dans le développement psychomoteur. On peut émettre l'hypothèse que, si l'on reprenait les facteurs qui sont à l'origine de la créativité, il sera plus facile alors de favoriser cette créativité.

1. SENSORIMOTRICITE : ORIGINE DE LA CREATIVITE

La créativité se met en place durant la période sensorimotrice dont parle **Piaget** qui se déroule de 0 à 2 ans. L'enfant va découvrir le monde grâce à ses différents systèmes sensoriels, qui vont être plus sollicités que d'autres. Cette découverte du monde, va l'amener à réaliser des schèmes moteurs ; **Piaget** parle d'**assimilation**.

Vers 8-9 mois, l'enfant va commencer à combiner ces schèmes moteurs afin d'agir sur son environnement. L'enfant va donc faire plusieurs combinaisons différentes et donc réaliser des actions qu'il n'aura jamais faites auparavant. Ce phénomène se nomme l'**accommodation**. L'enfant est dans ce phénomène, lorsqu'il se trouve face à un problème et qu'il ne possède pas de combinaisons de schèmes moteurs déjà existantes pour l'action nécessaire à la résolution du problème. Prenons l'exemple de l'enfant qui possède le schème moteur de tirer un objet et celui d'attraper un objet. Si cet enfant souhaite attraper un objet qui est sur la table mais qu'il n'est pas à portée de sa main, il va devoir combiner les schèmes tirer et attraper l'objet pour pouvoir faire l'action de tirer la nappe vers lui afin de se saisir de l'objet.

C'est à ce moment-là qu'on va parler d'**intelligence sensorimotrice**. Par la suite il n'aura plus besoin d'agir sur l'objet pour inventer de nouveaux moyens. Durant toute son enfance, l'enfant va inventer des moyens sans forcément passer par l'action mais en faisant des combinaisons mentales. Ainsi, ces combinaisons intériorisées font office de transition entre intelligence pratique et intelligence symbolique.

L'intelligence sensorimotrice de **Piaget** nous amène vite à faire le rapprochement avec la créativité. La créativité est un processus d'innovation. C'est l'aptitude à produire des idées nouvelles afin de répondre à un problème tout comme l'intelligence sensorimotrice. La

créativité et l'intelligence sensorimotrice sont donc toutes les deux à la recherche de nouvelles idées pour trouver des solutions.

L'enfant va ensuite accéder à la période préopératoire, de 2 à 7 ans. L'enfant accède à la fonction symbolique avec l'émergence du langage. Cette dernière donnera naissance au jeu symbolique qui sera réalisé avec plaisir et qui sera donc accompagné d'une représentation mentale. Ce jeu reste en lien avec l'imaginaire et va être dans un premier temps spontané. Il n'est pas induit par quelqu'un d'autre et n'a pas de finalité. En résumé, dans le jeu symbolique on a l'émergence de représentations mentales, l'implication de l'imaginaire et le plaisir de créer un jeu qui n'est induit par personne. Le jeu symbolique s'avère donc être le fruit de la créativité de l'enfant.

2. LE ROLE DU JEU POUR WINNICOTT

Pour **Winnicott**, ce serait le jeu qui serait à l'origine de la créativité. Pour lui, le jeu a une place toute particulière dans le développement de l'enfant. Comme on a pu le voir précédemment, le jeu est le fruit de la créativité de l'enfant et c'est ce que **Winnicott** défend. Pour lui d'ailleurs « *c'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière* »²⁵. Donc il n'y aurait que par le jeu que la créativité pourrait s'exprimer. Le sens de jeu pour **Winnicott** est à comprendre dans un sens assez large avec la notion de jeu relationnel entre deux personnes.

Ce jeu pour **Winnicott** se déroule dans « *l'espace potentiel* », c'est-à-dire dans un espace partagé entre deux personnes et souvent au début de la vie entre le bébé et la mère. Cet « *espace potentiel* » est donc l'endroit où se développerait l'aire de jeu et de créativité, et où l'enfant se voit offrir la possibilité de faire des expériences fondamentales, pour sa maturation psychique. C'est à partir de ces expérimentations que l'enfant va pouvoir construire son identité, son soi. La créativité va permettre un enrichissement de ce soi, grâce aux expériences nouvelles qui vont avoir lieu. Pour être créatif il ne faut pas se mettre en dehors de la réalité, puisque la créativité agit sur la réalité. La créativité n'a donc lieu que dans cet « *espace potentiel* » où le soi entre en relation avec la réalité extérieure.

²⁵ D.D.Winnicott, p 110, *Jeu et réalité*

Ainsi, le jeu, pour **Winnicott**, reste la base de la créativité et vivre en étant créatif est un signe de bonne santé. L'enfant ne peut réellement se construire que s'il passe par le jeu dans son développement.

III. Comment évolue la créativité chez le sujet âgé ?

Au fil du temps, la créativité va être de moins en moins utilisée.

❖ *Pourquoi consommer de l'énergie pour trouver de nouvelles solutions, alors qu'on en a déjà qui fonctionnent très bien ?*

L'apogée de la créativité se trouve donc dans l'enfance et persiste chez certaines personnes, comme les artistes. Mais, il faut rappeler que la créativité peut se développer chez tout le monde, tout au long de la vie car tout le monde possède un potentiel créatif.

1. ETRE CREATIF C'EST ETRE VIVANT

- « je crée donc je suis »

Winnicott met en évidence le lien entre être créatif et être vivant, car pour lui si une personne ne vit pas créativement elle n'aura pas le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue. Pour lui, la créativité est synonyme de « *vie* », « *d'être vivant* », de « *se sentir réel* » et finalement de santé. Elle va influencer sur la qualité des relations que le sujet entretiendra avec la réalité, tout autant que sur sa propre aspiration à vivre et à exister.

Winnicott va différencier alors vivre et exister, car pour lui ce n'est qu'en étant créatif que l'on peut vivre pleinement. Si l'on se contente d'exister, c'est alors s'assurer simplement de sa propre survie.

« *C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi.* » **D.D. Winnicott**²⁶

De plus, la créativité, qui est la base d'expériences nouvelles, différentes, va permettre l'enrichissement du soi et son affirmation. **Winnicott** parle de « *la quête du soi* ». Donc si un individu est en quête du soi, c'est qu'il y a probablement une faille dans la vie créative de cet

²⁶ D.D. Winnicott, p. 110, *Jeu et réalité*

individu. Ainsi, il ne suffira pas simplement que l'artiste achève sa création pour remédier au manque sous-jacent du sentiment de soi.

« *Le processus de création a quelque chose de vivant : créer, c'est se vivre positivement par rapport à son entourage, et c'est aussi refuser une cassure par rapport à sa vie.* » **René Laforestrie**²⁷

- Trop créatif ou pas assez

Il existe certains individus qui ne sont pas assez ancrés dans la réalité et qui sont comme on pourrait dire « trop créatifs ». C'est dans ce domaine que nous retrouvons certaines pathologies comme la schizophrénie. Ces individus « trop créatifs » sont emprunts à des crises délirantes et malgré leur « créativité », il n'y a pas de relation possible avec le monde extérieur, le monde réel.

A l'inverse, il existe des individus qui eux sont trop ancrés dans la réalité. Ils sont incapables d'être créatifs. Ces individus « existent » alors mais ne « vivent » pas. Il n'y a donc pas d'approche créative de la réalité et le monde subjectif est totalement inexistant.

Ainsi, pour « vivre » il faut être créatif tout en restant en contact et conscient de la réalité extérieur. Sans quoi l'individu développera une pathologie. On comprend alors que la créativité est d'abord du registre de l'être, avant de se manifester dans celui du faire.

2. UN AGE POUR LA CREATIVITE

Dans notre culture il est difficile de ne rien faire et de prendre du temps pour être. Mais arrivé à l'âge de la retraite, prendre du temps pour être avant de faire est alors du domaine du faisable. Ainsi, l'âge avancé se trouve être un âge pour favoriser la créativité assoupie.

« *Le sujet vieillissant est condamné à la créativité* » **Jean-Marc Talpin**²⁸

Il est condamné à la créativité puisqu'il est condamné à vivre. Il y a là un impératif de créativité dans la vieillesse, sinon il y a le risque de voir certains sujets âgés faire les morts

²⁷ René Laforestrie, p. 9, *L'âge de créer*

²⁸ J-M Talpin, p. 24, « *Etre créatif : un impératif psychique tardif au service de la vie* »

avant de l'être réellement et de les voir se murer en eux-mêmes, inhibant la pulsion et rejetant tout affect.

- Les motivations

Les raisons de cet impératif de créativité chez le sujet âgé sont, d'une part, la pression interne qu'exerce le self mais aussi les pulsions, et d'autre part, les pressions et transformations de la réalité extérieure. Dans ces dernières, on retrouvera les transformations du corps vieillissant et les pertes objectales de la réalité externe, tels que les renoncements physiques, psychiques, sociaux, les deuils...

La créativité chez le sujet âgé serait révélatrice, d'une part, d'une certaine prise de conscience de son propre vieillissement et de celui de ses proches, et d'autre part, d'une tentative de créer des solutions et des modes pour « être » de manière inédite.

En effet, pour que le sujet âgé vive créativement, il ne doit pas rester enfermer, emmuré dans sa vie passée. Il n'aura une existence créative que s'il est au présent en entretenant un lien vivant avec son passé. Ce passé pourra alors devenir, dans l'écrit ou bien le discours, un passé recomposé.

- Une créativité tardive

Le sujet âgé devra aussi se recentrer sur lui-même afin de trouver ou retrouver des parts négligées et étouffées de lui-même. Cette élaboration pourra se manifester dans le vécu, les expériences sensorielles, corporelles et relationnelles.

« Par la mobilisation de sa créativité, des choses les plus simples, les plus quotidiennes, aux plus valorisées socialement, le sujet s'invente, au double sens du trouvé et du créé. Il invente le trésor qui était enfoui, parfois profondément, en lui et le produit au dehors en se l'appropriant. » **Jean-Marc Talpin**²⁹

C'est une élaboration tardive mais nécessaire pour permettre le renouveau du soi. Le sujet âgé sera alors animé de nouveaux désirs guidés par l'exigence du self, de mener une vie authentique, et par l'exigence pulsionnelle. Il va alors s'auto-transformer dans son âge, se réinventer grâce à cette mobilisation de la créativité.

²⁹ J-M Talpin, p. 30, « *Etre créatif : un impératif psychique tardif au service de la vie* »

- Redoubler de créativité

On sait qu'à la naissance, le bébé va s'identifier à ses parents. Mais ce processus identificatoire va être actif tout au long de la vie. Ainsi, même le sujet âgé possède un modèle identificatoire qui est celui de ses parents. Mais, lorsque le sujet âgé dépasse l'âge de mort de ses parents, il va ressentir alors un vide identificatoire. En effet, le sujet âgé n'aura plus de repères pour se comparer à ses parents à cet âge-là.

Le sujet âgé va devoir redoubler de créativité afin de trouver d'autres figures identificatoires ou d'inventer sa vie en empruntant à différentes figures. Il devra faire preuve d'originalité pour en quelque sorte se recréer.

La créativité témoigne donc de la résistance du self qui permet à l'individu de s'affirmer et de s'affranchir de l'extérieur, qui serait perçu comme menaçant. Ainsi, cette créativité ne va pas seulement viser le sujet vis-à-vis de lui-même, elle va aussi viser le sujet au sein de son environnement actuel...

3. L'INSTITUTION : MENACE OU PRESERVATION DE LA CREATIVITE ?

La créativité va être aussi liée à l'extérieur de par son origine et de par son actualité. En effet, la mise en place de la créativité suppose que les expériences et expressions du self puissent se dérouler dans un environnement suffisamment bon ; c'est-à-dire, ni trop présent, ni trop absent. C'est de là que s'origine la créativité.

Aussi, au fil du temps, le sujet va être confronté à toutes sortes de situations et certaines vont être tellement extrêmes que le potentiel de créativité va s'en trouver abrasé.

❖ *Ne pourrait-on pas penser alors que, l'institution gériatrique, comme lieu de vie, risquerait d'abraser la créativité des sujets âgés accueillis ?*

- Des facteurs de risque

En institution, plusieurs facteurs peuvent participer à l'étouffement de la créativité. Il y a des facteurs qui seront de l'ordre de l'économie interne. Le sujet âgé peut arrêter de se battre psychologiquement pour conserver sa créativité et économiser cette énergie pour autre chose. Des traumatismes tardifs peuvent aussi l'avoir mis dans cette position d'économie interne.

La pesanteur de la vie peut être un facteur de risque. L'environnement n'est plus considéré comme suffisamment bon et le sujet n'arrive plus à utiliser son potentiel de créativité.

Il faut savoir que durant toute sa vie le sujet fait des remaniements et une organisation profonde de sa personnalité. Ainsi, on comprend bien que lorsque le sujet utilise toute son énergie pour cette organisation de la personnalité et ces remaniements, il n'est plus disposé à utiliser son énergie pour la créativité.

- Manque de disponibilité

Jean-Marc Talpin³⁰, fait l'hypothèse que l'énergie psychique, autrement dit la libido, ne baisse pas mais que ce qui peut baisser est la quantité d'énergie psychique disponible. En effet, on a vu que lors d'un changement trop extrême venant de l'environnement, comme la perte des étayages sociaux (travail) et objectaux (parents, conjoint ...), le sujet âgé faisait tout pour conserver l'organisation de sa personnalité.

Ainsi, une partie de l'énergie psychique va être mobilisée pour éviter les changements psychiques. Le sujet âgé veut à tout prix faire exister son temps dans le temps présent, sur un mode nostalgique. Il utilise donc une quantité importante d'énergie psychique et n'est pas disponible pour vivre dans le temps présent. Ce manque de libido disponible va alors abuser la créativité, puisque le sujet ne conserve pas beaucoup de libido disponible pour ses processus psychiques.

Il arrive au contraire, que le sujet âgé n'essaye pas de maintenir son propre cadre mais qu'il se repose totalement sur le cadre institutionnel. On assiste alors à une véritable hémorragie narcissique, où le sujet âgé va avoir un besoin vital de l'autre et va vivre la distance affective comme une immense blessure.

En définitive, pour que la créativité puisse perdurer en institution, il faudra un juste milieu entre l'énergie psychique immobilisée à des fins conservatoires et l'énergie psychique disponible.

³⁰ J-M Talpin, p 31-32« *Etre créatif : un impératif psychique tardif au service de la vie* »

- Que mettre en place en institution ?

Lorsque le sujet âgé rentre en institution, il a déjà vécu les traumatismes de nombreuses pertes. L'entrée en institution signifie la perte de son domicile et de son ancienne vie. Le risque, qui se pose alors, est qu'il se vive comme impuissant et se résigne au déclin, attendant patiemment la mort.

En institution, les professionnels peuvent confirmer le sujet âgé dans sa conception très pessimiste ou à l'inverse l'aider à se détacher de celle-ci. Ainsi, les professionnels chercheront à relancer des investissements psychiques et par la même occasion la créativité. Le sujet doit alors investir de nouveaux objets dans un univers où les objets sont principalement les soignants, dans une structure et organisation institutionnelle qui ont des exigences. C'est donc quelque chose qui paraît assez difficile dans ce contexte lorsqu'on n'est pas étayé.

Pour que la créativité du sujet âgé soit relancée, l'institution doit pouvoir étayer et tolérer la liberté du sujet. Ainsi on pensera de suite aux activités proposées à l'animation, mais il ne faut pas croire qu'inciter à tout prix le sujet âgé à participer à tous les ateliers suffira. L'important dans la créativité, c'est qu'il ne faut pas forcément passer par des ateliers spécifiques, mais plutôt par un espace quotidien, qui permettrait de se détacher de la pression normative de l'institution.

Selon les institutions, certaines ne supporteront pas cette résistance, mais pour le bien être du sujet âgé, il faut lui laisser sa liberté d'être et laisser place aux compromis.

- Un lieu d'évasion

Souvent dans l'institution, les espaces qui peuvent aider le sujet âgé à se sentir libre, restent les ateliers. Pour ce faire, l'atelier doit permettre à chacun la possibilité de s'exprimer et de proposer des idées sans quoi, l'atelier ne sera qu'à l'image de l'institution, c'est-à-dire plein d'exigences.

« Chacun possède un potentiel créatif et les ateliers vont permettre de réveiller ce que l'on croyait absent et qui n'était qu'assoupi...Les ateliers de créativité sont devenus pour les patients âgés des lieux d'évasion, symbole de retrouvailles, évasion hors du carcan institutionnel qui favorise la redécouverte dynamique de sa propre identité. »

René Laforestrie³¹

Ainsi, comme peut le dire **René Laforestrie**, les ateliers, qui proposent de laisser libre cours à la créativité du sujet âgé, vont permettre une restauration narcissique et une relance de cette créativité, qui aurait pu être abrasée par l'entrée en institution.

4. CONCLUSION

La créativité du sujet âgé repose sur ses ressources telles qu'elles sont potentialisées par son environnement passé et actuel. Cependant, il faut un regard créatif pour déceler les manifestations d'une créativité, qui peut prendre de nombreuses formes. Ce sera aux familles et aux soignants de percevoir une telle créativité, car c'est en vivant au quotidien auprès d'une personne qu'on s'aperçoit de ce type de changements.

Le thérapeute quant à lui pourra proposer des outils et des ateliers afin de favoriser la créativité chez le sujet âgé. En psychomotricité, il semble important de préserver et de relancer la créativité chez le sujet âgé puisqu'elle est porteuse de plusieurs fondements des bases psychomotrices.

³¹ R. Laforestrie, p. 117-119, *L'âge de créer*

PSYCHOMOTRICITE ET CREATIVITE

I. Comment favoriser la créativité chez le sujet âgé en psychomotricité ?

Après avoir pris connaissance de comment évolue la créativité chez le sujet âgé, nous allons voir comment le psychomotricien peut relancer sa créativité. Il peut y avoir de nombreuses manières pour un psychomotricien de favoriser la créativité. En effet, comme nous l'avons vu, c'est un champ très large car la créativité se trouve partout autour de nous.

Ainsi, je m'appuierai sur l'atelier thérapeutique que j'ai mis en place lors de mon stage expérimental dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il s'agit d'un atelier à médiation arts plastiques. Une médiation va servir d'intermédiaire entre soi et l'autre.

1. RELANCER LA CREATIVITE

La fantasmatisation (capacité d'imagination) est plus difficile d'accès avec l'âge. Elle aurait à peu près la même fonction pour l'adulte que le jeu et le dessin chez l'enfant.

Ce défaut de fantasmatisation, va conduire à une diminution de l'activité de représentation. C'est-à-dire que le sujet âgé aura de moins en moins accès à des représentations mentales. Il va donc investir davantage le pôle perceptif pour ne pas se rendre compte de cette diminution de capacité. Mais lorsqu'on ne fait pas fonctionner régulièrement une capacité qui a tendance à diminuer, cette dernière finira par ne plus être accessible.

- Du sensorimoteur aux représentations mentales

Comme nous avons pu le voir dans le **CHAPITRE II**, la sensorimotricité est à l'origine de la créativité. Cette créativité ne disparaît jamais totalement, donc il serait probablement possible de la faire émerger.

En psychomotricité, il nous arrive souvent de partir sur des fondements plus archaïques avec le sujet. Le sensorimoteur peut faire appel à une trace mnésique chez le sujet ; on parle de mémoire corporelle. Cette dernière implique que la stimulation sensorielle ou motrice ait été investie auparavant par des affects.

Ainsi, si le sujet vit des expériences sensorimotrices, ces dernières feront émerger des traces mnésiques. Ces traces mnésiques vont se traduire sous forme de représentations mentales, ce qui fait défaut arrivé à un certain âge.

- Renaissance de la créativité

Ce sont donc des représentations mentales dont on va se servir pour favoriser la créativité. En touchant par exemple une plume, le sujet va alors visualiser un oiseau. Cet oiseau seul lui se le représente, il ne sera pas le même que celui de son voisin.

Chaque trace mnésique est subjective, c'est-à-dire que le sujet n'a pas mémorisé la réalité extérieure, ici l'oiseau, mais sa propre réalité empreint d'affects. Pour ainsi dire, le sujet fait déjà preuve de créativité puisqu'il possède une imagerie mentale qui lui est propre et donc innovante.

On va donc avoir une première utilisation de la créativité, qui est celle, je le rappelle, de type « *gratuite* ».

- Symbolisation des représentations mentales

Les images internes mnésiques, visuelles, auditives... qui viennent de perceptions passées et restées figées, vont pouvoir s'inscrire au dehors.

Si à la suite de ces représentations mentales, le sujet âgé souhaite dessiner, peindre ou encore modeler une de ses images mentales, il devra faire preuve d'un autre type de créativité. En effet, c'est la créativité de type « *utilitaire* » qui sera mise en jeu et qui sera destinée à la résolution d'un problème.

Reprenons notre exemple : si le sujet veut réaliser son oiseau, il va essayer de trouver une solution pour que sa réalisation ressemble le plus possible à son image mentale. Sa réalisation au final ne sera pas la même que sa représentation mentale, puisqu'il aura fait avec ses propres capacités. Ainsi, cette réalisation sera encore une innovation.

Cette étape correspondrait aux phases 3 et 4 que nous décrit **Didier Anzieu**³². Il y a un encodage de ce que le sujet souhaite réaliser, puis la réalisation concrète.

³² Voir p. 37

2. CADRE THERAPEUTIQUE

Le cadre thérapeutique reste un élément essentiel pour permettre de favoriser la créativité. De plus, il fait partie intégrante de toute prise en charge psychomotrice.

- Qu'est-ce que c'est ?

Un cadre thérapeutique en psychomotricité, doit posséder plusieurs qualités. Il est avant tout continu dans le temps, l'espace et l'action.

- **Le temps** : l'atelier thérapeutique doit se dérouler avec rythmicité dans le temps (même jour, même heure, même durée) et avec peu de temps d'intervalle entre chaque séance.
- **L'espace** : le lieu doit être invariant, sinon il doit être signifié au sujet. Il va permettre un ressourcement et une réappropriation d'un espace à soi ; ce qui est important quand tout s'efface au-dedans de soi.
- **L'action** : il faut une continuité dans l'action, c'est-à-dire un fil conducteur dans la prise en charge qui permet de ne pas avoir l'impression qu'il faut tout recommencer à chaque séance.

Grâce à cette continuité dans le temps, l'espace et l'action, le cadre va apporter une contenance et une sécurité. Aussi, les règles sont importantes dans le cadre thérapeutique. Cependant, ce cadre thérapeutique ne doit pas pour autant être figé et rigide.

- Dépend du psychomotricien

Le cadre thérapeutique va dépendre du psychomotricien, par sa façon d'être contenant et sécurisant avec sa voix, ses gestes...

C'est le psychomotricien qui va choisir son cadre selon le sujet, qu'il aura en prise en charge. Par sa capacité d'adaptation, il va mettre en place le cadre thérapeutique le plus approprié pour son ou ses patients. Ainsi, le cadre thérapeutique ne sera pas le même pour tous les patients.

De plus, le psychomotricien est garant du cadre, ce qui permet par exemple de prévenir de probables angoisses, même s'il n'y a que deux personnes dans l'atelier.

- Pourquoi peut-il permettre de favoriser la créativité ?

Il est important que le cadre thérapeutique soit adapté lorsqu'on met en place un atelier thérapeutique. Dans le cas de la créativité, il sera difficile de permettre aux sujets âgés un lâcher-prise si le cadre ne leur apporte pas une sécurité et une contenance assez suffisante.

Ce ne sera que dans un environnement suffisamment bon, que le sujet pourra s'exprimer librement. En effet, comme on a pu le voir précédemment, l'environnement suffisamment bon permet à l'énergie psychique d'être à nouveau disponible et donc permet d'être créatif.

II. L'apport de la créativité d'un point de vue psychomoteur

Ainsi, nous allons voir ce que peut apporter la créativité d'un point de vue psychomoteur dans cet atelier en particulier.

1. C'EST DU SNOEZELEN ICI ?

Là où la mode est aux salles snoezelen, nous avons une véritable approche de la stimulation polysensorielle sans l'utilisation de ce matériel moderne. Cette approche va avoir plusieurs effets que nous allons voir plus en détails.

- Eveil des sens

Chaque sens est repris lors de l'atelier thérapeutique, ce qui va permettre aussi d'exercer les sens et de les éveiller. Ce réveil sensoriel, permet d'assurer une mise en marche des fonctions corporelles qui sont au final l'expression d'une mobilité cognitive. Les sujets âgés vont pouvoir partir à la redécouverte de sens souvent laissés de côté avec le temps.

- Des émotions

Les sensations qui émaneront de ces expériences sensorielles seront associées à des émotions, des affects. On pourra leur demander de verbaliser ces émotions ou d'en laisser une trace. Par exemple, laisser une trace de couleur rouge pour l'amour ou la colère.

L'atelier pourra accueillir de nombreuses émotions, que ce soit en début de séance lorsque les souvenirs refont surface ou en fin de séance lorsque le sujet prend conscience de ses capacités créatives.

- Réminiscence

Cette mobilisation des sens va engendrer en même temps que les émotions, des représentations mentales, qui les aideront à avoir une idée de ce qu'ils veulent produire. Ainsi, par l'émergence de représentations mentales, qui sont des bribes de leurs souvenirs, un processus de réminiscence va se mettre en place.

Les souvenirs sont les traces de notre individuation, ils sont les marques physiques du temps. Les sujets âgés souffrent parfois d'une non-reconnaissance de leur histoire. Dans un souvenir, nous mémorisons un réseau de perceptions (sensitivomotrices, sensorielles, affectives, émotionnelles, mentales...). C'est cet ensemble qui construit le sens.

Aussi, on peut constater une réminiscence lorsque le sujet âgé va laisser une trace. Ces traces sont souvent en rapport avec ce qu'on pourrait appeler « la mémoire de la main ». Cette dernière se caractérise par des gestes qui reviennent d'une manière rythmée et répétitive. Il semblerait que cette gestuelle prenne appuie sur des gestes, ou une partie de gestes, ressurgis du passé. De plus ces gestes qui sont déjà connus vont avoir un effet sécurisant et rassurant.

Cas de Mme F.

*Mme F. âgée de 86 ans, n'a jamais touché à la peinture. Lors de l'atelier, elle sera la seule à utiliser dès le début la peinture. Au cours des séances, j'ai pu remarquer que **Mme F.** utilisait toujours le même geste pour peindre. Ce geste se traduit par un court mouvement vertical du haut vers le bas. Elle le fait à répétition et de manière rythmique.*

*On peut donc supposer que le geste de **Mme F.** est une bricole d'un geste du passé. Ne connaissant pas la peinture, elle a pu utiliser un geste ou une partie d'un geste dont elle se servait pour faire autre chose. Ainsi, **Mme F.** a pu appréhender la peinture sans manifester d'angoisse.*

En définitive, pour réactiver la mémoire, on doit unifier les réseaux de perception. C'est ce qui sera mis en place dans l'atelier thérapeutique et permettra donc de diminuer les troubles de la mémoire.

- Relaxation

Cet atelier thérapeutique, peut aussi faire penser à la relaxation de Vittoz. En effet, cette technique de relaxation est basée sur les sensations et les gestes pour amener à un état de détente. A plusieurs reprises, les participants de l'atelier thérapeutique feront part de leur état de détente à la fin de la séance.

« [Il est nécessaire d'instaurer] un état de détente, un stade de repos pour que s'élabore quelque chose de créatif dans des conditions de confiance » Winnicott³³

La connaissance sensorielle de l'instant libère l'esprit, ce qui va amener à un état de détente. D'après Winnicott cet état pourrait favoriser la créativité.

2. LIBRE EXPRESSION

Lors de cet atelier, les participants vont pouvoir s'exprimer par leurs propres moyens. Ils seront libres de produire ce qu'ils souhaitent. L'objectif n'étant pas de faire une production esthétique, ni conventionnelle.

- Redevenir maître de son action

On va essayer d'amener les sujets âgés à un certain lâcher-prise. Ainsi, on évite qu'ils ne soient entravés dans leur expressivité. Ils pourront faire le choix de laisser une trace ou bien de la détruire ou encore de la transformer.

Comme chacun n'est pas obligé de produire quelque chose en particulier, on va permettre au sujet âgé qu'il redevienne maître de ses actions. C'est lui qui décide de créer et c'est lui qui choisit avec quel matériel et sur quel support il va créer. Le sujet âgé va retrouver un pouvoir sur le monde extérieur au lieu de le « subir ».

³³ D.D. Winnicott, article de Donaz Monique, p. 137 « *Entre créativité, groupe et soin psychique du sujet âgé* »

Cependant, j'ai pu remarquer que leur donner trop de liberté les angoissait. En effet, si on ne cadre pas un minimum la séance, les idées émergent plus difficilement. Ainsi, l'aide qu'on leur apporte est dans le choix d'une des perceptions sensorimotrices.

- Une restauration narcissique

« La démarche créative nous exprime dans notre identité, en même temps qu'elle nous relie les uns aux autres. » **Nathalie Dubrana**³⁴

Il va donc y avoir un retour sur l'identité et son affirmation. Je dis affirmation de l'identité, puisque leur création sera le résultat de leurs désirs, leurs décisions, leurs volontés et leurs intentions. Il est important que le sujet puisse se considérer comme une unité et s'individualiser par rapport au groupe.

Pratiquer une activité créatrice fait découvrir au sujet âgé un nouvel art de vivre. Ce dernier va l'aider à maintenir cette indispensable ouverture des acquisitions, par une connaissance de soi plus intime, pouvant être un facteur de revalorisation narcissique.

« Il existe une activité créatrice dans laquelle le but poursuivi est la réparation du sujet lui-même » **Chasseguet-Smirguel**³⁵

Le sujet âgé va se rendre compte qu'il est capable de faire des créations de lui-même. La revalorisation est importante, elle va motiver le sujet âgé au quotidien dans ses actions. Souvent les sujets âgés ont beaucoup plus de capacités qu'ils ne le croient et c'est là-dessus qu'on peut insister lors de cet atelier.

- Le choix du médiateur

Un **médiateur** est un objet qui se prête suffisamment à la pression exercée par le sujet mais qui garde sa constance, sa fiabilité et sa permanence.

La médiation arts plastiques permet de proposer de nombreux outils afin que chacun finisse par trouver son propre médiateur. Dans l'atelier, les sujets âgés pourront choisir avec

³⁴ Nathalie Dubrana, p. 161 , « Au commencement était... la sensation »

³⁵ Chasseguet-Smirguel, Article de Dominique Donaz, p. 99 « Entre créativité, groupe et soin psychique du sujet âgé »

quels médiateurs ils vont mettre en forme leur représentations mentales. Ainsi, ils auront à leur disposition de la peinture, des feutres, des pastels, des crayons de couleurs... Il leur sera proposé aussi des séances de collage et de modelage.

Ainsi, cette libre expression, va permettre au sujet âgé de déterminer un « moi, je suis » et un « moi, je choisis » parmi de nombreuses possibilités. Le sujet âgé va de ce fait gagner en autonomie.

3. L'ACTE CREATEUR COMME GESTE D'AUTONOMIE

Comme on l'a déjà dit, créer c'est exister. L'acte créateur ramène donc toujours l'être à lui-même. Pour ce faire, l'acte créateur nécessite une prise d'autonomie.

« C'est donc agir sur le présent, agir sur le monde environnant et modeler un espace dont on devient l'architecte. » **L'Haridon Anne-Marie**³⁶

- Préservation des capacités cognitives

S'exercer à la créativité, implique une forte mobilisation cognitive du fait de trouver de nouvelles idées. Il y a des processus de subjectivation et de symbolisation qui vont s'instaurer. Le sujet âgé devra aussi conceptualiser ses réalisations s'il veut reproduire une de ses représentations mentales.

Lorsqu'il y a un manque de stimulation de l'environnement, on remarque souvent une diminution de l'attention et de la vigilance. L'implication dans une activité individuelle ou collective va entraîner la vigilance et améliorer les capacités perceptives. Le système nerveux a impérativement besoin d'être entretenu par l'innovation dans le quotidien. De plus, les processus de transformation, qui pourront être mis en place lors d'activités créatrices, impliquent un remaniement mental.

Ainsi, on va permettre au sujet âgé de renouer avec ses potentialités cognitives de façon insoupçonnée. Aussi, les troubles de l'attention peuvent être réduits du fait que le sujet âgé devra se concentrer pour essayer de produire au dehors ce qu'il a comme représentation.

³⁶ A-M L'Haridon, p. 108, « *Etats d'êtres. De la touche picturale au geste d'autonomie* », *La personne âgée en art-thérapie*

- Préservation des capacités psychomotrices

L'acte créateur permet d'améliorer et de préserver certaines des capacités psychomotrices telles que la motricité visuo-manuelle et les praxies constructives. Sans s'en rendre compte, les participants de l'atelier vont exercer leur motricité fine et bimanuelle. Chaque sujet devra adapter son tonus afin d'appréhender les différentes matières.

4. MOYEN DE COMMUNICATION NON VERBAL

Lorsqu'on dessine, peint, modèle... on se projette dans sa production. Cette projection est témoin d'un moyen de communication non-verbal.

« Or quelle que soit la forme du langage utilisé, qu'il s'agisse d'un langage dansé, d'un chant ou d'une peinture, chacun va utiliser les codes et techniques d'une discipline donnée pour exprimer un contenu. » **Nathalie Dubrana**³⁷

La symbolisation, des représentations mentales, amène à une expression qui peut être comprise par les autres. Ce message reste cependant unique, puisqu'il est propre à chaque sujet. La compréhension du message se fera grâce aux résonances symboliques, culturelles et affectives provoquées en chacun de nous. Ce message aura donc différentes significations selon l'expérience de chaque destinataire.

« La symbolisation est le chemin qui mène des sensations, des émotions et des états du corps éprouvés dans certaines expériences fortes jusqu'à la création de représentations... Ces représentations témoignent de ces états, permettent de les rappeler et rentrent dans une dynamique relationnelle. » **Serge Tisseron**³⁸

Mais la symbolisation ne peut se faire sans le médiateur. C'est lui qui va permettre au sujet de passer de l'image à une forme de réalité, en utilisant des codes et techniques socialisés.

³⁷ Nathalie Dubrana, p. 163, « Au commencement était... la sensation »

³⁸ Ibid

Par la créativité, on peut exprimer de nombreuses choses telles que les rêves, l'imagination, l'angoisse... Il y a bien là un désir d'expression, car chaque participant sait que sa production va être regardée par les autres. Ce qui peut poser alors problème, c'est que le sujet doit rester lui-même tout en sachant qu'il est sous le regard de l'autre. Pour ce faire, il doit accepter de lâcher-prise lorsqu'il crée, c'est-à-dire exprimer son désir, sans penser à ce qui pourra être dit de sa création.

Ainsi, la créativité permet de communiquer un message unique et non-verbal qui pourra résonner en chacun différemment selon leurs propres expériences. La richesse de cette communication non-verbale est bien dans la possibilité d'avoir différentes significations pour un message unique.

5. REVELATEUR DE TROUBLES

Dans l'atelier thérapeutique, les participants vont s'exprimer et être dans l'action. Par l'observation, le psychomotricien va pouvoir se rendre compte de certains troubles à différents niveaux. Ce peut être des troubles par exemple des fonctions exécutives, des praxies, mais aussi des processus de conceptualisation.

Avec l'avancé en âge, il arrive que certains présentent des troubles névrotiques ou psychotiques. Ces troubles peuvent être perçus aussi à travers l'atelier.

Cas de M. N.

M. N. est un homme âgé de 73 ans et qui participe à l'atelier thérapeutique. Il est discret et parle peu. Il est arrivé à l'EHPAD suite à un séjour en hôpital psychiatrique causé par des hallucinations visuelles. Lorsque je le rencontre, M. N. souffre continuellement de maux de tête que les médicaments ne font pas passer.

*De plus on soupçonne chez lui une **démence à corps de Léwy**. Cette pathologie se caractérise par des troubles des fonctions cognitives (perte d'autonomie), un ralentissement moteur, une confusion et dans 75% des cas, le sujet présente des hallucinations visuelles.*

Cependant, hormis les hallucinations visuelles qu'il a pu présenter dans le passé, M. N. ne présente aucun autre symptôme. Malgré tous les traitements anxiolytiques, puis antidépresseurs, les maux de tête et les angoisses de M. N. ne s'atténuent pas. La douleur diminue seulement lorsqu'il s'occupe dans les ateliers proposés par l'établissement.

Les observations faites durant l'atelier thérapeutique m'ont permis d'émettre une hypothèse au sujet de M. N. .

*Lorsque je m'adresse à M. N., il me regarde dans les yeux fixement. J'ai à chaque fois l'impression d'être transpercée par son regard, ce qui me fait tout de suite penser à un trait caractéristique des sujets psychotiques. De plus, lorsqu'on regarde ses réalisations on peut observer quelque chose du morcellement. Dans son mandala (**Figure 1**), on peut remarquer qu'il a pu conceptualiser quelque chose au centre, avec une symétrie dans les couleurs. Cependant lorsqu'on s'éloigne du centre, on remarque que M. N. n'a pas perçu la figure dans son ensemble mais parties par parties et n'a pas conceptualiser sa réalisation. Il n'y a plus aucune symétrie et pas d'alliance de couleur, ce qui donne l'effet d'un flou, d'un morcellement autour de ce centre qui lui reste construit.*

Ainsi, l'hypothèse serait que les troubles dont souffre M. N. seraient du registre de la psychiatrie.

FIGURE 1



Quelques mois plus tard, des analyses complémentaires écarteront définitivement la démence à corps de Léwy. Un médicament agissant comme antidépresseur mais aussi comme antipsychotique lui sera alors prescrit ce qui semblera diminuer un peu ses souffrances.

Ainsi, par le biais de ses productions lors de l'atelier, on pouvait déjà avoir une idée du type de troubles que pouvait présenter M. N..

Ainsi, l'atelier thérapeutique va être intéressant pour observer des troubles, sans que le sujet ne se sente évalué. Il est donc important pour le psychomotricien d'être attentif et de bien observer ce qui se passe dans les séances mais aussi en dehors, lors des temps informels.

III. La créativité du psychomotricien

Le psychomotricien possède des connaissances, un savoir-faire mais aussi un savoir être. La créativité va jouer un rôle très important dans la pratique psychomotrice mais aussi pour le psychomotricien lui-même.

❖ *Quel est son lien avec la créativité ?*

1. ETRE CREATIF

« Mentalisation défailante, faillite du symbolique, pauvreté des représentations, peu importe les références théoriques qui nous guident nous faisons tous le même constat clinique de la difficulté à travailler avec ces patients en panne dans leur capacité de symbolisation. » **Marc Rodriguez**³⁹

Dans sa pratique, le psychomotricien rencontre des sujets qui souvent présentent une pauvreté lorsqu'il s'agit d'être créatif.

« Il n'y a jamais totalement destruction compète de la capacité de l'individu à vivre une vie créative. » **André Brandily**⁴⁰

Le psychomotricien par sa vision plus large, plus globale de l'individu pourra être dans la capacité de découvrir la créativité enfouie, cachée, endormie du sujet. Il devra alors redoubler de créativité pour tenter de répondre aux difficultés du sujet.

³⁹ Marc Rodriguez, p. 65, « *La créativité en psychomotricité : l'envers du décor* »

⁴⁰ André Brandily, p. 153, « *La création est un acte de résistance* »

2. OMNIPRESENCE DE LA CREATIVITE

Le psychomotricien doit faire preuve de créativité à plusieurs niveaux, lors de la prise en charge.

- Au niveau de la rencontre

« *La créativité c'est l'aptitude à rencontrer l'autre* » **M. Moutarda**⁴¹

En effet, le psychomotricien doit être capable à la fois d'écouter, de réagir et de répondre au sujet d'une manière créative, ce qui permettra l'ouverture d'un autre échange plus fructueux. Il doit être aussi en capacité de s'adapter rapidement et efficacement.

- Au niveau du cadre thérapeutique

La mise en place du cadre thérapeutique dépend du sujet et de sa rencontre avec le psychomotricien. Ce dernier doit faire preuve de créativité, pour mettre en place un cadre unique, qui correspondra aux besoins du sujet.

- Au niveau du médiateur

Il va pouvoir s'aider des médiateurs qui sont divers et originaux. Cependant, ces médiateurs ne seront bénéfiques que si le psychomotricien l'intègre dans la prise en charge de façon créative. Il doit aussi laisser le sujet utiliser le médiateur ou même le détourner de son utilisation initiale. L'effacement de l'objet permettra alors le déploiement de l'activité créatrice du sujet.

- Au niveau des propositions

La créativité du psychomotricien va être aussi mobilisée dans les propositions au sein d'une séance. Pour aider l'émergence de la créativité chez un sujet, on doit dans un premier temps lui prêter en quelque sorte notre créativité, afin qu'il puisse se l'approprier. Par cette appropriation, la créativité pourra être à nouveau investie et il y aura une stimulation de la capacité d'imagination.

⁴¹ M. Moutarda, p. 63, « *Comment création et créativité se manifestent-elles et opèrent-elles dans la rencontre thérapeutique ?* »

Ainsi, le rôle du psychomotricien auprès de sujets présentant une pauvreté du processus créatif, sera de les étayer afin de réveiller leur créativité endormie. Et son rôle en tant que professionnel, sera de faire preuve de créativité à partir de ses connaissances, de son savoir-faire et de son savoir être.

Chapitre IV

ATELIER « EXPRESSION »

I. Quelques points sur l'institution

L'institution dans laquelle se déroule mon stage expérimental est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Je préciserai dans cette partie les éléments de son fonctionnement qui m'intéressent pour mon sujet.

1. CONTEXTE SOCIAL

- Type de résidents accueillis

Dans cet EHPAD, les résidents accueillis ne sont pas recrutés par types de pathologies. Ainsi, toutes les pathologies sont mélangées et il n'y a pas de structures fermées. Le niveau de dépendance des résidents de cet EHPAD est calculé annuellement selon la grille Aggir (autonomie gérontologique groupe iso-ressources).

Cette grille classe les sujets âgés selon leur degré d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne qui sont ou non réellement effectués. Cette grille d'évaluation est remplie soit par le médecin traitant à domicile, soit par le médecin coordonnateur de l'établissement dans lequel réside le sujet.

Six groupes iso ressource (GIR) sont distingués, les GIR 1 à 4 correspondant à une population en perte d'autonomie voire dépendante :

- Le premier groupe (**GIR 1**) comprend les sujets confinés au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence continue d'intervenants.
- Le **GIR 2** est composé de deux sous-groupes :
 - D'une part, les sujets confinés au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.
 - D'autre part, ceux dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices (« dément », « déambulant »). Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.
- Le **GIR 3** regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie

corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.

- Le **GIR 4** comprend les sujets qui n'assument pas seuls leurs transferts mais qui, une fois levés, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Ils doivent être aidés pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seuls ; ce groupe comprend aussi des sujets sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas. L'aide nécessaire est ponctuelle ou partielle.
- Le **GIR 5** est composé de sujets autonomes dans leurs déplacements chez eux, qui s'alimentent et s'habillent seuls. Ils peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le **GIR 6** regroupe les sujets qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes de la vie quotidienne.

Dans l'EHPAD dont je parle, près de la moitié des résidents sont classés en GIR 1 et 2, le reste présente un GIR 3-4 et seulement quelques-uns sont classés en GIR 5-6. Ainsi, le niveau de dépendance des résidents est assez élevé dans cet établissement, ce qui est important de prendre en compte lorsqu'on monte des projets de prise en charge.

Aussi, la moyenne d'âge de l'établissement est relativement âgée puisqu'elle est en moyenne de 85 ans. On comprend alors pourquoi le niveau de dépendance des résidents est aussi élevé.

- Un milieu indicateur

Cet EHPAD, se situe dans le département des Landes et il accueille majoritairement des sujets originaires du territoire local. Son périmètre de recrutement des résidents s'étend principalement du Nord des Landes au Sud de la Gironde, sans compter certaines exceptions.

La population est donc essentiellement issue d'un milieu agricole. Ils ont donc grandi en aidant les parents à cultiver la terre et en reprenant ensuite le flambeau. La plupart des résidents ont arrêté très tôt l'école pour commencer à travailler.

La majorité des résidents n'ont donc jamais eu, durant leur vie active, le loisir de faire certaines activités telles que la peinture, le dessin, le modelage... Durant toute leur vie

active, l'idée même d'une activité créatrice picturale a été absente de leurs préoccupations. Ils proviennent presque tous de cette génération pour qui le travail fut la seule source de culture, peu ont eu le privilège de visiter un musée, et les galeries d'arts leur sont pour ainsi dire inconnues.

2. TYPES D'ACCOMPAGNEMENTS PROPOSES

L'établissement a mis en place de nombreuses choses pour essayer de satisfaire au mieux ses résidents.

- L'animation

La présence de deux animatrices permet d'instaurer une continuité dans la proposition des différentes activités. Même durant certains weekends, il y a une animatrice qui est présente. Les propositions sont autant variées que nombreuses : ateliers musique, chant, couture, créativité, jeux de société, journal...

- Les soins

L'établissement a choisi une approche plus sociale qu'une approche uniquement basée sur le soin. En effet, si un résident souhaite être massé, coiffé ou encore maquillé, le professionnel soignant va moins s'attarder sur la toilette pour pouvoir prendre le temps de répondre à sa demande. Il y a une recherche constante pour le mieux-être du résident.

De plus, l'établissement dispose d'une baignoire balnéothérapie, qui permet aux aides médico-psychologiques (AMP) d'accompagner certains résidents dans un moment de détente.

- Liens avec l'extérieur

Garder un lien avec le monde extérieur est très important pour les résidents. Ainsi, l'établissement propose des rencontres et activités avec le club du troisième âge et les enfants du centre aéré du village. De plus, chaque année, des séjours et des sorties sont organisés.

Ainsi, l'établissement fait bien attention de respecter chaque résident en tant qu'individu à part entière et veille à son bien-être. C'est avec les mêmes convictions que j'ai mis en place l'atelier thérapeutique « expression ».

II. L'apport du groupe

J'ai souhaité faire un atelier thérapeutique avec un groupe fermé pour son caractère dynamisant. Le groupe est porteur, il encourage ses membres à s'essayer à de nouvelles activités. De plus il a plusieurs effets qui ne sont pas négligeables.

1. SORTIR DE L'ISOLEMENT

La plupart des résidents en EHPAD, restent dans leur chambre ou bien tout seuls dans la salle de séjour. Il n'y en a que très peu qui sont en groupe dans la salle de séjour en dehors des repas. Lors d'un atelier de groupe, chaque résident va aussi apprendre à connaître l'autre.

Ainsi les résidents les plus isolés, devront retrouver leurs normes et valeurs afin de pouvoir être dans un respect de l'autre. Le groupe favorise donc la socialisation et peut donc permettre à chacun de sortir peu à peu de leur isolement.

2. DIVERSITE ET RESPECT

Dans un groupe, les personnalités sont toutes différentes, ce qui implique des caractères bien différents. Chaque résident doit apprendre à tolérer la présence de l'autre et à le respecter. Le sujet âgé avec le temps peut devenir très blessant vis-à-vis d'autrui. Il ne se rend pas forcément compte de l'impact de ses mots. Aussi, il y a un retour de l'image de soi face à l'autre qui peut être insupportable et donc engendrer parfois des mots violents.

Il est important qu'il puisse ménager son discours. Pour ce faire, il faut poser un cadre pour éviter tout débordement qui pourrait mettre un autre résident dans un état de repli et d'inconfort.

Nous verrons plus loin quel cadre j'ai pu poser pour éviter au maximum ce genre de débordement.

3. SECURISANT

Aussi, le groupe qui est porteur, va permettre à certains résidents peu confiants de s'appuyer sur les « meneurs du groupe ». Lorsqu'une question banale est posée, sur le jour de la semaine ou la saison, certains résidents peuvent ne pas avoir la réponse. Mais dans le groupe, il y aura toujours un des résidents qui connaîtra la réponse. Ceux qui ne savaient pas, ne vont donc pas se sentir en échec puisqu'ils se seront appuyés, sur le groupe et donc sur ce savoir commun. Il en sera de même pour les représentations mentales qui seront partagées.

Le groupe est aussi fermé, donc il y aura toujours les mêmes résidents ce qui laissera le temps à chacun de pouvoir apprivoiser l'autre. Il n'y aura pas l'angoisse de se demander qui il y aura dans l'atelier puisque ce seront les mêmes déjà connus. Ainsi, l'aspect contenant du groupe va apporter une certaine sécurité.

4. ROLE D'AMI

Comme nous avons pu le voir bien plus haut⁴² avec **Didier Anzieu** dans son explication du processus créateur, le groupe peut jouer le rôle « d'ami ». Le groupe aura donc pour rôle de soutenir chaque membre dans ses idées, sans apporter de jugements pour ne pas freiner son élan créatif. C'est donc permettre au sujet d'aller au bout de ses idées, de les exprimer et ce même s'il les trouve délirantes ou folles.

5. REVALORISATION NARCISSIQUE

Le groupe peut être perçu comme une médiation par autrui, qui évite un effondrement identitaire. La présence de l'autre, son regard et son attitude étaye le sujet et entraîne une identification par autrui. Cette identification par autrui rend possible le fait de conserver une forme d'identité même si ce n'est pas la même. Dans le groupe le sujet âgé se sent exister en étant reconnu par l'autre grâce à ses paroles, son regard... C'est par ce sentiment d'existence que le sujet âgé va pouvoir petit à petit retrouver sa véritable identité et consolider son « moi défaillant ».

Cette affirmation d'identité est en lien avec l'image du corps. Chaque membre du groupe va regarder et commenter les réalisations. On sait aussi que chacun va pouvoir se projeter et

⁴² Voir p.37

s'identifier à sa propre production. Donc, indirectement on peut penser que l'image du corps du sujet, dont on regarde l'œuvre, va être impliquée. Il est donc important de leur laisser le choix de vouloir ou non montrer leur production. Ce mécanisme va pouvoir permettre une « renarcissisation » et une revalorisation du sujet.

6. CONCLUSION

Ainsi, le groupe est un moment d'échanges où des relations sociales se créent. Un groupe bien cadré, apporte un vrai soutien et un sentiment de sécurité, qui va permettre à chacun d'explorer ses capacités sans crainte. De plus, en gardant les mêmes résidents dans l'atelier, tout au long de l'année, il y aura une création d'un semblant de cocon familiale ; c'est l'enveloppe groupale. L'atelier se déroulera dans l'intimité du groupe et offrira une contenance rassurante. Cependant le groupe doit être choisi de façon judicieuse.

III. Choix du groupe

Le choix du groupe s'est fait avec l'aide de la psychologue de l'EHPAD, qui sera co-thérapeute, lors de l'atelier thérapeutique « expression ». Nous avons fait une liste de résidents pour qui l'atelier thérapeutique pouvait faire l'objet d'un projet de prise en charge, tel que la préservation de l'autonomie, la revalorisation narcissique, la prévention de certains troubles... Ensuite, nous les avons classés selon deux traits de personnalité : les introvertis et les extravertis avec bien sûr ceux qui se situent dans l'entre deux.

1. POURQUOI CES DEUX TRAITS DE CARACTERE ?

Le caractère **introverti** caractérise une personne qui est repliée sur elle-même, qui n'exteriorise pas ses sentiments et qui a tendance à se détourner du monde extérieur.

Le caractère **extraverti** se dira donc d'une personne qui se tourne vers l'extérieur, qui ose exprimer ses sentiments et qui s'intéresse aux autres.

Dans un groupe, il est intéressant d'avoir des caractères hétérogènes pour une plus grande richesse. Aussi, j'ai fait ce choix par soucis de créer une dynamique au sein du groupe. Le risque du groupe, c'est de le voir exploser lorsqu'il y a trop de sujets avec le même caractère, car le problème peut être une difficulté à être ensemble.

Ainsi, si dans un groupe il y a deux ou trois membres qui sont extravertis, alors ils porteront les autres et seront en quelque sorte les éléments moteurs. Les membres introvertis pourront quant à eux s'appuyer sur ces derniers ce qui leur permettra de prendre confiance en eux et de peut-être devenir à leur tour des éléments moteurs au sein du groupe.

Cas de Mme M.

Mme M. âgée de 73 ans est une dame qui possède un caractère assez effacé. Après avoir « fuit » plusieurs séances, elle a fini par revenir. Elle n'avait sûrement pas encore trouvé sa place au sein du groupe.

Souvent, elle suivait les idées des autres sans proposer les siennes. Puis un jour, durant une séance de collage collectif, Mme M. s'est vu être un élément moteur au sein du groupe. Elle conseillait et aidait les autres ou leur expliquait comment il fallait faire. Ce fût une séance où on a pu percevoir que Mme M. avait trouvé sa place. Cette dame introvertie avait réussi à changer de position au sein du groupe.

Je pense que ce phénomène a pu se produire grâce à la présence initiale des éléments moteurs du groupe qui soutiennent souvent verbalement les autres membres dans leurs productions. Ainsi, Mme M. a pu avoir le désir d'avoir une place au sein du groupe et de s'exprimer librement.

2. L'IMPORTANCE DU NOMBRE

Plusieurs facteurs m'ont aidé à faire ce choix pour que l'atelier thérapeutique se déroule dans des conditions optimales.

- Assurer un nombre pour une continuité

Dans un premier temps, il fallait minimum deux résidents avec un caractère de type extraverti, afin d'être sûre de leur présence à chaque séance et pour donner une dynamique

de groupe au début. Sachant qu'il serait fort probable que je n'ai pas souvent tout le monde à toutes les séances, j'ai choisi huit résidents dans la liste.

❖ *Pourquoi huit ?*

D'une part, c'est parce que la salle que j'allais utiliser me permettait d'accueillir huit résidents mais pas plus. Et d'autre part, parce que c'était le meilleur moyen pour espérer avoir au moins six résidents à chaque séance.

- Permettre un étayage optimal

Sachant qu'on était seulement deux thérapeutes, la psychologue et moi-même, il nous aurait été compliqué d'accueillir un trop grand nombre de résidents. En effet, certains résidents ont eu besoin au départ d'un étayage pour qu'ils puissent réaliser des productions. Ainsi, si un résident avait besoin d'un étayage, une de nous deux devait porter plus particulièrement son attention sur ce résident en l'aidant dans sa démarche.

Aussi, un petit groupe permet une meilleure attention entre chaque membre du groupe. Chaque membre se sent écouté et tient une place importante au sein du groupe sans s'effacer. C'est le côté sécurisant du petit groupe aussi qui permet aux résidents les plus introvertis de prendre la parole et d'être écoutés.

3. UNE PROPOSITION

Ainsi, je suis allée proposer d'abord à huit résidents que nous avons judicieusement choisis parmi la liste. Pour la plupart des résidents à qui je n'avais jamais parlé, je fus accompagnée par la psychologue, qui jouait le rôle d'entremetteur, afin que ma présence ne soit pas vécue comme une intrusion. Je leur présentais alors ce qu'il allait se faire dans l'atelier en essayant de trouver pour chacun les mots adéquats.

Bien entendu, ils n'ont pas tous acceptés puisque la plupart n'avait déjà pas l'habitude de participer aux ateliers de l'animation. Ainsi, j'ai proposé à une dizaine de résidents et sept d'entre eux ont accepté de participer à l'atelier thérapeutique.

Avant le commencement de l'atelier, un bilan a été passé pour chacun des sept résidents. Pour présenter le bilan à un résident, je lui disais qu'on allait faire quelques exercices pour que j'apprenne à le connaître. Cette manière de faire a permis qu'ils viennent sans être angoissés et qu'ils ne se focalisent pas sur d'éventuels échecs.

IV. Le bilan psychomoteur

Afin de pouvoir commencer mon atelier thérapeutique « Expression », j'ai choisi de faire passer un bilan aux résidents qui ont acceptés d'y participer.

J'ai choisi des items de l'évaluation géronto-psychomotrice (EGP). Elle a pour but de proposer une évaluation succincte des processus cognitifs et des compétences motrices pour préciser la symptomatologie du sujet et pouvoir obtenir une vision longitudinale de l'avancée dans la maladie et/ou de l'effet d'une éventuelle thérapeutique. L'EGP s'inscrit donc dans le cadre d'un projet d'évaluation et de prise en charge d'un sujet âgé, institutionnalisé ou non. Elle n'est pas à visée diagnostique, mais elle est un outil permettant au psychomotricien d'évaluer les déficits, les domaines préservés et les moyens de compensation chez le sujet âgé.

Je n'ai pas voulu faire passer l'EGP en entier puisque je souhaitais voir où ils en étaient des capacités psychomotrices qui pourraient être nécessaires pour cet atelier, afin qu'ils ne soient pas mis en échec.

Un compte rendu de bilan pour chaque résident du groupe sera ensuite mis à disposition du personnel soignant dans leur dossier respectif.

1. LA MOTRICITE FINE DES MEMBRES SUPERIEURS

Elle est importante lors de l'atelier puisque chacun sera amené à tenir un pinceau ou un crayon à un moment donné. Pour évaluer cette capacité, j'ai fait passer le test du boutonnage où on peut observer un geste de la vie quotidienne. Ce geste, qui a un sens, permet aussi de percevoir les stratégies compensatoires mises en place et s'il y a une participation du regard dans la coordination bi-manuelle.

Aussi, je fais passer le test du « pianotage » et de « l'opposition pouce-doigt ». Ces derniers vont nous indiquer sur la rapidité du déliement des doigts et sur l'autonomie des doigts entre eux. Je finis par demander au résident de ramasser une pièce avec seulement deux doigts, d'abord de la main droite et ensuite de la gauche. Cet item va nous informer sur la différence entre les deux mains. On pourra lui poser des questions sur la valeur de la pièce et son rapport avec cette nouvelle monnaie.

L'écriture du nom, prénom et date de naissance va pouvoir nous renseigner sur sa prise du crayon, son ajustement postural, sur la fluidité du mouvement et sur sa mémoire. Souvent, j'ai pu remarquer que leur posture n'est plus adaptée pour l'écriture. Il n'y a pas de participation du buste, ni des articulations du coude et du poignet. Les sujets âgés se présentent le buste appuyé sur le dossier, la de la chaise bras tendu avec une participation de l'articulation de l'épaule.

2. LES PRAXIES

Ces items permettent d'évaluer si les représentations symboliques sont préservées. « L'utilisation des couverts » est un geste de la vie quotidienne où on peut observer si la personne utilise conjointement le couteau et la fourchette ou s'il y a une utilisation aberrante des couverts.

Ensuite, il leur est demandé de mimer des gestes symboliques, comme faire semblant de saluer ou de se brosser les dents. On peut remarquer la fidélité et la qualité du mime faite à partir d'une représentation mentale culturelle et sociale.

La reproduction des formes géométriques est intéressante pour observer de quelle façon les formes sont identifiées. Il y en a qui ne perçoivent pas la figure dans son ensemble et donc la reproduisent trait par trait. On peut remarquer si le sujet identifie une erreur ou se corrige et quelle place prend la figure sur la feuille.

3. LES PERCEPTIONS

Les perceptions sont importantes pour mon atelier puisqu'il prend appuis sur la sensorialité. « L'air connu » va faire intervenir la représentation mentale à partir de l'ouïe. Pour cet item, la plupart des sujets âgés reconnaîtront la chanson qu'après leur avoir donné un indice.

Pour voir s'il y a une préservation de la synchronisation sensori-motrice, on leur propose la reproduction de quatre structures rythmiques. Peu d'entre eux peuvent encore effectuer les quatre correctement.

Le toucher sera sollicité lors de l'atelier, j'ai donc trouvé judicieux d'évaluer la stéréognosie. Lorsqu'ils ont les yeux fermés, je leur place dans la main une cuillère puis une

balle de tennis. Cette perception est l'une des mieux préservées pour ce qui est des résidents du groupe, puisqu'il n'y a eu aucun échec à cet item.

Pour ce qui est du visuel, j'utilise « l'identification d'images », « la lecture d'un texte » et « la séquence d'événements ».

La lecture du texte va aussi nous informer sur la capacité de compréhension du texte qui se fait en même temps que la lecture. Quatre formats d'écriture sont proposés, et il est intéressant de savoir lequel est choisi afin de présenter à l'atelier des écrits qui puissent être lus par tous.

La séquence d'événements va indiquer sur la capacité à remettre dans l'ordre chronologique une séquence de quatre images et voir si l'histoire racontée est cohérente et suit cet agencement chronologique. On peut aussi remarquer la disposition des images, par exemple certains disposeront les images dans le sens inverse de la lecture, de droite à gauche.

4. LA STRUCTURATION TEMPORO-SPACIALE

N'étant pas indispensable pour mon atelier, j'ai quand même voulu savoir si les résidents du groupe étaient repérés dans le temps et dans l'espace d'un point de vue géographique. J'ai donc posé des questions autour du temps :

- ❖ *Savez-vous quel jour nous sommes ? Pouvez-vous me dire quelle heure il est à peu près, sans regarder votre montre ?*

Et des questions autour de l'espace géographique :

- ❖ *Où vous trouvez-vous ici ? Dans quel village sommes-nous ?*

5. LE TONUS

J'ai choisi de faire passer l'item de « la mobilisation des membres supérieurs » et non des membres inférieurs en rapport à ce qui pouvait être proposé lors de l'atelier. Ainsi la mobilisation passive et active est faite à la fin du bilan. J'ai fait ce choix, pour laisser au résident un temps d'adaptation et la mise en place d'un premier lien entre lui et moi. Si j'avais choisi de faire passer le test du tonus en début de bilan, on peut supposer que le sujet âgé aurait eu beaucoup plus de difficultés pour accéder à un relâchement.

6. DESSIN DU BONHOMME

En fin de bilan, je proposais au résident de dessiner un personnage s'il le désirait afin d'avoir une idée de son schéma corporel et de son image du corps. Ce dessin pourra me permettre par la suite de le comparer à d'autres dessins de personnages qui pourront être réalisés durant les séances.

Ainsi, le bilan une fois effectué, je suis dans la possibilité de savoir si l'atelier convient ou non à chacun et si aucun ne sera mis en grande difficulté durant les séances. De plus, ces bilans m'ont permis de commencer à créer une relation avec chacun des résidents.

V. Déroulement d'une séance type

Le groupe une fois formé, la mise en place de l'atelier peut se faire. Avant tout il est important d'avoir préparé une séance type. Tout atelier thérapeutique doit d'abord avoir un cadre thérapeutique qui permet au groupe de se sentir en sécurité.

1. LE CADRE

Tout d'abord, l'atelier se déroulera tous les vendredis à la même heure dans le même lieu pour une même durée. La rythmicité et le lieu sont importants pour les résidents qui ont besoin d'avoir des repères fixes.

Pour créer un sentiment de sécurité, il est important de poser quelques règles et de veiller à ce qu'elles soient respectées. Ces règles sont :

- *On respecte les autres*
- *On ne juge pas les productions des autres*
- *On s'écoute*

A chaque début de séance je rappelle les règles afin de maintenir le cadre.

2. PREPARATION A LA SEANCE

On pourrait appeler ce moment, un temps d'accueil ritualisé. Ce dernier permet à chacun d'entrer dans l'espace-temps de l'atelier.

Chacun est invité à tour de rôle à prendre la parole afin de dire comment il va aujourd'hui. L'écoute est indispensable, car c'est elle qui va amener ce sentiment de sécurité à l'intérieur de la séance. Il est important que chacun prenne la parole à tour de rôle. Cette prise de parole au sein d'un groupe permet à certains résidents plus inhibés de s'exprimer et de se sentir écoutés.

Une fois que tout le monde a pris connaissance des états de chacun, ils sont invités à se recentrer sur eux-mêmes. Je leur demande de fermer les yeux et de se concentrer sur leur respiration. Ils vont prendre conscience de leur état et de la façon dont ils sont assis. Parfois je pourrai leur demander de se masser les mains par exemple pour éveiller les sensations tactiles.

3. COMMENCEMENT DE LA SEANCE

Après avoir pris soin des autres et de soi, la séance peut commencer. Chaque séance se déroulera autour d'un sens. Les participants appréhenderont des sensations tactiles, visuelles, auditives, olfactives ou encore proprioceptives. Pour ne pas risquer de les mettre trop en échec, j'ai choisi de ne pas prendre en compte le goût. En effet, comme j'ai pu le préciser, la discrimination du goût est pour ainsi dire impossible, surtout lorsque le sens est utilisé seul.

Ainsi, si j'ai choisi le sens du toucher, je leur ferai toucher dans une boîte en carton des objets, de la matière... N'ayant que la perception tactile, chacun à tour de rôle échangera sur les représentations mentales qui lui viendront à ce moment-là.

Une fois que tout le monde a fini de donner ses impressions, ses images mentales, ils seront invités à dessiner, peindre, modeler ce qu'ils ont envie. Les représentations mentales de chacun donneront des idées sur ce qu'ils veulent créer. Mon rôle sera de les étayer lorsqu'ils n'oseront pas ou qu'ils ne sauront pas quoi faire.

4. RETOUR SUR LA SEANCE

Lorsque tout le monde a terminé sa production, chacun pourra présenter s'il le souhaite ce qu'il a fait. Puis à tour de rôle, ils donneront leurs impressions sur la séance qui vient de se dérouler. C'est souvent un moment où chacun peut se livrer aux autres et où des choses plus personnelles refont surface. Si un résident n'aime pas ce qu'il a fait ou qu'il ne veut pas le laisser il pourra détruire sa réalisation.

Chapitre V

ÉTUDES DE CAS

I. Etude de cas de Mme L.

1. PRESENTATION ET ANAMNESE

Mme L. est née le 31 mai 1920. Elle a donc 92 ans lorsque je la rencontre. C'est une dame de petite taille qui marche en se tenant droite avec sa canne à la main, dont elle ne se sert pas souvent. La présence de sa canne permet à **Mme L.** de se sentir sécurisée.

Mme L. est née de parents commerçants et s'est mariée à un homme qui travaillait dans une usine sur la côte landaise. Elle dit avoir eu une jeunesse marquée par la solitude ; elle avait des rapports difficiles avec sa mère. Elle dira plus tard que c'est pour cela qu'elle est timide à l'heure actuelle. En se mariant, elle décide d'être femme au foyer pour s'occuper de ses 2 fils. Elle a vécu sur les côtes landaises durant une grande partie de sa vie et est revenue dans son village d'origine lorsque son mari est tombé malade.

Mme L. est aujourd'hui veuve et réside dans l'EHPAD depuis le 6 Mars 2012. Son entrée s'est fait suite à une hospitalisation qui l'a laissée faible. La raison de son hospitalisation était une chute au domicile. Pour ne pas risquer qu'elle se remette en danger, elle a été admise définitivement au sein de la structure.

Ses deux fils habitent dans les Landes, et l'un d'entre eux réside dans le village voisin. Ce dernier rend souvent visite à sa mère et entretient de bons rapports avec elle.

Elle se dit être une personne « *solitaire* », « *autoritaire* », « *indépendante* », et d'une « *grande gaité* ». Elle aime la lecture, la broderie, et ce qu'elle dit être de « *la grande musique* ». Elle dit se trouver bien dans l'établissement.

2. UN PROJET DE PRISE EN CHARGE

Les professionnels rapportent que **Mme L.** passe le plus clair de son temps dans sa chambre et ne participe pas aux ateliers proposés à l'animation. Ils souhaiteraient la voir investir davantage les propositions de l'établissement, pensant que ce serait bénéfique pour elle.

D'abord quelques points sur les caractéristiques psychomotrices de **Mme L.** relevées dans son dossier. **Mme L.** est autonome à la marche. Au début de l'année 2012, il est décelé chez elle une maladie de Parkinson. A l'heure actuelle, sa maladie n'a pas beaucoup évolué et ses symptômes s'observent seulement à ses tremblements au niveau de la main droite, ce

qui n'entrave en rien sa marche. Aussi, il est observé en Mars 2012 une poussée d'arthrose à son genou droit.

Pour comprendre le fonctionnement de ces pathologies, je vais vous en dire un peu plus sur leurs caractéristiques :

La **maladie de Parkinson** est une maladie neurodégénérative, avec essentiellement une perte excessive des neurones dopaminergiques qui se situent dans la substance noire. La substance noire est le lieu de contrôle de la motricité et fabrique donc la dopamine. Les premiers signes cliniques apparaîtraient lorsque la moitié des neurones dopaminergiques disparaîtrait, c'est-à-dire 5 à 10 ans après le début de la maladie. Il n'existe pas de traitement curatif pour cette maladie. La production insuffisante de dopamine entraîne des troubles neurologiques. Les fonctions intellectuelles sont conservées mais les symptômes primaires liés aux troubles neurologiques sont le tremblement, la lenteur, l'instabilité posturale et la raideur. Il y a cinq stades de la maladie de Parkinson :

- **Stade I** : l'atteinte est unilatérale. La rigidité et les tremblements sont légers et n'affectent qu'un seul côté du corps.
- **Stade II** : l'atteinte est bilatérale. Les mouvements sont lents et difficiles à coordonner. Les tremblements et la rigidité sont modérés.
- **Stade III** : il y a une instabilité posturale qui se rajoute aux précédents symptômes. Le sujet marche à petits pas et présente des problèmes d'équilibre. Les tremblements et la rigidité peuvent être plus grands et les difficultés de coordination des mouvements peuvent être plus importantes.
- **Stade IV** : l'incapacité fonctionnelle est sévère. Il y a une perte d'autonomie partielle, donc le sujet a besoin d'aide pour réaliser ses activités quotidiennes. L'équilibre et la marche sont très perturbés, occasionnant des chutes fréquentes.
- **Stade V** : le sujet devient grabataire avec une perte complète de l'autonomie. Le sujet se retrouve alité où en fauteuil roulant qu'il ne peut déplacer sans aide.

Des troubles thymiques, la dépression ou encore des troubles cognitifs, tels que les troubles de la mémoire, peuvent être associés à ces précédents stades.

L'**arthrose** est une affection dégénérative. C'est une sorte de rouille articulaire qui détruit le cartilage et provoque sur les os de multiples aspérités et de petites excroissances.

La qualité du liquide synovial diminue ce qui entraîne une lubrification de l'articulation moins efficace. Ces modifications causent donc des inflammations et provoquent une douleur au niveau des articulations ce qui diminue l'amplitude du mouvement.

Ayant pris connaissance de ces informations, je décide de proposer à **Mme L.** de participer à mon atelier thérapeutique « expression ». Le projet de la prise en charge pouvant être pour **Mme L.**, une prévention des troubles des fonctions exécutives. En effet, comme on vient de le voir, dans l'évolution de la maladie de Parkinson, on retrouve des troubles des fonctions exécutives ; on parle de « bloc moteur ». Pour que le geste puisse se déclencher, il faut stimuler le sujet parkinsonien sur le plan sensoriel. Bien que **Mme L.** ne soit pas encore à ce stade de la maladie, en prévention nous pouvons lui proposer des systèmes compensatoires qui pourront se retrouver dans l'atelier.

3. MA RENCONTRE AVEC MME L.

Par l'intermédiaire de la psychologue de l'EHPAD, je suis allée à sa rencontre pour me présenter et lui proposer de participer à mon atelier thérapeutique. **Mme L.** que je ne connaissais pas, m'a paru très joviale et gentille. Elle parlait beaucoup et racontait pleins d'histoires.

Durant cette première rencontre, **Mme L.** accepta de participer à mon atelier en disant que « *ça ne pourra pas [lui] faire de mal* ».

- ❖ *Avait-elle accepté parce que j'avais pris le temps de discuter durant un long moment avec elle ? Ou était-ce parce que la psychologue en qui elle a confiance m'avait présentée à elle ?*

Elle me fit part de son sentiment qu'elle risquait de bien s'entendre avec moi. Je lui ai donc proposé de passer un bilan avant de commencer l'atelier.

4. OBSERVATIONS ET BILAN

Lors du bilan, je remarque que ses pouces sont déformés par l'arthrose et semblent la gêner dans certaines tâches. Durant tout le bilan **Mme L.** parle et rigole beaucoup. Ce comportement semble être une sorte de défense narcissique de type logorrhéique. On peut donc penser que **Mme L.** présente des assises narcissiques fragiles. Le bilan m'a permis de

constater qu'il y avait une bonne préservation de la plupart des bases psychomotrices chez **Mme L.**

La structuration spatio-temporelle et les perceptions sensorimotrices sont préservées. Je m'attarderai sur les observations concernant le tonus, la motricité fine et les praxies qui sont des domaines dans lesquels peuvent se manifester la maladie de Parkinson. Et je finirai par l'observation de son dessin du bonhomme.

- Le tonus

Mme L. présente une certaine raideur dans ses membres supérieurs. Cette raideur est plus importante au niveau de l'articulation des épaules. Elle anticipe les gestes lors des mobilisations passives. Je constate que sa capacité à se détendre est assez restreinte et demanderait beaucoup plus de temps pour accéder à un minimum de relâchement. Cependant en mobilisation active elle ne semble pas avoir de difficultés pour effectuer les gestes demandés. Ses mouvements sont fluides et contrôlés. Ces raideurs peuvent être la manifestation débutante de la maladie de Parkinson.

- La motricité fine et les praxies

Malgré son arthrose aux pouces, **Mme L.** parvient à avoir une motricité fine correcte. Je constate une coordination des deux mains avec un contrôle du regard pour effectuer une tâche précise comme boutonner une veste.

Sa tenue du stylo se fait en prise tridigitale avec la main droite, mais elle ne présente pas une posture adaptée pour l'écriture. Elle écrit le bras tendu sans faire participer son buste. Elle mobilise son épaule sans plier le coude et n'utilise l'articulation du poignet qu'avec une très faible amplitude. Cette façon d'écrire « du bout des doigts », donne à son écriture une irrégularité et une allure tremblante. Elle dira elle-même lors du bilan qu'elle écrit mal parce qu'elle tremble. Cependant son écriture reste lisible.

Lors de la reproduction des formes géométriques, je remarque que **Mme L.** ne visualise pas la figure dans sa globalité. Elle va reproduire trait par trait chaque forme et ne va pas mettre en place un programme moteur composé de trois gestes simples pour reproduire un triangle par exemple. Je constate cependant que ce système compensatoire lui permet une reproduction correcte des figures et qu'elle est capable de relever et de corriger une erreur.

La symbolique des gestes est préservée. Elle accompagne ses imitations de mimiques faciales.

- La Schéma corporel et image du corps

A la fin du bilan, je demande à **Mme L.** si elle peut dessiner un personnage. Elle accepte d'essayer en disant qu'elle va « *faire comme les tous petits* ». Elle dessine partie par partie et annonce ce qu'elle va dessiner avant. Elle rit de son dessin qu'elle trouve « affreux », ce qui là encore révèle un type défense narcissique.

J'observe dans son dessin, que son bonhomme n'a pas de bassin, il y a un vide en bas du buste. Ce manque de bassin est peut-être en rapport avec sa chute. Aussi je remarque qu'il y a un double trait vertical au niveau du buste qui pourrait faire penser à la fermeture d'une veste ou à un tube digestif.

Ce passage de bilan me permet de supposer que **Mme L.** est au stade I de la maladie de Parkinson, puisque ses seules manifestations résident dans le tremblement léger de son membre supérieur droit et une légère raideur dans ce dernier. Durant tout le bilan, **Mme L.** est volontaire. Je remarque que son langage est cohérent et qu'elle comprend parfaitement les consignes. Son visage est expressif et elle n'hésite pas à faire part de ses remarques.

La participation à l'atelier pourrait lui permettre d'exercer sa motricité fine, de créer des liens avec les autres résidents et de maintenir ses capacités cognitives telles que l'attention et la mémoire. Aussi, suite aux observations que j'ai pu faire, il pourrait lui permettre une revalorisation narcissique.

4. LA PRISE EN CHARGE

La première séance a eu lieu un mois après la passation du bilan. Le risque était que **Mme L.** ne veuille plus venir à l'atelier. Dans la matinée, je suis donc allée voir **Mme L.** pour lui annoncer que l'atelier commençait l'après-midi même. A ma grande surprise, elle m'a dit qu'elle viendrait, mais qu'il fallait que je vienne la chercher pour ne pas qu'elle oublie.

- ❖ *Etait-ce simplement pour ne pas qu'elle oublie ou plutôt parce qu'elle avait besoin d'un soutien pour aller au bout de cette démarche qui était inhabituelle pour elle ?*

Cependant, lors du bilan elle n'a montré aucun signe pouvant faire penser qu'elle présentait des troubles de la mémoire.

Durant cette prise en charge, je parlerai de l'évolution de **Mme L.** dans l'atelier en m'appuyant sur des exemples.

- La découverte

Lors de la première séance, **Mme L.** se révèle être un bout en train au sein du groupe, ce qui contraste avec le caractère timide qu'elle dit avoir. Elle commente tout et fait de nombreuses blagues. Cependant, elle ne semble pas en confiance pour l'activité proposée. **Mme L.** et les autres membres du groupe venant tous d'un milieu rural, n'ont jamais eu l'habitude de pratiquer des activités plastiques si ce n'est qu'à l'école primaire. La séance était basée sur le sens de l'odorat et il leur était demandé de réaliser des dessins des représentations mentales qu'ils avaient dans leur tête. **Mme L.** est restée un moment à regarder sa feuille blanche en disant qu'elle ne savait pas dessiner et qu'elle n'y arriverait pas.

Un étayage a été proposé à **Mme L.** qui a accepté. Ainsi, avec l'aide d'une tierce personne pour faire avec elle et non pas pour elle, **Mme L.** a pu laisser une trace sur sa feuille. Parfois une main pouvait être posée sur la sienne pour qu'elle fasse le geste ou bien des contours pouvaient être dessinés et elle coloriait dedans.

❖ *Difficulté à laisser une trace à la vue des autres ? Manque de confiance en soi ?*

Toujours est-il qu'il aura fallu deux séances complètes avant que **Mme L.** ne se mette à dessiner toute seule, sans étayage corporel. Seul un étayage verbal suffisait alors pour qu'elle se sente soutenue dans sa création. Cet étayage a pu permettre à **Mme L.** une restauration narcissique.

Dans la création, il y a toujours une part de soi qu'on livre à la vue des autres. Cette exposition peut amener à un sentiment de vulnérabilité si le sujet n'a pas assez confiance en lui. Dans le cas de **Mme L.**, je pense que l'enveloppe groupale lui a donné un sentiment de sécurité suffisamment important pour lui permettre un certain lâcher prise.

Dès la première séance, **Mme L.** dira que l'atelier est un moment de détente pour elle, qu'elle passe un moment agréable et qu'elle souhaiterait revenir si on voulait bien

d'elle. Ces commentaires reviendront lors des séances suivantes et montreront la nécessité pour **Mme L.** de venir à l'atelier.

- Des séances constructives

Mme L. possède de grandes ressources créatives. Lors d'une séance, elle a donné spontanément un titre à sa création, puis elle s'est rendu compte que certains de ses traits ressemblaient à des chiffres et donc elle en a déduit que c'était le prix de sa création. Cette étape montre que **Mme L.** malgré son autodérision donne de la valeur à sa production et par conséquent à sa propre personne.

Comme j'ai pu le dire précédemment, **Mme L.** parle beaucoup durant les séances. Un jour, lors d'une séance avec des mandalas, un grand silence régnait dans la salle. **Mme L.** ne disait mot. Au bout d'un moment, elle put remarquer qu'elle ne parlait pas, mais qu'elle n'en ressentait pas le besoin.

- ❖ *Avait-elle trouvé une place rassurante dans le groupe ? Ou était-ce l'effet de recentration du mandala qui lui avait permis d'accepter ce silence ?*

A la suite de cette séance, j'ai pu constater que **Mme L.** continuait à parler durant les séances mais beaucoup moins qu'avant et surtout qu'elle commençait ses productions beaucoup plus rapidement et avec plus de concentration qu'avant.

- Une évolution frappante

Lorsqu'on met en lien les observations et les créations de **Mme L.**, au commencement de l'atelier et celles après plusieurs semaines, on peut remarquer une évolution à plusieurs niveaux.

Sur le plan personnel, **Mme L.** a acquis une certaine confiance en elle qui n'était pas aussi présente au début. On constate une revalorisation de sa personne et une affirmation de son identité. **Mme L.** n'a plus besoin que je vienne la chercher pour venir à l'atelier, ce qui montre que ce n'était pas dû à un trouble mnésique et que l'oubli était un prétexte pour se faire accompagner. De plus, elle n'a plus besoin d'étayage pour réaliser une production et elle a pu se tourner vers les autres en faisant preuve d'empathie et d'écoute.

Une évolution est visible sur le plan cognitif. Au début **Mme L.** ne conceptualisait pas ce qu'elle faisait et donc sa production était composée de dessins posés les uns après les autres

sans lien entre eux. Au fil des séances **Mme L.** a pu penser ses productions, avant de les réaliser. Par exemple, elle a pu faire d'elle-même des liens entre trois images pour raconter une histoire, qui était en lien avec son histoire de vie personnelle, lors d'un collage ou encore poser des feutres côte à côte pour voir si les couleurs allaient ensemble, avant de colorier.

Dans le dessin suivant (**figure 2**), **Mme L.** a voulu faire des personnes en train de bronzer sur une plage. N'étant pas capable de le faire elle a fait des tâches marron et a dit que c'était une plage vue de loin. Cette expérience montre que **Mme L.** est capable de tirer avantage de ses difficultés. Elle ne dit pas qu'elle n'a pas réussi mais elle modifie l'interprétation de sa réalisation pour la rendre acceptable.

FIGURE 2



Mme L. a pu améliorer sa motricité fine dans la précision et la fluidité de ses gestes. Aussi, elle a pu apprendre à réguler son tonus et affiner ses coordinations visuo-motrices et bimanuelles.

5. UNE NECESSITE

J'ai pu remarquer combien l'atelier avait pris une place importante pour **Mme L.** qui ne manquait pas une seule séance. Même lorsque ses fils viennent lui rendre visite, elle leur dit de l'attendre dans sa chambre le temps qu'elle finisse la séance.

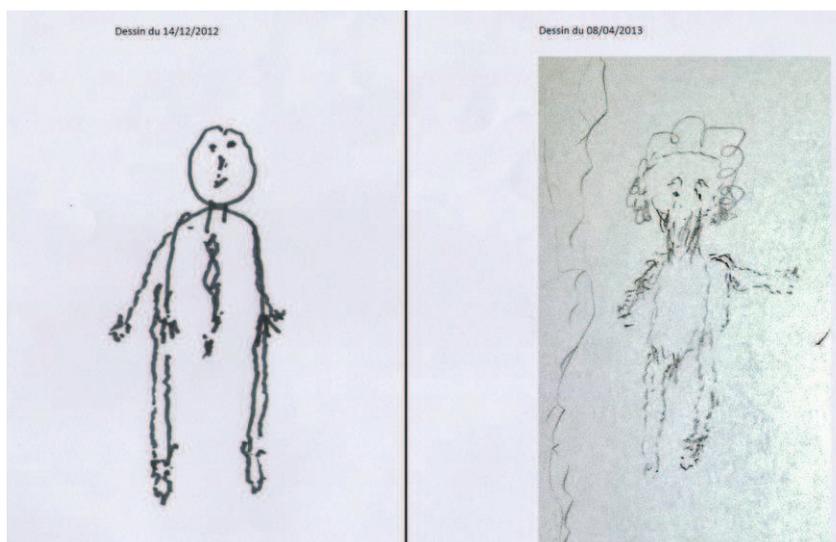
Etre présente lors de l'atelier est important pour elle, mais aussi la présence des autres membres du groupe compte pour beaucoup. Un jour, **M. N.** qui mangeait le midi habituellement à côté d'elle n'est pas venu car il ne se sentait pas bien. Se faisant du souci pour lui, elle m'a demandé d'essayer de le faire venir l'après-midi à l'atelier pour lui remonter le moral, parce qu'elle sait qu'il aime y venir.

Mme L. s'investit dans l'atelier et ne manque pas de m'aider à préparer la salle, quand elle arrive plus tôt, en plaçant les chaises pour chaque membre du groupe. Je pense qu'au fil des séances, **Mme L.** a pris conscience de sa place et de son utilité au sein du groupe.

1. HYPOTHESE

Je souhaite revenir sur le dessin du personnage que **Mme L.** a fait lors du bilan. Trois mois après le bilan, elle a dessiné un autre personnage. Lorsqu'on les compare (**Figure 3**) on peut s'apercevoir que son dernier personnage possède clairement un bassin.

FIGURE 3



Lors du dessin du deuxième personnage, **Mme L.** a dessiné au crayon à papier et a voulu faire une « esquisse » d'un personnage comme elle l'a précisé. On peut remarquer que ce personnage possède de nouveaux éléments : des cheveux, les bras ont du volume puisqu'ils ne sont plus représentés par un seul trait mais par deux traits et une barbe. De plus, le cou n'est plus relié aux épaules au niveau du menton.

Suite à cette observation, il me vient une question :

- ❖ *Est-ce que la revalorisation narcissique de **Mme L.** lui a permis une restauration de son schéma corporel ?*

En effet, l'image du corps et le schéma corporel sont liés. L'image du corps peut donc influencer le schéma corporel. Donc on peut émettre l'hypothèse que la revalorisation de l'image du corps de **Mme L.** a modifié son schéma corporel.

7. CONCLUSION

Ainsi, la prise en charge de **Mme L.** dans l'atelier lui a permis de préserver et d'améliorer certaines capacités psychomotrices. Elle a pu aussi s'intégrer au sein d'un groupe et en est même devenue un élément moteur.

Aujourd'hui, **Mme L.** s'épanouit dans l'atelier « expression », mais ne participe toujours pas aux ateliers des animatrices. Ces ateliers proposent des groupes ouverts et parfois importants ce qui peut provoquer une certaine angoisse et incertitude. A l'inverse, l'atelier « expression » propose un groupe fermé et petit ce qui est plus rassurant et lui apporte une certaine sécurité. Je suppose que c'est cette contenance et cette sécurité que vient chercher **Mme L.** dans l'atelier.

II. Etude de cas de Mme B.

1. PRESENTATION ET ANAMNESE

Mme B. est née le 12 Juillet 1925 à Labrit. Elle a donc 87 ans lors de mon stage. Elle réside à l'EHPAD depuis 4 ans suite à la tempête de 2009. Le deuil du domicile fut donc difficile.

Aujourd'hui, elle s'est créé une réalité plus acceptable en disant qu'elle est venue dans l'EHPAD de son plein gré car son mari était directeur d'hôpitaux et donc qu'elle savait qu'on y vivait bien.

Elle était employée de trésor public mais a arrêté lorsqu'elle a eu ses enfants. Elle a vécu dans plusieurs villes de France dont Paris. Elle faisait donc partie d'un milieu assez aisé.

Elle n'apprécie pas les activités trop longues et aime les arts plastiques. Elle est sensible à son apparence et présente une posture très distinguée.

1. MA RENCONTRE AVEC MME B.

J'ai rencontré **Mme B.** pour la première fois lors d'ateliers proposés par les animatrices, durant ma période d'observation. J'ai pu remarquer que **Mme B.** était quelqu'un de très appliquée dans les activités qui touchaient la créativité. Elle paraissait très calme et ne disait jamais un mot plus haut que l'autre. Elle était aussi assez effacée dans le groupe.

❖ *Ne parlait-elle pas parce qu'elle était de caractère timide ? ou parce qu'elle était très concentrée sur sa tâche ?*

2. PROJET DE PRISE EN CHARGE

Mme B. est autonome à la marche, sans utiliser de canne, et porte des lunettes. On a diagnostiqué chez **Mme B.** un début de démence de type Alzheimer que je me propose de vous expliquer plus en détail.

La **Démence de Type Alzheimer** est une maladie neurodégénérative, qui atteint plusieurs régions du cerveau et en particulier la région du système limbique. Sur le plan neurobiologique, cette pathologie se caractérise par la diminution du poids du cerveau et une atrophie corticale qui se traduit par l'élargissement des sillons corticaux. Au niveau cellulaire, il y a une perte neuronale, la présence de plaques séniles et des

dégénérescences neurofibrillaires dans le néocortex. Les plaques séniles sont des structures anormales dans les espaces extracellulaires qui se forment particulièrement dans l'hippocampe (mémoire et navigation spatiale) et les aires néocorticales d'association (fonctions cognitives supérieures). Le nombre de plaques séniles va être en lien avec le degré de détérioration intellectuelle.

Les causes de cette maladie ne sont à ce jour pas déterminées et les chercheurs n'ont pas trouvé de moyen d'arrêter sa progression. La maladie d'Alzheimer est progressive et se manifeste au début par des troubles mnésiques, tels que la perte de la mémoire des événements récents. Mais, les personnes atteintes de cette démence ne sont pas toutes affectées de la même façon et donc ne présentent pas toutes les mêmes symptômes. Les symptômes qui peuvent apparaître sont révélateurs des zones du cerveau atteintes (lobe pariétal, lobe temporal, lobe frontal, occipital). Souvent cette pathologie est définie par le syndrome aphaso-apraxo-agnosique, c'est-à-dire des troubles du langage, du geste (reproduction de dessin, habillage) et de la reconnaissance (visage, objet).

Cependant, on a pu repérer différents stades de la maladie :

- **Stade léger** : il est caractérisé par des troubles mnésiques et comportementaux. Il s'étend sur une période de deux à quatre ans et des troubles de la mémoire épisodique vont être visibles. Ces troubles mnésiques sont suffisamment importants pour interférer sur le quotidien du sujet. Des troubles du langage et de l'attention peuvent aussi apparaître au début de cette maladie. De plus, le sujet est conscient de ses difficultés, ce qui entraînera des plaintes subjectives concernant les troubles de la mémoire.
- **Stade modéré** : il évolue sur une période de deux à six ans. Il se caractérise par une perte d'autonomie et des troubles mnésiques et comportementaux qui s'aggravent. Contrairement au stade précédent, le sujet nie ou sous-estime ses difficultés. Il perd ses repères spatiaux et temporels. La présence d'un tiers devient vite indispensable pour gérer le quotidien. En effet, le sujet ne reconnaît plus les objets usuels. Par conséquent, son environnement peut être une source d'accidents. En termes de communication, le langage se détériore peu à peu. Le sujet ne s'exprime plus de façon spontanée et son discours devient incohérent. Au-delà des troubles mnésiques et comportementaux, on peut observer des modifications de la personnalité, une

agressivité, une perte d'intérêt ou encore des troubles de l'alimentation et du sommeil. Le sujet peut aussi commencer à avoir des difficultés à reconnaître ses proches.

- **Stade sévère** : il évolue sur deux à quatre ans. Il est caractérisé par une très grave atteinte de la mémoire. Le phénomène de mémorisation est totalement altéré. En plus des souvenirs récents, le sujet oublie également les événements survenus tout au long de sa vie. Le langage oral et écrit est dégradé de façon majeure, jusqu'au mutisme. La compréhension est quant à elle définitivement altérée. De plus, les troubles physiques sont eux aussi très importants. Le patient a beaucoup de difficultés à se déplacer et tombe fréquemment.
- **Stade terminal** : il dure en moyenne deux années. Le sujet perd alors toute autonomie. Il y a une perte des habiletés psychomotrices, il ne peut plus communiquer ni se déplacer. L'évolution conduit irrémédiablement le sujet vers un état grabataire. Grande fatigue, perte de poids et infections bronchiques entraînent le décès du sujet huit à douze ans après le diagnostic de la maladie.

L'équipe soignante s'inquiète des troubles mnésiques de **Mme B.** qui sont de plus en plus fréquents. Elle pose plusieurs fois la même question dans la journée, elle semble ne plus pouvoir encoder les informations. Je décide donc de proposer à **Mme B.** d'intégrer mon atelier thérapeutique, afin de prévenir les troubles de l'attention et de la mémoire dans un premier temps. Elle a accepté avec un grand plaisir, car elle apprécie en particulier les ateliers où il fallait dessiner. Plus tard, elle vint avec moi pour passer le bilan.

3. OBSERVATION ET BILAN

Lors du bilan, j'ai pu remarquer que toutes les capacités psychomotrices testées chez **Mme B.** étaient en partie préservées. Elle est capable de se détendre, ses gestes sont fluides et contrôlés. Elle présente une calligraphie de bonne qualité avec une certaine esthétique. Ses perceptions sont préservées et maîtrisées et son dessin du bonhomme est complet et présente des accessoires.

Cependant, je note que sa capacité d'attention est irrégulière. Plusieurs fois durant la séance, elle ne retiendra pas les consignes avec plusieurs messages. Aussi, à la fin du bilan,

au moment où nous allions sortir de la salle, **Mme B.** me posa plusieurs questions qui m'ont interpellée.

❖ *Où sommes-nous ? Quelle heure est-il ? Comment suis-je arrivée jusqu'ici ?*

Visiblement, **Mme B.** était désorientée, face à un vide momentané. Je dis bien momentané, car lorsque, sans lui donner la réponse, je lui retourne ses questions, elle réussit à récupérer toutes les informations toute seule. Aussi, lors du bilan elle avait su me donner la date du jour et me dire où l'on se trouvait, ce qui indiquait qu'elle se repérait dans le temps et l'espace. **Mme B.** se trouve donc désorientée dans l'espace et le temps, lorsqu'il y a un changement de repères. Elle reste cependant capable de compenser cet état de désorientation en récupérant les informations grâce à une certaine concentration.

L'intervention psychomotrice, auprès des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer, doit développer une stratégie de communication qui met l'accent sur le non-verbal, la créativité et le sensoriel. L'atelier « expression » semble donc être approprié pour **Mme B.** qui pourra continuer à préserver le plus longtemps possible ses capacités psychomotrices, ce qui est très important du fait de sa pathologie. De plus, l'atelier lui permettra d'exercer sa mémoire qui semble décliner. L'objectif principal pour **Mme B.** est de lui permettre de rester autonome le plus longtemps possible.

4. LA PRISE EN CHARGE

Durant la prise en charge de **Mme B.** au sein de l'atelier « expression », j'ai pu remarquer une évolution dans son développement personnel et de certaines de ses capacités psychomotrices. Je décrirai particulièrement l'évolution de **Mme B.** dans le processus de conceptualisation en m'appuyant sur ses réalisations et je décrirai certaines de mes observations afin de comprendre quelles zones de son cerveau sont éventuellement atteintes ou non par sa pathologie.

- Première séance

Lors de la première séance, **Mme B.** était ravie de pouvoir dessiner. Ce moment lui rappelait le temps où elle allait à l'école. On peut remarquer que, dans sa première réalisation (**Figure 4**), les dessins sont séparés et ne sont pas en lien les uns avec les autres.

Cette réalisation ne raconte pas d'histoire et est caractéristique des sujets atteints de démence.

Cependant, il est important de remarquer la qualité des traits qui sont faits avec une dextérité certaine.

FIGURE 4



- Début de la conceptualisation

Dès la deuxième séance, on peut constater que **Mme B.** a conceptualisé sa production. La réalisation raconte une histoire, tous les éléments sont en lien les uns avec les autres. On peut remarquer que plusieurs éléments du premier dessin (**figure 4**) réapparaissent dans le deuxième dessin (**figure 5**). Ainsi, on retrouve le chat, le soleil, l'arbre, les oiseaux...

De plus, **Mme B.** s'appuie sur les sons qu'elle entend pour trouver des idées de dessin et réussi à les rajouter au fur et à mesure dans sa réalisation tout en faisant du lien.

FIGURE 5



Toutes ses réalisations, qui suivront, seront ainsi conceptualisées, créatives, faites avec dextérité et minutie. Elle maîtrise les notions de proportions et est très sensible à l'aspect harmonieux que peut renvoyer l'image. Ainsi, on peut supposer que la pathologie de **Mme B.** n'a pas atteint le lobe occipital qui permet le décodage de l'information visuelle, l'association des couleurs, des formes et des angles de mouvement.

- Quelques symptômes

Il faut savoir qu'avant l'atelier, j'allais chercher **Mme B.** dans sa chambre. Parfois, devant se préparer un peu, elle me disait qu'elle me rejoindrait dans la salle où se passe l'atelier. Plusieurs fois, elle avait oublié où elle devait aller exactement et avec qui elle devait être. Je la retrouvais à l'atelier de l'animatrice qui se trouve en premier sur son chemin, pour venir jusqu'au groupe. Cette désorientation montre qu'il y a une atteinte probable du lobe pariétal, puisqu'il est impliqué dans la perception de l'espace avec la compréhension des lieux où nous nous trouvons. Cependant, l'atteinte ne peut être totale, car ce lobe analyse et traite les informations issues des modalités sensorielles. Comme j'ai pu l'observer chez **Mme B.** ces dernières fonctions sont totalement préservées.

Aussi, durant l'atelier **Mme B.** est capable de dire comment elle a procédé dans sa réflexion pour réaliser son œuvre. Mais je remarque que si elle n'a pas conceptualisé avant,

comme pour un collage collectif, elle n'est pas capable de retrouver les images qu'elle vient de coller. De plus, d'une semaine sur l'autre, elle récupère avec une grande difficulté ce qu'on a pu faire la fois précédente. Ces troubles mnésiques qui sont les plus visibles chez **Mme B.** sont révélateurs d'une atteinte du lobe pariétal qui contrôle les apprentissages récents et la mémoire immédiate.

- Atténuer les symptômes

Au fil des séances, j'ai pu remarquer que la contenance que peut procurer le cadre, la salle, le groupe, permettait à **Mme B.** de ne pas être désorientée dans l'espace et le temps, durant la séance. Elle a intégré de nouveaux repères et n'a pas manifesté d'anxiété particulière. Aussi, la sensorimotricité lui a permis une réminiscence des souvenirs passés. Elle réussit encore à encoder des informations dans la mémoire de travail, prouvant que cette dernière n'est pas totalement altérée.

5. CONCLUSION

Ainsi, par le biais de l'atelier, je peux émettre l'hypothèse que la maladie d'Alzheimer de **Mme B.** atteint progressivement le lobe temporal et le lobe pariétal. Le lobe occipital et le lobe frontal semblent quant à eux hors d'atteinte, pour le moment, puisque **Mme B.** a préservé ses facultés de traitement de l'information visuelle et ses capacités de planification du langage et des mouvements volontaires. **Mme B.** semble être au stade léger de la maladie d'Alzheimer. Elle est consciente de ses pertes de mémoire, mais elle ne semble pas dramatiser la situation. Elle essaye au maximum de compenser chaque fois qu'elle se rend compte qu'elle a oublié une information. De plus, durant les séances, ses troubles mnésiques n'ont pas été pointés du doigt par les autres, ce qui lui a permis de ne pas se sentir dévalorisée.

L'atelier a permis à **Mme B.** de progresser dans ses capacités cognitives et de montrer séance après séance son potentiel créatif.

CONCLUSION

Je suis tout à fait consciente que la pratique psychomotrice, auprès des sujets âgés, peut être complexe au vue de certains, du fait de la finalité de leur sort. Mais, les courtes périodes où j'ai pu observer des progressions, me rappellent toujours qu'ils sont encore capables de faire de nombreuses choses, si on leur en laisse la possibilité. Il est essentiel que le sujet âgé se sente encore valorisé par l'activité qu'il pratique, qu'il prenne conscience qu'il possède encore des capacités, et qu'il est même possible d'apprendre et de progresser. Mais il est aussi important que nous, psychomotriciens, nous en soyons conscients et que nous acceptions que nous ne sommes pas là pour les guérir mais pour les accompagner.

La mise en place de cet atelier, m'a permis de constater à quel point la créativité prenait en compte la globalité du sujet, comme le psychomotricien. Tout en étant dans un contexte ludique, cet atelier thérapeutique aura permis de préserver et d'améliorer des capacités psychomotrices et même parfois d'en apprendre des nouvelles. Aussi, par le biais du groupe, il aura permis d'améliorer les capacités de communication et d'échanges et de renforcer le sentiment d'identité.

Cet atelier thérapeutique maintient une certaine activité physique, même si elle n'est pas à première vue évidente. On peut remarquer la présence de mouvements moteurs et d'ajustements toniques qui seront bénéfiques pour la santé physique du sujet âgé.

« Sur le plan physique, la verticalisation a une action sur le métabolisme osseux, les muscles, l'appareil cardiaque, respiratoire, digestif et urinaire. » **Agnès Ligios**⁴³

Tout au long de ce mémoire, j'ai essayé de montrer l'intérêt, que j'ai perçu, de favoriser la créativité chez le sujet âgé dans la pratique psychomotrice. On a pu voir qu'il y avait une action sur le plan physique, cognitif et psychique.

De plus, on a vu que la créativité pouvait être « *utilitaire* » ou « *gratuite* » et que les deux fonctionnaient souvent ensemble. La mise en place de nouvelles combinaisons de gestes, pour reproduire dans le réel une représentation mentale, fait appel à la créativité « *utilitaire* ». Des connexions neuronales seront donc mises en place ou seront à nouveau

⁴³ Agnès Ligios, p.3, « *L'impact de l'alitement chez la personne âgée démente* »

sollicitées. Par ce phénomène, on peut penser qu'en dehors de cet atelier, ce réseau neuronal pourra être réutilisé. Le sujet âgé aura peut-être plus de facilité à trouver une solution ou un système compensatoire, lorsqu'il se trouvera face à un problème...

BIBLIOGRAPHIE

1. **Albret J.M et Aubert Eric** *Vieillesse et psychomotricité*, Collection Psychomotricité, Solal. 2001
2. **Assoun P.L, Jean-Denis Bredin J.D, Marie de Hennezel,** *Comment accepter de vieillir ?*, Les éditions de l'atelier. 2003
3. **Bengotxea Ana et Cheron Guy,** *Vieillesse et contrôle cérébral de l'exercice* (PDF) <http://franceolympique.com/files/File/actions/sante/documentation/2005/vieillesse-et-contrôle-cerebral-de-l-exercice.pdf>
4. **Boussac Sébastien,** *Etre vivant, être créatif... jusqu'au dernier souffle : place de la créativité dans la pratique psychomotrice auprès du sujet âgé.* Mémoire, 2002, Bordeaux 2.
5. **Charazac Pierre,** p. 1 à 63 *L'aide-mémoire de Psychogéatrie*, Dunod. 2011
6. **Juhel J.C,** *La psychomotricité au service de la personne âgée*, Les presses de l'université de Laval. 2010
7. **Laforestrie René :**
 - *L'âge de créer*, Centurion, 1991
 - Revue *Le journal des Psychologues*, septembre 2000, n° 180, p. 50 à 54, « **Revaloriser la personne âgée par la créativité** »,
8. **Dr Lardinois Eric,** *La créativité par la pratique* (PDF) http://www.heracles.be/resources/5fdec927cfac626c79fd548898968e22c4a080e1/cours_general.pdf
9. **Pierre Moron, Jean-Luc Sudres, Guy Roux,** p. 1 à 33 (chapitre 1) et p. 177 à 181(chapitre 13), *créativité et art-thérapie en psychiatrie*, Masson, 2004
10. **Personne Michel,** *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, Eres, 2011
11. **Sudres J-L, Roux Guy, Lahare Muriel, De La Fournière,** *La personne âgée en art-thérapie*, Collection *Psychanalyse et civilisation*, L'Harmattan, 2004
12. **Winnicott D.W.,** *Jeu et réalité*, Gallimard, 2002

13. Dossier « Soins gérontologie » :

- **Agnès Ligos, « L'impact de l'alitement chez la personne âgée démente, Vivre en mouvement**

14. Revues « Gérontologie et Société » :

- **Donaz Monique, 2011-2012, n° 137, p. 95 à 111 « Entre créativité, groupe et soin psychique du sujet âgé »**
- **Talpin Jean-Marc, 2011-2012, n° 137, p. 23 à 36 « Etre créatif : un impératif psychique tardif au service de la vie »**

15. Revue « Thérapie psychomotrice –et recherches » :

- **Allais J-P, 2005, n°141, p. 78 à 84 « Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la créativité... »**
- **Deleuze G., 2005, n°141, p.152 à 159 « la création est un acte de résistance »**
- **Dubrana Nathalie, 2005, n°141, p.160 à 167 « Au commencement était... la sensation »**
- **Gatecel Anne, 2005, n°141, p. 128 à 130 « Créativité »**
- **Rodriguez Marc, 2005, n°141, p. 64 à 68 « La créativité en psychomotricité : l'envers du décor »**

Table des illustrations

Figure 1.....	59
Figure 2.....	86
Figure 3.....	87
Figure 4.....	93
Figure 5.....	94

Table des matières

INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE I : LE SUJET VIEILLISSANT.....	8
I. Processus physiologique du vieillissement normal	9
1. Le plan physique.....	9
2. Le plan neurologique.....	11
3. Le plan psychique	21
4. Aspects psychomoteurs du vieillissement normal.....	24
II. Le vieillissement pathologique	28
1. Le plan neurologique.....	29
2. Le plan psychique	29
3. Aspects psychomoteur du vieillissement pathologique	30
III. Normal ou pathologique ?	30
CHAPITRE II: LE SUJET AGE ET LA CREATIVITE.....	31
I. Qu'est-ce que la créativité ?.....	32
1. Définitions	32
2. Le processus de créativité	32
3. de la créativité à la création	35
4. Créativité ou création ?	37
II. Comment la créativité apparaît-elle dans le développement psychomoteur ?.....	38
1. sensorimotricité : origine de la créativité	38
2. Le rôle du jeu pour Winnicott	39
III. Comment évolue la créativité chez le sujet âgé ?	40
1. être créatif c'est être vivant.....	40
2. un âge pour la créativité	41
3. l'institution : menace ou préservation de la créativité ?	43
4. Conclusion	46
CHAPITRE III: PSYCHOMOTRICITE ET CREATIVITE.....	47
I. Comment favoriser la créativité chez le sujet âgé en psychomotricité ?	48
1. Relancer la créativité.....	48

2. Cadre thérapeutique	50
II. L'apport de la créativité d'un point de vue psychomoteur.....	51
1. C'est du Snoezelen ici ?	51
2. Libre expression	53
3. L'acte créateur comme geste d'autonomie	55
4. Moyen de communication non verbal	56
5. Révélateur de troubles.....	57
III. La créativité du psychomotricien.....	60
1. Etre créatif.....	60
2. Omniprésence de la créativité	61
CHAPITRE IV: L'ATELIER "EXPRESSION".....	63
I. Quelques points sur l'institution	64
1. Contexte social	64
2. Types d'accompagnements proposés	66
II. L'apport du groupe	67
1. Sortir de l'isolement.....	67
2. Diversité et respect	67
3. Sécurisant.....	68
4. rôle d'ami	68
5. Revalorisation narcissique.....	68
6. Conclusion	69
III. Choix du groupe.....	69
1. Pourquoi ces deux traits de caractère ?.....	69
2. L'importance du nombre.....	70
3. Une proposition.....	71
IV. Le bilan psychomoteur	72
1. La motricité fine des membres supérieurs	72
2. Les praxies	73
3. Les perceptions	73
4. La structuration temporo-spaciale.....	74
5. Le tonus	74
6. Dessin du bonhomme	75

V. Déroulement d'une séance type	75
1. Le cadre	75
2. Préparation à la séance	766
3. Commencement de la séance	76
4. Retour sur la séance	777
CHAPITRE V: ETUDES DE CAS	78
I. Etude de cas de Mme L.	79
1. Présentation et anamnèse	79
2. Un projet de prise en charge	79
3. Ma rencontre avec Mme L.	81
4. Observations et bilan	81
4. La prise en charge.....	83
5. Une nécessité	87
1. Hypothèse	87
7. Conclusion	88
II. Etude de cas de Mme B.	89
1. Présentation et anamnèse	89
1. Ma rencontre avec Mme B.....	89
2. Projet de prise en charge	89
3. Observation et bilan	91
4. La prise en charge.....	92
5. conclusion.....	95
CONCLUSION	96
Bibliographie.....	98
Table des illustrations.....	99