



HAL
open science

”C’est l’histoire d’un mouvement”. Place du mouvement dans l’expressivité du sujet atteint de démence de type Alzheimer

Julie Mayer

► **To cite this version:**

Julie Mayer. ”C’est l’histoire d’un mouvement”. Place du mouvement dans l’expressivité du sujet atteint de démence de type Alzheimer. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00867586

HAL Id: dumas-00867586

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00867586>

Submitted on 30 Sep 2013

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

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

UNIVERSITÉ BORDEAUX SEGALEN

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de
psychomotricien

« C'EST L'HISTOIRE D'UN MOUVEMENT »

**Place du mouvement dans l'expressivité du sujet
atteint de démence de type Alzheimer**

Mayer Julie

Née le 8 novembre 1990 à Eaubonne

Juin 2013

UNIVERSITÉ BORDEAUX SEGALEN

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de
psychomotricien

« C'EST L'HISTOIRE D'UN MOUVEMENT »

**Place du mouvement dans l'expressivité du sujet
atteint de démence de type Alzheimer**

Mayer Julie

Née le 8 novembre 1990 à Eaubonne

Juin 2013

Remerciements

Je profite de cette page pour remercier Laure CABANES, maître de mémoire, pour sa disponibilité et son écoute dont elle a fait preuve durant mon stage et la réalisation de ce travail. Merci également à Valérie LACAMOIRE, qui dans le partage de sa pratique m'a fait vivre de belles expériences chorégraphiques.

Je remercie mes parents pour leurs conseils et leurs soutiens, à ma mère pour ses qualités littéraires et à mon père pour ses réflexions philosophiques. Merci à ma sœur Marine et à mon frère Théo, qui, à leurs manières ont su me rebooster dans les moments de doutes. Merci à Arnaud, toi qui chaque jour m'a soutenu.

*Merci à mes camarades de classe, avec qui, entre inquiétudes et enthousiasmes, j'ai pu vivre trois années de formations riches et inoubliables ;
ce ne sont que les premières d'une longue lignée !*

Enfin, merci à toutes les personnes âgées que j'ai pu rencontrer et qui, à leur insu, m'ont permis d'apprendre et d'écrire ce mémoire.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	4
PARTIE 1: VIEILLESSE ET DEMENCE	6
A- LE PROCESSUS DU VIEILLISSEMENT	6
B- LA DEMENCE DE TYPE ALZHEIMER	12
PARTIE 2: LE MOUVEMENT AU FIL DU TEMPS	25
A- LA CONSTRUCTION DU MOUVEMENT	25
B- LE MOUVEMENT A L'EPREUVE DE LA DEMENCE	37
HYPOTHESE	44
PARTIE 3: DU MOUVEMENT A L'EXPRESSION DE L'EMOTION	46
A- L'EXPRESSIVITE, UN MODE D'EXPRESSION PRIVILEGIE	46
B- LES EMOTIONS	55
PARTIE 4: UN PROJET DE GROUPE : LE MOUVEMENT DANSANT	61
A- L'INSTITUTION	61
B- LE GROUPE	64
DISCUSSION	82
POURQUOI CE MEMOIRE ?	82
QUELLE EXPERIENCE EN UNITE PROTEGEE ?	83
CONCLUSION	84
BIBLIOGRAPHIE	86
ANNEXE 1	88

INTRODUCTION

ALZHEIMER... De ce simple mot découle tellement de choses. Si les parents d'Aloïs ALZHEIMER savaient combien leur nom est utilisé de nos jours, il seraient sûrement bouche bée ! Et pourtant, c'est un fait, la démence de type Alzheimer est bien présente et aux vues des recherches actuelles, elle n'a pas prévu de disparaître. En effet, quelques 2 millions de cas seraient recensés en 2020.

Imaginez vous, 3% des personnes en France pourraient donc souffrir de cette pathologie ! Dans ces conditions, la maladie d'Alzheimer est de nos jours un sujet qui intéresse de plus en plus la psychomotricité. C'est un enjeu de santé publique et les psychomotriciens occupent une place de plus en plus importante auprès des personnes âgées dépendantes. En ce qui me concerne, c'est après avoir réalisé un stage auprès d'enfants en deuxième année que j'ai eu l'envie de m'intéresser à une toute autre population: celle des personnes âgées.

Je dois l'avouer, la première fois que j'ai passé la porte de l'unité protégée située dans l'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) au sein duquel j'effectue mon stage, je me suis demandée quelles étaient les raisons qui m'avaient poussé à choisir cette pathologie comme thème de mémoire!

C'est simple : d'un côté, toutes ces personnes m'intriguaient, mais de l'autre, elle me faisaient réellement peur! Heureusement, ce sentiment n'a pas perduré longtemps et j'ai très vite pu comprendre que derrière ces visages marqués, ces attitudes de replis et ces comportements farfelus, se trouvaient de réelles personnes avec un passé et une vie bien remplie derrière eux.

En effet, la démence de type Alzheimer entraîne avec elle bien plus que des déficits mnésiques. Les troubles spatio-temporaux font perdre au sujet ses repères dans le temps et dans l'espace, il est ainsi projeté dans un environnement angoissant où il ne connaît plus ce qu'il l'entoure et reste perdu entre le présent et ses souvenirs passés.

Ce manque de repères pousse alors souvent le sujet dans des comportements inadaptés, incohérents. Des conduites comme la déambulation, l'apathie ou l'agitation sont facilement observables. Le sujet erre petit à petit vers un monde inconnu, où son histoire n'a plus réellement de sens pour lui.

Malgré cela, bon nombre d'entre eux ne lâchent rien. Même s'ils rodent dans des terres mal connues, la vie existe encore en eux. Leurs mouvements, étranges, parfois même absurdes en sont la preuve. Ceux sont ces mouvements qui m'ont intrigués et interrogés. Bien sûr l'agressivité d'un monsieur ou le câlin d'une dame m'ont assez intimidé les premiers jours. Face à eux, j'étais étonnée par leurs comportements et je ne savais pas forcément comment réagir.

Mes observations et mes premières impressions au contact des résidents de l'unité protégée ont donc suscités chez moi plusieurs interrogations :

Un sens peut-il être donné à leurs comportements surprenants ?

Quels impacts peut avoir la démence sur les représentations du corps ?

Pouvons-nous affirmer que de l'expressivité est encore présente dans leurs mouvements ?

Si oui, quel rôle peut avoir cette expressivité, notamment dans l'expression de leurs émotions ?

La démence implique-t-elle une perte du sentiment d'existence ?

De quelle manière le psychomotricien, par son approche globale du sujet, va-t-il pouvoir intervenir dans la compréhension et l'accompagnement du sujet ?

Pour répondre à ces diverses questions, j'ai décidé d'orienter mon mémoire sur les thématiques du mouvement, de l'expressivité et des émotions chez la personne atteinte de démence de type Alzheimer.

Je débuterais donc mon travail par une présentation des effets du vieillissement et de la pathologie sur le sujet atteint de démence. Je m'attacherais à donner ensuite un rappel de ce qu'est le mouvement où je décrirais la manière dont il est atteint dans la démence. Puis, j'aborderais les notions d'expressivité et de vie émotionnelle dans la maladie d'Alzheimer.

Tout au long de mon exposé, je poncturais mes propos par plusieurs vignettes cliniques. Je poursuivrais par la présentation de mon lieu de stage et en décrivant l'atelier de groupe que j'ai pu mettre en place. Enfin, je terminerais par la partie discussion qui sera l'occasion de partager mon expérience en tant que stagiaire.

PARTIE 1

VIEILLESSE ET DEMENCE

MONDIALEMENT, l'espérance de vie a augmenté de façon considérable ces cinquante dernières années grâce aux progrès de la médecine. En France, notre espérance de vie s'est allongée de plus de 10 ans depuis les années cinquante.

Avec le « baby boom » et l'accès à des soins médicaux améliorés, la proportion de personnes dites âgées a doucement pris de l'ampleur. Dans notre pays, l'INSEE a estimé que 17,1% de la population serait représentée par nos aînés et ce chiffre ne fera qu'accroître dans les prochaines années.

Une des premières conséquences directes de l'allongement de la vie est l'apparition grandissante de pathologies liées à la vieillesse telles que la maladie d'Alzheimer. Il m'a donc semblé important de me pencher sur la question de la vieillesse et du vieillissement afin d'appréhender la problématique du sujet atteint de démence dans sa globalité.

A- LE PROCESSUS DU VIEILLISSEMENT

Le vieillissement est un processus continu, physiologique, normal connu de tout être humain. Il se ressent aussi bien au niveau social, corporel et psychique. Son retentissement est variable d'un individu à un autre, il dépend de l'environnement et des facteurs génétiques.

Selon Simone DE BEAUVOIR :

« *La sénescence n'est pas une pente que chacun descend à la même vitesse. C'est une volée de marches irrégulières que certains dégringolent plus vite que d'autres* ». ¹

En ce qui concerne la vieillesse, nous pouvons la considérer comme l'aboutissement de ce processus du vieillissement. Communément, le dictionnaire définit la vieillesse comme :

« *La dernière période de la vie normale qui succède à la maturité, caractérisée par un affaiblissement global des fonctions physiologiques et des facultés mentales et par des modifications atrophiques des tissus et des organes* ». ²

La vieillesse n'est donc pas une pathologie, c'est un état : état où le corps et le mental changent.

1- LE VIEILLISSEMENT SOCIAL

a- Devenir « vieux »

Les « vieux », les « aînés », les « anciens », les « personnes âgées », nombreuses sont les dénominations qui existent pour qualifier les sujets qui commencent à avoir un certain âge. Mais la vieillesse se résume-t-elle seulement à un âge ? A partir de quel moment un individu est-il qualifié de « vieux » ?

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la réglementation française, une personne est âgée à partir de l'âge de 65 ans. Symboliquement, c'est le départ à la retraite qui marque l'entrée dans le troisième âge. Le début de la vieillesse consiste alors à s'adapter et surtout à accepter ce nouveau statut social de « retraité ».

Deux cas de figure se profilent. Certaines personnes âgées se disent soulagées, apaisées d'être à la retraite après une vie de travail éprouvante. Leur repos est bien mérité et la possibilité de vaquer à leur temps libre les réjouit. D'autres personnes vont vivre ce passage à la retraite plus difficilement. Pour eux :

« *Le travail, c'est la santé* ».

Cesser de travailler signifie alors être dévalorisé, ne plus servir à rien, être trop vieux et trop fragile pour pouvoir exercer une activité professionnelle. Une impression d'inutilité les accapare entraînant une perte du rôle social qui autrefois les valorisait. Ainsi, nombreux sont

1. DE BEAUVOIR, S. *La vieillesse*. Paris : Gallimard, 1970.

2. Le petit robert. 2^{ème} édition. 1990.

ceux qui s'investissent dans du bénévolat ; cette alternative les aidant à retrouver une certaine estime de soi.

A ce nouveau statut qu'il est plus ou moins facile d'accepter, les aînés doivent aussi se réajuster dans leur vie privée. La cellule familiale est éclatée, les enfants sont partis, peu ou moins présents. Le couple se retrouve dans le même lieu la journée durant. Les relations nécessitent alors un ré-accordage, chacun cherchant sa place afin de revivre à deux.

Le sujet âgé fait face à la mort des proches, au décès du conjoint, au deuil. Un ralentissement psychique et physique s'opère, l'autonomie s'altère peu à peu. C'est l'entrée dans le quatrième âge. La personne est trop dépendante pour pouvoir vivre seule, elle est placée en institution.

Eloignement de la famille, pertes des relations dues aux décès des amis et à l'impossibilité de se déplacer : doucement le sujet âgé s'isole, les contacts avec ses semblables et l'environnement diminuent.

Devenir « vieux » socialement, c'est donc réduire ses aptitudes sociales du fait de son isolement et de sa perte d'autonomie.

b- Etre « vieux » aux yeux des autres

« Mais, qu'est-ce qu'un sujet âgé ? C'est d'abord une personne, et comme telle, elle est toujours en devenir et en changement. C'est un maillon, qui a du sens dans le réseau de relations sociales, un élément qui s'est constitué, institué, créé dans le temps. »³

Pourtant, de nos jours, être un « vieux » est plutôt perçu de façon négative. La vieillesse renvoie à la laideur, la décrépitude, la déchéance et surtout à la mort. Le sujet âgé est considéré comme « invalide ». Il devient même parfois une source de conflit intrafamilial.

Heureusement pour d'autres, nos aînés jouent un rôle majeur dans la société. Ils forment, transmettent leurs connaissances et leurs valeurs. Ils représentent la sagesse, la bienveillance, l'expérience et « imposent du respect ». Ce sont les piliers de la famille, ils symbolisent une forme de repère.

L'image de la personne âgée est donc symboliquement chargée. Parfois valorisée, parfois méprisée, la vision des « vieux » est éclatée en divers horizons ce qui ne facilite

3. PISSONDES, A-L. «L'essentiel des régionales de gérontologie.» 2009. < <http://www.bipecongresante.com> >

pas le sujet dans sa recherche d'une nouvelle place au sein de la société.

2- LES MODIFICATIONS CORPORELLES

Physiologiquement, les effets du vieillissement retentissent sur les différentes structures du corps. Le squelette osseux perd de sa résistance entraînant une ostéoporose. Le cartilage articulaire s'amincit provoquant des douleurs aux articulations et une diminution de leur mobilité.

Le système neuromusculaire subit une réduction des fibres musculaires et de sa masse. La force musculaire s'abaisse. L'ensemble de ces modifications a des conséquences sur l'appareil locomoteur. La sensibilité des récepteurs de la plante des pieds est aussi altérée.

Ainsi, la personne âgée montre davantage de difficulté à réaliser des efforts soutenus, sa gestualité et ses déplacements sont ralentis, son équilibre et ses coordinations sont entravés. La démarche perd de son assurance, les pas se rétrécissent, le risque de chute est augmenté pouvant entraîner l'invalidité voire le décès.

Le système nerveux est également touché. Le nombre de neurones corticaux se réduit.

« Chez les personnes du grand âge, la masse du cerveau est de 7 à 8 % moindre que la masse maximale du cerveau de l'adulte »⁴.

Ce changement neurologique renforce la fragilité de la personne.

Les fonctions sensorielles sont également affectées. L'accommodation s'affaiblit empêchant la vue de près. L'œil devient moins sensible à la lumière et aux couleurs. Globalement c'est l'acuité visuelle qui est touchée. La personne âgée est alors immergée dans un environnement de plus en plus flou où elle doit s'accoutumer à de nouveaux repères.

Les sons aigus sont moins perceptibles, l'audition se perd progressivement. Lorsque plusieurs personnes parlent en même temps ou lorsqu'un bruit de fond est présent, le sujet a du mal à intégrer tous les sons à la fois.

Le traitement simultané de plusieurs afférences sensorielles devient compliqué. L'ainé est alors plongé dans un bain de stimulations sans pour autant toutes les intégrer. Le langage et la communication sont alors altérés.

Parallèlement, des modifications du rythme du sommeil sont observées et le besoin de faire des siestes se fait davantage ressentir.

4. DUQUENOY SPYCHALA, K. *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*. Ramonville : Erès, 2002.

Que ce soit au niveau moteur ou sensoriel, le vieillissement altère donc le fonctionnement de l'individu. Les atteintes neuromusculaires, articulaires et osseuses ralentissent la motricité. Le manque d'équilibre, d'appuis solides au sol et de repères retranche alors la personne âgée à subir davantage son environnement qu'à en être l'acteur. Pour autant, il reste en mesure de se mouvoir malgré une moins bonne rapidité d'exécution des mouvements.

La peau se métamorphose elle aussi : moins élastique, tachetée, sèche, froide, elle paraît fragile et « bizarre » aux yeux des autres. Les ongles deviennent plus cassants, le toucher et le contact sont moins fréquents.

Le visage se marque de rides, les cheveux grisonnent, le corps se recourbe, l'image du corps se réactualise avec une dévalorisation probable. Le schéma corporel se déstructure à cause de l'immobilité croissante et à cause de la privation progressive de sensations kinesthésiques, proprioceptives, tactiles.

3- LES CHANGEMENTS COGNITIFS

Les fonctions cognitives se voient pénalisées par les altérations du fonctionnement cérébral. Une des grandes caractéristiques de ce vieillissement cognitif est le déficit des processus attentionnels et de concentration, plus particulièrement de l'attention sélective.

Contrairement au cerveau d'un sujet « jeune », celui d'une personne âgée présente des faiblesses dans le traitement des informations, il ne peut traiter qu'une seule chose à la fois.

La mémoire de travail ou mémoire à court terme perd de son efficacité ce qui s'illustre par une baisse de la concentration. Il devient alors parfois nécessaire d'analyser à plusieurs reprises une information pour qu'elle soit comprise et retenue.

4- LE VIEILLISSEMENT AFFECTIF

Le tempérament des personnes âgées peut parfois être stéréotypé comme des personnes au caractère assez rigide voire désagréable, ayant une humeur triste ou déprimante. Pourtant, aucune étude ne montre que leurs vies affectives soient meilleures ou pires que celles des personnes plus jeunes. Il en est de même du désir sexuel qui en vieillissant n'est pas forcé de s'évanouir. Même s'il se vit différemment, une forme de tendresse amoureuse perdure.

Ce qui peut jouer sur la psychologie du sujet âgé se situe autour de la question de **l'isolement**. La perte d'être cher, la diminution des visites amicales renforcent le sentiment de solitude

affectant alors la santé mentale du sujet.

Des chercheurs en gérontologie ont défini des principes favorisant un vieillissement « normal » sur le plan affectif :

- « - le maintien d'une image et d'une estime de soi positive*
- la capacité d'avoir des projets et de mener une vie équilibrée*
- la capacité de s'affirmer, d'exprimer ses émotions et de bien gérer son stress »⁵*

Le vieillissement a la possibilité d'entraver ces principes, jusqu'à altérer la vulnérabilité psychologique du sujet, c'est alors que des pathologies comme la dépression sont susceptibles d'apparaître.

Elle est l'illustration la plus marquante. On considère qu'environ 15% des plus de 65 ans en seraient touchés. Le deuil, l'éloignement familial, la perte d'autonomie, les problèmes de santé, les épreuves de la vie sont autant de causes pouvant entraîner une dépression. Les sujets se fragilisent et se désinvestissent, leur estime de soi décline, la solitude les accapare, leur volonté d'en finir s'accroît.

Le vieillissement est donc un processus normal de la vie d'une personne. Dépendant de facteurs aussi bien sociaux que biologiques, son retentissement et ses impacts sont uniques à chacun. Il convient alors au sujet de s'adapter à ce nouveau corps par un réajustement dans sa façon d'être et de se mouvoir.

Dans certains cas, ce vieillissement peut être accentué par une altération majeure d'une des fonctions organiques, cognitives ou psychologiques. C'est le vieillissement pathologique dont fait partie la démence sénile.

5. JUHEL, J-C. *La psychomotricité au service de la personne âgée ; réfléchir, agir et mieux vivre*. Lyon : Chronique sociale, 2012. p14.

B- LA DEMENCE DE TYPE ALZHEIMER

1- GENERALITE

a- La démence

Mais qu'est ce que la démence ? L'origine de ce mot est déjà significative : en grec, le mot « démence » signifie « hors d'esprit ». La personne dite démente aurait-elle donc perdu la pensée?

En réalité ce n'est pas tout à fait cela. Il convient de différencier les démences du sujet âgé, des autres cas psychiatriques. La démence est une détérioration globale des fonctions intellectuelles sans obnubilation de la conscience. C'est un déficit mnésique associé à la dégradation d'autres fonctions cognitives ayant un retentissement sur la vie quotidienne, sociale et professionnelle.

L'Organisation Mondiale de la Santé la définit par:

«Une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours. Cette altération doit être apparue depuis au moins six mois et être associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : le langage, le calcul, le jugement, la pensée abstraite, les praxies, les gnosies, ou modification de la personnalité.⁶ »

Plusieurs types de démences existent, elles sont généralement classées en deux parties. Tout d'abord les démences dégénératives. Elles sont dues, comme leurs noms l'indiquent à une dégénérescence des cellules nerveuses cérébrales. Ce sont les plus fréquentes : environ 60% des cas de démences. Elles regroupent dans leur ordre de fréquence, la démence de type Alzheimer, la démence à corps de Lewy, la démence fronto-temporale (dont la maladie de Pick), la maladie de Parkinson et la maladie de Huntington.

Ensuite, les autres démences sont non dégénératives. Elles sont provoquées par différentes atteintes : vasculaire, infectieuse, traumatique, toxique ou tumorale. La plus fréquente d'entre elles est la démence vasculaire.

Les démences liées au VIH, la maladie de Creutzfeld-Jacob, les démences dues à un hématome sous-dural et le syndrome de Korsakoff sont regroupées aussi dans ce type de démence.

6. VOYER, P. «Les démences.» *Erpi*. < <http://www.erpi.com> >

Enfin, il existe des démences mixtes. C'est une atteinte neuro-dégénérative couplée à une atteinte vasculaire. Elles concernent fréquemment une démence de type d'Alzheimer associée à une démence vasculaire.

b- La démence de type Alzheimer

b-1 Un peu d'histoire

Dès l'antiquité, les premières observations cliniques de la démence sont décrites. PLATON reconnaît un état de folie sous l'influence de l'âge extrême. Au II^{ème} siècle, GALIEN introduit le terme de « démentia ». En 1797, c'est PINEL qui ajoute le nom démence au langage médical français mais les malades sont considérés comme des aliénés mentaux.

Plus tard, en 1907, un certain Aloïs ALZHEIMER effectue l'autopsie du cerveau d'une femme âgée de 51 ans atteinte de démence. Il y découvre des lésions anatomiques qu'il nomme des dégénérescences neuro-fibrillaires. Dès lors, la maladie est considérée comme une affection neurologique mais ne concerne que les démences préséniles.

Ce type de démence prend le nom de « maladie décrite par Alzheimer » pour ensuite être transformé en « maladie d'Alzheimer ».

Néanmoins, au début des années 1980, le concept de la maladie d'Alzheimer est élargi aux sujets âgés lorsque de mêmes lésions histologiques sont observées chez des patients de plus de 65 ans atteints de démence.

Aujourd'hui, on parle de démence présénile pour les sujets âgés de moins de 65 ans et de démence sénile pour les sujets plus âgés.

b-2 Définition de la maladie

La maladie d'Alzheimer est une démence neuro-dégénérative :
*« Caractérisée par un déclin insidieux global et progressif de toutes les facultés intellectuelles, résultant d'une dégénérescence des cellules nerveuses corticales ».*⁷

Cette diminution des fonctions cognitives entraîne un retentissement sur la vie sociale et professionnelle du malade mais aussi sur ses activités de la vie quotidienne.

7. NEUMAN, E. *La maladie d'Alzheimer*. Vol. I. 2002.

2- EPIDEMIOLOGIE

La démence de type Alzheimer (DTA) est la plus fréquente des démences, elle représente environ 70% des cas. Selon l'INSERM⁸, la prévalence de la maladie d'Alzheimer est de 0,5% avant 65 ans, 2 à 4 % après. Elle augmente ensuite fortement avec l'âge pour atteindre 15 % à 80 ans.

Ainsi, en France, on estime que 860 000 personnes souffriraient de DTA. En 2020, le nombre de malades pourrait atteindre jusqu'à 2 millions de personnes. Mondialement, le nombre de cas dépasse déjà les 24 millions.

Le risque relatif des femmes s'établit entre 1,5 et 2 pour un cas masculin. Elles sont donc plus touchées que les hommes.

3- HYPOTHESES ETIOLOGIQUES

a- Théories biologiques

Pour les chercheurs, plusieurs phénomènes biologiques pourraient être à l'origine de la maladie... Voici donc plusieurs hypothèses étiologiques de la maladie.

a-1 Hypothèse neuro-pathologique

Dans ce cas, la maladie d'Alzheimer est caractérisée neurologiquement par :

- des plaques séniles qui sont des lésions sphériques extracellulaires formées de substance amyloïde (constituée par la protéine Bêta-amyloïde) entourées de terminaisons neuronales ;
- la dégénérescence neuro-fibrillaire (DNF) qui est le résultat de mort neuronale.

Les premières lésions apparaîtraient au niveau de l'hippocampe, puis s'étendraient vers les aires parahippocampiques jusqu'à l'amygdale et au gyrus cingulaire, et enfin, beaucoup plus tardivement, elles atteindraient le néocortex.

Ces lésions ne peuvent être observées que lors du décès du sujet au moment de son autopsie.

8. Dossier Alzheimer. < <http://www.inserm.fr> >

a-2 Hypothèse génétique

« Cette hypothèse est issue d'une part de l'observation de formes familiales de la DTA et pour une autre part des travaux en génétique moléculaire. ⁹»

L'existence d'antécédents familiaux représenterait 15% des sujets atteints. Les recherches évoquent un facteur héréditaire transmis sur le mode autosomique (chromosomes non sexuels) dominant par un gène « FAD » (Familial Alzheimer Disease). Ce gène a été localisé sur des chromosomes 21 et 14.

Dans certains cas, l'anomalie chromosomique pourrait donc avoir un rôle déterminant dans l'apparition de la maladie. De la même façon, il pourrait chez d'autres sujets n'être qu'une prédisposition génétique dont l'expression du gène dépendrait d'agents pathogènes environnementaux. La maladie serait donc présente dans notre code génétique mais ne pourrait s'exprimer que sous certaines conditions.

Il faut savoir que l'origine neuro-pathologique constitue à ce jour l'étiologie de la maladie la plus fiable. Néanmoins, l'hypothèse génétique comme d'autres hypothèses existantes telles que l'origine bactérienne, toxique, ou vasculaire, montrent que l'étiologie de la maladie n'est pas encore bien déterminée au niveau physiologique.

Ainsi, d'autres recherches, du côté psycho-dynamique ont été entreprises afin de découvrir l'origine possible de la démence.

b-Théories « psychogènes »

Multiples auteurs ont développé des théories montrant l'impact possible de facteurs émotionnels, psychoaffectifs et psychologiques sur le fonctionnement cérébral. En voici deux des plus connues et des plus pertinentes à ce jour.

b-1 Le naufrage sénile¹⁰

Pour **Jean MAISONDIEU**, la maladie d'Alzheimer est comparable à un naufrage. Un naufrage pouvant être provoqué par plusieurs causes, un mauvais état du bateau, des conditions météorologiques déplorables, un équipage maladroit... Il en est de même pour la démence, où les causes, qu'elles soient sociales, psychologiques ou biologiques sont

9. BROUILLET, A. SYSSAU, D. *La maladie d'Alzheimer : mémoire et vieillissement*. 3^{ème} édition. Paris : P.U.F, 2010. p75

10. MAISONDIEU, J. «Chapitre 6.» Dans *Les démences au croisement des non savoirs*, de L PLOTON G ARFEUX-VAUCHER. Presse de l'école des hautes études en santé publique. p118

dépendantes les unes des autres. Le modèle médical est pour lui insuffisant, il faut lui inclure des facteurs psycho-sociaux.

J. MAISONDIEU insiste plus particulièrement sur l'angoisse de mort pouvant avoir un effet délétère sur le développement de la maladie chez des personnes fragiles psychologiquement. Aussi, la perception négative que porte notre société sur les vieillards pousserait ces derniers à arrêter de penser pour ne pas avoir à regarder leurs images vieillies.

« Le sénescent refuse de se regarder pour ne pas voir ce qu'il est devenu [...] Il dénie que son double spéculaire qui l'a accompagné toute sa vie soit encore son reflet, et du même coup, ne peut plus s'identifier. [...] C'est cette insupportable perte d'estime que rien ne justifie qui pousse au déni de son image par le patient et à son reniement comme semblable par les autres. »¹¹

b-2 Selon Louis PLOTON

Louis PLOTON part de l'idée qu'effectivement il y aurait des altérations biologiques significatives mais que ces lésions neuronales ne seraient pas forcément la cause des symptômes de la démence, elles pourraient aussi être la conséquence d'un dysfonctionnement psychique.

Dans ses ouvrages *Maladie d'Alzheimer à l'écoute d'un langage* et *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer*, il décrit l'entrée dans la démence comme un mécanisme d'adaptation de l'organisme. Ce processus serait une façon pour l'individu de se protéger de pathologies multiples en conservant certaines fonctions les plus primitives et mettant à mal d'autres fonctions comme les fonctions cognitives.

L. PLOTON appelle cela l'économie psychique. Des facteurs psychogènes pourraient renforcer ce mécanisme de déstructuration du psychisme comme le poids des deuils, l'atteinte narcissique du vieillissement ou encore une atteinte de l'image de soi.

De plus, il suppose que certaines personnalités seraient « *plus propices à une évolution démentielle* »¹², particulièrement les patients états-limites qui constitueraient un type de personnalité prédisposant.

11. MAISONDIEU, J. «La démence : un artefact nosologique aliénant.» Dans *Les démences au croisement des non savoirs*, de L. PLOTON G ARFEUX-VAUCHER. Presse de l'école des hautes études en santé publique. p124

12. PLOTON, L. *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer : sur la vie affective, la communication, l'institution...*^{2^{ème}} édition. Chronique sociale, 2010. p25

Les théories sur l'étiologie de la DTA ne manquent donc pas. La quantité d'hypothèses montre à quel point les origines de cette maladie sont encore mal connues.

Ce n'est qu'à partir de l'observation clinique du sujet aussi bien d'un point de vue psychique, biologique et social que l'on peut comprendre les différents aspects de la pathologie. L'étude des signes cliniques sert alors de point de départ à toute compréhension du sujet et de sa maladie.

3- LES SIGNES CLINIQUES

La classification du *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders IV* (DSM IV, annexe 1) permet de poser le diagnostic de la maladie. Elle décrit la démence de cette manière:

«*Déficit multiple des fonctions supérieures incluant obligatoirement un déficit mnésique, d'intensité suffisante pour interférer avec la vie sociale ou professionnelle et d'étiologie organique.* ¹³»

En complément des signes cliniques, un examen neuropsychologique est indispensable pour établir le diagnostic de la maladie. Il comporte au minimum un mini-mental state (MMS), et peut être complété par d'autres tests simples comme le BREF (batterie rapide d'efficacité frontale) ou le NPI (Inventaire neuropsychiatrique) afin d'évaluer respectivement les fonctions cognitives et les modifications du comportement. En supplément un IRM peut être prescrit afin d'établir un diagnostic plus précis.

A l'origine des signes cliniques se trouvent les troubles cognitifs principalement représentés par le syndrome **aphaso-apraxo-agnosque** et **l'altération mnésique**. Ceux sont ces troubles définis dans le DSM IV qui entraîneront d'autres troubles cognitifs et psycho-comportementaux.

a- Les troubles cognitifs

Les troubles mnésiques sont les plus précoces et sont au départ souvent attribués au vieillissement par la famille. La maladie commence par altérer la mémoire à court terme ou mémoire de travail, c'est-à-dire la mémoire des faits récents.

A un stade plus avancé, c'est la mémoire à long terme qui est aussi touchée. La mémoire épisodique (événement de vie, familiale) puis la mémoire sémantique (les savoirs généraux) se détériorent à leur tour, c'est donc essentiellement la mémoire déclarative ou

13. MAHIEUX-LAURENT, F. LACOMBLEZ, L. *Les démences du sujet âgé*. J.Libbey-Eurotext, 2003. p1

explicite qui est touchée. L. PLOTON nous dit que c'est en fait toutes les mémoires s'exprimant avec des mots qui sont les plus touchées par la maladie.

Selon lui : « *Il y a par contre une relative conservation des formes non déclaratives de la mémoire. Cela concerne la mémoire implicite (mémoire inconsciente) et, dans une part variable, la mémoire dite procédurale, c'est-à-dire celle des automatismes cognitifs ou psychomoteurs acquis par apprentissage.* ¹⁴ »

La mémoire implicite, celle concernant la mémoire procédurale est donc un peu plus préservée.

L'aphasie est un trouble du langage parlé ou écrit empêchant le sujet d'être dans un discours cohérent. L'aphasie de la démence est une aphasie mnésique d'apparition précoce dans la maladie. Elle peut aussi bien toucher l'expression que la compréhension.

Au départ le sujet manque de mots. Simultanément ou ultérieurement, il donne des réponses inadaptées, il a des incapacités à comprendre le sens des mots jusqu'à se trouver dans un stade où le défaut de vocabulaire et l'incompréhension sont tel que le sujet souffre d'aphasie globale l'handicapant dans l'expression de ses ressentis.

Pour le L. PLOTON l'aphasie va priver le malade « *de la fonction cathartique de la parole, c'est-à-dire de la capacité de mettre des mots sur ses émotions : fonction anti-stress par excellence.* »¹⁵

Mme B. parle dans un jargon, seuls certains mots sont compréhensibles. Mme G. s'exprime en passant « du coq à l'âne », son discours est incohérent. D'autres personnes, pouvant encore s'exprimer correctement expliquent « ne plus trouver ses mots » et ce de façon régulière.

Pour certains résidents le manque du mot peut être très mal vécu. Mme D. est une femme qui s'exprime dans un discours quasi-incompréhensible. Des mots sont reconnaissables mais le reste de ses vocalisations se manifestent surtout par des « tututututute ». Il arrive qu'elle désire parfois nous exprimer quelque chose. Lorsque nous ne devinons pas ce qu'elle veut signifier, Mme D. peut s'énerver. C'est dans ce genre de situation que nous voyons à quel point cette aphasie peut être très invalidante pour les sujets.

14. PLOTON, L. *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer : sur la vie affective la communication, l'institution...*2^{ème} édition. Chronique sociale, 2010. p28

15. PLOTON, L. *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer : sur la vie affective la communication, l'institution...*2^{ème} édition. Chronique sociale, 2010. p28

L'apraxie décrit une impossibilité ou une incapacité à réaliser des mouvements volontaires et sensés alors que les fonctions motrices et sensitives de base ne sont pas atteintes. Plusieurs types d'apraxies sont observables : **idéomotrice**, elle concerne les gestes symboliques (faire le signe de croix) ; **idéatoire**, impliquant la manipulation d'objets réels et correctement identifiés par le patient (écrire avec des ciseaux) ; **visuo-constructive**, elle concerne l'assemblage d'éléments dans l'espace (recopier figure géométrique) et **d'habillement** (faire ses lacets).

Je propose à Mme D. de prendre sa fourchette pour qu'elle puisse manger seule. Elle prend la fourchette et porte l'extrémité sans dents à sa bouche. Mme D. reconnaît la fourchette et sa fonction mais elle ne sait plus de quelle manière l'utiliser puisqu'elle la tient à l'envers. C'est une apraxie idéatoire.

L'agnosie est une difficulté croissante à reconnaître et dénommer les objets et les personnes.

Pour aller en séance de groupe, je vais chercher les différents participants dans leur chambre quand ils ne sont pas déjà présents dans la salle de vie. Avant d'entrer dans la chambre de Mme M., je frappe à sa porte. Celle-ci m'ouvre et dit ne pas me connaître. Elle veut aller en salle commune uniquement avec l'animatrice parce qu'elle ne sait pas qui je suis. Elle me referme la porte au nez. Bien qu'elle m'ait vu plusieurs fois auparavant, mon visage lui est inconnu.

Dans cette situation, le sujet ne peut reconnaître le faciès, on parle ici de **prosopagnosie**. Le sujet ne distingue pas qui est la personne en face d'elle ou la confond avec quelqu'un d'autre. Cette difficulté existe aussi fréquemment avec les proches du sujet, il ne reconnaît pas ses enfants ou même son conjoint.

La désorientation temporo-spatiale est une des opérations mentales affectée faisant partie des premiers signes de la maladie.

Lorsque Mme P. vivait seule à son domicile, elle sortait la nuit, s'égarait dans la ville, elle n'arrivait pas à retourner chez elle. Elle n'a plus ses repères spatiaux. Il est fréquent que les personnes atteintes de démences se perdent en sortant de chez elles, c'est d'ailleurs une indication régulière de placement en institution.

Certains jours, Mme P. pense que sa mère va venir la chercher, d'autres, elle attend que ses enfants viennent la voir. Mme P. présente donc aussi un trouble des repères temporels. La notion de temps est ici totalement entravée.

Enfin, **les troubles des fonctions exécutives** concernent la mémoire mais aussi l'inhibition, les capacités d'attention, d'abstraction, de planification et de conceptualisation.

L'ensemble de ces troubles cognitifs vont avoir un impact sur la personne et constituent l'essence des troubles comportementaux.

b- Les troubles psycho-comportementaux

Les troubles psycho-comportementaux sont variables d'un individu à l'autre, toutefois leurs présences restent quasi-systématiques. Dans certaines situations, ils peuvent constituer des signaux d'alertes de la maladie.

« L'agitation psychomotrice est un état d'anxiété qui se traduit par des mouvements désordonnés, sans but précis. »¹⁶

C'est un trouble très fréquemment observé, il peut être plus ou moins habituel et survient le plus souvent pour traduire une anxiété, un inconfort, une souffrance, un sentiment ou toutes gênes que le sujet ne peut exprimer oralement. Le comportement moteur ou verbal se trouve inapproprié, excessif, instable. Il semble alors nécessaire de rechercher l'origine de ce comportement afin de pouvoir apaiser la personne lorsque cela est possible.

Cette agitation peut être accompagnée ou non d'**agressivité**. Selon M. BECUE :

« L'agressivité est le plus souvent une manifestation de colère, déclenchée par un facteur précis. Il faut donc en chercher la cause en s'interrogeant sur l'environnement du patient : son agressivité peut être une réponse à une agressivité, une situation d'échec, un refus de sortir... »¹⁷

L'agressivité est donc toujours une réaction provoquée par l'environnement ou par un sentiment négatif du sujet. Il y a toujours une cause à sa présence. Elle peut être orale (insultes, ton de la voix qui s'élève) ou physique (action dirigée vers une personne ou objet).

Mme D. s'assoie sur une chaise dans l'unité protégée. Habituellement, c'est Mme R. qui a l'habitude d'être à cette place. Quand celle-dernière se rend compte que Mme D. lui a pris sa place, elle lui donne un coup de canne dans les jambes. Mme D. bien évidemment offusquée, s'énerve, crie. Pour essayer de l'apaisée, j'essaie de m'approcher d'elle. Mais elle me repousse violemment, tente de me frapper et pousse

16. BECUE, M. « Faire face à la maladie d'Alzheimer, états d'agitations et d'agressivité », *Soins gérontologie*. Juillet 2003, n°42 . p38

17. Ibid. p39

plusieurs chaises.

La colère de Mme. D provoquée par le coup de canne de Mme. R s'exprime au travers de son comportement. Son agressivité envers moi et son environnement est le moyen qu'elle a trouvée pour exprimer son mécontentement.

Ainsi, dans ce cas, nous observons bien comment l'agressivité peut être un moyen d'expression chez les sujets.

L'existence **de trouble du sommeil** est couramment rapportée. Passé les environs de seize heures, un état pouvant aller de la simple agitation à l'hyperactivité apparaît. Le sujet peut se réveiller à plusieurs reprises dans la nuit, le rythme nyctéméral s'inverse : on parle du **syndrome du coucher du soleil**. Il est très caractéristique de la maladie d'Alzheimer.

Les conduites stéréotypées sont les premiers troubles comportementaux que j'ai pu repérer en unité protégée. A l'aide d'objet ou non, le sujet s'enferme dans une action répétée de façon automatique.

A table, Mme G. frotte ses mains contre son gilet. Une fois le repas terminé, elle plie sa serviette qu'elle frotte contre la table puis sur le bar. Il lui arrive parfois de frotter à main nue la table à manger. En répétant ce mouvement, Mme G présente une stéréotypie manuelle.

L.PLOTON parle de « **manifestations régressives**¹⁸ » qui sont de type oral ou anal (incontinence, « jeux » avec les selles). Elles sembleraient être les plus dérangelantes par le caractère infantile qu'elle donne au sujet.

La toilette est très compliquée pour Mme A., il est très difficile de lui faire prendre une douche. En équipe, il est donc décidé d'essayer de la prendre en charge en bain thérapeutique.

Avant d'entrer dans la baignoire, Mme A. est très agitée et elle cherche à mordre la psychomotricienne et moi-même. Elle se saisie alors d'un gant et s'en sert pour mordre dedans. Dans le bain, elle le conserve et se détend jusqu'à aller à l'endormissement. Apaisée et contenue par l'eau, Mme A. arrive à se relâcher.

Lorsque Mme A. mange, elle engloutit vraiment tous les aliments. Je fais la supposition qu'elle mange jusqu'à se sentir « pleine » et repue, pour ensuite plonger dans un long

18. PLOTON, L. *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer : sur la vie affective la communication, l'institution...* 2^{ème} édition. Chronique sociale, 2010. p32

sommeil.

Plus tard, il est décidé de lui acheter un anneau de dentition car au quotidien Mme A cherche à mordre tout ce qu'elle trouve et cela l'apaise de mâchouiller cet objet lorsqu'elle est énervée. Mme A. a une tendance à découvrir tout ce qu'elle trouve en menant les objets à la bouche. Elle essaie parfois de mordre les soignantes mais cette réaction n'est pas forcément un signe d'agressivité pour elle. Dans ces différents comportements, nous pourrions éventuellement considérer comme L. PLOTON en fait l'hypothèse, que Mme A. est dans une certaine régression de type orale.

Ce type de comportement est plus isolé par rapport aux autres. Il est important de préciser que le terme de « régression » n'est qu'une supposition tentant d'expliquer le sens de ces comportements troublants.

Les troubles de l'alimentation sont fréquents, il n'est pas rare que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer s'amaigrissent. A un stade avancé de la pathologie, nombreux sont ceux qui souffrent de troubles de la déglutition.

D'autres troubles du comportement sont répertoriés dans le test neuropsychiatrique (NPI) tels que les idées délirantes, l'exaltation de l'humeur, les comportements moteurs aberrants, l'inhibition ou encore les hallucinations.

Mme B. déambule régulièrement. Il lui arrive d'essayer d'attraper des objets invisibles. Elle semble cueillir des pommes. Au moment du goûter, je lui propose un gâteau mais elle ne le prend pas. Elle essaye de saisir autre chose d'imperceptible. Mme B semble donc avoir des hallucinations.

Parfois déroutant pour l'entourage, les troubles comportementaux sont les symptômes les plus « visibles » de la maladie. Mais au niveau affectif, des troubles tout aussi invalidants se développent...

C'est le cas de nombreux aînés, qui, atteints de démence type Alzheimer souffrent aussi de **dépression** (environ 20%). Outre la dépression, d'autres troubles psychologiques sont perceptibles comme des troubles anxieux ou des troubles de l'affectivité. Ces derniers sont très spécifiques des patients Alzheimer, ils se traduisent soit par un émoussement affectif ou par une incontinence émotionnelle. Je les développerais davantage dans la suite du mémoire.

Les traits psychotiques représentent aussi une part importante des troubles psychogènes puisqu'ils sont très fréquents : 20 à 30% de patients ont des hallucinations et 30 à 40% ont des idées délirantes.

Constat fait, les troubles dus à la DTA, qu'ils soient cognitifs, comportementaux, ou psychologiques fluctuent variablement d'un individu à un autre sur sa qualité de vie, son humeur générale et sur ses mouvements. L'accompagnement de ces personnes prend alors son intérêt afin de les aider à s'adapter, de « faire avec » ces nouveaux symptômes.

4-EVOLUTION

Dans la majorité des cas, le diagnostic se fait avec retard. Même si les premiers stades de la maladie ont tendance à évoluer plus rapidement, la personne souffrante de DTA passe par plusieurs phases.

La première, le **stade léger** montre une personne ayant des difficultés à soutenir une activité mentale et quelques troubles mnésiques. Suit le **stade modéré** où elle devient incapable d'accomplir une tâche seule, même la plus simple de la vie quotidienne.

Des troubles du comportement apparaissent de manière plus importante au **stade sévère** puis on assiste à un déclin progressif et continu jusqu'à l'atteinte d'un état akinétique accompagné d'un mutisme. Malgré les traitements, l'évolution des troubles est inexorable. L'institutionnalisation des patients est quasi-obligatoire.

Enfin, en **phase terminale**, le patient perd toute autonomie, il est dans un état irrémédiablement grabataire. Huit à douze ans après le début de la maladie :

« Il reste essentiellement menacé par des troubles de la déglutition. [...] La mort peut alors survenir dans les suites immédiates d'une fausse route alimentaire avec asphyxie aiguë ou du fait de complications pulmonaires subaiguës »¹⁹.

La démence est neuro-dégénérative, la seule issue possible est donc le décès du sujet.

Les problématiques de la vieillesse et de la démence sont donc plutôt complexes. Le processus du vieillissement n'est pas vécu de façon similaire pour chacun. Ses conséquences ne résonnent pas de la même manière pour tous, certains vont voir cette partie de la vie altérée par celle que l'on nomme la maladie d'Alzheimer.

19. PLOTON, L. *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer : sur la vie affective la communication, l'institution...* 2^{ème} édition. Lyon : Chronique sociale, 2010. p35

Questionnante voire inquiétante, la maladie interroge beaucoup. Les étiologies sont mal connues, l'évolution n'est jamais la même pour chaque personne, les troubles aussi nombreux soient ils varient en fonction de chacun.

Errant entre le passé et le présent, entre souvenirs et réalité, les sujets atteints de démences continuent de vivre malgré leurs maladies. Comme tout être humain ils ont encore des désirs, des refus, des émotions. Mais derrière eux s'inscrit une longue histoire, l'histoire de toute une vie. Tout ce qu'ils ont vécu ou oublié fait partie d'eux.

Depuis leur création, le mouvement de leur vie s'est mise en route, leur histoire s'est construite et ceux sont aujourd'hui des personnes avec un long vécu. Tout le long, ce mouvement les a suivi, accompagné. Au gré des années, il a évolué, changé, joué des rôles différents. Sa construction, ses caractéristiques et sa place dans le développement du sujet seront l'essentiel de mon propos dans la partie suivante.

« Le mouvement ne ment jamais. »

Martha Graham

PARTIE 2

LE MOUVEMENT AU FIL DU TEMPS

A- LA CONSTRUCTION DU MOUVEMENT

« Dans le corps humain inerte, le seul mouvement observable résulte de la respiration »²⁰.

Respirer est donc l'ultime témoin qu'un être est vivant. Ce mouvement fondamental et vital nous permet de faire une première constatation : **être en mouvement c'est d'abord être en vie**. En effet, dès notre création dans le milieu utérin, les premiers mouvements sont découverts. Essentiellement réflexe au départ, puis ensuite volontaire, ils s'organisent et se désorganisent au fil des années en suivant aussi bien le développement moteur et nerveux que la vie affective et somatique du sujet.

« Le mouvement est la modification du rapport des segments corporels entre eux, amenant soit un simple changement de posture du corps avec changement de situation des parties entre elles, soit un déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace. Il est plus ou moins finalisé, plus ou moins volontaire ou réflexe, plus ou moins conscient...²¹ »

Le mouvement est donc ou un acte moteur ou une modification de posture qui peut être conscient ou inconscient. Personnel, le mouvement donne lui plus à voir de notre personnalité.

20. LABAN, R. *La maîtrise du mouvement*. 4^{ème} édition. Actes Sud, 1994. p102

21. SERVANT-LAVAL A. *Anatomie Fonctionnelle*. 2010. p27

Nous pourrions le considérer comme plus sincère puisqu'il ne relève pas seulement de la motricité mais relève aussi de nos affects. Il reflète nos émotions, nos sentiments, c'est ce qui lui donne un caractère individuel.

Mobiliser des segments corporels est une chose, mais l'art de les mobiliser en est une autre : c'est ce qui fait toute la différence d'un sujet à l'autre.

Toutefois, la construction de base de ce mouvement est identique dans le développement de tout individu. Ce n'est qu'en fonction de la manière dont ce développement se passera et en fonction de l'environnement physique et affectif du sujet, que le mouvement d'une personne différera d'une autre par la forme qu'il prendra.

1- ONTOGENESE

Il est plausible de considérer les premiers mouvements de l'être humain comme embryonnaire. Au départ s'organise le mouvement de plicature de l'embryon. Puis se suivent les mouvements de rotation des membres et du tube digestif. A cette période, il ne s'agit pas de mouvements générés par le système locomoteur mais de mouvements liés aux croissances tissulaires.

A partir de 2 mois de gestation, l'embryon devient un fœtus tout « mou » qui se laisse balloter dans le liquide amniotique de sa mère. Un peu plus tard, vers 6-7 mois de grossesse, apparaît progressivement le tonus musculaire essentiellement dans les muscles des jambes.

Enceinte, la mère ressent les effets de la survenue de ce tonus. Elle perçoit et sent son enfant par le biais de ces premiers mouvements intra-utérin. Ces prémices de la motilité sont pour la mère une première perception concrète qu'un être vivant est présent à l'intérieur d'elle.

A la naissance, le nourrisson se retrouve dans une position fermée (foetale), il réalise quelques torsions tête-buste pour très vite reprendre la position d'enroulement. Il présente une hypertonie générale associée à une hypotonie axiale. A ce stade, **H.WALLON** parle de « crises motrices » où le bébé est d'avantage dans un stade d'impulsivité motrice. Ses mouvements sont automatiques, involontaires et ses réactions toniques globales.

« La motricité du nouveau-né s'enracine également dans les réflexes archaïques de défenses pour devenir volontaires grâce à l'appui sur l'interaction et la maturation neurologique²². »

22. CHADSYNSKI D. « Bilan sensori-moteur A. Bullinger en psychomotricité ; En deçà du mouvement, les modulations toniques et les flux sensoriels » Dans *Etre psychomotricien* de POTEL C. Erès, 2012 : 254-272. p255

Le premier point indispensable au développement du bébé est donc l'interaction. Le nouveau-né va être en relation avec un environnement matériel et humain. Avec sa mère, il va pouvoir interagir et communiquer grâce à ce qu'**AJURIAGUERRA** appelle le **dialogue tonico-émotionnel**.

En fonction des affects de l'un et de l'autre, les deux partenaires accordent leur état tonique. Le rôle de la mère est de détecter l'état émotionnel de son bébé par le biais du tonus musculaire pour ensuite y répondre de la manière la plus adaptée. Le tonus musculaire, base de tout mouvement, tient donc un rôle fondamental dans l'étayage mère enfant, celui de valeur **communicative**.

Parallèlement à ce dialogue tonico-émotionnel, le développement de la motricité du nourrisson va se faire en suivant la maturation neurologique. Le tonus va suivre les lois proximo-distale et céphalo-caudale. Cela se traduit par une hypotonie vers un tonus normal pour le rachis et une hypertonie vers un tonus normal pour les membres.

La maîtrise de la tonicité s'illustre par le maintien de la tête à 3 mois, la tenue de la position assise à 6 mois et l'acquisition de la marche aux environs de 12 mois.

Dans l'évolution de l'enfant, le tonus musculaire et les mouvements sont « mal réglés » jusqu'à 7 ans, cela se manifeste par les paratonies, les syncinésies et les dystonies. L'ensemble de ces troubles toniques est considéré comme normal à cette période de l'enfance puisque la maturation neurologique n'a pas abouti et la motricité est en fin de stabilisation.

En s'appuyant sur le **dialogue tonique** et sur la **maturation neurologique**, l'enfant construit sa motricité au cours de son développement psychomoteur. A l'âge adulte, le tonus est équilibré entre l'axe et la périphérie mais il existe toujours de façon normale des hypotonies ou hypertonies dues à des réactions émotionnelles. Régulé ou non, le mouvement suit des principes de base communs à tous. Il semble important de les connaître pour en saisir la complexité ...

2- PRINCIPES DE BASE

Dans l'élaboration du mouvement, il faut savoir que plusieurs composantes entrent en jeu. Pour se mouvoir, des modifications corporelles ont lieu juste avant que le mouvement se réalise. Ces modifications sont ce que **Benoit LESAGE** appelle la transformation de l'état tonique. Cela concerne en réalité le tonus musculaire, c'est lui qui va être le premier mis à l'œuvre dans l'élaboration du mouvement. Il assure la préparation et l'harmonie d'un

mouvement, le maintien de la posture.

Concrètement, le sujet transforme ses appuis, modifie ses tensions musculaires, c'est ce que B. LESAGE appelle « *la toile de fond du mouvement* »²³, elle permet d'anticiper l'action. C'est après cette première phase que peut avoir lieu « *la mélodie cinétique* »²⁴ qui est l'action motrice.

Si le support précédant le mouvement est le tonus musculaire, nous pouvons considérer que des facteurs émotionnels entrent donc en jeu dans sa réalisation. Je m'intéresserai à cet aspect du mouvement un peu plus tard. Dans cette partie, je développerai essentiellement les principes fondamentaux de l'élaboration de la « *mélodie cinétique* ».

Pour se mettre en mouvement, il semble d'abord nécessaire d'avoir des repères sur son propre corps. Cela passe par ce que B. LESAGE appelle « l'approprioception ». Par ce terme, l'auteur signifie qu'il doit y avoir une appropriation proprioceptive pour que le sujet adopte un sens de soi. Interrogeons-nous tout d'abord sur ce qu'est précisément la proprioception.

a- La proprioception

B. LESAGE la définit de cette manière :

« On pourrait définir la proprioception comme la perception de sa propriété. Cela englobe la kinesthésie – le sens du mouvement et des positions relatives du corps -, et le sens vestibulaire qui concerne l'orientation dans l'espace. Il faudrait ajouter l'ensemble des perceptions des divers systèmes corporels – ce qui vient des organes et des fascias-. La proprioception est le sens fondamentale sur lequel s'étaye les autres (sens).²⁵ »

La proprioception nous donne donc des informations sur notre sensibilité interne à savoir nos muscles, nos os, nos ligaments. Sous le terme de proprioception est aussi pris en compte le **sens vestibulaire** et la notion de **kinesthésie**.

Le sens vestibulaire dépend comme son nom l'indique du système vestibulaire. Celui-ci assure le maintien de l'équilibre, la stabilité de la posture et du regard.

23. LESAGE, B. « Dialogue corporel et danse thérapie. » *Université Pierre et Marie Curie*. 2003. <http://www.chups.jussieu.fr>. p28

24. Ibid. p 28

25. LESAGE, B. *La danse dans le processus thérapeutique*. Toulouse: Erès, 2012. p16

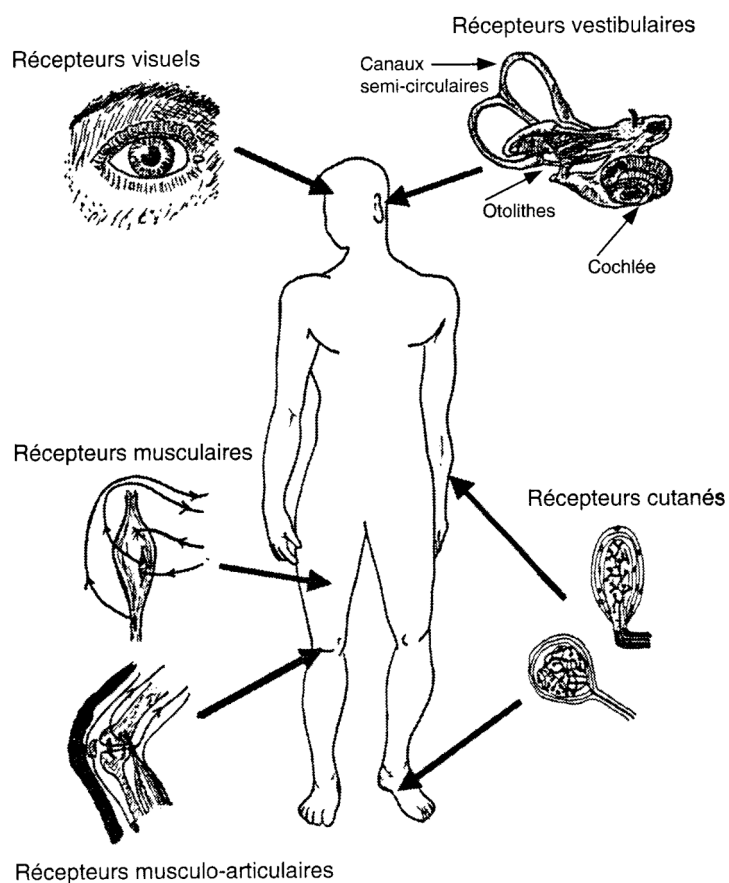
Pour **A. BERTHOZ** :

« Si le monde nous paraît stable lorsque nous nous déplaçons, c'est d'abord grâce à des réflexes d'origines vestibulaire qui stabilisent l'image sur la rétine.²⁶ »

Nous comprenons donc l'importance capitale de la stabilisation du regard par les capteurs vestibulaires. Si l'image que l'on regarde ne serait pas stable, il serait alors quasi-impossible de se déplacer sinon avec un déséquilibre certain.

La kinesthésie est ce qui correspond à ce que A. BERTHOZ appelle « *le sens du mouvement*²⁷ » ou sixième sens. Elle met à contribution plusieurs capteurs sensoriels (figure 1) et constitue une sensibilité relative aux mouvements. Elle permet d'avoir une perception des mouvements des différentes parties du corps.

Figure 1 : Les capteurs sensoriels qui participent au sens du mouvement ²⁸



26. BERTHOZ, A. *Le sens du mouvement*. Paris : Odile Jacob, 1997. p51

27 BERTHOZ, A. *Le sens du mouvement*. Paris : Odile Jacob, 1997. p31

28 Ibid p33.

La kinesthésie, considérée comme un sixième sens, se distingue des cinq sens habituels – la vision, l’audition, l’olfaction, le toucher, le goût – car elle intègre plusieurs capteurs sensoriels pour avoir une vision d’ensemble du mouvement.

En résumé, la proprioception nous permet d’une part d’avoir des informations sur notre sensibilité interne. D’autre part elle maintient notre équilibre, nous donne une image stable sur laquelle s’appuyer pour se mettre en mouvement. Enfin elle nous apporte un sixième sens : celui de la perception des mouvements. Nous comprenons alors combien la proprioception joue un rôle primordial dans la réalisation du mouvement.

Au delà de l’aspect anatomique du mouvement, d’autres composantes sont à prendre en compte à savoir l’environnement. **Rudolf LABAN** dans sa théorie de l’Effort les a pris en compte, c’est pourquoi j’ai décidé de vous la présenter.

b- La théorie de l’Effort²⁹

Rudolf LABAN était un danseur et théoricien du mouvement. Il a élaboré la théorie de l’Effort. J’ai choisi de présenter cette vision du mouvement car cette théorie prend en compte des facteurs physiques et mentaux.

B. LESAGE donne une définition simplifiée du concept d’Effort :

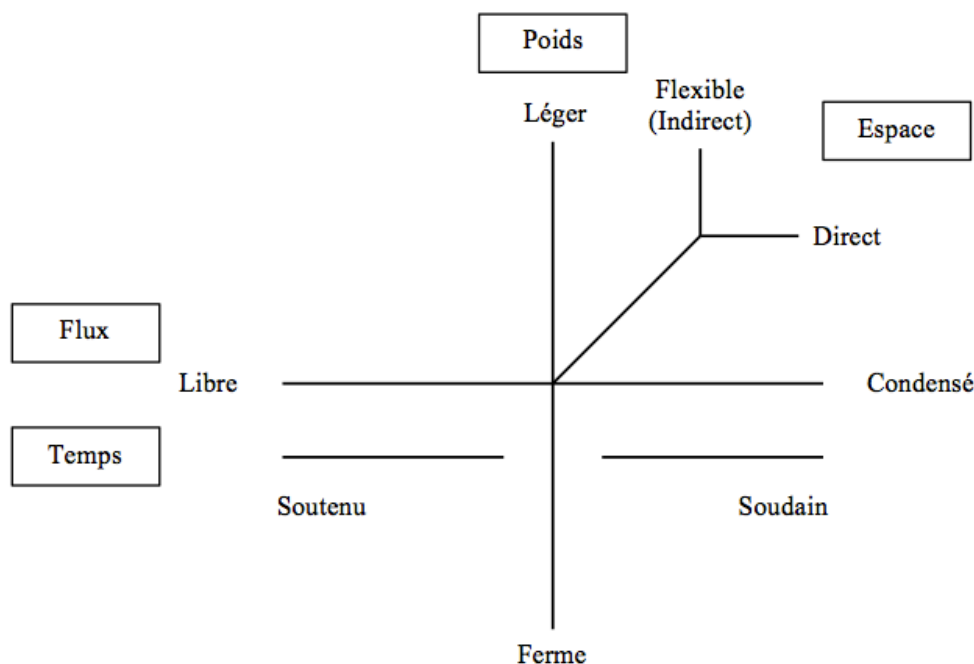
« Il est à la charnière des propriétés physiques du mouvement et de ses qualités, et établit le lien entre les composantes kinesthésiques, sensibles, mentales du mouvement. L’Effort réunit, de manière consciente ou pas, la motivation interne origininaire du besoin de se mouvoir – une sensation, un sentiment, une pensée, une émotion, l’accomplissement d’une tâche – et le mouvement réel qui peut être conçu.³⁰ »

La théorie de l’effort décrit le mouvement en prenant en compte des **constituantes environnementales et psychiques**. Quatre facteurs définissent le mouvement : le temps, l’espace, le poids et le flux. Chacun d’entre eux ont des caractéristiques, elles sont réunies dans le diagramme de l’effort (figure 2).

29. Terme anglais, il n’a pas la même connotation qu’en français.

30. LESAGE, B. *La danse dans le processus thérapeutique*. Toulouse: Erès, 2012. p347

Figure 2 : Le diagramme de l'Effort³¹



Les mouvements d'un sujet vont s'inscrire dans le temps et dans l'espace. Lorsque je bouge d'une certaine manière, c'est parce que j'ai décidé d'utiliser tel espace ou que j'ai envie d'aller à cette vitesse pour le réaliser. Ensuite, le poids a un impact sur ma gestualité : je suis debout de cette manière parce qu'une force physique extérieure, la pesanteur agit sur mon corps.

Enfin le flux est à différencier des autres facteurs, car c'est particulièrement au travers de ce flux que les qualités expressives du corps sont dégagées :

« Il joue un rôle important dans toute expression du mouvement car, à travers son déroulement centripète ou centrifuge, il établit relations et communications.³² »

Le flux contrairement aux autres facteurs dépend moins de l'environnement, il provient davantage du sujet mettant en jeu ses caractéristiques toniques.

La théorie de l'Effort est donc intéressante car **R. LABAN** prend en compte dans la description du mouvement ses relations avec des facteurs environnementaux et personnels. Elle nous permet d'affirmer que le mouvement est intimement lié à notre environnement car dépendant de facteurs comme l'espace, le temps ou le poids et qu'il s'élabore également au travers du corps grâce à l'appareil locomoteur, le tonus musculaire et la perception.

31. LABAN, R. *La maîtrise du mouvement*. 4^{ème} édition Actes Sud, 1994. p112

32. LABAN, R. *La maîtrise du mouvement*. 4^{ème} édition. Actes Sud, 1994. p111

Les caractéristiques des facteurs évoqués par R. LABAN seront reprises un peu plus tard dans le mémoire car ils jouent aussi un rôle dans la qualité expressive du mouvement.

Cette partie sur les bases du mouvement nous permet de comprendre qu'en faisant l'expérience de mettre notre corps en mouvement, notre sensibilité propre est mise en éveil et nos capacités à s'appuyer sur l'environnement ainsi qu'à s'y adapter sont mises en jeu. Cette mise en mouvement nécessite une connaissance et maîtrise de son corps permettant une certaine conscience intérieure de soi. Cela passe par ce que l'on nomme le schéma corporel. Il va impliquer dans sa construction ce que l'on appelle les schèmes du mouvements.

3- LES SCHEMES DU MOUVEMENT DANS LA CONSTRUCTION DU SCHEMA CORPOREL

« Grâce à cette conscience de l'intérieur de nous-mêmes, nous pouvons prêter un intérieur à l'autre, le reconnaissant comme être vivant et non un objet. Les repères que nous avons construits dans notre propre espace corporel serviront de base à ceux qui orientent l'environnement. Ce schéma corporel se construit et se réactualise sans cesse grâce au mouvement. ³³ »

Dans le développement psychomoteur, l'enfant découvre dans le mouvement ce dont il est capable de faire avec son corps. Cela passe par l'acquisition de différents mouvements que sont les **schèmes moteurs du mouvement**.

Au préalable, définissons tout d'abord ce qu'est le schéma corporel :

« Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remanié des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leurs significations. ³⁴ »

Le schéma corporel n'est pas inné puisqu'il se construit par l'intégration d'**informations sensorielles** aussi bien extéroceptives, à savoir la vue, l'audition ou le toucher ; que **proprioceptives** comme la kinesthésie ou l'équilibre.

Le schéma corporel se construit et se déconstruit tout au long de notre vie, il est basé sur nos expériences vécues du passé et du présent, il est de ce fait en perpétuel remaniement. Il se constitue grâce à la **maturation du système nerveux, aux explorations sensorielles et motrices et à l'environnement affectif**.

33. PONTON, G. *Psychomotricité et Gérontologie*. 2003

34. DE AJURIAGUERRA, J. *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson. 1970

Dans l'élaboration du schéma corporel, des facteurs moteurs, environnementaux et psychiques entrent donc en jeu. Les schèmes moteurs sont les mécanismes de base permettant une intégration motrice. Selon **A. BERTHOZ**, le concept de schèmes moteurs est proposé pour relier perception, action et mémoire. Il s'inspire des travaux de **SCHMIDT** pour présenter cette définition :

« Des structures du mouvement – qu'il appelle des « schèmes » - sont stockées par le cerveau. Ces schèmes ne sont pas des éléments sensoriels ou moteurs, mais des relations mémorisées – des « relations topologiques » diraient les mathématiciens – entre plusieurs composantes sensorielles ou motrices de l'action.³⁵ »

Les schèmes du mouvement sont donc ancrés dans la mémoire, ils sont la mémorisation de relations entre informations sensorielles ou motrices.

Suzanne ROBERT-OUVREY dans son livre *Intégration motrice et développement psychique* s'intéresse à l'organisation de la motricité en lien avec les mécanismes psychiques précoces du nourrisson. Pour elle, l'organisation motrice se fait à partir d'un schème moteur de base : **l'enroulement**.

In utéro, le fœtus est déjà dans cette position **d'enroulement**. A la naissance, les mouvements du nourrisson sont très peu ouverts vers l'extérieur, sa motricité réflexe le pousse particulièrement à se replier sur lui même. Cette position d'enroulement permet d'une part à l'enfant de relier son centre avec sa périphérie. D'autre part elle lui donne l'accès à une certaine « conscience » de soi.

« C'est l'intégration des schèmes de bases agissant pour leur propre compte, que l'enfant commence à intégrer son schéma corporel. Les schèmes de base fonctionnent comme des îlots moteurs et donnent à l'enfant des représentations de l'objet fragmentés.³⁶ »

L'enroulement partiel des différentes parties du corps amène, par l'interaction avec le monde physique concret et les échanges entre la mère et le bébé, à un enroulement global du corps qui se fait en suivant la maturation neurologique.

Au départ, le corps du bébé est donc morcelé, puis grâce à l'unification des schèmes moteurs, l'enfant acquiert un enroulement global du corps lui permettant de passer en position

35. BERTHOZ, A. *Le sens du mouvement*. Paris : Odile Jacob, 1997. p17

36. ROBERT-OUVREY, S. *Intégration motrice et développement psychique, uen théorie de la psychomotricité*. 2^{ème} édition. Paris : Descmée de Brouwer, 2010. p46

assise vers 6 mois: « *C'est le plaisir d'un premier soi psychomoteur unifié* ³⁷ ».

Cette position d'enroulement persiste toujours chez l'adulte. Lorsque nous sommes fatigués, angoissés, elle amène à un rassemblement avec soi-même. De nombreuses personnes grabataires, alitées, elles sont retrouvées dans cette position de fermeture.

A partir de cette position d'enroulement, une connexion entre le crâne et le bassin et inversement s'établit. Cet axe de symétrie, appelé axe corporel est un axe organisateur entre le devant et le derrière, la droite et la gauche.

La position assise, premier accès à la verticalité donne à l'enfant des possibilités exploratoires à savoir toucher, attraper, manipuler et aussi de se socialiser davantage. De plus, elle soutient le schème de **coordination**. En ayant acquis un premier niveau de la verticalité, l'enfant peut diriger sa main vers un objet, c'est la coordination main/œil pour ensuite porter cet objet à la bouche, c'est la coordination main bouche.

Le fait d'être assis est aussi une première mise à distance entre la mère et son enfant, puisque ce dernier découvre et existe par lui-même. Il réalise ses premiers gestes volontaires, c'est une première étape dans la construction de son **identité**.

Enroulement, axialité et coordination sont donc des schèmes du mouvement extrêmement liés dans la construction de la motricité mais aussi dans l'élaboration du schéma corporel. En même temps que l'enfant intègre sa motricité, il intègre donc son schéma corporel.

Plus tard, dans l'organisation motrice à l'âge adulte, ces trois schèmes de bases restent extrêmement présents :

*« Les schèmes de base sont des schèmes d'enroulement organisés et coordonnés entre eux qui permettent au corps de se déplacer dans les trois dimensions de l'espace. »*³⁸

Par l'intégration du schéma corporel, le sujet a donc une idée du fonctionnement de son corps ce qui lui permet alors de se mouvoir dans l'espace.

Geneviève PONTON, psychomotricienne souligne en plus un autre schème dans la construction du schéma corporel : celui **des repoussés**. Se repousser c'est aussi se relever. Se repousser depuis les mains amène à la position assise, se repousser depuis les pieds amène à

37. ROBERT-OUVREY, S. *Intégration motrice et développement psychique, uen théorie de la psychomotricité*. 2^{ème} édition. Paris : Desmée de Brouwer, 2010. p47

38. Ibid. p262

se mettre debout, à accéder à une verticalité liée à notre bipédie.

Il convient alors de différencier « se repousser », « d'être repousser ». Pouvoir se relever seul est une forme d'autonomie, le fait d'être aidé, à être repousser donne à voir une impossibilité à s'élever par nous même. C'est une des problématiques du sujet âgé qui dans de nombreux cas, par manque de force ou par manque d'envie, ne peut plus, ne veut plus se redresser.

Grâce à l'intégration des différents schèmes, l'enfant explore activement son environnement lui donnant ainsi ses premières expériences sensori-motrices. Appuyées d'un entourage affectif, les activités corporelles viennent nourrir et développer le schéma corporel.

« Le schéma corporel correspond à une intuition d'ensemble ou à une connaissance immédiate que l'enfant a de son corps à l'état statique ou en mouvement dans le rapport des différentes parties entre elles et dans ses rapports avec l'espace environnant des objets et des personnes.³⁹ »

C'est donc par le schéma corporel que nous allons savoir comment notre corps se positionne dans l'espace et dans l'environnement. Ainsi, par la conscience que nous avons de nous, de notre corps, il sera possible d'entrer en mouvement et en relation.

Pour **LE BOULCH**, jusqu'à l'âge de trois ans, le schéma corporel est plutôt d'ordre inconscient, ce n'est que par la fonction d'intériorisation qu'il pourra devenir conscient et entrer dans l'élaboration inconsciente de **l'image du corps**.

4- DU SCHEMA CORPOREL A L'IMAGE DU CORPS

L'image du corps est un concept psychanalytique, c'est ce que **P. SCHILDER** qui est le premier à avoir introduit cette notion :

« L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous même »

L'image du corps est la représentation inconsciente que l'on a de soi et de son corps. Elle ne correspond pas à une réalité objective et appartient à l'imaginaire. Pour **P. SCHILDER**, l'image du corps résulte de trois facteurs que sont les fondements physiologiques, la structure libidinale et la structure sociale.

39. LE BOULCH, J. *Mouvement et développement de la personne*. Paris : Vigot, 1995. p242

L'image du corps est comme une photo intérieure que l'on a de nous même. Elle s'étaye sur le schéma corporel, s'appuie sur notre histoire et sur les représentations sociales que l'on perçoit d'elle.

Pour **F. DOLTO**, elle se construit grâce aux interactions précoces et notamment dans les interactions avec la mère. L'investissement de la mère pour le corps du nourrisson est pour elle ce qui va construire le narcissisme primaire, soutien de l'image du corps.

Le « stade du miroir » décrit par **LACAN** joue aussi un rôle dans l'élaboration de l'image du corps. Avant ce stade l'enfant se vit comme morcelé, en s'identifiant à l'image unitaire du miroir, il se perçoit alors comme un tout unifié. Cette identification à l'image permet le développement du « moi » puis du « je » qui est le support de l'identité.

Pour **C. MAINTIER** avec la maturité :

« L'avancée vers l'âge adulte, pour la plupart des individus, s'accompagne le plus souvent d'un affermissement de cette image ainsi que du sentiment d'identité qui l'accompagne. »⁴⁰

L'image du corps est étroitement liée au schéma corporel mais il jette aussi les fondements de notre identité.

Schéma corporel et image du corps s'étayent donc sur le mouvement pour se construire puisque les schèmes moteurs expérimentés et mémorisés sont indispensables à leurs bonnes intégrations.

Dans la problématique du vieillissement et plus particulièrement celle de la démence, les capacités cognitives, physiques et affectives s'appauvrissent nécessitant irrémédiablement une réactualisation aussi bien du schéma corporel que de l'image du corps.

Les régressions physiques dues au vieillissement donnent au sujet une autre perception de son environnement. Ses capacités motrices et ses fonctions sensorielles s'altérant, les repères corporels mais aussi les repères de l'espace et du temps sont endommagés. Les schèmes moteurs mémorisés deviennent parfois moins adaptés.

Les mouvements que le sujet réalisait dans le passé ne sont alors plus forcément réalisables, ils deviennent un peu maladroits voire en désaccord avec les représentations que le sujet peut se faire de son corps.

40. MAINTIER, C. «Une identité à construire et conserver.» Dans *Protéger et construire l'identité des personnes âgées*, de PERSONNE, M. Erès, 2011 : 33-46. p38

B. LE MOUVEMENT A L'ÉPREUVE DE LA DÉMENCE

En plus du vieillissement, la démence vient surajouter son lot de difficultés. Les troubles qu'elle provoque sont de réels perturbateurs du mouvement. Le déficit des fonctions cognitives et les perturbations du comportement provoquent des conséquences vites observables sur les représentations du corps du sujet et sur ses mouvements quotidiens.

Dans cette partie j'exposerai donc la particularité des mouvements des sujets atteints de démence de type Alzheimer et je tenterai de donner des causes plausibles à leur présence.

1- LES REPRÉSENTATIONS DU CORPS DANS LA DÉMENCE

a- Le schéma corporel perturbé

La baisse des aptitudes de la personne âgée entraîne des modifications au niveau de la représentation du corps. Un accordage du sujet à son nouvel état psychocorporel devient nécessaire. Malheureusement, cette adaptation n'a pas toujours lieu...

C'est la première fois que Mme T. vient à l'atelier corporel. La séance débute par un échauffement qui permet à chaque individu d'explorer les différentes parties de son corps. Au moment de se masser les joues, Mme T touche ses oreilles.

Avant que j'intervienne, Mme Ga. signale à Mme T. qu'elle ne touche pas ses joues mais ses oreilles. Dans le même temps, Mme Ga. lui montre où sont les oreilles mais Mme T. touche alors ses tempes.

Dans le cas présent, il est assez aisé de voir que le schéma corporel de Mme T est perturbé. Que ce soit sur ordre oral ou par imitation, Mme T n'arrive pas à trouver la position de ses oreilles. Elle pense les avoir repérées mais en réalité, elle explore une autre partie de son visage.

La démence de type Alzheimer entraîne donc plus que des modifications psychocorporelles, en effet des troubles viennent directement affecter la représentation du corps.

L'apraxie réduit la capacité à réaliser un mouvement ou la coordination de plusieurs mouvements : Mme D. prend un stylo à l'envers et tente de dessiner avec l'extrémité sans mine. L'agnosie provoque des manques dans la reconnaissance des objets, des personnes mais aussi des différentes parties du corps. Les troubles de l'orientation spatiale brouillent le sujet

dans ses repères, Mme P. dit qu'elle part au supermarché alors qu'elle va dans la salle de bain. La non-reconnaissance des objets, des lieux, des personnes va entraîner chez le sujet la perte de certains repères primordiaux dans l'organisation du mouvement que sont **le temps et l'espace**.

Le schéma corporel n'est donc pas quelque chose d'acquis pour toute la vie. La vieillesse, la maladie d'Alzheimer viennent souvent le bouleverser. Les schèmes moteurs se transforment, se désadaptent, les atteintes neurologiques le bousculent, c'est ainsi que l'on assiste à de nouveaux mouvements parfois surprenants, inadaptés, incontrôlés mais parfois aussi remplis de sens.

b- L'image du corps altérée

Bien que l'image du corps acquiert une certaine stabilité à l'âge adulte, la période de la vieillesse va conduire à des réaménagements psychiques. Le déficit de la mémoire et les modifications physiques du corps (peau, démarche, posture) vont provoquer une baisse de l'estime de soi et donc un infléchissement narcissique. Selon **C. MAINTIER**, le vieillissement opère une perte d'un idéal du corps :

« Le corps est désormais ressenti comme « lourd, incapable de... » N'obéissant que partiellement, se transformant au fil du temps, il peut être l'objet de dégoût, d'étrangeté. Comment se sentir encore soi alors que le corps trahit ? »⁴¹

Suites aux pertes et au reflet de ce corps vieillissant, le sujet vit ce que **JACK MESSY** appelle « le temps du miroir brisé » opposé au « stade du miroir » chez l'enfant. Le sujet en se regardant dans le miroir voit les signes de sa vieillesse, le stade du miroir permet une maîtrise du corps alors que le temps du miroir brisé provoque l'effet inverse, le sujet voit l'image d'un corps morcelé anticipé, c'est le « moi hideur ».

Chez la personne atteinte de démence, le processus va encore plus loin, la maladie donne lieu à une destruction du Moi :

« La démence met à l'écart du moi, coupe le retour de la communication et rejette le malade dans des positions régressives de plus en plus archaïques selon la relation établie avec l'entourage.⁴² »

41. MAINTIER, C. «Une identité à construire et à conserver.» Dans *Protéger et construire l'identité des personnes âgées*, de PERSONNE, M. Erès, 2011 : 33-46. p38

42. MESSY, J. *La personne âgée n'existe pas*. Petite bibliothèque Payot, 1992. p138

Le sujet atteint de démence ne reconnaît plus son image dans le miroir, il perd l'image d'un tout unifié, son identité s'en voit d'autant plus troublée.

L'ensemble des perturbations du schéma corporel et de l'image du corps ont un impact certain sur le comportement du sujet affecté par la maladie. Les représentations corporelles devenues floues, parfois incohérentes avec la réalité donnent lieu à des manifestations diverses et variées. Leurs altérations supplantées de troubles psycho-comportements provoquent des mouvements et comportements qui ont suscité chez moi de nombreuses interrogations.

2- DES MOUVEMENTS TROUBLANTS

Lorsque l'on franchit pour la première fois la porte de l'unité protégée, c'est comme entrer dans un autre monde.

Mme B. semble essayer d'attraper des objets invisibles. Mme A. donne des coups de pied dans son fauteuil. Mr B. fait des aller retour dans le couloir. Mme W. tente de donner à manger à son chien en peluche.

La liste des attitudes ou comportements « bizarres » voire dérangeants peut être longue lorsque l'on observe la vie dans une unité protégée. Lors de ma première visite, le sentiment d'étrangeté a été le plus caractéristique de mon ressenti.

Au-delà de la bizarrerie que peuvent renvoyer ces résidents, il semble juste de se pencher sur les raisons de la présence de tels mouvements.

Dans l'explication la plus directe que l'on peut donner, il est clair que les troubles psycho-comportementaux sont les auteurs directs de ces actions farfelues. En effet, Mme B a des idées délirantes, Mme A est agressive, Mr B déambule et Mme W souffre d'agnosie.

Tous ces symptômes sont retrouvés dans le tableau clinique de la démence de type Alzheimer. Si l'on considère la personne de manière subjective, en dehors du tableau clinique, il est intéressant de s'interroger sur l'origine de ces comportements.

Le but n'est pas de trouver une réponse exhaustive mais simplement d'essayer de rechercher des pistes. La psychomotricité, grâce à son approche globale du sujet peut tenter de déceler dans quelles situations ces comportements vont-ils avoir lieu et comment les mouvements du résident vont-ils se modifier. Pour cela, je prendrai les cas de Mr B et Mme Bu.

► **Monsieur B.**

Mr B. est un homme âgé de 92 ans diagnostiqué Alzheimer. C'est un homme pouvant encore se déplacer seul grâce à la marche. Il ne s'exprime presque plus par le langage ou sinon dans un discours incohérent. Au moment du repas, Mr B. refuse de manger. L'aide soignante lui demande d'ouvrir la bouche et d'avaler mais Mr B. refuse. A plusieurs reprises, il se lève de table mais la soignante lui demande de se rasseoir.

Après plusieurs essais infructueux, l'aide soignante laisse Mr B. se lever. Celui-ci marche entre les tables, la soignante tente en vain de le refaire manger lorsqu'il s'approche du comptoir de la cuisine. Mr B. grogne et part dans le couloir marcher. Il se déplace entre le jardin, la salle à manger et sa chambre pendant un long moment avant d'aller se reposer dans sa chambre.

Dans la situation présente, Mr B. déambule. La première réaction de la soignante est d'essayer de le faire manger pour le maintenir en bonne santé. Puis, elle décide de le laisser agir selon son gré.

En temps normal, en société, il n'est pas considéré comme « normal » le fait de se lever de table pour aller marcher. Mais dans le cas présent, Mr B. a besoin de ce mettre en mouvement, d'errer...

Le **Dr MIAS** nous dit que :

« L'errance, aussi surprenant que cela puisse paraître, servirait à exprimer un état d'être quelconque chez des personnes inaptes à recourir aux moyens usuels pour s'exprimer. Elles utilisent d'autres moyens qui demeurent difficiles à comprendre pour les soignants, pour planifier des conduites thérapeutiques⁴³. »

Dans le cas de Mr B. la déambulation n'a pas forcément de but apparent : il ne cherche pas à s'enfuir de l'unité et n'explore pas une activité pour s'occuper. Toutefois sa déambulation à un ou plusieurs sens. **MIAS** dit que les sujets qui déambulent peuvent exprimer de l'ennui, de l'anxiété, de la tristesse, etc...

Lorsque Mr B. essaye de se lever, il cherche tout d'abord à exprimer un refus : celui de manger. Ensuite quand il décide de déambuler dans l'unité, je fais la supposition que c'est pour lui un besoin de bouger.

43. Dr. MIAS L. *Les comportements d'errance*. <http://papidoc.chic-cm.fr/22errance.html>. p3

Selon le même auteur, l'errance peut être :

« Une volonté de s'affirmer en réaction à un milieu qui contrôle ses activités, en recourant à des contraintes ⁴⁴ »

Mr B. n'a plus le langage oral mais grâce à son comportement et à ses actions, il nous donne à voir de lui même dans ce qu'il veut ou ne veut pas faire.

► **Madame Bu.**

Mme Bu. est une femme âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle est à un stade modéré de la maladie. Elle mange seule et s'exprime dans un discours cohérent.

Durant la journée, Mme Bu. est assise près d'une table, son regard semble vide, son menton souvent posé sur sa main. Même si elle ne présente pas de grandes difficultés à la marche, il est rare de la voir se déplacer dans l'unité excepté pour se rendre aux toilettes. Il faut la solliciter à plusieurs reprises pour qu'elle vienne participer aux ateliers et il est peu fréquent qu'elle accepte. Lorsque d'autres résidents sont mouvementés, ou qu'une certaine agitation apparaît autour d'elle, Mme Bu. réagit peu ou pas du tout.

Mme Bu. est une personne que l'on peut qualifier d'apathique. **Laura VERNIER** en donne cette définition :

« L'apathie est un manque de motivation non attribué à un trouble de conscience ni à un déficit intellectuel ou à un choc émotionnel. C'est un des symptômes de la maladie, il comporte trois composantes majeures : la diminution de l'initiation motrice, de l'initiation cognitive et du ressenti affectif. ⁴⁵ »

Mme Bu. est donc dans un état de « mollesse », d'indifférence par rapport à ce qui l'entoure et n'a presque aucun désir. Son état l'amène à une certaine régression psychomotrice.

En restant assise à ne rien faire, Mme Bu. semble coupée de son environnement. Dans ce cas là, les mouvements de Mme Bu. sont quasiment absents :

« Quand on est atteint par certaines maladies, tous les ressorts de l'être physique semblent brisés, toutes les énergies anéanties, tous les muscles relâchés, les os devenus mous comme la

44. Dr. MIAS L. *Les comportements d'errance*. <http://papidoc.chic-cm.fr/22errance.html>. p4

45. VERNIER, L. *Les mots et mouvements reflétant l'émotion... L'importance des émotions dans l'approche psychomotrice de la personne âgée apathique atteinte de démence de type Alzheimer*. Mémoire de psychomotricité. Université Victor Segalen Bordeaux 2. p19

*chair et la chair liquide comme de l'eau. J'éprouve cela dans mon être moral d'une façon étrange et désolante. Je n'ai plus aucune force, aucun courage, aucune domination sur moi, aucun pouvoir même de mettre en mouvement ma volonté.*⁴⁶»

Dans cette situation le mouvement semble avoir disparu. Les personnes apathiques ne font transparaître aucune émotion, aucune volonté. Pour **Jérôme PELLISSIER**, chercheur en psycho-gérontologie il est possible de distinguer deux sortes d'apathie :

*« Difficile enfin de distinguer une apathie qui envahirait la personne totalement, la paralyserait de l'intérieur, d'une apathie qui s'apparenterait à un système inconscient de défense, à un mode énergétique plus économique que d'autres. Se défendre : contre ce trop d'émotions, les siennes, celles des proches, ce trop de difficultés, d'échecs, qui se succèdent, qui envahissent, qui usent.*⁴⁷ »

Les sujets apathiques pourraient donc être dans cet état soit pour une raison inconnue qui les bloquerait de l'intérieur soit entrerait dans un mode **de fonctionnement économique** pour se défendre des émotions trop difficiles à supporter.

Ce que l'on observe dans ce trouble psycho-comportemental c'est son impact direct sur le mouvement. Presque immobile, la personne est « dans son monde ». Les interactions avec l'environnement se réduisent creusant peu à peu l'isolement du sujet.

Au travers des cas de Mr B. et Mme Bu. , deux situations sont observables. Dans la première, les mouvements sont bien présents, ils peuvent susciter des interrogations quand à leurs significations, mais en creusant un peu, il est possible d'émettre des hypothèses sur la déambulation de Mr B.

Dans la seconde situation, le mouvement est quasi-absent et quelques suppositions peuvent être faites sur l'apathie de Mme Bu.

Au sein des deux cas, les mouvements présents ou absents ne sont pas ceux que nous avons l'habitude d'observer chez une personne non atteinte de démences ou d'autres types d'affections.

La maladie et son lot de troubles qu'elle génère provoquent d'abord une perte de repères aussi bien corporels qu'environnementaux. Le schéma corporel et l'image corporelle sont bousculés ce qui amène à des perturbations du mouvement.

46. MAUPASSANT, G. *Le Horal*. Dans PELLISSIER, J. *Ces troubles qui nous troublent*. Erès, 2011, p.112

47. PELLISSIER, J. *Ces troubles qui nous troublent*. Erès, 2011, p.113

Les troubles psycho-comportementaux comme l'apraxie, la déambulation, l'agressivité ou encore la stéréotypie vont être les auteurs d'autres types de perturbations du mouvement. Même si nous ne comprenons pas toujours d'emblée leurs sens, ils sont souvent pour le sujet un moyen d'exprimer consciemment ou inconsciemment une frustration, une angoisse, un désir...

Je n'ai pas la certitude que chacun de leur comportement ai une signification mais je fais l'hypothèse que leurs conduites qu'elles soient volontaires ou involontaires sont pour eux un moyen d'expression.

En effet, lorsqu'à un stade plus avancé de la maladie, le langage se perd, les mouvements deviennent les seuls indices permettant de détecter l'état du sujet mais aussi ses volontés, ses refus.

Le mouvement prend alors une place centrale puisque c'est grâce à lui que toute la communication avec autrui va pouvoir être possible. Au delà de communiquer, il va aussi permettre de déceler l'état affectif de la personne par l'observation de ses postures, ses mimiques et de ses actions. C'est donc à la valeur expressive du mouvement que je m'intéresserais dans la partie suivante. Mais avant, je vous propose de faire un point sur mon hypothèse de travail.

HYPOTHESE

LA DEMENCE de type Alzheimer suscite de nombreuses interrogations quant à son étiologie et ses manifestations. Il est vrai que beaucoup de questions se posent aussi sur les comportements des sujets et à la manière dont la pathologie peut évoluer d'un individu à l'autre.

Néanmoins, je peux faire un constat des plus simples : **le mouvement, synonyme de vie, reste présent chez n'importe quelle personne**. Bien sûr il prend des formes particulières et comme nous venons de le voir il est pratiquement toujours perturbé par la maladie.

Si les mouvements du corps sont troublés par la pathologie, cela signifie tout d'abord que le schéma corporel et l'image du corps le sont eux aussi. Les atteintes des représentations du corps perturbent le mouvement et inversement, la présence de comportements « atypiques » atteint la conscience corporelle du sujet.

Pour autant, cela ne signifie pas que tous les comportements des patients sont dépourvus de sens. Le mouvement aussi incohérent qu'il puisse paraître a toujours une raison d'être.

Volontairement ou non, il nous donne à voir du sujet en relation. Grâce à l'observation clinique de l'état tonique et des manifestations corporelles, le psychomotricien peut avoir un rôle à jouer dans la tentative de compréhension des comportements du sujet.

Dans chaque mouvement, attitude ou geste, la personne même à un stade avancé de la maladie dégage de l'expressivité. C'est à ce niveau que le psychomotricien va pouvoir intervenir.

La communication est souvent troublée par la pathologie, il est difficile pour le patient d'exprimer ses désirs, ses refus mais aussi et surtout son état affectif. Pourtant, nous savons que la mémoire émotionnelle reste longtemps conservée.

Chez des patients où les fonctions cognitives et la continuité temporelle sont détériorées, les émotions prennent donc une place fondamentale dans le maintien du sujet avec la réalité.

En reconnaissant son état émotionnel, le psychomotricien va avoir un impact au niveau du maintien du sentiment d'identité. Ainsi, **en soutenant le mouvement, la thérapie à médiation corporelle vient soutenir l'expressivité et par conséquent l'expression des émotions.**

« Mais, quand d'un passé ancien rien ne subsiste, après la mort des êtres, après la destruction des choses, seules plus frêles mais plus vivaces, plus immatérielles, plus persistantes, plus fidèles, l'odeur et la saveur restent encore longtemps, comme des âmes, à se rappeler, à attendre, à espérer, sur la ruine de tout le reste, à porter sans fléchir, sur leur gouttelette presque impalpable, l'édifice immense du souvenir »

Marcel Proust

PARTIE 3

DU MOUVEMENT A L'EXPRESSION DE L'EMOTION

A- L'EXPRESSIVITE, UN MODE D'EXPRESSION PRIVILEGIE

Depuis le début de la vie, chaque individu s'exprime à travers son corps. Il est un médiateur de communication entre soi et les différentes perceptions de l'environnement que ce soit par le langage ou par la communication non-verbale.

Lorsqu'une personne vieillit, nous avons vu que ses capacités physiques diminuent. Les perceptions que ce soit au niveau auditif, visuel ou encore vestibulaire se dégradent ce qui rend plus difficile pour le sujet de percevoir ce qui l'entoure.

La maladie d'Alzheimer entraîne davantage de perturbations. Les troubles psycho-comportementaux viennent altérer les modes de communication. A un stade avancé de la maladie, l'aphasie et les troubles de l'attention rendent le discours verbal limité voire impossible.

Pour autant, cette perte du langage orale ne signifie pas que ces personnes n'ont plus rien « à dire », ou plutôt à exprimer. Au contraire, **G. DEMOURES** se questionne :

« Et si la démence parce qu'elle libère des carcans de la convenance, permettait une communication retrouvée, une authenticité de la relation humaine dans «ce cœur à cœur» qui

se passe aussi de mots ? »⁴⁸

La démence serait donc un bénéfice amenant une expression plus sincère qui se passerait de mots. Ce que j'appelle cette expression sincère pourrait être ce qui correspond en psychomotricité à **l'expressivité**. Mais quelle différence peut-on faire entre l'expression et l'expressivité ?

1- NOTIONS D'EXPRESSION ET D'EXPRESSIVITE

Dans mes lectures, j'ai pu comprendre que **l'expression** renvoyait à quelque chose de plus conscient ayant une visée expressive et communicative.

L'expressivité renvoie quant à elle à la capacité de s'exprimer sans que la notion de communication soit essentielle. L'expressivité est pour moi plus sincère car elle se situe davantage dans le registre inconscient et implique un tonus et des postures pas toujours maîtrisées. Dans la réflexion de **B. LESAGE**, l'expressivité est la présentation du sujet :

« Chaque posture, chaque geste, est une façon d'être, de recevoir, de se présenter. Le corps dont la création est aussi celle du sujet, n'est pas un instrument de l'être, un objet qu'il manierait, mais son écrin, sa présentation. Il y a donc une expressivité fondamentale du corps qui n'est pas mise en signes.⁴⁹ »

L'expressivité reflète donc ce que nous sommes au plus profond de nous, elle reflète nos états mais aussi nos sentiments, nos émotions, nos ressentis et nos affects.

En s'intéressant à une personne ayant perdu le langage oral, **A. LAPIERRE** et **B. AUCOUTURIER** parle de qu'il appelle **l'agir**. J'ai choisi de vous proposer sa définition car elle me semble très proche de ce que peut être l'expressivité :

« L'agir n'est plus alors un acte intellectuel, rationnel, mais l'expression directe de « quelque chose » de plus intime, de plus profond, qui suscite tel geste, telle attitude, telle action plutôt qu'une autre. Ce sont les tensions émotionnelles sous-jacentes qui s'expriment à travers le symbolisme de l'agir, et c'est là que la personne retrouve son authenticité, sa vérité.⁵⁰ »

Dans cet agir dont parle les auteurs, la personne montre par ses actes ce qu'elle a de plus sincère en elle. Les auteurs parlent aussi de **tensions émotionnelles**. Il est possible de faire le

48. DEMOURES, G. «Paroles de déments, paroles aux déments.» *Gérontologie et société*. Fond. Nationale de gérontologie, Mars 2003. n°106 : 111-128. p114

49. LESAGE, B. *La danse dans le processus thérapeutique*. Toulouse: Erès, 2012. p67

50. LAPIERRE, A. AUCOUTURIER B. *La symbolique du mouvement : psychomotricité et éducation*. Paris : Epis, 1975. pp 136-137

lien entre l'expressivité et le tonus-musculaire, qui porte en lui des valeurs affectives et émotionnelles.

Dans l'expressivité du sujet, le caractère tonique du mouvement est bien évidemment observé puisqu'il va nous permettre de déceler certaines émotions du sujet. Il va donc prendre une place importante dans l'étude des traits expressifs de l'individu puisqu'il établit un lien direct entre les émotions du sujet et ses réactions physiques.

2- LE TONUS MUSCULAIRE

Comme nous l'avons vu dans les principes de bases du mouvement, le tonus musculaire joue un rôle central de préparation et d'harmonie du mouvement. Dans cette partie je m'intéresserai davantage à son rôle dans l'expression des **émotions**.

H. WALLON parle lui ensuite de **dialogue tonique** pour montrer la relation entre le tonus musculaire et l'état émotionnel. Quelques années plus tard, **DE AJURIAGUERRA** reprend cette notion pour évoquer le **dialogue tonico-émotionnel** :

« Pour J. de Ajuriaguerra, le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge. S'intéresser au dialogue tonico-émotionnel porte donc tout naturellement à s'intéresser à la manière dont les émotions peuvent être transmises entre deux partenaires.⁵¹ »

Le dialogue tonico-émotionnel concerne donc la relation entre la mère et son enfant. Mais cette proto-communication qui passe par le canal-tonique s'applique aussi chez l'adulte. En psychomotricité, le tonus musculaire est souvent testé pour connaître l'état tonique du sujet et ainsi compléter notre impression sur son état émotionnel.

Chez les adultes et particulièrement les personnes atteintes de démence, le dialogue tonico-émotionnel va également jouer un rôle :

« A l'âge adulte, la fonction tonique reste véhicule d'une forte charge émotionnelle comme un langage d'avant les mots qui continue à parler en amont ou au-delà des mots.⁵² »

Une hyper ou une hypo-tension ne résonnera pas de la même manière à nos oreilles. Le dialogue tonico-émotionnel va venir compléter l'observation des attitudes, des comportements

51. MARCELLI, D. BACHOLLET, M-S. «Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements.» *Enfances & Psy.* Erès, Mars 2010, n°49 : 14-19. p14

52. BERGER, E. *Le mouvement dans tous ses états, les recherches de Danis Boris.* 3^{ème} édition. Paris : Point d'appui, octobre 1999. p50

puisqu'il va donner au mouvement un caractère émotionnel mais il peut aussi aller à l'encontre du discours du sujet.

A tout âge, lors d'une prise en charge en psychomotricité, l'observation du tonus musculaire est donc primordiale car le lien qu'il établit entre motricité et émotions va nous donner des indices précieux sur l'état émotionnel du sujet.

Pour appuyer mon propos, je vais vous présenter le cas de Madame L.

► **Madame L**

Mme L. est âgée de 79 ans. Elle souffre de la maladie d'Alzheimer depuis 2002. En 2007, en raison de l'évolution de sa maladie, elle intègre l'unité protégée. Depuis qu'elle vit au sein de l'EHPAD, son état a évolué progressivement.

Aujourd'hui, elle est à un stade sévère de la maladie ; c'est une femme très menue portant des lunettes, ses cheveux sont gris et courts. Elle a perdu ses facultés cognitives et motrices. Elle est dans un état akinétique accompagné d'un mutisme. Grabataire, incontinente, elle est accompagnée dans tous les actes de la vie quotidienne.

Dans son lit, Mme L. est recroquevillée sur elle même et adopte une position fœtale. Ses deux jambes sont repliées vers la gauche, son dos est en courbure dorsale et ses bras pliés contre son buste. Au toucher, ses membres sont très rétractés, elle ne peut plus les mobiliser seule.

Mme L. est suivie en bain thérapeutique par la psychomotricienne depuis 2008. L'objectif de cette prise en soin est de réduire les rétractations de Mme L. et de conserver un lien relationnel avec autrui.

Au début du bain, Mme L. me regarde beaucoup, elle ne me connaît pas et semble intriguée par ma présence. Je remarque que son regard suit tous mes déplacements. Très vite je comprends qu'elle communique essentiellement grâce à lui. Son regard est profond, interrogateur parfois presque dérangeant.

En plus de son regard, Mme L. s'exprime par des mimiques. Lorsque l'eau commence à couler sur sa peau, elle ouvre la bouche. Quand nous essayons de lui écartier le bras par une manipulation vibratoire elle fronce les sourcils. A chacun de nos gestes, Mme L. réagit sur son visage. Bien que mutique, Mme L. est une personne que l'on peut caractériser de très expressive. Sans les mots, uniquement avec ses mouvements du

regard et ses traits expressifs, Mme L. est très présente dans la relation. S'il m'arrive de lâcher son regard, j'ai l'impression de la trahir, de la délaisser à tel point le lien qu'elle peut créer avec l'autre est fort.

Parallèlement à son expressivité, j'observe que Mme L. se décontracte doucement au contact des jets de la douche. A la fin du bain, elle semble un peu moins figée : ses jambes et ses bras sont semi-fléchis. Mme L. étant très crispée, l'eau par son caractère relaxant lui apporte donc des bienfaits sur son état tonique. Au début son visage est plutôt « tendu », puis je sens qu'au fil de la séance il s'ouvre davantage jusqu'à paraître presque apaisé.

Dans cette situation le bain et la relation établie avec Mme L. ont eu des effets bénéfiques. Ce moment a été vécu pour elle comme relaxant ce qui s'associe à des émotions positives. Grâce au toucher et à l'eau, le tonus musculaire s'est abaissé et l'expression de son visage a changé.

Le cas de Mme L. nous montre donc bien le lien entre le tonus, les émotions du sujet et son expressivité. Mais, au delà du tonus musculaire, le mouvement en lui-même va aussi avoir des **valeurs expressives**.

3- LES VALEURS EXPRESSIVES DU MOUVEMENT

Notre manière de se mouvoir est propre à chacun. Néanmoins, des traits communs se retrouvent dans notre façon de bouger. En tant que « spécialiste du corps », il semble que le psychomotricien se doit de porter une attention particulière aux mouvements du sujet qu'il rencontre en prise en charge ; d'autant plus chez des sujets pour qui les représentations du corps sont perturbées et le langage altéré.

Selon **L. PLOTON**, l'expression comportementale est à prendre en compte dans la prise en charge du patient. Il part du principe que la personne atteinte de démence signifie à son insu des choses à son entourage :

« Cela passe par l'intonation, la mimique, la posture qui vont être significatives. Mais ce seront aussi des conduites qui vont lui « échapper » et prendre une valeur expressive, c'est-à-dire : être porteuse de sens et, simultanément, avoir une fonction d'extériorisation, d'évacuation de tensions et/ou d'émotions.⁵³ »

53. PLOTON, L. *A l'écoute d'un langage*. 3^{ème} édition. Lyon : Chronique sociale, 2010. p88

Reprenons le diagramme de l'Effort que j'ai déjà introduit auparavant (partie 2. A. 2.b page 30). A travers les quatre facteurs (espace, temps, poids et flux) que **R. LABAN** a défini, il propose une lecture psycho-dynamique du sujet en mouvement.

Ses travaux sont considérés par **Benoit LESAGE**⁵⁴ comme un outil de lecture et d'intervention auprès de populations variées. Je vais tenter de l'utiliser pour décrire certains des mouvements observés chez les personnes que j'ai pu rencontrer.

Dans la grille de l'Effort, le mouvement ne correspond pas seulement à l'acte inconscient. Il prend aussi en compte la gestuelle, c'est à dire la combinaison de mouvements produisant une action consciente et volontaire. Il y a dans le geste un caractère plus intentionnel. Nous nous intéressons ici aussi bien au mouvement qu'au geste.

Ce qu'ont voulu montrer **R. LABAN**, puis surtout **B. LESAGE** en reprenant ses travaux, c'est que chaque facteur peut avoir une connotation au niveau émotionnel.

Commençons par le facteur **flux** qui correspond au flux de tensions, c'est-à-dire à la force tonique mise en jeu dans le mouvement. Dans le flux contrôlé ou retenu, l'action est précise et comme son nom l'indique, elle est contrôlée, maîtrisée. Dans le flux libre ou coulant, l'action semble suspendue, fluide.

Selon **B. LESAGE** :

« Le flux libre n'est pas plus « sein » que le flux contrôlé : ils sont appropriés ou non, c'est-à-dire qu'ils permettent d'assumer une diversité de situation quotidiennes, émotionnelles et relationnelles. [...] La peur et la rage se présentent plutôt en flux retenu, alors que l'insouciance, certaines formes de colère, les paniques, se manifestent plutôt en flux libre.⁵⁵ »

Le facteur flux correspond à l'écoulement du mouvement. Il est pour **B. LESAGE** : « *une trame qui soutient les trois autres facteurs qui sont des spécifications* ». Le flux est donc essentiel puisqu'il jette les bases aux autres facteurs (comme le tonus est indispensable au mouvement).

Le **poids**, faible ou lourd est une force de pesanteur liée à la gravité. Il permet au corps de se mouvoir et d'avoir des appuis notamment dans le sol tout en permettant des repoussés (sauts). Deux caractéristiques du poids sont définies dans la grille de l'Effort : il peut être ferme, définissant une forte tension, une charge pesante, ou au contraire léger, doux. Des mouvements appuyés n'auront donc pas la même signification émotionnelle que des

54. Les travaux de LABAN étant assez complexe et difficile à appréhender dans ses ouvrages, je ferais principalement référence à B.LESAGE qui a su synthétisé, simplifié et adapté le système Labanien à la psychomotricité.

55. LESAGE, B. *La danse dans le processus thérapeutique*. Toulouse: Erès, 2012. p72

mouvements plus aériens.

En effet, LESAGE nous dit que :

« Sur le plan émotionnel des éprouvés de l'ordre de la joie, de la délivrance ou de l'insouciance (le cœur léger) requièrent des qualités de poids opposées à celles du désespoir, de l'emprisonnement, de la suffisance ou de la dignité. ⁵⁶ »

Le **temps** d'un mouvement peut être caractérisé comme soudain (l'action est rapide) ou à l'opposé soutenu (l'action peut sembler durer « indéfiniment »). Là aussi, un sens émotionnel au temps du mouvement peut être décrit:

« Les connotations émotionnelles sont évidentes ; selon la vitesse et la durée, le mouvement soutenu est décrit et vécu comme legato, doux, coulé, languissant, serein, tranquille, sûr, tandis que le soudain est qualifié d'anxieux, nerveux, précipité, urgent, excité. ⁵⁷ »

Enfin **l'espace** est défini selon deux qualités : directe ou flexible. Le mouvement direct renvoi à quelque chose d'adressé, de focalisé, il est presque incisif alors que pour B. LESAGE :

« Le flexible supporte une attitude plus adaptative, qui accepte et intègre davantage ce qui se rencontre, plus disponible donc, et qui peut paraître moins affirmée. ⁵⁸ »

Certains gestes peuvent également être neutres au point de vue de l'espace : « out of espace ». Toujours dans le thème de l'espace, LABAN est celui qui introduit la notion de kinesphère :

« C'est cette partie de l'espace qui peut être atteinte par les extrémités des membres⁵⁹ ».

Cette notion peut être mise en lien avec celle d'espace personnel souvent employée en psychomotricité.

Pour illustrer les différentes caractéristiques de ces facteurs, je m'appuie de deux cas observés en unité protégée : Mr P. et Mme B.

56. LESAGE, B. *La danse dans le processus thérapeutique*. Toulouse: Erès, 2012. p75

57. Ibid. p87

58. Ibid. p84

59. LABAN, R *Espace dynamique, Bruxelles, Nouvelles de danse*, 2003. Dans *La danse dans le processus thérapeutique* de LESAGE, B. Toulouse: Erès, 2012 p82

► **Monsieur P.**

Mr P. est un monsieur de taille moyenne, se déplaçant le dos courbé et la tête baissée. Il est âgé de 89 ans et est à un stade sévère de la maladie d'Alzheimer. Diagnostiqué en 2008, ses troubles se sont très vite aggravés et en 2010, en raison de son comportement trop agressif envers sa femme, il a été admis d'abord en hospitalisation en milieu psychiatrique puis au sein de l'EHPAD.

Il souffre aujourd'hui d'agnosie, d'aphasie, d'apraxie, déambule régulièrement dans le jardin et la salle à manger et son comportement peut être agressif.

Lors d'une de ses périodes d'agitation psychomotrice, Mr P. déambule dans le jardin. En l'accompagnant par le bras, je sens que son pas est lourd et appuyé. Pour autant son équilibre reste précaire et je le soutiens dans sa tenue de la verticalité. Sa démarche est rapide, j'ai même parfois du mal à suivre sa cadence.

Tout en déambulant, il marmonne dans un jargon incompréhensible, ses sourcils sont froncés, son visage est fermé et il semble plutôt mécontent. En rentrant dans l'unité, Mr P. s'oriente vers une chaise qu'il saisit à pleine main pour la jeter au sol.

Sa déambulation est en train de se transformer en colère voire en agressivité envers les autres puisqu'il me repousse un peu sèchement.

Au travers de sa démarche, son mouvement et sa gestualité, je peux donner les caractéristiques suivantes pour chacun des facteurs : le poids est lourd (pas appuyé), l'appréhension de l'espace est directe (gestes orientés : il attrape la chaise, me repousse), le temps est plutôt soudain (l'action de prendre la chaise est rapide, sa démarche aussi). Enfin, le flux est d'ordre contrôlé, ses mouvements sont dirigés et précis dans leur démarche.

Les caractéristiques des différents facteurs renvoient préférentiellement à des émotions de l'ordre de l'agacement et la colère. Dans ses mouvements, Mr P. nous montre son énervement.

► **Madame B.**

Mme B. est une femme grande et très fine âgée de 79 ans. Elle est à un stade sévère de la maladie d'Alzheimer avec la triade aphasie, apraxie, agnosie en plus des troubles de la mémoire. Mme B. souffre aussi d'hallucination.

Mme B. est une femme que l'on peut caractériser de calme. Il est très difficile de la faire asseoir, la plupart du temps, elle reste debout et déambule. Mme B. a le pas très léger, elle semble « marcher sur des œufs ».

Lorsque je l'observe, je remarque la lenteur de ses mouvements, elle me donne vraiment l'impression de flotter au milieu des tables et des autres résidents parfois agités.

Il lui arrive d'essayer d'attraper des objets invisibles. Son bras se lève doucement, le regard suit le geste et j'ai comme l'impression qu'elle va cueillir une pomme imaginaire. Au toucher c'est une femme au contact très doux.

Quand elle s'approche de moi, elle me marmonne quelque chose que je ne comprends pas nécessairement avant de me prendre délicatement les deux mains.

Dans le cas de Mme B. , le poids peut être décrit comme léger, le temps comme soutenu (elle se déplace toujours doucement, à son rythme) et l'espace est plutôt flexible (elle s'adapte à son environnement). Je définirais le flux comme libre puisqu'aucune tension n'est ressentie corporellement. Les caractéristiques de ses mouvements renvoient à une certaine insouciance mais aussi une disponibilité dans la relation.

Le tempérament plutôt calme de Mme B. est donc ressenti à travers ses mouvements tout comme l'agressivité est reconnue chez Mr P. Ces deux personnes sont presque opposées dans leur manière de se mettre en mouvement. Je les ai choisis volontairement pour mettre en relief les caractéristiques des facteurs proposés par R. LABAN.

En pratique, la qualité du mouvement peut varier, il n'est pas forcément possible de le classer dans une caractéristique précise puisque le propre du mouvement est de bouger, de changer de fluctuer.

Néanmoins, la grille de l'Effort nous permet là aussi de faire un lien entre mouvements et émotions. Le tonus musculaire, préparateur du mouvement et le mouvement lui même sont donc des outils indéniables pour reconnaître l'état émotionnel du sujet.

B- LES EMOTIONS

1- GENERALITES

L'origine du mot émotion vient de son dérivé « émouvoir » qui signifie d'après l'ancien français *motion* : « mouvement ». Avec une étymologie pareille, un lien évident semble exister entre les émotions et le mouvement.

a- Une définition globale

« Les émotions sont des ensembles compliqués de réponses chimiques et neuronales, qui forment une configuration ; toutes les émotions ont telle ou telle sorte de rôle régulateur à jouer [...]; les émotions ont trait à la vie d'un organisme, à son corps pour être précis et leur rôle est d'aider l'organisme à se maintenir en vie.⁶⁰ »

Une expérience émotionnelle va donner lieu à des réactions physiologiques qui vont permettre à l'individu d'agir de manière adaptée sur son environnement. Les émotions ont donc un rôle d'adaptation favorisant la survie de l'organisme.

Les émotions sont une expérience subjective et ont un caractère comportemental puisqu'elles vont entraîner des manifestations expressives. En effet, contrairement aux sentiments :

« Les émotions se manifestent sur le théâtre du corps, les sentiments sur celui de l'esprit.⁶¹ ».

L'expression corporelle des émotions passe donc par le tonus, le mouvement, les mimiques du visages mais aussi par d'autres canaux que sont l'audition (les cris) ou la vue (regard vide).

Enfin, le lien entre **mémoire et émotion** est également à souligner puisque des neurobiologistes ont démontré qu'une situation vécue comme intense émotionnellement s'ancre davantage dans la mémoire d'un sujet. C'est ce que l'on peut nommer la mémoire émotionnelle. L'annonce du décès d'un proche ou la naissance d'un enfant en sont des exemples types.

b- Proposition d'une classification

Couramment le terme d'émotion renvoie à des notions comme le bonheur, la tristesse, la colère qui sont avec la peur, l'étonnement et le dégoût des **émotions primaires**. Ces émotions dites de bases sont les plus faciles à identifier.

60. DAMASIO, A. *Le Sentiment même de soi. Corps, émotions, conscience*. Paris : Odile Jacob, 1999. p71

61. DAMASIO, A. *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions*. Paris : Odile Jacob, 2003. p32

C. DARWIN puis **P. EKMAN** ont démontré dans leurs travaux que ces émotions de base ont un caractère universel :

*« Il me semble donc enfin possible d'avancer une conclusion : il existe dans l'espèce humaine des expressions faciales universelle des émotions. »*⁶².

Les émotions **universelles** sont donc identifiables par tous et l'intensité de leur expression permet d'être mieux ressenti par l'autre.

Une autre catégorie d'émotion est constituée par les **émotions sociales ou secondaires** comme la jalousie, l'envie, la gratitude. Enfin, il existe ce que **A. DAMASIO** appelle les **émotions d'arrière-plan** comme le malaise ou l'énervement.

Ce dernier type d'émotion se réfère à la notion « *d'état d'être* »⁶³. Ces émotions sont plus internes qu'externes, elles sont moins visibles mais détectables grâce à une observation fine de l'ensemble des mouvements du sujet. Il est important de les différencier de l'humeur :

*« Le caractère brutal et habituellement bref de l'émotion, au sens étymologique, la rend à priori distincte du concept de l'humeur. »*⁶⁴

L'humeur renvoi plus au tempérament et au caractère général du sujet, elle dure dans le temps alors que les émotions ont une dimension rapide et intense.

Parallèlement à cette classification des émotions, il est permis de classer les émotions en fonction de leurs valeurs **positives** (agréables) ou **négatives** (désagréables). Les émotions positives sont orientées vers la recherche de plaisir. Elles sont sources de motivation.

A l'inverse :

*« Les émotions négatives paralysent l'individu, ses désirs disparaissant, et à la longue son humeur devient dépressive. Tandis que physiquement, nous assistons à une inhibition motrice. »*⁶⁵

Un lien entre émotions et motivation est décelable à travers cette distinction entre ces deux types d'émotion.

62. EKMAN, P « L'expression des émotions » dans Les émotions (Darwin, Piaget, Sartre) de RIME, B. Paris : Delachaux et Niestlé, 1989. p198

63. DAMASIO, A. *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions*. Paris : Odile Jacob, 2003. p48

64. PETROPOULOU, H. « Chapitre 2 : Les émotions » dans *Profil émotionnel et cognitif au début de la sclérose en plaques: Effets différentiels des émotions sur les performances cognitives*. Thèse de psychologie, Université Paris 8, 2006. p41

65. Ibid. p51

2- LES EMOTIONS DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER

Durant plusieurs années il a été affirmé que des patients atteints de démence étaient inaffectifs (Ey, H et col, 1960). Depuis, différents auteurs et travaux réalisés ont prouvé que les sujets atteints de démences présentaient encore des facultés affectives.

L. PLOTON a développé ce qu'il nomme « *l'intelligence affective* ⁶⁶ ». Même si les fonctions cognitives sont altérées par la maladie, le fonctionnement psychique global est longtemps préservé. D'autant plus que « *la mémoire affective* ⁶⁷ » (ou **mémoire émotionnelle**), qui est implicite et qui ne nécessite pas de mise en mot est mieux conservée par rapport aux mémoires explicites. Selon lui :

*« Il apparaît qu'il y a chez les malades d'Alzheimer, une forme de primauté du registre affectif, registre dans lequel ils semblent encore fonctionner du point de vue relationnel. Tout se passe en effet comme s'ils gardaient une forme de perception affective, assorties de capacités d'expression de ce même point de vue. »*⁶⁸

Les aînés atteints de démence de type Alzheimer ont donc encore une **intelligence affective**. Même s'ils ne peuvent l'exprimer avec des mots, leur capacité à percevoir des réactions émotionnelles et à les exprimer corporellement est conservée.

Mme G. parle très peu. Elle est présente lors des ateliers de groupes mais ne participe pas toujours, elle reste souvent dans l'observation. En s'installant sur sa chaise, son visage semble plutôt fermé. Son regard balaye l'ensemble des visages des femmes, la plupart sont en train de rire. Un grand sourire se dessine alors sur celui de Mme G.

Il faut noter qu'en plus de percevoir les émotions des autres, l'état émotionnel peut aussi être partagé, c'est ce qui s'est produit pour Mme G.

En dehors de l'intelligence affective, des troubles de l'affectivité existent tout de même chez les personnes atteintes de démence de type Alzheimer. Il est possible d'observer une certaine **labilité émotionnelle** qui est un changement rapide de l'humeur. L'individu contrôle moins ses émotions et peut passer « du rire au larme » en quelques secondes.

Comme je l'ai déjà dit, certains patients souffrent de dépression, des émotions négatives sont donc davantage ressenties chez ces personnes.

66. PLOTON, L. *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer : sur la vie affective la communication, l'institution...* 2^{ème} édition. Lyon : Chronique sociale, 2011. p41

67. Ibid. p47

68. Ibid. p42

Enfin, des personnes habituellement positives peuvent devenir plus négatives et inversement. Leurs émotions changent, elles n'ont pas forcément l'habitude d'être dans ces nouveaux états émotionnels, il devient nécessaire de prendre en compte ce changement d'état et d'adopter une attitude empathique.

3- L'INTERET DES EMOTIONS EN PSYCHOMOTRICITE

Lorsque l'on rencontre une personne atteinte de démence, l'affectivité joue un rôle essentiel dans le lien que l'on va pouvoir créer avec elle. En se rencontrant, l'état émotionnel du patient et celui du psychomotricien entrent tous deux en jeu à travers le dialogue tonique et les attitudes corporelles de chaque individu :

« Quand l'émotion surgit, ce sont toujours d'abord leurs corps qui parlent en sensations particulières, souvent difficiles à comprendre.⁶⁹ »

En prenant en compte différents paramètres vu précédemment (tonus musculaire, mouvement, mimiques), le psychomotricien tente d'identifier l'état du sujet grâce à son observation clinique. Néanmoins, il faut accepter de ne pas toujours pouvoir comprendre le sujet tout en restant dans une position empathique

Les émotions jouent un rôle d'autant plus important lorsque la communication orale est altérée puisqu'à travers l'expressivité du sujet, nous allons pouvoir déceler son état émotionnel.

En psychomotricité, les émotions vont donc nous servir de point d'appui aussi bien dans la relation que dans la compréhension du sujet.

La thérapie psychomotrice va donc travailler sur les émotions, pour **F. BOSCAINI** :

« La salle de psychomotricité serait un espace-temps de shopping émotionnel, de rencontres et d'expériences nouvelles, diversifiées.⁷⁰ »

Les séances sont donc un moment de partages et de découvertes d'émotions nouvelles ou déjà connues. Chez les patients atteints de démence, puisque la mémoire émotionnelle reste conservée, nous allons pouvoir nous en servir pour relier le patient à son histoire.

69. BOSCAINI, F. SAINT-CAST, A. «L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice.» *Enfance & Psy.* Erès, Mars 2010, n°49 :: 78-88. p85

70. BOSCAINI, F. SAINT-CAST, A. «L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice.» *Enfance & Psy.* Erès, Mars 2010, n°49: 78-88. p84

En effet, l'altération mnésique et les troubles spatio-temporaux entraînent souvent des troubles au niveau de l'identité du sujet. Pour pallier à cela, l'un des objectifs sous-jacent de la prise en charge est de renforcer le **sentiment identitaire** de ces personnes.

Selon **J. PELLISSIER** :

« Les émotions et les souvenirs émotionnels vivent en nous, avec nous, malgré nous, une vie qui ne suit pas les mêmes chemins que les autres. Il est possible de se souvenir de l'émotion ressentie alors même que toutes les autres informations liées à l'événement nous échappent ; il est possible de ressentir une émotion sans pouvoir la verbaliser ni l'expliquer. »⁷¹

Grâce aux expériences que le psychomotricien propose, le sujet peut ressentir des émotions qu'il a déjà pu percevoir dans le passé. Même si une représentation psychique n'a pas forcément lieu, un lien entre une émotion ressentie et un souvenir du passé peut se faire. Cette expérience renforce le **sentiment d'identité et d'existence**.

Selon **R. GIL** :

« L'identité personnelle est donc bien dans la reconnaissance par chaque sujet d'une histoire qu'il reconnaît comme sienne et comme passée quels que soient les changements de « substance » (Locke), de « caractère » (Hume). Ainsi, le sujet âgé ne serait pas atteint dans son identité personnelle tant que sa conscience de soi attesterait de sa continuité. »⁷²

Ainsi, il ne suffit pas de vivre pour exister. Maintenir une cohésion de soi et être relié à son **histoire** est ce qui fonde notre **identité**, ils sont des facteurs indispensables au maintien du **sentiment d'existence**.

En faisant l'expérience de mettre son corps en mouvement, le sujet entre en relation avec soi et avec l'autre. Quand le sujet se met en mouvement, il dégage de l'expressivité et des émotions qui sont perçues par son environnement. En soutenant le sujet dans ses expériences, le psychomotricien va venir l'accompagner dans l'exploration de différents mouvements.

L'attitude empathique du praticien va venir favoriser l'estime de soi du sujet qui est souvent mise à mal dans la maladie d'Alzheimer. Au delà de renforcer le narcissisme du sujet, le psychomotricien va aider le sujet à se relier à ses émotions et donc à son histoire par le biais d'expériences corporelles.

71. PELLISSIER, J. *Ces troubles qui nous troublent*. Toulouse : Erès, 2011. p66

72. GIL, R. *Vieillesse et Alzheimer, comprendre pour accompagner*. Paris : l'Harmattan, 2012, p65.

Expressivité, émotions et psychomotricité entretiennent donc des liens privilégiés. C'est en travaillant avec le corps du sujet que le psychomotricien va pouvoir susciter chez lui des émotions.

Même si la démence entraîne une altération la conscience du corps et de ses perceptions, certaines capacités, notamment émotionnelles vont permettre de maintenir une certaine conscience de soi en reliant le sujet à sa propre histoire.

Le psychomotricien , par le biais des émotions, va donc tenter de créer des liens entre émotions et histoire afin de tenter de maintenir un certain sentiment d'existence chez le sujet. Je vous propose maintenant de voir ce que cela peut donner au sein de l'atelier que j'ai créé.

PARTIE 4

UN PROJET DE GROUPE : LE MOUVEMENT DANSANT

AFIN D'APPREHENDER au mieux le cadre de ma prise en charge, je tiens tout d'abord à décrire l'institution qui m'a permis de mettre en place cet atelier. L'unité protégée par ses objectifs spécifiques laisse une place particulière à la psychomotricité. C'est pourquoi je m'intéresserai à ces lieux d'exercices avant d'entamer la description de mon groupe.

A- L'INSTITUTION

J'ai choisi de réaliser mon stage dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. L'institution est une structure médico-sociale gérée par le centre d'action sociale de la ville. Sa création est due à diverses raisons comme le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre personnes âgées dépendantes, un secteur sous-équipé et les limites que sont la prise en charge à domicile.

L'établissement compte 80 lits en hébergement permanent dont une unité spécifique de 20 lits destinée aux personnes atteintes de démences. Chaque jour, jusqu'à 5 personnes supplémentaires sont accueillies à la journée.

Tous les résidents disposent d'un projet de vie personnalisé et adapté ainsi que d'un projet de soins qui s'attache à définir les moyens mise en œuvre dans le domaine des soins prodigués aux personnes âgées.

Afin de permettre une prise en charge globale et de répondre au mieux aux besoins des résidents, une équipe pluridisciplinaire permet un suivi individualisé de chaque personne. L'équipe soignante est composée d'aides soignantes, d'aides médico-psychologiques, d'infirmières, d'un psychologue, d'une psychomotricienne, d'auxiliaires médicaux et d'un médecin coordinateur. Le reste du personnel est constitué d'un cuisinier, d'agents administratifs, d'agents de restauration, d'agents d'entretien, d'une comptable et enfin d'une directrice.

La mission de l'établissement se définit selon 3 grands axes qui sont :

- Créer pour le résident un « chez soi » qui favorise l'épanouissement et l'autonomie.
- Offrir un accompagnement adapté et personnalisé
- Favoriser les échanges internes et ouvrir l'établissement sur l'extérieur.

Mon intervention s'étant principalement portée sur les personnes résidents dans l'unité protégée, j'ai décidé d'insister davantage sur celle-ci.

1- L'UNITE PROTEGEE

L'unité protégée accueille des personnes atteintes de différentes démences diagnostiquées ou non. Les résidents sont homogènes quant au degré d'évolution de la pathologie, certains sont au début de la maladie, d'autres à un stade avancé ou sévère. L'objectif principal est de proposer un environnement et une prise en charge adaptée et spécifique à leurs pathologies.

Pour se faire, la volonté de l'établissement est d'impliquer le personnel dans l'accompagnement des sujets. Une réunion d'équipe a lieu chaque semaine et chaque soignant est mis à contribution dans la tentative de compréhension des troubles du comportement. Il ne s'agit pas de les enrayer à tout prix, mais d'apprendre à les repérer afin de pouvoir réagir rapidement dans le cas où ces troubles s'avèreraient dangereux ou trop angoissants.

L'unité garde l'intention de créer un lieu de vie et non pas un mouvoir ou pire le lieu des « fous ». Le projet est de prendre soin au quotidien, de s'**ADAPTER** aux besoins du résident et d'introduire la nécessité de conserver l'autonomie (aussi petite soit elle) de la personne jusqu'à la fin.

2- PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE DANS L'UNITE

Depuis l'ouverture de l'EHPAD, un accompagnement psychomoteur est mis en place ; il s'adresse principalement aux personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer

accueillies dans l'unité protégée.

La thérapie psychomotrice prend en compte la complexité de l'individu puisqu'elle intègre des dimensions corporelles, cognitives, identitaires et affectives. L'abord global de la psychomotricité utilise toutes les capacités restantes de mouvement du corps, d'expression et de relation du sujet afin de favoriser ses fonctions psychomotrices dans leurs dimensions relationnelles.

La psychomotricité s'intéresse à la symbolique du corps. Ce que l'on nomme le langage corporel vient accompagner le langage verbal, exprimant ce que les mots ne peuvent pas dire. En donnant une place au corps, la psychomotricité peut permettre aux traces mnésiques difficilement accessibles d'émerger par le corps voir d'être symboliser par les mots.

La volonté de la psychomotricité est de préserver l'ensemble des fonctions motrices, communicatives et sociales de la personne pour ainsi maintenir le sentiment d'existence du sujet.

Les **objectifs généraux** de la prise en charge au sein de l'unité sont :

- de maintenir et/ou réactiver des capacités relationnelles tout en respectant les limites de la personne ;
- de favoriser une prise de conscience du corps comme lieu de plaisir ;
- de proposer un ressenti leur permettant de retrouver une certaine unité corporelle ;
- d'accéder à un ou des moyens de communication et d'expression non verbales ;
- de vivre son corps et maintenir un contact avec son image ;
- et enfin de favoriser une certaine dynamique corporelle, et ainsi une prise de conscience corporelle.

La prise en charge est individuelle ou de groupe. Plusieurs ateliers sont mis en place avec l'utilisation de médiateurs tels que l'expression corporelle, les exercices de mémoire, le jardinage, l'écoute musicale ou la peinture. La prise en soin individuelle utilise davantage des médiateurs comme la relaxation ou le bain à visée thérapeutique.

Les jours où je suis présente dans l'institution un travail d'aide et de suivi à la toilette est également proposé auprès des aides soignantes. La psychomotricienne peut donc aussi avoir un rôle dans la formation et le conseil auprès de l'équipe par rapport à la prise en charge de certains patients ou dans l'apprentissage de certaines techniques de toilette.

Prochainement, un salle type Snoezelen va être mise en place afin de proposer un espace de stimulations sensorielles. Là aussi, la psychomotricienne jouera un rôle auprès de

l'équipe puisqu'elle formera quelques soignants à utiliser cette salle.

En unité protégée, la qualité de l'accompagnement psychomoteur des personnes se fait grâce à un travail en relation avec les autres soignants. A présent, je vous propose la présentation de mon expérience au sein de l'unité protégée.

B- LE GROUPE

Durant le premier mois et demi de mon stage, je me suis essentiellement consacrée à **l'observation clinique** des résidents ce qui ma permis d'avoir une première idée de leurs difficultés et de leurs capacités. Je fus très vite surprise et étonnée par les différents comportements qu'ils présentaient. Grâce à cette observation clinique j'ai pu analyser la manière dont le sujet se mettait en mouvement mais aussi ses relations avec ses pairs et son comportement affectif.

Après cette période d'observation j'ai réfléchi à quel type d'accompagnement je pouvais proposer. Même si les résidents étaient proches les uns des autres dans la salle de vie, j'ai trouvé la communication entre eux assez réduite. C'est pour cela que j'ai décidé de mettre en place un atelier de groupe dont l'objectif est de créer de nouveaux liens entre les participants.

Les mouvements parfois absurdes, incohérents ou même absents auxquels j'avais pu assister m'ont ensuite donné la thématique du groupe. L'idée était simple : créer un groupe dans lequel les résidents se mettraient en mouvement, mais cette fois grâce à des médiateurs que j'utiliserais à des fins « thérapeutiques ».

Le groupe est constitué d'une dizaine de résidentes âgées de 74 à 94 ans. La plupart sont en fauteuil roulant ou présentent de grandes difficultés à la marche. Le choix des participantes a été fait par la psychomotricienne.

Le groupe est mixte : la majeure partie sont des résidentes de l'unité protégée mais trois femmes du reste de l'EHPAD assistent à l'atelier. Les participantes sont à un stade modéré à sévère de la maladie.

1- LES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

Dans le cadre du groupe, les objectifs de la prise en charge sont de plusieurs ordres.

•Le premier d'entre eux est d'encourager **un réinvestissement corporel favorisant ainsi une restauration narcissique.**

Pour C. MAINTIER:

« Il s'agit tout à la fois de reprendre plaisir dans son corps mais également de redécouvrir que ce corps a encore certaines capacités »⁷³

•Le deuxième objectif est d'accompagner l'expression corporelle pour proposer **des ressentis corporels différents du langage verbal** afin :

« D'accéder à un ou des moyens de communication et d'expression non verbale »⁷⁴

•Le troisième objectif est de soutenir les relations entre les participants grâce à un travail d'échange et d'écoute.

•Le quatrième objectif est de maintenir l'envie de se mouvoir et d'être l'acteur de son corps.

•Enfin, le dernier objectif est de favoriser **des émotions positives**.

2- LES MOYENS

L'atelier a lieu tous les vendredi matins de 10h45 à 11h30. Avant chaque séance je prends le temps d'aller chercher les participantes pour les accompagner dans la salle d'animation où se déroule l'atelier. J'utilise différents médiateurs comme l'expression corporelle, principalement avec la danse et l'improvisation, la musique et des objets comme les bâtons, la toile parachute ou les foulards.

Mon histoire avec la danse a joué un rôle dans le choix du nom de mon atelier. Pratiquant cette discipline depuis le plus jeune âge, c'est par son intermédiaire que j'ai été conduite à la psychomotricité. J'oriente donc mon atelier grâce à la danse et la musique.

Plus encore, la danse a un caractère intemporel et c'est une pratique qui fut très investie par les personnes âgées dans leur jeunesse. Musique et danse sont souvent liées à des souvenirs agréables et joyeux. Je préciserai tout de même que la danse n'est ici pas appréhendée comme un apprentissage mais plutôt comme un moyen d'expression et de liberté de mouvement.

3- LE DEROULEMENT DE L'ATELIER

Afin de vous présenter les divers aspects de l'atelier, je vous expose les différents temps qui le constituent.

73. MAINTIER, C. «Une identité à construire et à conserver.» Dans *Protéger et construire l'identité des personnes âgées*, de PERSONNE, M. édité par Erès, 2011. p45

74. CABANES L. *Restons groupés, une expérience de groupe en psychomotricité auprès de personnes âgées atteintes de démences séniles de type Alzheimer*. Mémoire de psychomotricité. Université Victor Segalen Bordeaux 2, 2006. p57

1^{er} temps : l'accueil des personnes et l'instauration du cadre

Chaque séance débute par un temps d'accueil et de parole. Je me (re)présente et prends contact avec l'ensemble des participantes. La plupart d'entre elles me reconnaissent mais souvent, ne savent plus qui je suis ou quel est mon prénom. Je leur donne la possibilité de s'exprimer si elles en ont envie mais très peu d'initiatives de leur part sont observées.

Je passe ensuite à un petit rituel de salut en mouvement que nous répétons au début et à la fin de toutes les séances. Ce rituel est toujours le même et il permet de poser le cadre de la séance.

2^{ème} temps : le réveil corporel

Ce temps est consacré à la mise en mouvement grâce à ce que l'on peut appeler le réveil corporel ou « l'échauffement ». En partant du haut du corps, nous explorons les différentes parties du visage, pour ensuite passer par les épaules, les bras, le buste et les jambes pour celles qui le peuvent.

Ce réveil de l'ensemble du corps permet de stimuler la conscience corporelle et de travailler sur la représentation du corps, donc sur le schéma corporel. Pendant cet « exercice », j'observe de quelle manière le schéma corporel peut être altéré chez certaines personnes.

Comme Mme T. citée précédemment (partie 2.B.1.a, page 37), le repérage au niveau du visage est parfois complexe. A un stade plus avancé de la maladie, lorsqu'il s'agit de se frotter les bras par exemple, Mme Ben. frotte ses deux mains. La même situation est observée lorsqu'il faut se tapoter les joues : Mme Ben. se tapote les mains. Malgré cela, Mme Ben. reconnaît le mouvement que je propose. Elle est capable de le reproduire mais ne peut le réaliser sur une partie spécifique du corps en dehors de ses mains.

Ce réveil corporel est invariant, chaque semaine il est répété afin d'instaurer une certaine stabilité dans les exercices proposés.

Après avoir exploré les différentes parties du corps, je termine toujours par un court exercice de respiration. Il consiste simplement, à lever les bras en inspirant et à expirer en les abaissant tout en relâchant la tête. Ce travail explore le schéma de l'enroulement, il permet donc un recentrage et une prise de conscience de sa respiration.

En effet, pour **J. CHOQUES** :

*« Se centrer n'est pas une attitude égoïste mais un moyen de se ressourcer et donc d'être disponible aux autres. Il s'agit même d'un grand respect d'autrui, d'une preuve d'amour pour son entourage que d'essayer de lui faire partager un esprit positif dans un « véhicule » corporel sain, dynamique, ouvert et rayonnant de vitalité. »*⁷⁵

Ce moment privilégié avec soi contribue à l'harmonisation du tonus, il peut également apporter un certain apaisement intérieur et il est nécessaire avant d'entrer dans l'expérimentation de groupe.

Ce temps de travail est donc un éveil de la conscience corporelle. Le sujet est à l'écoute de son corps et de ses sensations, il s'enracine et se retrouve avec soi avant de pouvoir s'ouvrir aux autres.

3^{ème} temps : l'exploration du mouvement

A l'aide des propositions des différentes participantes, nous réalisons un enchaînement de mouvement très simple. Par exemple : taper des pieds, puis des mains et glisser ses mains sur son visage. L'enchaînement est reproduit plusieurs fois afin que les participantes puissent l'intégrer. Il est ensuite décliné grâce aux indications que je donne. Je propose de le faire avec des mouvements très lourds, puis très rapides, doucement, plus vite.

Selon **B. LESAGE** :

*« En faisant expérimenter les diverses qualités du geste, on amène aussi à essayer de nouveaux modes de sentir, de percevoir, d'être là, de se présenter et d'interagir. »*⁷⁶

Il s'agit donc d'explorer les différents facteurs du mouvement comme le poids, l'espace ou le temps. A travers cette proposition, les sujets peuvent faire l'expérience des divers flux de mouvements.

Je remarque qu'en fonction de la consigne donnée, l'attitude des sujets varie.

Lorsqu'il s'agit de faire des mouvements très rapides, Mme Li. se concentre, son regard se fixe et sa posture change : elle se tient plus droite qu'auparavant. Quand il faut faire des mouvements plus lourds, elle relâche la tension précédemment observée et sourit. De même lorsque les mouvements doivent être doux, le langage s'adoucit

75. CHOQUES, J. ABC de la relaxation. Grancher. 1993 dans *Les mots et mouvements reflétant l'émotion... L'importance des émotions dans l'approche psychomotrice de la personne âgée apathique atteinte de démence de type Alzheimer*, de VERNIER, L. Mémoire de psychomotricité. Université Victor Segalen Bordeaux 2, 2011. p62

76. LESAGE, B. *La danse dans le processus thérapeutique*. 2^{ème} édition. Toulouse: Erès, 2012. p116

aussi, il arrive que des personnes se mettent même à chuchoter.

Après cet exercice Mme Li. dit : « Ca fait du bien de se remuer, de bouger comme ça. On a l'impression de redevenir jeune. » Pour Mme Li. cette expérience la relie à ce qu'elle pouvait faire dans son passé, elle favorise son sentiment d'existence. Elle peut ainsi l'exprimer par un ressenti positif.

Parallèlement à l'exploration du mouvement, cet exercice instaure une certaine cohésion de groupe. Les différentes participantes se doivent d'être à l'écoute pour pouvoir s'accorder les unes aux autres dans un rythme commun.

Aussi, je constate, que la plupart sont beaucoup dans l'imitation. Quand je donne une consigne, ils leurs arrivent d'attendre que je me mette en mouvement pour le reproduire à leur tour. Nous pourrions considérer qu'elles me voient comme le « bon objet » sur lequel il faut s'appuyer pour se mouvoir. Beaucoup ont besoin d'être rassurées quant à ce qu'elles font, l'appui des autres participantes et de moi-même est donc fondamental pour les revaloriser.

En explorant le mouvement de manière coordonné, les patients explorent la relation à l'autre grâce à un travail d'écoute. L'énergie qui peut se dégager de ce travail collectif vient renforcer la cohésion et le sentiment d'appartenance à un groupe.

4^{ème} temps : l'expression corporelle

Ce quatrième temps est consacré à l'expression corporelle. Pour se faire, j'utilise parfois des médiateurs comme les bâtons, la toile parachute, les foulards, les balles ou encore les ballons de baudruche. J'ai décidé de vous présenter deux types de séances : l'une sans médiateur, l'autre avec l'utilisation d'un bâton.

Séance sans médiateur

A l'aide ou non d'une musique, je demande à chaque participante de proposer un mouvement que les autres doivent reproduire par imitation.

Dans les premières séances, beaucoup d'entre elles disent « ne pas savoir, ne pas faire bien. » Je remarque à quel point elles se dévalorisent et combien le regard de l'autre peut leur être dérangentant.

Avant de venir à l'atelier, Mme R. me dit :

« Je ne veux pas venir, je ne suis plus capable de rien, je ne suis plus que l'ombre de moi-même, je ne veux pas que les autres me voient comme ça. »

La vieillesse et la pathologie viennent altérer l'estime de soi. Le travail de renarcissisation chez ces sujets joue donc un rôle central dans la prise en charge. En proposant un mouvement face au regard de l'autre, chaque résidente expose son corps en mouvement. Elle offre une trace d'elle même au groupe. Un sentiment de fierté quant à ce qu'elles ont réalisé vient revaloriser leur estime de soi.

Si un sujet n'arrive pas à proposer quelque chose, j'utilise ce qu'il est en train de faire, se frotter les mains ou s'étirer pour lui montrer qu'il peut accomplir quelque chose de lui même et le proposer au groupe. Pour moi, l'important est que les participantes ne se sentent pas en difficulté mais qu'elles prennent du plaisir à ce qu'elles font.

En ce qui concerne les mouvements présentés, beaucoup ont une connotation émotionnelle. La plupart ont un lien avec leur vécu et leur histoire personnelle.

A titre d'exemple, Mme Ga. mime le petit moulin, il lui rappelle la chanson du petit moulin qui est chanté par tout le groupe. Mme Li. bouge les épaules d'avant en arrière et s'exclame : « C'est comme quand je dansais le madison quand j'étais jeune. »

Les mouvements ravivent ici le souvenir et relie les participantes à leur histoire.

Pour d'autre, le mouvement donne vraiment à voir de leur état émotionnel.

Mme Pa. ne sait pas quoi proposer et cela semble l'agacer. Dans un élan, elle finit par faire un mouvement de balayement avec le revers de sa main. Dans son geste, elle exprime son agacement et donc son émotion.

Dans le cas de Mme Pa. , la spontanéité a pris place pour faire naître le mouvement et son agacement s'est exprimé au travers de son corps.

Suivant les situations, j'essaie de rebondir par rapport à ce que font les résidentes.

Pour **F. DESOBEAU** :

« L'intervention du thérapeute, corporelle ou verbale, permet au sujet de se regarder faire, de reconnaître son mouvement, soit à l'origine dans la tension, soit déjà dans son expression. »⁷⁷

Selon la nature de l'émotion, positive ou négative, il y a parfois besoin de verbaliser, d'en dire quelque chose pour ainsi exprimer au sujet ce que nous avons compris de son état émotionnel. Cela permet au sujet de percevoir que ses émotions sont reconnues et acceptées.

⁷⁷ DESOBEAU, F. « L'adulte : corps, affects et représentation » dans CALZA, A. CONTANT, M. *Psychomotricité*. 3^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2007. p219

En effet, nombreuses sont les personnes atteintes de démences qui ne peuvent exprimer ou verbaliser leurs émotions. Montrer que nous les reconnaissons est une manière de les reconnaître en tant que sujet à part entière.

Séance sur le thème du bâton

Lorsque j'utilise un médiateur, un temps est consacré à la découverte de l'objet. Cela passe par l'exploration et la mise en mouvement grâce au médiateur utilisé. Avec l'exemple du bâton, les participantes s'en saisissent pour mimer des mouvements du passé.

Pour Mme P, son bâton violet lui fait penser à une bouteille de vin. Elle imite boire à la bouteille. Mme Pa l'associe elle à une bougie. Mme Ga. se sert du bâton pour imiter un chef d'orchestre.

Le bâton sert ici à mettre en scène des événements vécus. L'imagination et l'évocation des souvenirs anciens sont ainsi favorisées.

Après ce temps de découverte, un exercice en binôme est proposé. A l'aide du bâton, les sujets doivent se mettre en mouvement en miroir. Le bâton doit être tenu par les deux personnes. Ce dispositif permet de créer un lien particulier entre les résidentes. L'utilisation d'un médiateur a l'avantage de ne pas utiliser le toucher direct qui peut être vécu comme trop intrusif.

Au départ, les résidentes semblent perdues. En les guidant par des indications orales, elles arrivent peu à peu à se dégager de moi pour faire par elle même. Il est vrai qu'il peut être difficile pour certaines de conserver le bâton à deux.

En effet, cet exercice fait travailler les praxies mais aussi le toucher, la coordination et la proprioception. Il demande un accord tonique entre les deux sujets ce qui nécessite d'être attentif aux mouvements de soi et de l'autre. Néanmoins cette proposition favorise également les interactions entre les sujets. Au fil des séances, j'observe une plus grande liberté de mouvement. A mesure que les relations entre participantes s'intensifient, davantage d'aisance et de naturel sont observés dans leur comportement.

L'expression corporelle est un moyen privilégié où se joue corporellement l'expressivité de chacune. Les choses qui ne peuvent être dites s'expriment par le mouvement. La singularité de chacune amène une diversité de proposition enrichissant la dynamique du groupe. L'imaginaire, la créativité et la spontanéité sont ici au travail. Ainsi, ils permettent de (re)découvrir des gestes du passé tout en laissant de la place à

l'expression des émotions.

5^{ème} temps : Ecoute musicale et lecture du repas

Ce dernier temps est un retour au calme. Je propose de terminer la séance en écoutant une musique ancienne ou plus récente. Selon les situations, la musique peut faire émerger des souvenirs.

Mme G. participe très peu pendant les séances. Habituellement déambulante et dans un discours incohérent, elle reste tout de même assise et présente à ce que nous faisons. D'origine catalane, je décide lors d'une séance de mettre une musique espagnole. Mme G. qui était presque allongée sur sa chaise se relève d'un seul coup, son visage s'ouvre. Etonnée, je l'interroge. Avec un sourire elle me dit : « ah celle là je l'aime ».

Dans ce cas, nous voyons bien l'impact émotionnel que peut avoir une musique tant au niveau corporel que psychique. Même s'il n'a pas été possible de savoir à quoi se rattachait cette musique, le fait est qu'il a ravivé chez Mme G. des émotions positives qu'elle a pu exprimer et même verbaliser. La musique comme d'autres stimulations sensorielles peut donc venir raviver la mémoire émotionnelle.

Il arrive que les paroles de la musique soient connues par les participantes ce qui amène à un chant collectif. Certaines personnes se laissent même aller à quelques petits mouvements de danse. Elles se donnent cette liberté car le cadre contenant et sécurisant du groupe a pu être repéré au fil des séances.

Chaque sujet a pu vivre de manière singulière son expérience au sein du groupe. Néanmoins, c'est au travers du cas de Mme P que je souhaite illustrer l'impact que peut avoir cette prise en charge.

4- LE CAS DE MADAME P.

Madame P. est une femme âgée de 89 ans. Petite et mince, elle est assise en fauteuil roulant et semble sûre d'elle, notamment par sa posture très droite. Cette dame paraît assez coquette, elle apprécie les belles choses et entame souvent la discussion avec les personnes l'entourant.

Mme P est atteinte de démence de type Alzheimer. Elle vit au sein de l'unité protégée d'un EHPAD depuis le 3 septembre 2012. Auparavant elle vivait seule à son domicile.

1- Présentation générale

Madame P est née le 2 juillet 1923 à Bougie en Algérie. Elle a grandi dans ce même pays dans la ville de Kerrata. Ses parents, originaires de l'Ariège, travaillaient pour une famille de la haute société. Mme P est très attachée à cette famille qui offrait beaucoup à elle et ses parents.

A 12 ans, Mme P quitte l'école pour travailler avec ses parents. Elle rencontre son mari à l'âge de 16 ans. Monsieur P. est gendarme, il a douze ans de plus que Mme P. A 20 ans, Mme P est mère de trois enfants : un garçon aujourd'hui décédé et deux filles, l'une vivant à Nouméa, et l'autre non loin de l'EHPAD.

Mr et Mme P. ont vécu pendant plusieurs années dans différentes villes d'Algérie avant de rentrer en France, à Portet-sur-Garonne en 1962 pour s'y installer. La même année, Mr P. a pris sa retraite de gendarme.

En 1994, Mr P. décède entraînant par la suite de nombreux conflits familiaux amenant à une rupture entre Mme P et son fils. Veuve, Mme P. se rapproche de sa fille cadette et vient vivre au Taillant.

Avant son entrée en unité protégée, Mme P. habitait seule ; elle menait une vie active puisqu'elle faisait partie de différentes associations, clubs et groupes religieux. Depuis 2010, Mme P. a arrêté ses activités. A la même période, des problèmes de mémoire puis des problèmes de comportement sont apparus. Mme P. sortait régulièrement la nuit et se perdait dans la ville. Jusqu'en 2011, elle marchait seule avec une canne mais un genu valgum à droite provoquant de forte douleur a poussé Mme P. à ne se déplacer qu'en fauteuil.

A la suite d'une consultation avec un neurologue puis d'une consultation dans un centre mémoire, le diagnostic de Mme P. est posé : elle est atteinte de **démence de type Alzheimer (DTA)**. En raison de ses difficultés croissantes à se déplacer seule et ses problèmes de mémoire récurrents, Mme P. entre d'abord en accueil de jour au sein de l'unité protégée en juin 2012 pour y être admise à temps complet quelques mois plus tard.

En décembre 2012, Mme P a été hospitalisée deux semaines à cause d'une pneumopathie et d'une embolie pulmonaire.

2- La vie de Mme P. au sein de l'établissement

Mme P. est une femme que l'on remarque assez rapidement dans l'unité. Elle est toujours assise au bout de la même table, à une place qui lui permet d'observer tout ce qui se passe dans la salle de vie principale de l'unité.

Le matin, Mme P. est relativement calme, elle s'endort souvent sur son fauteuil. Pendant les repas et durant tout le reste de la journée, Mme P participe aux diverses activités proposées par les aides soignantes ainsi que l'animatrice.

Au quotidien, Mme P. parle beaucoup avec un niveau de voix élevé, c'est une des personnes que l'on entend le plus dans l'unité. Elle a un discours que l'on pourrait caractériser de **logorrhéique**. En effet, elle s'adresse à tous les résidents qui croisent son chemin et commente régulièrement leurs actions.

Tous ne lui répondent pas, pour certains la discussion avec Mme P. est impossible car elle bavarde beaucoup, parle souvent d'elle et n'écoute pas nécessairement son interlocuteur du fait de ses problèmes d'audition.

Durant sa vie en caserne, elle était habituée aux règles, à l'ordre, mais aussi à l'autorité à laquelle elle devait se soumettre. Cette habitude ressort particulièrement dans son comportement puisqu'elle montre régulièrement son attachement aux respects des lois en adoptant un ton autoritaire et directif envers les autres résidents. Au moment du repas, Mme D s'est salie, elle a encore une protection autour du coup. Mme P. demande à Mme D. de ne pas s'approcher d'elle : « Ne vous approchez pas de moi, ne me touchez surtout pas, que vous êtes mal élevé, vous n'êtes pas propre, partez, ne vous approchez pas ». Dans cette situation, il est observable que son trait autoritaire puisse parfois aller jusqu'à de **l'agressivité verbale**.

Mme P. n'a plus la capacité de se déplacer seule. Avant sa maladie et son problème de genou, Mme P. semblait très active. En fauteuil, elle reste toujours à la même place mais observe autour d'elle, commente et parle des personnes situées aux différents endroits de la pièce. Par sa position assise, ses mouvements sont réduits dans l'espace mais aussi dans le temps. Son autonomie est entravée, elle ne peut se mettre en mouvement à sa guise. Il apparaît que cette perte de la marche l'ai immobilisé dans son fauteuil mais aussi dans ses actions.

Je suppose que pour combler ce manque d'autonomie, Mme P. adopte un langage incessant. D'un point de vue extérieur, il donne l'impression d'être un moyen pour elle de s'occuper, mais également de pallier à une éventuelle **angoisse de vide**.

Cette angoisse étant directement liée à une angoisse de mort. Son comportement peut aussi être mis en lien avec le **registre abandonnique** :

« Le défaut de compréhension, le vécu d'abandon et le besoin de compter, d'attirer l'attention sur soi, mais aussi l'impossibilité de mettre des mots sur ses émotions vont jouer un rôle dans la tendance des malades à réagir sur un mode comportemental, logique mais pouvant poser problème. »⁷⁸

En résumé, mon hypothèse est que Mme P. étant en perte d'autonomie, se sentant sûrement abandonnée par le déclin de ses capacités motrices, elle compense certainement ses manques par le langage et l'agressivité verbale : d'une part pour se sentir encore exister, d'autre part pour qu'on lui porte peut-être davantage d'attention.

Pour ce qui est des relations avec le personnel, aucun problème ne se pose pour les toilettes ou l'alimentation de Mme P. Il arrive qu'elle soit un peu dans le conflit lorsqu'on lui demande de parler moins fort ou lorsqu'on la place dans la salle de détente pour calmer l'ambiance « électrique » qu'elle peut parfois créer. Les aides soignantes me font part de sa capacité à faire « monter en pression » les résidents du fait de ses commentaires pouvant exténuier les patients comme le personnel.

Mme P. présente **un trouble important de l'orientation spatiale et temporelle** dû à la maladie. Elle vit au sein de l'unité depuis maintenant six mois, mais il semble difficile pour elle aussi bien de le reconnaître que de l'accepter comme lieu de vie définitif.

Au niveau de sa posture, elle se tient très droite: son menton est levé, ses épaules sont écartées et son dos semble plutôt droit. Elle garde la faculté d'être en relation avec son environnement de par son langage et ses gestes plutôt **toniques** au niveau du haut du corps.

Sa tenue, ses attitudes et son abord tonique font qu'elle est très présente dans l'unité jusqu'à la faire paraître comme une femme assez sûre d'elle. Mme P. souffre également de prosopagnosie, elle prend régulièrement une résidente pour sa femme de ménage.

Elle a beaucoup de difficultés à se souvenir des faits marquants de sa vie. C'est la raison pour laquelle elle se raccroche aux souvenirs les plus ancrés dans sa mémoire comme la gendarmerie et sa femme de ménage. Ils lui permettent de se relier à son histoire et donc à son **identité**.

78. PLOTON L. *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer : sur la vie affective, la communication, l'institution*. 2^{ème} édition. Lyon : Chronique sociale, Mars 2011. p33

Enfin, Mme P. garde toujours un petit mouchoir en tissu sur elle. Lorsqu'elle n'est pas occupée, il lui arrive fréquemment de l'utiliser pour frotter les meubles à proximité mais aussi ses vêtements. Ce mouvement de stéréotypie est également un trouble caractéristique des personnes atteintes de démence. Mme P. est très à cheval sur la propreté, je présume que ce geste de frottement était habituel pour elle et devient au quotidien un geste auto-calmant.

3- La prise en charge de groupe

Après avoir observé Mme P. dans la vie quotidienne, il est donc décidé de l'intégrer au sein de l'atelier corporel.

L'atelier corporel : quel projet pour Mme P ?

En plus des objectifs généraux du groupe, la prise en charge a pour Mme P des objectifs plus spécifiques qui sont :

- de lui apporter **un cadre contenant, rassurant et invariant**. En effet, selon C. POTEL :
« *La dimension du groupe est essentielle dans notre travail. Le groupe implique des règles de socialisation qui créent des effets de contenance : limite à la fusion, aux débordements, aux mouvements trop régressifs.* »⁷⁹
- de sortir de son monologue afin de pouvoir s'ouvrir aux autres dans la **relation** ;
- **de favoriser un réinvestissement du bas du corps au niveau du schéma corporel.**

La prise en charge de novembre 2012 à janvier 2013

Durant les premières séances, Mme P. présente des difficultés pour se concentrer. Elle parle beaucoup, fait des commentaires agréables envers les autres participants comme : « Regardez ce beau sourire qu'a cette dame, ça fait plaisir ». Elle exprime directement ce qu'elle observe mais aussi ce qu'elle ressent « Je suis contente de voir toutes ces dames qui ont l'air très gentil ». Dès le départ, Mme P. est donc enjouée de venir à l'atelier corporel et des **émotions positives** sont exprimées.

Du fait de ces réflexions régulières sur ce qui se passe, Mme P. fait légèrement rire les autres participantes. Elle n'entend pas forcément tout ce que je dis, m'interpelle régulièrement et parle très fort pour parfois dire des choses complètement en désaccord avec ce que nous faisons. Ces irruptions font quelquefois naître des petites moqueries sans grande méchanceté.

79. POTEL, C. *Le corps et l'eau, une médiation en psychomotricité*. 2^{ème} édition. Toulouse : Erès, 2009. p134

La réaction du groupe est plutôt dans l'entraide. Mme Ga dit à Mme P. : « Taisez vous, la jeune fille est en train de dire quelque chose d'important et vous n'allez pas comprendre si vous n'écoutez pas. ». A d'autres moments, il arrive que Mme L répète à l'oreille de Mme P. les consignes que je viens de donner.

Même si Mme P. s'est faite très vite remarquer au sein du groupe, elle trouve sa place assez aisément. Contente de rencontrer de nouvelles personnes, elle semble vouloir que l'on s'intéresse à elle. Mme P. sait qu'elle n'entend ou ne comprend pas tout ce que je dis mais j'ai parfois l'impression qu'elle exagère la situation pour attirer l'attention sur elle.

Durant **l'échauffement corporel**, Mme P. exprime souvent que : « ça fait du bien » lorsqu'elle se touche le visage ou le cou. Au moment de se toucher les genoux ou bien les hanches, Mme P. cesse ses mouvements, elle a peur que ça lui fasse trop mal. Je remarque qu'elle investit particulièrement le haut de son corps en délaissant ses membres inférieurs. Ce **désinvestissement** pour le bas du corps est sûrement en lien avec une réduction de sa capacité à marcher. Ces jambes qui ne fonctionnent plus comme avant son synonyme de douleur mais aussi **d'immobilité**. Je présume que **sa conscience corporelle** du bas du corps et son **schéma corporel** en sont d'autant plus atteints.

Le travail de **respiration** est d'emblée investi par Mme P. Ce n'est qu'à partir de cet exercice qu'elle se concentre vraiment durant la séance. Les yeux fermés lors de l'expiration, elle souffle très fort et semble relâcher toutes les tensions du haut de son corps. Après cet exercice, Mme P. est généralement plus calme et moins bavarde. Je fais la supposition que ce travail lui permet de se recentrer après l'excitation du début de séance.

Dans les premières séances, afin de créer un lien entre les participantes et faire émerger un **sentiment d'unité**, je propose d'utiliser la toile parachute. Toutes les participantes attrapent la toile, l'objectif est de faire bouger la toile dans un rythme commun. Je choisis de mettre une musique pour soutenir le mouvement de groupe. Comme le dit Boris CYRULNIK :

*« La musique nous rend capable de nous harmoniser dans un couple, dans un groupe et dans une culture ».*⁸⁰

Là-aussi, Mme P. fait preuve de beaucoup de concentration, ses mouvements s'accordent à ceux des autres. Parfois, je la vois fermer les yeux et se laisser porter par la musique avec de

80. LEJEUNE, A. DESANA, M-O. DUCLOY, I. *Musique, mouvement et maladie d'Alzheimer*. Marseille : Solal. 2011. p57

légers ballotements des épaules.

Après trois vendredis, les séances sont interrompues pendant un mois à cause des vacances scolaires. A mon retour, Mme P. adopte le même comportement qu'auparavant. Deux séances sont tout de même nécessaires avant que le cadre de l'atelier soit reconnu. Fin janvier, Mme P. repère les participantes même si elle ne connaît par leur nom.

En effet, lorsque l'on part de l'unité, elle est persuadée d'aller faire des courses mais dès que nous arrivons dans la salle d'activité, Mme P. dit « ne pas savoir qu'on allait voir les gentilles dames, cela lui fait plaisir ». Elle prend alors un petit temps pour saluer chaque résidente.

Par ces manifestations, Mme P. montre qu'elle associe la séance à un lieu sûr. Ceci peut être en lien avec la mémoire émotionnelle : des autres séances, elle en garde quelque chose de positif et cela se ressent émotionnellement dans ses attitudes et ses dires lors de son arrivée dans la salle. Le changement de comportement dans la salle est clairement identifiable ; différent de celui de l'unité, elle repère le groupe comme quelque chose de bon.

Mme P. a particulièrement repéré Mme Li. D'ailleurs, elle demande à être installée à côté d'elle à chaque séance. Les deux femmes ont une relation privilégiée, Mme Li. aide et soutient beaucoup Mme P. durant les séances.

Lorsque je demande à chaque participante de proposer un mouvement, Mme P. refuse. Elle dit « ne pas savoir, ne pas faire bien ». Cette réaction illustre bien **la perte de confiance en soi** dont souffre Mme P. :

« La façon dont autrui va m'estimer/me juger peut modifier le regard qu'il porte sur moi et celui que je porte sur moi-même⁸¹ »

Mme P. a peur de décevoir, elle a peur d'être jugée voire dévalorisée dans ce qu'elle pourrait proposer. Cela pourrait avoir des conséquences sur l'estime qu'elle se porte. Pour contourner cette situation, elle décide de réaliser un mouvement déjà présenté par un autre résident.

« Le mouvement de l'un devient une représentation motrice chez l'autre. Une compréhension mutuelle devient possible. Un échange sensoriel et émotionnel se construit⁸². »

Même si Mme P. ne propose pas un mouvement qui lui est propre, elle suggère le mouvement que Mme Ga. a déjà fait, ce qui fait sourire cette dernière. Mme P. montre ainsi qu'elle

81. DELAMARRE C. *Démence et projet de vie, Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*. Paris : Dunod, 2007. p40

82. LEJEUNE, A. DESANA, M-O. DUCLOY, I. *Musique, mouvement et maladie d'Alzheimer*. Marseille : Solal. 2011. p51

présente de l'intérêt pour les autres ; elle est capable d'intégrer leurs gestes et de les reproduire quelques minutes plus tard. Elle fait preuve d'attention, ce mouvement est une manière de donner une réponse à Mme Ga. et ainsi, de créer un échange avec les autres participantes.

Cette première partie de prise en soin a permis d'atteindre un premier objectif pour Mme P. : celui **d'accepter la présence de l'autre**, d'être à son écoute, d'être en interaction avec les autres participantes, de partager et donc de créer un sentiment d'appartenance à un groupe.

Un autre objectif est en cours d'acquisition : apporter un **cadre contenant et sécurisant**. Mme P. a repéré le cadre de la prise en charge de groupe, cependant, elle est beaucoup dans l'imitation des autres participantes, elle se détourne rapidement lorsqu'on la sollicite personnellement.

Plusieurs séances seront nécessaires avant qu'elle puisse s'exprimer librement, sans craindre le jugement des autres. De plus, elle exprime souvent les mêmes choses et elle est assez réticente dans l'exploration du bas de son corps.

La prise en charge de février 2013 à mars 2013

Début février, je décide d'entreprendre des exercices en duo. Cela se fait par le médiateur d'un bâton. Je demande si deux personnes sont volontaires pour s'asseoir au milieu du cercle face à face. Mme P. accompagnée de Mme Li. se proposent les premières. La consigne est de tenir le bâton à deux et de réaliser les mouvements que l'on désire. Cet exercice sollicite donc une écoute corporelle des deux participants. Je mets une musique pour accompagner la proposition.

Au début, les deux femmes rient beaucoup, cette **réaction de prestance** est certainement due au fait d'être placé au centre, aux yeux de tous. Après ces rires, elles entrent dans la proposition et réalisent des mouvements en miroir par l'intermédiaire du bâton. C'est d'abord Mme Li. qui paraît diriger le mouvement, puis Mme P. prend le relais et impulse différents gestes en dessinant des cercles.

Une fois l'exercice terminé, les deux femmes sont toujours très souriantes, Mme P. remercie Mme Li. et elle demande si ce qu'elle a fait était bien. C'est un moyen pour elle de se rassurer sur ce qu'elle a pu proposer. J'interroge alors les autres participantes qui répondent positivement, Mme T. s'exprime : « C'était très joli, j'ai beaucoup aimé ce que vous avez

fait ».

Je sens que ces mots valorisent Mme P. et lui procurent une grande **fierté** :

« Ce regard que l'on porte sur soi est aussi en lien avec les actes et les gestes que nous posons : elle est grande la satisfaction quand nous pouvons être fier de ce que nous avons fait !⁸³ »

En plus d'apporter de la fierté à Mme P., cette proposition lui a permis d'improviser et de réaliser par elle même un mouvement. Cela a été possible car elle se trouvait en situation de duo, Mme L pouvait la soutenir dans ce qu'elle produisait.

La séance qui suit, je demande à toutes les participantes de créer, proposer un mouvement. Cette fois, Mme P. accepte et ne reproduit pas le mouvement d'une autre. Elle mime le mouvement d'un baiser puis commente : « c'est pour toutes ces jolies personnes. » Mme P. a voulu s'exprimer oralement mais elle a aussi souhaité s'exprimer corporellement par **ce geste symbolique** du baiser, ce qu'elle ne faisait pas spontanément auparavant. Son expressivité nous montre des émotions comme le bonheur, la joie et le partage.

Les fois suivantes, Mme P. propose fréquemment des gestes symboliques tels que montrer du doigt ou encore imiter le salut militaire. Ces mouvements sont le moyen qu'elle a trouvé pour s'exprimer mais ils sont aussi une manière de la relier à ce qu'elle est. Ancienne femme de gendarme, par le salut militaire elle montre corporellement une part de son **identité**:

« Chaque malade a sa manière de se tenir, de se redresser, de marcher, de s'adresser à l'autre, et de danser. Chaque malade a son style de mouvement : c'est son repère identitaire.⁸⁴ »

Je peux affirmer que les gestes symboliques sont pour Mme P des repères qui la relient à son histoire.

A côté de cette autonomisation de Mme P. dans ses mouvements, j'observe qu'elle explore davantage ses jambes. Lors des échauffements, elle se plaint moins de ses douleurs dans les jambes et glisse ses mains jusqu'à ses genoux. Alors qu'un jour des ballons de baudruche sont posés au sol, je la remarque essayant d'en attraper un au sol en se penchant de son fauteuil au risque presque d'en tomber.

83. DELAMARRE C. *Démence et projet de vie, Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*. Paris : Dunod, 2007. p150

84. LEJEUNE, A. DESANA, M-O. DUCLOY, I. *Musique, mouvement et maladie d'Alzheimer*. Marseille : Solal, 2011. p51

Au départ réticente quand au fait de toucher ses jambes, Mme P. est maintenant dans un mécanisme inverse ; par moment elle se sent presque « pousser des ailes ». Je fais deux suppositions quant à ce comportement. D'une part elle veut montrer qu'elle peut encore faire par elle même au risque parfois de se mettre en danger. D'autre part, assez réticente dans les premiers temps, l'instauration d'un **lien de confiance** lui a permis de se libérer davantage s'autorisant alors à explorer et toucher ses jambes.

4- Bilan de la prise en charge

Tout au long de la prise en charge, Mme P. s'est investie dans l'atelier corporel. Cette prise en soin m'a permis d'observer une évolution et une différence certaine dans son comportement. Au niveau des relations avec ses pairs Mme P. a été très ouverte pendant les séances et n'a présenté aucun signe d'agressivité. Ses commentaires récurrents ont pu diminuer au profit d'une attention envers les autres résidents. Mme P. est une femme qui a su partager mais aussi verbaliser des émotions positives.

Les séances de psychomotricité ont permis à Mme P d'éprouver son corps sur un mode de plaisir tout en lui apportant une **réassurance corporelle** indispensable au **renforcement d'un narcissisme positif**. Grâce aux expériences partagées, elle a pu se saisir des autres participantes pour soutenir ses propositions et ainsi exprimer une part de ses ressentis.

L'aspect **contenant** du groupe et du lieu de l'activité a été repéré ce qui est plutôt positif puisque son comportement a été différent de celui qu'elle adopte habituellement dans son lieu de vie. En effet, l'unité qui n'a pas le même **cadre** et le même **rythme** est un endroit avec beaucoup plus **d'agitation** et de mouvements **parasites** qui ne permettent pas forcément à Mme P. de s'apaiser.

5- UN POINT SUR LE GROUPE

Les relations dans le groupe

Depuis les premières séances, l'évolution des relations entre les participantes a assurément changé. Au départ, les interactions entre les résidentes n'étaient pas forcément évidentes. Le groupe est composé d'une dizaine de personnes ne résidant pas toutes dans la même unité. Un temps de découverte de chacun fut donc nécessaire avant que les participantes se laissent davantage de liberté. En me repérant et en repérant les autres

participantes, la spontanéité a pris plus de place et l'expression des ressentis fut plus aisée.

La place du mouvement et des émotions

Malgré un cadre défini et repéré, très peu de résidentes se sont données de la liberté dans la proposition de mouvement ou d'expression des ressentis. Si je ne les sollicitais pas, il était très compliqué pour elles d'initier seule quelque chose. La majorité d'entre elles étaient dans l'imitation ou dans la répétition de gestes déjà appris ne laissant pas beaucoup de place à leur créativité.

Pour autant, l'expressivité n'était pas dépourvue de sens. Des humeurs, des actes de la vie quotidienne étaient souvent exprimés à travers leurs mouvements. C'est en fait tout ce qui avait un lien avec un vécu ou un souvenir ancien qui était régulièrement révélé. Je sentais bien qu'il leur arrivait de réfléchir avant de se mettre en mouvement. Il était particulièrement difficile pour elles de se laisser porter par l'improvisation.

Ce mode de fonctionnement n'était heureusement pas constant, il était majoritairement retrouvé chez les sujets étant à un stade débutant à modéré de la maladie. Je fais la supposition qu'il permettait aux résidentes d'opérer un certain contrôle de leur proposition afin de ne pas totalement laisser entrevoir leur état émotionnel.

Les émotions qui se dégageaient du groupe étaient plutôt positives. Le groupe a permis le partage d'expérience et d'émotions entre les participantes. Si des affects plus négatifs venaient à être ressentis, je prenais le temps de les verbaliser pour que les sujets sachent que je ne les négligeais pas. Au contraire, l'expression des émotions positives et négatives font autant partie l'une que l'autre de la prise en charge.

Pour ce qui est de ma place au sein du groupe, j'aimerais la mettre en lien avec ma place au sien de l'institution. C'est pourquoi je la développerai dans la partie suivante qu'est la discussion.

DISCUSSION

IL SEMBLE que cette discussion est l'occasion de partager aux lecteurs mon vécu auprès des personnes atteintes de démences de type Alzheimer. En écrivant ce mémoire, des interrogations, des doutes, des envies me sont venues au cours des semaines de stage.

Pour retracer mon parcours au gré de mes réflexions, je vais tenter de vous apporter les raisons qui ont données lieu à ce choix de thème de mémoire puis je retracerai mon expérience au sein de l'unité protégée.

POURQUOI CE MEMOIRE ?

Je dois l'avouer, avant cette dernière année de formation, je ne savais que très peu de choses sur les personnes âgées, les EHPAD et les unités protégées. Hormis mes relations avec mes grands-parents, je n'avais guère de contact avec nos aînés. C'est justement pour cela que je me suis tournée vers cette population qui m'était méconnue.

La diversité des mouvements fut au cœur de mes premières observations. Avant mon expérience en EHPAD, j'associais davantage les sujets âgés à l'immobilité. Cette notion renvoyant incontestablement à des termes que sont la mort, l'incapacité, l'abandon, la dépendance ou l'absence.

Pourtant en entrant dans l'unité protégée, je m'aperçus rapidement qu'il n'y avait pas que de l'immobilité chez les personnes âgées mais que des mouvements en tout genre étaient encore bien présents.

Mes préjugés erronés m'ont alors demandé d'approfondir mes connaissances quant à la vieillesse, la pathologie et la mort. La complexité de la maladie surajoutée au poids de toute

une vie des individus m'a très vite fait comprendre qu'il était nécessaire de faire le deuil d'espérer de grandes évolutions positives dans la prise en charge. Je devais ici appréhender la place du psychomotricien comme un soutien, un accompagnant qui aiderait au mieux le sujet à s'adapter et à trouver un bien être psychocorporel dans cette dernière partie de la vie.

QUELLE EXPERIENCE EN UNITE PROTEGEE ?

Etant plutôt timide aux premiers abords, un temps de découverte et d'adaptation me fut nécessaire. Ma position d'observatrice complétée aux réunions, aux discussions avec le personnel et ma maître de stage me permirent de mieux appréhender la problématique du sujet atteint de démence.

Dès que je mis en place mon atelier, le contact plus particulier avec les résidents changea alors les relations que je pouvais avoir avec eux. Je dus adapter mon expression verbale mais aussi mes comportements généraux avec les participantes. Parler fort devint une habitude et contrôler mes mouvements un peu trop brusque aussi. En plus de m'adapter corporellement et vocalement, j'appris à prendre le temps.

Peu importe si je n'arrivais pas à faire tout ce que j'avais prévu dans mon atelier. Au fur et à mesure des séances, j'appris à laisser du temps aux résidentes pour explorer, découvrir ou s'exprimer. Mes réactions face à des comportements imprévisibles comme l'inhibition ou l'agitation se modifièrent aussi. Mon attitude entière s'adapta petit à petit au rythme des résidents.

Je m'aperçu aussi qu'en m'ouvrant dans la relation, le comportement des résidents changeait également. Ma dynamique avait un impact direct sur la dynamique de groupe. C'est en acquérant davantage de confiance en moi qu'au fil des mois mon assurance me permit d'explorer et de faire de nouvelles propositions aux résidents.

Au bout de maintenant cinq mois d'atelier en compagnie des résidents, je peux désormais affirmer que de réels liens de confiance se sont instaurés entre eux et moi. Soutenue par l'équipe et ma maître de stage, la création de ce groupe m'a réellement permis d'acquérir une expérience toute particulière auprès de cette population. Les relations avec les résidents et donc la pratique ont été des outils indispensables pour nourrir ma réflexion et aller jusqu'au bout de l'élaboration de ce mémoire.

CONCLUSION

La vieillesse donne du fil à retordre à nos aînés. La peur du corps qui change, de ces rides qui apparaissent, la crainte de la solitude, de la maladie et de ne plus être autonome sont des appréhensions bien présentes dans les pensées des sujets âgés.

Il est difficile, voire impossible de se projeter, de savoir, de ressentir à leurs places. J'écoute leurs propos, les observe et tente de décrypter ce qui peut bien se passer pour eux. Mais quand, la pathologie vient se surajouter, les troubles qu'elle provoque viennent compliquer la situation.

Il m'a d'abord semblé important d'essayer de comprendre la problématique de la maladie d'Alzheimer. Les pertes du langage, de la mémoire, des repères mettant les sujets dans des positions particulières, souvent anxiogènes, les poussent à adopter des comportements particuliers.

Le vieillissement additionné à la démence perturbent également les représentations du corps du sujet. Ainsi, avec les troubles psycho-comportementaux provoqués par la maladie, nous assistons à l'apparition de mouvements troublants, incohérents voire surprenants chez la personne atteinte de démence.

Malgré cela, leurs comportements conservent une certaine expressivité qui permet au psychomotricien de décrypter ce que peuvent signifier de telles attitudes.

L'angoisse, la colère, la joie ; plus généralement les états émotionnels du sujet sont en fait bien souvent ce qui est dégagé à travers les mouvements de l'individu. L'expressivité que l'on peut observer est donc la majorité du temps le reflet corporel d'états affectifs.

C'est là pour moi que le psychomotricien a un rôle à jouer dans la prise en charge de ces patients. A travers le dialogue tonique et les mots du praticien, l'individu peut percevoir qu'une personne reconnaît ses émotions. Identifier l'état émotionnel du patient nous sert alors

de point d'appui dans la relation.

L'approche psychocorporelle centre la prise en charge sur les ressentis émotionnels pour venir relier le sujet à son histoire par le biais de la mémoire émotionnelle. Ainsi, malgré une conscience de soi défaillante et une identité troublée, le psychomotricien peut tenter de soutenir un certain maintien du sentiment d'existence.

Je peux alors affirmer qu'à l'aide du mouvement, le psychomotricien peut venir soutenir l'expressivité par le biais notamment d'activités corporelles. L'expressivité et plus largement l'expression constituent alors pour le sujet des moyens privilégiés pour partager ses émotions.

Ainsi, selon moi, le psychomotricien, au delà d'être thérapeute, s'investit beaucoup plus que par le langage verbal. Son implication dans la relation et l'empathie dont il doit faire preuve sont pour moi les maîtres mots du métier de psychomotricien.

La population des personnes âgées m'a permis de découvrir réellement la place que nous pouvions tenir au sein d'une institution comme un EHPAD. Je sais que la route est encore longue avant de percevoir toutes les facettes de ce beau métier. Mais prenons le temps de prendre le temps, ce mémoire n'est qu'une porte ouverte sur l'avenir, qui j'espère sera encore riche en belles expériences.

BIBLIOGRAPHIE

- BECUE, M. «Faire face à la maladie d'Alzheimer.» *Soins gérontologie*, n°42, Juillet 2003.
- BERGER, E. *Le mouvement dans tous ses états, les recherche de Danis Boris*. 3^{ème} édition. Paris: Point d'appui, octobre 1999.
- BERTHOZ, A. *Le sens du mouvement*. Paris: Odile Jacob, 1997.
- BOSCAINI, F. SAINT-CAST, A. «L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice.» *Enfance & Psy*, n°49, Mars 2010: 78-88.
- BROUILLET, A. SYSSAU, D. *La maladie d'Alzheimer*. 3^{ème} édition. Paris: P.U.F, 2010.
- CABANES, L. *Restons groupés, une expérience de groupe en psychomotricité auprès de personnes âgées atteintes de démences sénile de type Alzheimer*. Mémoire de psychomotricité. Université Victor Segalen Bordeaux 2, 2006.
- CALZA, A. CONTANT, M. *Psychomotricité*. 3^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux: Masson, 2007.
- DAMASIO, A. *Spinoza avait raison. Joie et tristesse: le cerveau des émotions*. Paris: Odile Jacob, 2003.
- DELAMARRE, C. *Démence et projet de vie, Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*. Paris: Dunod, 2007.
- DEMOURES, G. «Paroles de déments, paroles aux déments.» *Gérontologie et société*, n°106, Mars 2003: 111-128.
- DUQUENOY SPYCHALA, K. *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*. Ramonville: Erès, 2002.
- GIROMINI. «Psychomotricité: expressivité du corps.» *Université Pierre et Marie Curie*. 2003. <http://www.chups.jussieu.fr>.
- JUHEL, J-C. *La psychomotricité au service de la personne âgée; réfléchir, agir et mieux vivre*. Lyon: Chronique sociale, 2012.
- LABAN, R. *La maîtrise du mouvement*. 4^{ème} édition. Actes Sud, 1994.

- LAPIERRE, A. AUCOUTURIER, B. *La symbolique du mouvement: psychomotricité et éducation*. Paris: Epis, 1975.
- LE BOULCH, J. *Mouvement et développement de la personne*. Paris: Vigot, 1995.
- LEJEUNE, A. DESANA, M-O. DUCLOY, I. *Musique, mouvement et maladie d'Alzheimer*. Marseille: Solal, 2011.
- LESAGE, B. «Dialogue corporel et danse thérapie.» *Université Pierre et Marie Curie*. 2003. <http://www.chups.jussieu.fr>.
- LESAGE, B. *La danse dans le processus thérapeutique*. 2^{ème} édition. Toulouse: Erès, 2012.
- MAHIEUX-LAURENT, F. LACOMBLEZ L. *Les démences du sujet âgé*. J.Libbey-Eurotext, 2003.
- MAINTIER, C. «Une identité à construire et à conserver.» Dans *Protéger et construire l'identité des personnes âgées*, de M PERSONNE, 33-46. Erès, 2011.
- MAISONDIEU, J. «Chapitre 6.» Dans *Les démences au croisement des non savoirs*, de G. PLOTON, L ARFEUX-VAUCHER. Presse de l'école des hautes études en santé publique.
- MARCELLI, D. BACHOLLET, M-S. «Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements.» *Enfance & Psy*, n°49, Mars 2010, Erès: 14-19.
- NEUMAN, E. *La maladie d'Alzheimer*. Vol. I. 2002.
- PELLISSIER, J. *Ces troubles qui nous troublent*. Toulouse: Erès, 2011.
- PISSONDES, A-L. «L'essentiel des régionales de gérontologie.» 2009. <http://www.bipecongresante.com>.
- PLOTON, L. *A l'écoute d'un langage*. 3^{ème} édition. Lyon: Chronique sociale, 2010.
- PLOTON, L. *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer: sur la vie affective la communication, l'institution...* 2^{ème} édition. Lyon: Chronique sociale, 2010.
- POTEL, C. *Le corps et l'eau, une médiation en psychomotricité*. 2^{ème} édition. Toulouse: Erès, 2009.
- POTEL, C. *Psychomotricité: entre théorie et pratique*, de POTEL C. 3^{ème} édition. Paris : Ed. in Press, 2010.
- ROBERT-OUVREY, S. *Intégration motrice et développement psychique, uen théorie de la psychomotricité*. 2^{ème} édition. Descmée de Brouwer, 2010.
- GIL, R. *Vieillesse et Alzheimer, comprendre pour accompagner*. Paris : l'Harmattan, 2012
- VERNIER, L. *Les mots et mouvements reflétant l'émotion... L'importance des émotions dans l'approche psychomotrice de la personne âgée apathique atteinte de démence de type Alzheimer*. Mémoire de psychomotricité. Bordeaux Segalen, 2011.
- VOYER, P. «Les démences.» *Erpi*. <http://www.erpi.com>.

ANNEXE 1

Critères diagnostiques selon le DSM IV

A- Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :
1) une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises ultérieurement) ; 2) une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes : a) aphasie (perturbations du langage), b) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré les fonctions motrices intactes), c) agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes), d) perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite) ;
B- Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur,
C- L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu,
D- Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :
1) à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (p.ex. maladies cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale), 2) à des affections générales pouvant entraîner une démence (p.ex. hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH), 3) à des affections induites par une substance ;
E- Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un délirium,
F- La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (p.ex. Trouble dépressif majeur, Schizophrénie).

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	4
PARTIE 1: VIEILLESSE ET DEMENCE	6
A- LE PROCESSUS DU VIEILLISSEMENT	6
1- LE VIEILLISSEMENT SOCIAL	7
<i>a- Devenir« vieux »</i>	7
<i>b- Etre « vieux » aux yeux des autres</i>	8
2- LES MODIFICATIONS CORPORELLES	9
3- LES CHANGEMENTS COGNITIFS	10
4- LE VIEILLISSEMENT AFFECTIF	10
B- LA DEMENCE DE TYPE ALZHEIMER	12
1- GENERALITE	12
<i>a- La démence</i>	12
<i>b- La démence de type Alzheimer</i>	13
b-1 Un peu d’histoire	13
b-2 Définition de la maladie	13
2- EPIDEMIOLOGIE	14
3- HYPOTHESES ETIOLOGIQUES	14
<i>a- Théories biologiques</i>	14
a-1 Hypothèse neuro-pathologique	14
a-2 Hypothèse génétique	15
<i>b-Théories « psychogènes »</i>	15
b-1 Le naufrage sénile	15
b-2 Selon Louis PLOTON	16
3- LES SIGNES CLINIQUES	17
<i>a- Les troubles cognitifs</i>	17
<i>b- Les troubles psycho-comportementaux</i>	20
4-EVOLUTION	23

PARTIE 2: LE MOUVEMENT AU FIL DU TEMPS	25
A- LA CONSTRUCTION DU MOUVEMENT	25
1- ONTOGENESE	26
2- PRINCIPES DE BASE	27
<i>a- La proprioception</i>	28
<i>b- La théorie de l'Effort</i>	30
3- LES SCHEMES DU MOUVEMENT DANS LA CONSTRUCTION DU SCHEMA CORPOREL	32
4- DU SCHEMA CORPOREL A L'IMAGE DU CORPS	35
B. LE MOUVEMENT A L'EPREUVE DE LA DEMENCE	37
1- LES REPRESENTATIONS DU CORPS DANS LA DEMENCE	37
<i>a- Le schéma corporel perturbé</i>	37
<i>b- L'image du corps altérée</i>	38
2- DES MOUVEMENTS TROUBLANTS	39
▶ <i>Monsieur B.</i>	40
▶ <i>Madame Bu.</i>	41
HYPOTHESE	44
PARTIE 3: DU MOUVEMENT A L'EXPRESSION DE L'EMOTION	46
A- L'EXPRESSIVITE, UN MODE D'EXPRESSION PRIVILEGIE	46
1- NOTIONS D'EXPRESSION ET D'EXPRESSIVITE	47
2- LE TONUS MUSCULAIRE	48
▶ <i>Madame L.</i>	49
3- LES VALEURS EXPRESSIVES DU MOUVEMENT	50
▶ <i>Monsieur P.</i>	53
▶ <i>Madame B.</i>	53
B- LES EMOTIONS	55
1- GENERALITES	55
<i>a- Une définition globale</i>	55
<i>b- Proposition d'une classification</i>	55
2- LES EMOTIONS DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER	57
3- L'INTERET DES EMOTIONS EN PSYCHOMOTRICITE	58
PARTIE 4: UN PROJET DE GROUPE : LE MOUVEMENT DANSANT	61
A- L'INSTITUTION	61
1- L'UNITE PROTEGEE	62
2- PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE DANS L'UNITE	62
B- LE GROUPE	64
1- LES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE	64
2- LES MOYENS	65

3- LE DEROULEMENT DE L'ATELIER	65
<i>1^{er} temps : l'accueil des personnes et l'instauration du cadre</i>	66
<i>2^{ème} temps : le réveil corporel</i>	66
<i>3^{ème} temps : l'exploration du mouvement</i>	67
<i>4^{ème} temps : l'expression corporelle</i>	68
Séance sans médiateur	68
Séance sur le thème du bâton	70
<i>5^{ème} temps : Ecoute musicale et lecture du repas</i>	71
4- LE CAS DE MADAME P.	71
<i>1- Présentation générale</i>	72
<i>2- La vie de Mme P. au sein de l'établissement</i>	73
<i>3- La prise en charge de groupe</i>	75
L'atelier corporel : quel projet pour Mme P ?	75
La prise en charge de novembre 2012 à janvier 2013	75
La prise en charge de février 2013 à mars 2013	78
4- Bilan de la prise en charge	80
5- UN POINT SUR LE GROUPE	80
Les relations dans le groupe	80
La place du mouvement et des émotions	81
DISCUSSION	82
POURQUOI CE MEMOIRE ?	82
QUELLE EXPERIENCE EN UNITE PROTEGEE ?	83
CONCLUSION	84
BIBLIOGRAPHIE	86
ANNEXE 1	88
TABLE DES MATIERES	89