



HAL
open science

”Jouons ensemble” : une expérience de jeu dramatique en Accueil de Jour auprès de patients atteints de troubles cognitifs

Julia Chaperon

► **To cite this version:**

Julia Chaperon. ”Jouons ensemble” : une expérience de jeu dramatique en Accueil de Jour auprès de patients atteints de troubles cognitifs. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00921498

HAL Id: dumas-00921498

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00921498>

Submitted on 20 Dec 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.



FACULTÉ DE MÉDECINE PIERRE ET MARIE CURIE - PARIS VI
INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITÉ
SITE DE LA PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

« JOUONS ENSEMBLE »
Une expérience de jeu dramatique
en Accueil de Jour
auprès de patients atteints de troubles cognitifs

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité, par

Julia CHAPERON

Session de JUIN 2013

Référente de mémoire : Agnès ADELINÉ

REMERCIEMENTS

Merci à ma référente de mémoire, Agnès Adeline, pour son accompagnement.

Un grand merci à Amélie, ma maîtresse de stage, pour sa disponibilité et ses précieux encouragements.

Je remercie également Azilis et Bernadette Petit-Pontacq, pour leurs conseils.

Un remerciement particulier à Robert Vialatte, pour l'intérêt qu'il a porté à mon travail.

Un immense merci à mes amis, Aquitains comme Parisiens, qui me soutiennent depuis si longtemps.

J'adresse enfin la plus grande reconnaissance à mes parents, sans qui jamais je n'en serais arrivée là. Pour votre soutien bienveillant et sans faille, merci.

Pour Marine.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
---------------------------	----------

PARTIE THÉORIQUE.....	10
------------------------------	-----------

I. La sénilité.....	10
I.1. La maladie d'Alzheimer.....	11
I.1.1. Définition.....	11
I.1.2. Etiologie.....	11
I.1.3. Sémiologie.....	12
I.1.4. Facteurs de risque.....	15
I.1.5. Diagnostic.....	17
I.1.6. Traitement.....	18
I.2. La démence vasculaire.....	19
I.2.1. Définition.....	19
I.2.2. Etiologie.....	19
I.2.3. Sémiologie.....	20
I.2.4. Facteurs de risque.....	20
I.2.5. Diagnostic.....	21
I.2.6. Traitement.....	22
I.3. Le syndrome de Korsakoff.....	22
I.3.1. Définition.....	22
I.3.2. Etiologie.....	23
I.3.3. Sémiologie.....	23
I.3.4. Facteurs de risque.....	23
I.3.5. Diagnostic.....	24
I.3.6. Traitement.....	24
I.4. La prise en charge non médicamenteuse des démences.....	24
II. La notion d'identité.....	26
II.1. La construction de l'identité.....	27
II.1.1. Le stade du miroir.....	27
II.1.2. Le schéma corporel.....	28
II.1.3. L'image du corps.....	28
II.2. Le maintien de l'identité.....	29
II.2.1. Perception et mémoire.....	29
II.2.2. Continuité temporelle et singularité.....	29
II.2.3. Estime de soi.....	30
II.2.4. Impact sociétal.....	31

II.3. La perte de l'identité	33
II.3.1. Le corps vieillissant	33
II.3.2. L'altération de l'image du corps	33
II.3.3. La nécessité de l'autre.....	34
III. Le jeu dramatique.....	35
III.1. Historique du jeu dramatique	35
III.2. Différences entre le psychodrame et le jeu dramatique.....	36
III.3. Définition du jeu dramatique.....	37

PARTIE CLINIQUE 39

I. Présentation de l'Institution.....	39
I.1. Rôle d'un Accueil de Jour.....	39
I.2. Organisation de mon lieu de stage	39
I.3. Population accueillie	40
I.4. Les temps institutionnels.....	40
I.5. Le bilan psychomoteur	41
II. L'Atelier de jeu dramatique « Jouons ensemble »	42
II.1. La genèse de l'atelier	42
II.2. L'espace de jeu	44
II.3. Présentation d'une séance-type.....	44
II.4. Les participants	46
II.4.1. Madame D.	46
II.4.2. Madame J.....	46
II.4.3. Madame L.....	46
II.4.4. Monsieur V.....	46
II.4.5. Amélie, ma maître de stage.....	47
II.5. Présentation des cas cliniques.....	47
II.5.1. Madame D.	47
II.5.2. Madame L.....	51
II.6. Interrelations entre les participants de l'atelier.....	55
II.7. Les participants occasionnels.....	56
II.7.1. Audrey, la psychologue	56
II.7.2. Cécile, une stagiaire aide-soignante	57

DISCUSSION 58

I. Le préalable aux séances de psychomotricité	58
I.1. L'intérêt du bilan psychomoteur	58
I.2. Le bilan psychomoteur : une nécessité absolue ?.....	60

II. Le cadre spatio-temporel de l'atelier de jeu dramatique « Jouons ensemble »..... 61

II.1. L'espace	61
II.1.1. L'espace matériel.....	61
II.1.2. L'environnement humain.....	62
II.1.3. L'espace de jeu	62
II.2. Le temps.....	63
II.3. Les impondérables du cadre spatial	64
II.3.1. L'espace matériel.....	64
II.3.2. L'environnement humain.....	64

III. Identité et jeu dramatique 65

III.1. Jeu dramatique et psychomotricité	65
III.2. Identités évaluées et illustrations cliniques	66
III.2.1. Identité psychocorporelle.....	66
III.2.2. Identité professionnelle.....	67
III.2.3. Identité sociale.....	68
III.3. Qualité de l'évaluation.....	69

IV. Implication personnelle 70

IV.1. Vécu personnel.....	70
IV.2. Relation duelle avec Amélie.....	71
IV.3. Questionnements	73
IV.3.1. Atelier « Jouons ensemble » : une durée minimum ?	73
IV.3.2. Atelier « Jouons ensemble » : pour quels patients ?	74
IV.3.3. Atelier « Jouons ensemble » : quelles limites ?	74

CONCLUSION..... 77

BIBLIOGRAPHIE 79

ANNEXES.....I

INTRODUCTION

Cette année, j'ai choisi d'effectuer mon stage long dans un Accueil de Jour recevant des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs pour plusieurs raisons. Tout d'abord, je suis personnellement confrontée à des démences de type Alzheimer dans mon entourage. De plus, grâce à une expérience professionnelle en tant qu'Agent de Service Hospitalier au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), j'ai pu découvrir et développer mes capacités relationnelles auprès d'une population vieillissante. Pour finir, au cours de ma seconde année de psychomotricité, j'ai pu effectuer un stage court au sein d'un Accueil de Jour. Cette semaine m'a permis de mettre en pratique l'enseignement dont j'ai pu bénéficier au cours de mes études, et d'affiner la qualité de ma relation thérapeutique auprès de personnes âgées démentes.

J'ai rapidement été attirée par la médiation du jeu dramatique, là aussi pour différentes explications. D'une part, j'ai découvert cette pratique en seconde année de psychomotricité : elle m'a semblée être un des outils aux intérêts psychomoteurs les plus évidents. En outre, mes trois années de théâtre m'ont sensibilisée à cette approche éminemment corporelle et émotionnelle. Pour finir, lors de mon stage en Accueil de Jour l'an passé, j'ai pu assister et expérimenter la médiation du jeu dramatique d'un point de vue thérapeutique, en conditions réelles avec des patients déments.

Dans ce mémoire, je m'appliquerai à répondre à la question de l'impact du jeu dramatique sur le sentiment d'identité de la personne âgée souffrant de désordres cognitifs. Au cours de ce stage en gériatrie et par l'enseignement théorique que j'ai pu recevoir, j'ai été interpellée par l'idée d'affaiblissement et d'altération du corps qui caractérisent le vieillissement. Actuellement, les perceptions à l'égard de la vieillesse ont évolué et nous ne pouvons plus dire précisément à quel âge nous devenons vieux. Selon J.-C. Carric, le vieillissement normal, ou sénescence, se définit par une « détérioration physiologique liée à l'âge¹. » En 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la vieillesse comme le « processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps². »

¹ Jean-Claude Carric, 2001, p. 171

² OMS, 2002

Ces changements, le plus souvent physiques et cognitifs, inéluctables et quasi-universels, sont admis pour tous. En vieillissant, nous accumulons des facteurs de risque et constatons un accroissement des complications des séquelles dues à la maladie. Ce sont elles qui entraînent une diminution des capacités d'adaptation.

Notre corps est le premier élément à nous avertir de ses modifications. Souvent, les fonctions sensorielles telles que l'audition ou la vision subissent les premières atteintes du vieillissement. Les capacités cognitives du sujet peuvent être perturbées : diminution de la vitesse de réaction intellectuelle, activités mentales moins fréquentes du fait de la fatigabilité de l'individu, déficits mnésiques et difficultés de concentration. En revanche, ces personnes peuvent avoir conservé leurs liens affectifs, familiaux, amicaux et sociaux³.

Pour J.-C. Juhel, l'âge nous oblige à considérer nos limites et à les incorporer à notre identité. Celle-ci est marquée par l'idée d'amenuisement des ressources du sujet conjointement à celle de maturation. « Une perte n'est pas toujours une fin, elle engendre souvent une acquisition. A la suite d'une perte, nous recherchons d'autres avenues, d'autres directions afin d'avoir de nouveaux projets⁴. » La vieillesse est, pour certains, un moment privilégié pour faire un bilan de leur existence.

Le travail du psychomotricien auprès de personnes vieillissantes malades leur permet d'être à l'écoute de leur vécu corporel, souvent modifié par les pathologies du vieillissement. Il peut accompagner le sujet âgé dans une recherche de bien-être, de plaisir et de motivation à participer aux activités de la vie courante. La psychomotricité en gériatrie a également tout son intérêt pour renforcer l'estime de soi de la personne malade. Face à son corps qui vieillit, s'abîme et perd parfois sa fonctionnalité, il peut être difficile pour le patient de faire le deuil de ses anciennes capacités. La psychomotricité est alors envisagée pour l'accompagner afin qu'il retrouve un équilibre psychocorporel, une disponibilité relationnelle et un plaisir d'agir. En institution, l'ensemble du corps médical ne bénéficie pas d'un temps suffisant qui lui permettrait d'être disponible pour la personne âgée souffrante. Il semble que ce rôle revienne au psychomotricien : à nous d'être plus particulièrement à l'écoute de ce qu'elle exprime et de mettre en mots son vécu corporel. Ainsi, toute médiation peut être intéressante avec la personne âgée dans la mesure où elle est un vecteur relationnel qui permet au patient de réinvestir positivement son corps.

³ Jean-Claude Monfort, 2011

⁴ Jean-Charles Juhel, 2010, p. 8

Le jeu dramatique m'a semblé intéressant à pratiquer pour permettre au sujet âgé malade de conserver voire d'améliorer son sentiment identitaire. D'une part, la prise de rôle qu'il implique permet à l'individu de dévoiler des potentialités masquées par des comportements imposés par la société. Par l'improvisation, la personne âgée s'investit d'un rôle, connu ou non, perçoit celui de l'autre et peut communiquer avec lui. Cette notion d'interaction offre les moyens au sujet d'exercer ses capacités de création, d'adaptation et d'échanges. Un groupe de jeu dramatique permet au participant de communiquer de plusieurs façons différentes : par la parole, avec des gestes et mimiques, par ses postures et attitudes...

D'autre part, la dynamique de groupe créée par un atelier de jeu dramatique donne la possibilité au patient malade de se resocialiser, d'évoluer avec les autres, de se plier au cadre de jeu tout en restant lui-même, avec sa propre personnalité. Le groupe est un catalyseur d'échanges relationnels, il impose un cadre dans lequel le patient expérimente, se découvre et va à la rencontre de l'autre.

Si le phénomène de vieillissement normal correspond à un ensemble de dysfonctionnements du corps humain et donc de remaniements identitaires, qu'en est-il des dommages causés par un vieillissement pathologique ? Dans ce mémoire, je pose l'hypothèse que la médiation du jeu dramatique permet de conserver voire d'améliorer le sentiment identitaire de la personne âgée souffrante.

Ainsi, pour répondre à cette problématique liée à l'impact de la pratique du jeu dramatique sur l'identité de la personne âgée malade, mon travail sera axé, dans une première partie théorique, sur la définition de trois syndromes caractéristiques d'un vieillissement pathologique. Je définirai ensuite la notion d'identité à travers sa construction, son maintien et son altération, avant d'expliquer ce qu'est la médiation du jeu dramatique.

Dans une seconde partie, j'exposerai mon expérience clinique et plus précisément mes observations sur les attitudes de deux dames, Madame D. et Madame L., au cours des séances de jeu dramatique mises en place avec ma maître de stage.

Pour terminer, je discuterai de l'impact de cet atelier sur l'identité de ces deux patientes, ainsi que de son mode d'évaluation. Je détaillerai également mon implication personnelle et notamment mes interrogations quant à ce sujet ambitieux qu'est la place de l'identité chez le sujet âgé malade.

PARTIE THÉORIQUE

Le vieillissement normal est marqué par l'altération des compétences physiques et cognitives du sujet âgé. Pour lui permettre de conserver ses capacités restantes, l'implication de l'entourage est importante. Mais dans le cas où le vieillissement est dit pathologique, comment prendre soin de la personne âgée en souffrance ? La sénilité peut entraver plus sévèrement les capacités psychomotrices du sujet et interférer dans sa sphère affective et relationnelle. En vieillissant, toutes les parties de son corps sont susceptibles d'être modifiées par d'éventuelles pathologies. Afin que les personnes âgées malades puissent intégrer leurs nouvelles fonctions et que les soignants soient en mesure d'établir une prise en charge adéquate, il est important pour ces derniers de cerner au mieux les différentes pathologies du vieillissement.

I. La sénilité

La sénilité correspond à l'« affaiblissement progressif des facultés corporelles et mentales. C'est une détérioration pathologique, souvent liée à une mauvaise coordination dans le fonctionnement des hémisphères cérébraux⁵. »

Plusieurs types de pathologies correspondent à cet amoindrissement à la fois physique et psychique : la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la démence vasculaire, la dégénérescence lobaire fronto-temporale, la démence à corps de Lewy, le syndrome de Korsakoff...

Ces pathologies introduisent le terme de démence. Selon la CIM-10, « la démence est un syndrome dû à une maladie cérébrale, habituellement chronique et progressive, caractérisée par une perturbation des fonctions supérieures, comme la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement⁶. » Quatre types de troubles sont communs aux démences. Ils concernent les capacités d'apprentissage, le langage, les praxies et la mémoire à court terme.

⁵ Jean-Claude Carric, 2001, p. 171

⁶ <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F00>, consulté le 23 Avril 2013

Je décide de détailler la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire et le syndrome de Korsakoff dans la mesure où je suis confrontée à des populations porteuses de ce type de maladies sur mon lieu de stage.

I.1. La maladie d'Alzheimer

I.1.1. Définition

En 1906, A. Alzheimer, un médecin allemand, est le premier à identifier la maladie qui porte son nom. C'est une « maladie neurodégénérative conduisant progressivement et irréversiblement à la perte de la mémoire (amnésie) et des fonctions cognitives (aphasie, apraxie, agnosie)⁷. » Bien qu'associée à la vieillesse, elle peut toutefois être présente plus tôt dans la vie. Mais peu importe l'âge à laquelle elle apparaît, elle peut entraver toute l'autonomie d'individus autrefois indépendants.

I.1.2. Etiologie

I.1.2.1. Lésions cérébrales

A. Alzheimer a établi un rapport étroit entre un syndrome démentiel et la présence de lésions neuroanatomiques, telles que les plaques séniles amyloïdes (situées entre les neurones) et la dégénérescence neurofibrillaire (à l'intérieur des neurones). Ces deux types de lésions sont des amas de protéines qui se forment lors de la sénescence. Mais dans la maladie d'Alzheimer, elles s'accumuleraient en trop grande quantité. Les plaques séniles furent les premières décrites. Ce sont de petits dépôts denses d'une protéine, la bêta-amyloïde, présente à la surface de la membrane des neurones en dégénérescence, qui s'agglutinent progressivement avant de former des plaques entre eux. La dégénérescence neurofibrillaire est également due à une protéine, appelée TAU. Elle permet la stabilité et la flexibilité neuronales en apportant aux neurones les éléments nécessaires à leur fonctionnalité. Or, chez des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer, ces protéines se désagrègent, menaçant alors la durée de vie des neurones et empêchant la circulation de l'information nerveuse⁸.

⁷ André Delacourte, Dominique Champion et Patrick Davous, 2007

⁸ André Delacourte, Dominique Champion et Patrick Davous, 2007

I.1.2.2. Systèmes de neurotransmetteurs

Le système cholinergique, à l'origine de la production de l'acétylcholine, est impliqué dans la mémoire et l'apprentissage, ainsi que dans l'activité musculaire et les fonctions végétatives telles que la respiration, la circulation, la digestion. C'est le premier système atteint dans la maladie d'Alzheimer : l'activité de l'enzyme de synthèse de l'acétylcholine est anormalement faible dans le cerveau, notamment dans les régions comme l'hippocampe et le cortex cérébral. Les fonctions prises en charge par le système cholinergique ne sont donc plus assurées.

Le second système touché est le système glutamatergique. Le glutamate est le neurotransmetteur excitateur principal du système nerveux central. Lui aussi joue un rôle dans les fonctions cérébrales telles que la mémorisation et l'apprentissage. Mais en trop grande concentration, comme dans la maladie d'Alzheimer, il endommage le cerveau et conduit à une destruction neuronale massive⁹.

I.1.3. Sémiologie

I.1.3.1. Troubles cognitifs

La maladie d'Alzheimer se manifeste par des lésions précises situées dans certaines zones du cerveau. Elles correspondent à la dégénérescence suivie de la mort de plusieurs neurones. Les premières zones touchées sont situées dans la région du système limbique, siège de la mémoire, ce qui explique que les premiers symptômes soient des troubles mnésiques. Au fur et à mesure de la progression de la maladie, d'autres zones sont touchées et d'autres désorganisations apparaissent : le langage, l'orientation spatio-temporelle, les gnosies, les praxies, le comportement. Selon les zones cérébrales touchées, la sémiologie sera différente. J.-C. Juhel décrit précisément l'atteinte des différents systèmes¹⁰ :

⁹ André Delacourte, Dominique Champion et Patrick Davous, 2007

¹⁰ Jean-Charles Juhel, 2010

Le système limbique

La maladie d'Alzheimer commence par la destruction des neurones de l'hippocampe, une petite partie du cerveau responsable de la mémoire verbale et visuelle. Cette structure va être atrophiée et le patient présentera des difficultés à apprendre une nouvelle information tout en préservant celles déjà intégrées. Mais le système limbique intervient aussi dans la gestion des émotions. Il relie les lobes du cerveau entre eux, leur permettant d'établir des connexions entre les souvenirs et les comportements associés.

Le dysfonctionnement du système limbique engendre des troubles gnosiques, c'est-à-dire des difficultés à reconnaître les visages, les objets et les endroits connus. Le sujet peut présenter également divers troubles du comportement : sentiment de méfiance, irritabilité, anxiété ou dépression.

Le lobe temporal

Le lobe temporal est le siège de nombreuses fonctions cognitives, comme l'audition, qui nous permet de distinguer les sons, leur tonalité et leur intensité. Il intervient dans l'organisation du langage, de la mémoire immédiate et des apprentissages récents. Les difficultés varient selon que le lobe temporal droit (mémoire visuelle) ou le lobe temporal gauche (mémoire verbale) est affecté.

Le dysfonctionnement du lobe temporal engendre des difficultés de mémoire à court terme, ou amnésie, et des troubles du langage, ou aphasie.

Le lobe pariétal

Le lobe pariétal est déterminant dans l'intégration, l'analyse et le traitement des informations issues des modalités sensorielles. Il intervient dans l'orientation spatiale et permet d'organiser et de structurer les tâches de façon cohérente (comme celle de mettre ses vêtements dans le bon ordre par exemple).

Le dysfonctionnement du lobe pariétal engendre des difficultés de compréhension du discours, une désorientation spatiale ou encore une dysgraphie.

Le lobe frontal

Le lobe frontal permet la planification du langage et des mouvements volontaires, la prise d'initiatives, l'anticipation et l'organisation de nos actions. Il permet d'avoir des comportements adaptés à un contexte donné. Le lobe frontal intervient dans l'interprétation des gestes, des sentiments des autres et de leurs réactions face à nos propres gestes.

Le dysfonctionnement du lobe frontal engendre des difficultés à inhiber un comportement et à s'adapter à un nouvel environnement. Le sujet peut aussi se montrer indifférent à son entourage.

Le lobe occipital

Le lobe occipital est le centre du décodage de l'information visuelle. Il permet de reconnaître l'orientation et le contour des images ainsi que d'associer les couleurs, les formes et les angles des mouvements.

Le dysfonctionnement du lobe occipital empêche le patient de reconnaître ses proches, d'évaluer les distances, de se représenter son schéma corporel et de comprendre la gestualité de l'autre.

I.1.3.2. Troubles psycho-comportementaux

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentent dans 80 % des cas des troubles psychologiques et/ou du comportement, qui viennent faire rupture avec leur mode de fonctionnement antérieur. Ces modifications peuvent survenir de manière très précoce dans la pathologie et sont en partie liées aux modifications structurales et chimiques du cerveau, inhérentes à la maladie.

Les troubles psycho-comportementaux peuvent être regroupés en cinq grandes catégories : les troubles moteurs à proprement parler (agitation, agressivité, déambulation, stéréotypies motrices), les troubles affectifs (anxiété, dépression), les troubles émotionnels (apathie, asthénie), les troubles d'allure psychotique (hallucinations, délire) et les troubles des conduites élémentaires (modification du rythme éveil/sommeil, anorexie)¹¹.

¹¹ Expertise collective, 2007

Dans ses recommandations de bonne pratique¹², la Haute Autorité de Santé (HAS) fait la distinction entre les troubles psycho-comportementaux déficitaires (repli sur soi, retrait de la vie sociale) et ceux dont l'expression est plus manifeste, qu'elle qualifie de « comportements perturbateurs » (attitudes dérangeantes et perturbatrices voire dangereuses pour le patient ou pour autrui).

Le repérage de troubles psycho-comportementaux est souvent négligé dans l'approche diagnostique de la maladie d'Alzheimer. Ils ont pourtant une réelle incidence sur le quotidien du sujet âgé et sa qualité de vie puisqu'ils contribuent lourdement à la désadaptation du patient, à l'altération de ses fonctions cognitives, à l'épuisement de l'entourage et au recours à une entrée en institution.

Lors de l'apparition de troubles psycho-comportementaux, il est toujours important de rechercher l'étiologie de la conduite afin de pouvoir mettre un sens sur celle-ci. Ils peuvent avoir une origine somatique (fécalome, déshydratation, douleur...), psychiatrique, environnementale (modification du cadre de vie, perte de repères...), ou être liés à la personne (dysfonctionnements cognitifs, neurobiologiques). La mise en sens de ces conduites est primordiale car elle permet de repérer d'éventuelles urgences somatiques et est souvent le seul moyen inconscient qu'il reste au patient pour communiquer avec son entourage. Les troubles psycho-comportementaux peuvent donc avoir une valeur communicative importante pour la personne démente¹³.

I.1.4. Facteurs de risque

Selon J.-C. Juhel¹⁴, plusieurs facteurs de risque concourent à l'apparition de la maladie d'Alzheimer :

- L'âge : il est le facteur de risque le plus important. En vieillissant, les mécanismes naturels de réparation de l'organisme sont moins efficaces. Ainsi, les fréquences d'apparition de la maladie, en Europe comme en Amérique, sont de 5 à 7 % entre 65 et 79 ans, 20 % chez les personnes de plus de 80 ans, et 32 % pour celles de plus de 90 ans ;

¹² HAS, 2009

¹³ Louis Ploton, 2011

¹⁴ Jean-Charles Juhel, 2010

- Le sexe : les femmes sont davantage sujettes à souffrir de la maladie d'Alzheimer. L'hypothèse donnée afin d'expliquer ce phénomène est leur plus longue espérance de vie ;
- Les antécédents familiaux et l'hérédité : plus de 7 % des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ont la forme dite « familiale ». Celle-ci est due à l'héritage de certains gènes qui ont subi une mutation, portant désormais des caractéristiques anormales. Si un parent est atteint de cette forme « familiale », ses enfants courent 50 % de risque d'hériter du gène porteur et sont susceptibles de développer la maladie à l'âge adulte ;
- Le diabète de type II : il cause des dommages aux vaisseaux sanguins qui irriguent le cerveau. Ce dernier assimile alors moins bien le glucose, élément important à son bon fonctionnement ;
- Les traumatismes crâniens à répétition : les lésions engendrées par les chocs peuvent être à l'origine de la maladie d'Alzheimer ;
- La trisomie 21 : les sujets porteurs de cette maladie et âgés d'au moins 40 ans présentent une détérioration des cellules nerveuses entraînant des caractéristiques similaires à celles présentes dans la maladie d'Alzheimer ;
- Le niveau de scolarité et le niveau socioculturel : plusieurs travaux prouvent que les personnes ayant eu peu de scolarité (6 ans ou moins) sont plus susceptibles de souffrir de la maladie d'Alzheimer.

A l'inverse, les facteurs de protection peuvent retarder voire éviter l'apparition de la maladie d'Alzheimer : un niveau culturel élevé, la présence de la forme $\epsilon 2$ de l'apolipoprotéine E, la consommation d'acides gras essentiels antioxydants et anti-inflammatoires, une consommation modérée d'alcool de type vin ou bière, une activité physique de fond et des loisirs comme les mots fléchés, mots croisés et les activités manuelles fines (tricot).

I.1.5. Diagnostic

Le diagnostic de démence de type Alzheimer repose sur les critères définis par le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (quatrième édition), ou DSM IV¹⁵. En pratique, il n'existe pas de test qui permet d'établir avec certitude qu'une personne est atteinte de la maladie d'Alzheimer, mais plusieurs batteries de tests peuvent concorder à une hypothèse diagnostique. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer est d'abord clinique. Il repose sur un entretien avec le patient et sa famille qui permet de révéler d'éventuels troubles cognitifs, des troubles comportementaux, ainsi que leur incidence dans les activités de la vie quotidienne du patient¹⁶.

La plainte mnésique est le premier facteur recherché. C'est l'impression qu'un sujet a, à tort ou à raison, d'une diminution de ses capacités mnésiques : difficultés à apprendre des informations nouvelles, à retrouver spontanément des notions communes et connues... Plusieurs batteries de questions permettent d'évaluer ces plaintes mnésiques. Elles ne permettent pas de poser un diagnostic et ces échelles sont généralement utilisées dans une perspective de recherche, au sein de centres de « consultations mémoire ». D'autant plus que, dans la maladie d'Alzheimer en particulier, si l'on confronte les plaintes du patient à celles de son entourage, on constate que ces dernières sont toujours plus vives. Il est donc indispensable de s'entretenir avec les accompagnants du patient.

Un second marqueur sensible de la détérioration cognitive d'un sujet est la perturbation de certaines activités quotidiennes¹⁷. Plusieurs échelles comportent des questions concernant l'autonomie du patient, les modifications éventuelles de son comportement et de ses habitudes. L'échelle la plus utilisée est l'échelle d'activités instrumentales de la vie courante de Lawton (IADL). Elle comprend quatre questions à poser, pouvant s'intégrer aisément dans un interrogatoire habituel. La constatation de la perte d'autonomie par un sujet doit mener à un bilan neurologique qui évalue l'état de ses fonctions cognitives.

¹⁵ Les critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer sont présentés en Annexe 1, p. I

¹⁶ François Sellal et Elisabeth Kruczek, 2007

¹⁷ Pascale Pradat-Diehl et Anne Peskine, 2006

De plus, le Mini Mental Status Examination (MMSE), l'épreuve des 5 mots et le test de l'horloge sont d'autres outils qui peuvent pointer diverses difficultés cognitives, mnésiques, attentionnelles, praxiques... L'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomographie par émissions de positons (TEP) sont également utilisées comme examens complémentaires afin de détecter les modifications de la structure du cerveau.

En réalité, ce n'est qu'après le décès du patient que le diagnostic est susceptible d'être confirmé. Une autopsie décèlerait alors les deux atteintes neurologiques citées auparavant : les plaques séniles et les neurones en dégénérescence neurofibrillaire.

I.1.6. Traitement

Comme cela a déjà été évoqué, les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer présentent une diminution de la production et de la concentration d'acétylcholine dans le cerveau, ce qui provoque un dysfonctionnement du cortex cérébral. En inhibant la cholinestérase, des produits médicamenteux peuvent diminuer la dégradation de l'acétylcholine dans le cerveau et permettre ainsi une meilleure transmission de l'influx nerveux au niveau des synapses cérébrales. Même si la maladie d'Alzheimer continue d'évoluer, ces traitements médicamenteux amélioreraient les performances des patients¹⁸.

Quatre médicaments ont une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer : l'Aricept[®], l'Exelon[®], le Reminyl[®] et l'Ebixa[®]. Les trois premiers inhibent l'acétylcholinestérase et le dernier diminue la libération d'un neurotransmetteur intervenant dans la dégénérescence neuronale. Ces médicaments sont soumis à une prescription annuelle réservée aux neurologues, aux psychiatres et aux gériatres¹⁹.

D'après la HAS, leur efficacité a été démontrée sur la cognition et les activités de la vie quotidienne mais ces traitements médicamenteux peuvent entraîner des effets indésirables digestifs et cardiovasculaires nécessitant leur arrêt : l'utilisation et la pertinence de ces traitements doivent être régulièrement évaluées²⁰.

¹⁸ Jean-Emile Vanderheyden et Bernard Kennes, 2009

¹⁹ HAS, 2012

²⁰ HAS, 2012

J'exposerai, dans la partie I.4., la prise en charge non médicamenteuse des patients souffrant d'une démence de type Alzheimer ou de troubles cognitifs apparentés.

I.2. La démence vasculaire

I.2.1. Définition

Les démences vasculaires regroupent l'ensemble des états démentiels secondaires à des lésions cérébrovasculaires. Elles sont un ensemble de maladies du cerveau non-dégénératives qui conduisent à une détérioration des capacités cognitives. Elles représentent la seconde cause de démence après la maladie d'Alzheimer (70 %), soit 15 à 30 % des cas de démences. Elles sont dues à une anomalie de la circulation sanguine qui provoque un manque d'oxygénation de certaines zones du cerveau. La destruction des tissus privés d'oxygène est irréversible. Plusieurs types de démences vasculaires se distinguent en fonction du mécanisme à l'origine du trouble de la circulation artérielle (démence par infarctus multiples, par atteinte de petits vaisseaux, hémorragique)²¹.

I.2.2. Etiologie

Les démences vasculaires résultent pour la grande majorité de la survenue d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou de sa répétition. Il engendre une perte soudaine des fonctions cérébrales et il est provoqué par un arrêt brutal de la circulation sanguine à l'intérieur du cerveau. L'arrêt de la circulation du sang ne permet plus un apport suffisant en oxygène et en éléments nutritifs, les cellules cérébrales de la zone touchée meurent. La gravité de l'AVC dépend de la localisation et de l'étendue des zones cérébrales touchées. Il peut avoir deux origines différentes : ischémique, par l'interruption de l'irrigation d'une partie du cerveau provoquée par un caillot qui bouche une artère, ou hémorragique (plus rare), par l'arrêt de la circulation sanguine en raison de la rupture d'une artère du cerveau²².

²¹ <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/anneesocial/DemencesVasculaires.pdf>, consulté le 03 Janvier 2013

²² <http://www.ameli-sante.fr/accident-vasculaire-cerebral-avc/definition-avc.html>, consulté le 08 Février 2013

I.2.3. Sémiologie

Les manifestations des démences vasculaires sont très hétérogènes mais il existe néanmoins un ensemble de symptômes bien défini. Les troubles de l'humeur sont un signe précoce du début de la maladie. La prise de conscience de la détérioration intellectuelle provoque un véritable état dépressif : plus de la moitié des personnes présentant une démence vasculaire font une dépression (perte d'intérêt, de motivation, indifférence aux stimuli émotionnels...). De plus, des difficultés d'attention, de jugement, des troubles de la parole (bien que le langage soit conservé), ou encore des troubles de l'orientation spatiale font partie de la sémiologie de la démence vasculaire. Une perte de la mémoire progressive est également observée et pour finir, des troubles moteurs (faiblesses dans un ou plusieurs membres ou parésies, paralysie de la face), des troubles de la déglutition, des réactions émotionnelles injustifiées et inadaptées ainsi qu'une incontinence urinaire peuvent survenir²³.

I.2.4. Facteurs de risque

Les facteurs de risque de la démence vasculaire sont les mêmes que ceux de toutes les maladies vasculaires. Certains ne sont pas modifiables : l'âge (après 50 ans chez l'homme et 60 ans chez la femme, le risque de subir un AVC augmente) et les antécédents familiaux (le risque de déclencher un AVC augmente si dans la famille, un parent proche a présenté un AVC ou une maladie cardio-vasculaire avant 45 ans²⁴).

En revanche, d'autres facteurs de risque sont modifiables :

- L'hypertension artérielle : elle est retrouvée chez toutes les personnes atteintes de démence vasculaire. Pour prévenir l'hypertension, il est important d'adopter une bonne hygiène de vie. Une alimentation équilibrée, une activité physique régulière, sans tabac avec une consommation d'alcool raisonnable peuvent suffirent à maintenir une tension à un niveau normal ;

²³ Julien Bogousslavsky, Jean-Marc Léger et Jean-Louis Mas, 2002

²⁴ <http://www.ameli-sante.fr/accident-vasculaire-cerebral-avc/avc-les-facteurs-de-risque-sur-lesquels-vous-ne-pouvez-pas-agir.html>, consulté le 08 Février 2013

- Le diabète de type II : l'excès de glucose dans le sang peut endommager les parois des artères. Contrôler ses glycémies afin d'éviter qu'elles soient supérieures à 1,26 g/L à jeun et pratiquer tous les jours une activité physique d'intensité modérée préviennent le risque de déclencher un diabète ;
- La fibrillation auriculaire : elle correspond à des troubles du rythme cardiaque sur lesquels le sujet peut avoir une influence en suivant un traitement médicamenteux ou en ayant recours à une intervention chirurgicale ;
- Le tabagisme : son effet est un rétrécissement voire une altération des artères, la formation de caillots et l'apparition de troubles du rythme cardiaque. Arrêter de fumer réduit le risque de subir un AVC ;
- L'hyperlipidémie : elle favorise l'athérosclérose, dépôt de graisse sur la paroi interne des vaisseaux sanguins. Avec le temps, ces amas graisseux peuvent ralentir et bloquer la circulation de sang. Une alimentation pauvre en lipides est préconisée pour éviter une hyperlipidémie ;
- L'obésité et le surpoids : si l'indice de masse corporelle du sujet est supérieur à 25, alors on parle de surpoids. Dans le cas où il est supérieur à 30, on évoquera l'obésité²⁵. Une alimentation saine et la pratique d'une activité physique régulière permet de lutter contre une prise poids excessive.

I.2.5. Diagnostic

Plusieurs examens peuvent être pratiqués afin de déceler d'éventuelles anomalies. Ils s'opèrent à différents niveaux, clinique et biologique, et sont confirmés par l'imagerie médicale.

Les examens neurologique et cardiaque pourront mettre en évidence des anomalies cérébrales ou cardiaques même si elles ne se sont pas manifestées par des symptômes ressentis par la personne atteinte de démence vasculaire (paralysie faciale, déficit moteur d'un membre, troubles de l'équilibre et insuffisance cardiaque).

²⁵ <http://www.ameli-sante.fr/accident-vasculaire-cerebral-avc/avc-les-facteurs-de-risque-sur-lesquels-vous-pouvez-agir.html>, consulté le 08 Février 2013

L'utilisation d'un tensiomètre pour détecter une hypertension artérielle et la réalisation d'un bilan sanguin pour dépister un diabète ou une hyperlipidémie peuvent également être prescrits.

De plus, un scanner cérébral permet de déceler une raréfaction de la substance blanche et un examen écho-doppler des artères du cou indique la présence et l'étendue des plaques d'athérome. Enfin, l'IRM permet de visualiser les lésions de petite taille.

I.2.6. Traitement

A l'heure actuelle, il n'existe aucun traitement permettant de guérir les lésions cérébrales car elles sont irréversibles. Le patient peut en revanche agir sur les facteurs de risque qui peuvent être modifiables. Ces modifications du rythme de vie du sujet sont exposées dans la partie I.2.4.

I.3. Le syndrome de Korsakoff

I.3.1. Définition

Le syndrome de Korsakoff est un trouble pathologique permanent de la mémoire. C'est la forme chronique de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, qui se manifeste chez le patient alcoolique chronique dénutri et amaigri. L'installation du syndrome de Korsakoff est rapide et se manifeste par une amnésie antérograde (trouble dans le rappel d'informations acquises avant l'installation de la lésion cérébrale) et rétrograde (difficultés à mémoriser les faits ultérieurs à la lésion cérébrale), une désorientation spatio-temporelle, des confabulations (production de faux souvenirs), des fausses reconnaissances (identité erronée attribuée à une personne récemment rencontrée) et une anosognosie (méconnaissance par le patient de son trouble).

Cependant, le langage, les capacités de raisonnement et la mémoire à court terme sont conservés : l'enregistrement immédiat n'est pas perturbé car les sujets malades peuvent répéter les informations de suite. Malgré les déficits dans l'apprentissage, certaines zones de la mémoire sont ainsi préservées, en particulier celles responsables de l'acquisition de nouvelles tâches motrices²⁶.

²⁶ Romain Deschamps, Antoine Moulignier et Anne-Claire Viret, 2011

On assiste, chez les sujets porteurs du syndrome de Korsakoff, à une augmentation de leur sensibilité aux interférences. Si une tâche distrayante est effectuée pendant quelques secondes alors qu'ils sont eux-mêmes concentrés sur un autre exercice, leurs performances diminuent.

I.3.2. Etiologie

La cause du syndrome de Korsakoff est un déficit en vitamine B₁, la thiamine, dû à une insuffisance de son apport alimentaire par malnutrition ou par consommation excessive d'alcool. Chez le patient souffrant d'alcoolisme chronique, l'éthanol interfère avec l'absorption, le stockage et l'utilisation de la thiamine²⁷.

I.3.3. Sémiologie

Les anomalies neuropathologiques du syndrome de Korsakoff sont précises et bilatérales. Les neurones touchés sont situés dans la substance grise, autour des IIIème et IVème ventricules. Les corps mamillaires, le thalamus et l'hypothalamus sont également lésés.

Trois grandes catégories de troubles neurologiques sont retrouvées dans le tableau clinique du syndrome de Korsakoff²⁸. Des troubles psychiques (état confusionnel, troubles du raisonnement, discours incohérent) apparaissent dans 90 % des cas ; de même que les hallucinations, l'agitation, les troubles du sommeil et l'amnésie. De plus, des troubles oculomoteurs (nyctagmus, paralysie complète du nerf oculomoteur) surviennent dans 25 à 50 % des cas. Pour finir, des troubles cérébelleux de type ataxie sont très fréquents et peuvent laisser des séquelles définitives.

I.3.4. Facteurs de risque

Le syndrome de Korsakoff est principalement déclenché par une consommation abusive d'alcool et un état de dénutrition avancé, dû à une inadéquation du régime alimentaire (vomissements, affections œsophagiennes, maladies intestinales ou anorexie). Il touche en particulier les hommes.

²⁷ Bogousslavsky Julien et Vuadens Philippe, 2010

²⁸ Bogousslavsky Julien et Vuadens Philippe, 2010

I.3.5. Diagnostic

Le diagnostic repose sur l'analyse sanguine du taux de thiamine, anormalement déficitaire. Concernant l'imagerie médicale, le scanner permet de détecter une atrophie cérébrale accompagnée d'une dilatation ventriculaire ainsi qu'une atteinte des régions diencephaliques et frontales du cerveau du patient. Une IRM morphologique peut retrouver diverses lésions touchant différentes régions cérébrales (corps mamillaires, thalamus, cervelet...). Une TEP peut montrer une diminution de métabolisme du glucose dans les régions frontales, pariétales et cingulaires²⁹.

I.3.6. Traitement

Le traitement du syndrome de Korsakoff préconise l'injection par voie veineuse de thiamine. C'est une substance hydrosoluble, ses réserves sont donc d'une durée limitée. Elle est tout de même efficace et reliée à peu d'effets indésirables. Un traitement prophylactique applicable à tous les patients à risque peut également être préconisé³⁰. Un régime alimentaire adapté ainsi qu'une hydratation adéquate sont aussi nécessaires.

I.4. La prise en charge non médicamenteuse des démences

Selon la HAS, l'efficacité de ces traitements médicamenteux est discutable et leur intérêt thérapeutique doit être considéré comme faible³¹. Aucun impact n'a été démontré sur le délai d'entrée en institution et sur la qualité de vie du patient. Pour ne pas priver les patients d'un accompagnement thérapeutique, les prises en charge non médicamenteuses ont donc tout leur intérêt.

Les capacités restantes des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées peuvent être sollicitées au cours de séance de psychomotricité et d'ergothérapie³². Le psychomotricien peut axer sa prise en charge sur la réadaptation relationnelle du patient dans sa vie quotidienne en facilitant son relâchement tonique, son apaisement émotionnel et en sollicitant sa communication verbale et non-verbale.

²⁹ Anne-Lise Pitel, 2012

³⁰ <http://www.pharmactuel.com/sommaires%5C200404ci.pdf>, consulté le 24 Février 2013

³¹ HAS, 2011 b

³² HAS, 2010 a

Il peut également intervenir dans le réajustement de la marche, la prévention des chutes, la contribution à l'évaluation de l'inconfort et de la douleur, ainsi que l'abord identitaire de la personne âgée : revalorisation narcissique, amélioration de la confiance et de l'estime de soi de la personne âgée. Le psychomotricien a également un rôle à tenir auprès des aidants familiaux, en les informant sur le soutien et la qualité de leur accompagnement, mais aussi sur les risques de maltraitance.

L'ergothérapeute peut favoriser la réadaptation du patient dans ses activités de la vie quotidienne (stimulation des capacités cognitives, renforcement des performances lors de la toilette, de l'habillage...), préconiser l'utilisation d'aides techniques, réadapter la mobilité et les déplacements du patient ou encore prévenir les risques de chute en aménageant son environnement matériel. L'ergothérapeute peut intervenir auprès de l'entourage du sujet en sollicitant leurs performances dans la prise en charge et l'accompagnement de leur proche.

Selon la HAS³³, plusieurs interventions non pharmacologiques sont nécessaires dans la prise en charge des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées. Elles doivent être pratiquées par un personnel formé et s'inscrire dans le cadre d'un projet de soins. Dans le cas où la personne âgée peut vivre chez elle, des équipes spécialisées Alzheimer (ESA) composées d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute et d'assistants de soins en gérontologie (et parfois de psychologue et d'infirmier) ont été mises en place afin de faciliter sa prise en charge. Ces équipes interviennent sur prescription médicale et leurs objectifs sont d'accompagner le patient, de stimuler ses capacités restantes et de soulager l'entourage par l'instauration de dispositifs adaptés. La prise en charge non médicamenteuse des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées repose sur l'adaptation de leur environnement ainsi que sur l'amélioration de leur confort physique et psychique. Pour cela, l'intervention d'aides à domicile est indispensable.

Un suivi psychologique et psychiatrique peut aussi être suggéré par le médecin généraliste et le spécialiste qui a posé le diagnostic de démence. Cette prise en charge ne peut débuter sans l'adhésion du patient, et elle peut concerner également son entourage.

³³ HAS, 2011, a

Les objectifs de ce suivi sont d'aider le patient à faire face au choc et au traumatisme que constitue l'annonce de la maladie (verbalisation des ressentis, des représentations de la maladie, des craintes qui lui sont liées...), et à maintenir une stabilité et une continuité de sa vie psychique malgré les troubles qui la désorganisent. La maladie d'Alzheimer bouleverse également l'équilibre de l'environnement familial du patient. Un soutien psychologique leur permet d'accepter la maladie et ses conséquences, de modifier leurs rapports affectifs et leur façon de communiquer avec leur proche malade, d'éviter l'épuisement...

La maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire et le syndrome de Korsakoff sont des pathologies à l'origine d'un ensemble de dysfonctionnements et de pertes qui mènent le sujet âgé à une dévalorisation et une mésestime de lui-même. C'est la personne dans son ensemble qui est touchée : son identité d'époux (se), de parent, ses fonctions professionnelle et sociale sont des éléments qui s'altèrent au cours de ces maladies. Pour comprendre comment l'identité se modifie avec le vieillissement, je vais définir d'abord de quelle manière elle se construit et se maintient, avant de s'abîmer au fil du temps.

II. La notion d'identité

Le vieillissement, pathologique ou non, fait évoluer l'identité. Nous l'avons vu, le corps est le premier élément à subir ces modifications incontrôlables. Pour accepter ces changements et remanier son identité, c'est avec le corps du sujet âgé que son entourage (familial, médical...) va devoir travailler. Afin de savoir de quelle manière aborder les remaniements identitaires induits par le vieillissement, il est important de revenir aux prémices de la construction de l'identité, lorsque l'enfant parvient à se différencier de l'autre pour se forger sa propre personnalité.

II.1. La construction de l'identité

II.1.1. Le stade du miroir

En 1936, J. Lacan³⁴ va développer l'importance du stade du miroir dans la formation de l'identité chez l'être humain. Il montre qu'il se produit un changement radical au moment où le petit enfant repère son image dans le miroir et la reconnaît ensuite. Vers 6 mois, le bébé y voit une forme singulière et distincte des autres. Mais il ne la comprend pas comme étant lui-même, et reste captivé par cette image qui l'intéresse et l'intrigue : il essaie de la toucher, de l'attraper, de regarder ce qu'il y a derrière. Il imagine qu'il y a un « autre » enfant en face de lui.

Selon J.-D. Nasio³⁵, pour comprendre et accepter cette reconnaissance spéculaire, le bébé a besoin d'un tiers : l'adulte. Cette relation triangulaire permet à ce dernier de rassurer l'enfant, de témoigner de la scène et de lui confirmer verbalement que cette image est bien la sienne. Au moment où l'enfant perçoit que le reflet de l'adulte qui l'accompagne se projette aussi dans le miroir, il peut faire le lien entre cette image spéculaire et l'adulte qui est à ses côtés. Cette étape fondamentale de la construction identitaire de l'enfant est un saut de la réalité au symbolisme, un lien entre l'image du bébé et son nom dit par celui qui l'accompagne.

A ce moment où le bébé accepte d'être défini dans son identité par l'autre, J.-D. Nasio parle d'aliénation. Le bébé n'a pas choisi de se reconnaître dans le miroir, on lui a imposé. Il accepte de perdre sa toute-puissance pour gagner en capacités communicationnelles avec autrui. Alors que l'enfant est encore impuissant et désorganisé corporellement, son image globale et « obéissante » lui donne le sentiment de maîtriser son corps. Son image le fascine et il jubile en la voyant. Une fois cette image spéculaire intégrée, aux alentours de 18 mois, le bébé peut s'identifier à sa propre image et se distinguer de l'autre, son identité lui est singulière et personne ne peut la remplacer.

L'expérience du miroir constitue une situation privilégiée à l'élaboration de deux notions inhérentes à l'identité du jeune enfant : celles de schéma corporel et d'image du corps.

³⁴ Elisabeth Roudinesco, 2005

³⁵ Juan-David Nasio, 2006

II.1.2. Le schéma corporel

Pour définir le schéma corporel, la pédiatre et psychanalyste F. Dolto s'est appuyée sur le stade du miroir décrit par J. Lacan. Elle propose de définir le schéma corporel comme le « médiateur organisé entre le sujet et le monde³⁶ » commun à tous les êtres humains. Il « spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quelques soient le lieu, l'époque ou les conditions dans lesquels il vit³⁷. » Il est le savoir singulier et sans cesse réajusté qu'a chaque être humain sur la statique et la dynamique de son corps dans l'espace. C'est un dispositif neuro-psychologique complexe. Pour H. Head³⁸, le cerveau dispose d'une représentation du corps qui permet l'ajustement de nos mouvements à l'espace. Le schéma corporel permet à chacun de dessiner les contours de son corps, de connaître la distribution de ses membres, de ses organes, et de localiser les stimulations qui lui sont appliquées. Il est la référence constante de nos relations avec l'espace, le temps, l'environnement. Son intégration offre la possibilité de mouvoir l'ensemble de son corps à volonté.

Le schéma corporel ne s'inscrit pas dans une dynamique affective. Il est un élément qui occupe une place dans l'espace et qui peut circuler parmi d'autres facteurs. A l'inverse, l'image du corps traite d'un corps en relation, empreint d'affects.

II.1.3. L'image du corps

Selon F. Dolto, « l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles³⁹. » Elle est la façon dont on perçoit notre corps, différente pour tous et dépendante de l'histoire du sujet. Chacune de nos relations, de nos modes de communication avec autrui dépend de notre image corporelle. Inconsciente et en constant remaniement, elle est sans cesse nourrie par le regard des autres, valorisant ou non. Elle s'appuie sur notre schéma corporel, mais elle représente davantage que la reconnaissance physique du soi. L'image du corps concerne à la fois la dimension psychique et relationnelle de l'individu, elle nous permet d'accéder à autrui et est donc inhérente à nos conduites sociales.

³⁶ Françoise Dolto, 1984, p. 17

³⁷ *Ibid.* p. 22

³⁸ Jean-Claude Coste, 1989

³⁹ Françoise Dolto, 1984, p. 22-23

La représentation du corps s'appuie sur nos ressentis, mais elle fait également appel aux représentations sociétales et à notre culture. Elle induit des processus de comparaison à l'autre, incitant l'individu à se conformer à une image « idéale » au regard de la société. L'avancée vers l'âge adulte renforce l'image que le sujet a de son corps, parallèlement à la consolidation de son identité. Les rencontres, les interactions qu'il entretient avec l'environnement extérieur la façonnent et avec le temps, image du corps et identité se stabilisent.

Je reviendrai sur les conséquences du fonctionnement de notre société sur notre identité après avoir expliqué de quelle manière cette dernière peut se maintenir chez chacun d'entre nous.

II.2. Le maintien de l'identité

II.2.1. Perception et mémoire

Se reconnaître chaque jour tout en percevant les éventuelles modifications survenues est dû au travail de notre système cognitif. L'accumulation des perceptions et des représentations mentales de notre corps aboutit à l'élaboration progressive d'une identité personnelle. L'expérience de se retrouver quasi-identique chaque jour nous apporte sécurité et maîtrise, nous permet de guider nos actions et de connaître notre environnement.

II.2.2. Continuité temporelle et singularité

L'identité personnelle revêt un caractère dynamique puisqu'elle évolue tout au long de la vie d'un individu (phases de conception, de conservation, d'altération). Elle est en réalité composée de plusieurs identités formant un tout : civile, familiale, sexuelle, corporelle, sociale... Une personne peut ne pas se sentir à l'aise avec l'une de ces identités tout en conservant le sentiment d'être une unité globale. Ce sentiment de soi s'inscrit dans la continuité, il perdure tout au long de notre existence.

La sensation d'identité repose également sur le fait de se sentir unique, sensation nourrie par la reconnaissance de l'autre. Il ne suffit pas de se connaître pour pouvoir se définir en tant qu'être à part entière, nous avons besoin d'être approuvé et reconnu en tant que tel par les autres. Cette interaction primordiale avec l'autre implique un autre concept fondamental, celui d'estime de soi.

II.2.3. Estime de soi

Selon C. André et F. Lelord⁴⁰, l'estime de soi pourrait correspondre au jugement que l'on porte sur notre image. Lorsqu'il est valorisant, il nous permet d'agir efficacement sur notre environnement, sur nos difficultés. Mais s'il est dévalorisant, il peut provoquer une souffrance pouvant désorganiser notre quotidien. Or, en vieillissant, la notion de personne semble perdre de son sens. Le sentiment d'estime de soi s'effrite et ce en raison des normes, des représentations et des catégorisations sociales qui influent sur le sentiment d'identité de la personne âgée.

L'identité s'élabore avec et à travers autrui et dans cet échange, nous permet d'obtenir des informations sur soi et sur les autres. Inversement, être très isolé et avoir un système de communication restreint peut amener à douter de la fiabilité de ses perceptions. Mais si nous avons besoin d'appartenir à un groupe, d'être reconnu en temps que semblable, nous avons également besoin de nous différencier, de nous sentir unique.

La perte des rôles sociaux engendrée par la vieillesse participe à minimiser la place de la personne âgée dans notre société. Cela se traduit par la diminution de la prise en compte de ses compétences et de ses possibilités d'échanges. Cette perte d'interaction avec autrui empêche le sujet âgé d'obtenir des informations sur lui et sa valeur. La diminution des liens sociaux peut nourrir le sentiment d'un manque global de reconnaissance. Or, cette valorisation de soi par autrui est primordiale pour une bonne estime de soi.

Malgré l'hétérogénéité des personnes âgées, on assiste à une homogénéisation de leur groupe social. Leur richesse humaine est contournée et c'est de façon stéréotypée que l'on parle d'elles, les empêchant peut-être de s'exprimer et de nous faire reconnaître qui elles sont.

⁴⁰ Christophe André et François Lelord, 1999

Mais si certaines difficultés persistent, la communication perdure pourtant. Le corps en est un indéniable vecteur. Il vit, s'exprime, il peut apprendre même. Les échanges non-verbaux permettent de communiquer nos attitudes, nos émotions. Délaisser ces voies de communication contribue à une non-reconnaissance des personnes âgées. Elles sont privées de sollicitations fondamentales au maintien de leurs acquis et à la restauration d'une estime de soi. Connaître et prendre en compte les capacités de communication de ces personnes permet de retarder une certaine forme de repli, d'isolement et de solitude.

Pour favoriser une dynamique relationnelle et communicationnelle, il faut revenir sur l'impact qu'a la société sur les représentations du vieillissement.

II.2.4. Impact sociétal

II.2.4.1. Normes d'âge, statuts et rôles sociaux

Pour M. Joulain, la notion de normes renvoie à des « règles et à des exigences acceptées collectivement⁴¹ ». Elles sont des références pour dire ce qui est acceptable ou pas. Aujourd'hui, les exigences de la société incitent les individus à se plier à des attitudes, des comportements relatifs à leur âge, comme si ce dernier pouvait être caractérisé de façon précise et défini par des ressources, des obligations, des sanctions. Ainsi, la conséquence possible de ces préjugés est un manque de reconnaissance identitaire des personnes âgées, conduisant ainsi à l'altération de leur sentiment d'identité.

La place qu'occupent les personnes âgées dans la société et les rôles, c'est-à-dire les « répertoires de comportements et d'attitudes⁴² » qui leurs sont associés, nous renseignent sur ce qu'elles doivent dire ou faire, et sur ce que la société attend d'elles. A l'heure actuelle, les fonctions sociales des personnes âgées disparaissent, ce qui génère des représentations négatives de la vieillesse. Elles ne bénéficient plus de normes sociétales mais doivent répondre à des normes de comportement.

⁴¹ Michelle Joulain, 2011, p. 18

⁴² *Ibid.* p. 19

II.2.4.2. Représentations sociales

M. Joulain définit les représentations sociales comme « un ensemble de connaissances, jugements, opinions, croyances, qui sont partagées socialement, construites et véhiculées par le langage, mais aussi à travers les conduites et les pratiques au cours de nombreuses situations quotidiennes, en interaction avec autrui⁴³. » Leur fonction majeure est de guider nos comportements. Mais elles revêtent un caractère subjectif, et ce manque de connaissances quant aux capacités de la population vieillissante entraîne de nombreux préjugés. Dans le cas de la vieillesse et des personnes âgées, force est de constater que ces dernières sont stigmatisées. Elles ne correspondent pas aux attentes de notre société actuelle. Aujourd'hui, jeunesse, modernité, vitalité, compétition rythment notre environnement social. Or, la vieillesse est généralement associée à la fragilité, la précarité, l'instabilité. Les préjugés négatifs sont les plus nombreux et perdurent. Bien que ces images des personnes âgées soient pour la plupart partagées, elles peuvent être spécifiques, propres à nos caractéristiques individuelles et à la nature de nos relations entretenues avec ces personnes.

J'ajouterais que ce point de vue sur la place donnée à la personne âgée aujourd'hui concerne nos sociétés occidentales. En Afrique ou au Moyen-Orient, elle a un statut socio-culturel différent. Selon L.-V. Thomas⁴⁴, dans les sociétés africaines, la personne âgée participe à l'éducation de la famille au sein de laquelle elle occupe une place indiscutable. L'âgé est considéré comme sage et sa mort représente le couronnement de sa vie. Son enterrement prend une signification particulière puisqu'elle est signe de renouvellement de la société.

⁴³ *Ibid.* p. 20

⁴⁴ Louis-Vincent Thomas, 1989

II.3. La perte de l'identité

II.3.1. Le corps vieillissant

Le vieillissement désorganise la stabilité de la perception corporelle du sujet et la définition de son identité. Il oblige la personne âgée à faire le deuil d'un idéal du corps. La société actuelle est empreinte d'une image de jeunesse, véhiculée à outrance par les médias. Cette pression sociale semble responsable du sentiment de honte éprouvé par les sujets vieillissants à l'égard de leur corps. Aussi, certaines institutions accueillant des personnes âgées établissent, à leur insu, une nouvelle fonction du corps : celle d'être un objet de soins. Dès le moment où l'individu intègre une structure d'hébergement, il est susceptible de rencontrer des situations menaçant l'intégrité de son identité du fait d'une prise en charge susceptible de le « chosifier ». La personne âgée doit lutter contre un sentiment de perte d'identité en plus d'être confrontée et exposée à des individus qui lui sont inconnus.

II.3.2. L'altération de l'image du corps

Les altérations physiques dues au vieillissement perturbent le schéma corporel et l'image du corps du sujet âgé. La fonction sociale de son corps peut être touchée, entraînant alors l'amointrissement de ses échanges relationnels, la réduction de situations de communication, voire un retrait social de la part de l'individu. La modification de l'image du corps de la personne âgée peut remanier le lien qu'elle entretient avec autrui et perturber sa compréhension de l'autre.

Dans le vieillissement pathologique, les déficiences de la mémoire peuvent altérer l'image du corps et troubler le sentiment de différenciation du sujet âgé. Il est dans une confusion qui rappelle celle des premiers jours de sa vie, lorsqu'il n'était qu'un nourrisson extrêmement dépendant de son entourage (cf : travaux de D.-W. Winnicott). Sa sensation d'être un tout unifié, une entité stable s'estompe au profit de celle de morcellement et d'incertitude. Du fait de son agnosie, la personne âgée démente ne peut plus reconnaître les objets de son environnement, mais en plus, elle ne se reconnaît plus elle-même. C. Maintier⁴⁵ dit que le sujet âgé s'installe dans la dépersonnalisation et qu'il est alors conduit à se tourner vers son entourage.

⁴⁵ Christine Maintier, 2011

II.3.3. La nécessité de l'autre

La perturbation de l'identité de la personne âgée malade nécessite pour elle la présence de l'autre. Une personne supplémentaire sur laquelle s'appuyer, dont les gestes et les mots renforceraient le sentiment pour le sujet âgé d'exister, d'être une personne reconnue par l'autre. Tous les contacts auxquels il a affaire sont d'une grande importance (famille, amis, personnel médical...). Ils lui permettent d'être entendu et considéré par autrui. En étant reconnu, le sujet âgé peut ne pas perdre sa qualité d'individu à part entière. Les paroles, le contact, la qualité de la relation que l'âgé entretient avec autrui peuvent lui laisser retrouver des sensations, des mots, une conscience de son corps et de la place qu'il occupe dans son environnement.

La personne la plus à même de faire ces stimulations est la famille. Les pathologies liées au vieillissement peuvent mettre à mal cette communication, et le « proche » devient alors l'« aidant ». La HAS le définit en tant que « personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne⁴⁶. » La nécessité de l'autre prend d'autant plus d'importance que le sujet est atteint d'une pathologie démentielle. La communication avec la personne âgée requiert alors de grandes capacités d'adaptation et de reformulation (questions courtes, claires, plusieurs choix de réponse...).

Dans son ouvrage *Validation mode d'emploi*, N. Feil⁴⁷ nous explique que prendre le temps de nommer et de redéfinir nos gestes tout en gardant un contact physique avec l'âgé lui permettrait de conserver son identité. Dans certains cas, les mots peuvent se révéler peu porteurs de sens. Intervient alors le langage infra-verbal, mettant en scène le corps du sujet âgé et de l'autre. Les mimiques, les contacts physiques, les incitations gestuelles peuvent permettre de conserver la dimension relationnelle du patient. Le corps de l'autre et ses composants peuvent servir d'appui stable et rassurant pour le sujet âgé.

⁴⁶ HAS, 2010 b

⁴⁷ Naomi Feil, 1997

Dans cette optique de socialisation, le jeu dramatique m'est apparu comme un médiateur adapté qui utilise la communication verbale et non-verbale, tout en permettant l'optimisation de l'échange, ainsi que la recherche des capacités restantes du sujet âgé et de leur stimulation.

III. Le jeu dramatique

Le jeu dramatique semble être un outil privilégié pour travailler avec une population souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. En effet, en raison des difficultés engendrées par la pathologie, les patients sont parfois démunis lorsqu'il s'agit de communiquer verbalement avec autrui. Le jeu dramatique leur donne l'occasion de rencontrer l'autre d'une manière différente, de se réapproprier leur corps qui n'obéit pas toujours à leurs envies et de s'exprimer corporellement dans un espace de jeu défini dont les soignants sont les garants. Les créations spontanées du patient, les rôles qu'il incarne et le réinvestissement corporel suscité par le jeu peuvent lui permettre de maintenir sa propre identité et de se reconnaître en tant que sujet à part entière.

III.1. Historique du jeu dramatique

C'est dans les années vingt que le jeu dramatique fait son apparition. A cette époque d'entre-deux-guerres la société, notamment les domaines de l'art et de l'éducation, est bouleversée. De nouvelles pratiques voient le jour et remettent en cause l'ordre jusque là imposé. C'est grâce aux remaniements pédagogiques affectant le milieu scolaire que le jeu dramatique est utilisé. Indépendant du théâtre, il se base sur l'improvisation et exploite les capacités d'expression des élèves. Il est alors un « moyen d'éducation global de l'enfant⁴⁸ ».

En pratique, l'influence du psychiatre viennois et fondateur du psychodrame J.-L. Moreno est retrouvée. Par hasard, au cours d'une séance, il découvre les bienfaits de l'improvisation et fait alors de cette technique d'expression un outil thérapeutique.

⁴⁸ Dominique Oberlé, 1989, p. 70

En improvisant un personnage, le sujet puise dans son imagination, sa créativité, utilise ses souvenirs et les émotions associées avant de les extérioriser en les jouant. L'auteur définit le psychodrame comme une « méthode qui donne par l'action son authenticité à l'âme⁴⁹. » Ainsi, la notion de catharsis s'impose à lui. C'est un mot grec signifiant « purification », « purgation » utilisé par Aristote pour évoquer les effets de la tragédie produits chez les spectateurs⁵⁰ : en vivant ses angoisses et ses conflits internes à travers les personnages principaux et les situations jouées, le spectateur s'en libère. J.-L. Moreno, lui, l'applique aussi aux acteurs : en jouant de manière spontanée des éléments de sa propre histoire, le sujet se débarrasse de ses propres émotions et modifie son comportement.

La spontanéité est pour le psychiatre viennois « une réponse adaptée à une situation nouvelle, ou une réponse originale à une situation ancienne⁵¹. » Elle s'exprime par des actes, des gestes. Pour lui, l'improvisation se révèle efficace grâce à l'implication corporelle du sujet dans l'action. De plus, cet engagement se déroule dans le présent, à un instant précis. Il ne s'appuie pas sur le passé et ne dépend pas du futur : il surgit dans l'« ici et maintenant ». L'investissement de plusieurs rôles et les interactions entre les protagonistes leur permettent de renouveler et d'affiner leurs capacités de création. La pluralité des situations de jeu proposées alimente leurs représentations et leur offre la possibilité de s'ajuster à la fois au contexte de jeu et à l'ensemble des participants. En somme, l'action est le moteur de l'évolution du sujet par ses prises de rôles et l'exercice de sa spontanéité.

III.2. Différences entre le psychodrame et le jeu dramatique

Le psychodrame porte une dimension thérapeutique mêlée au jeu théâtral, tandis que le jeu dramatique est né de la rencontre entre deux nouvelles approches : l'improvisation et la pédagogie. Pendant que le psychodrame permet d'approfondir la connaissance de soi en extériorisant sur scène des conflits internes, le jeu dramatique met en exergue les capacités d'expressivité et de créativité du sujet.

⁴⁹ Jacob-Levy Moreno, 1965, p. 158

⁵⁰ Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis, 1967, p. 60

⁵¹ Jacob-Levy Moreno, 1965, p. 45

Dans son ouvrage *Créativité et jeu dramatique*⁵², D. Oberlé explique de manière concise ce qui distingue le psychodrame du jeu dramatique. D'un point de vue matériel, ce dernier se différencie par l'accès à une scène informelle. Autrement dit, l'improvisation peut avoir lieu dans n'importe quel espace tandis que le psychodrame nécessite de se dérouler dans un lieu précis.

De plus, et surtout, ces deux pratiques diffèrent par leur type de direction. En effet, dans le psychodrame, le directeur de jeu participe et intervient de manière permanente dans le but de suggérer voire de persuader les sujets de se conformer à un rôle précis. Il dirige le groupe à sa guise, impose ses consignes, les modifie, interrompt le jeu, le relance et y met fin lorsqu'il le souhaite. A l'inverse, dans le jeu dramatique, le meneur de jeu permet aux sujets d'agir en toute liberté. Il ne remet en cause ni le thème du jeu, ni l'identité des personnages incarnés. Il ne va pas à l'encontre des défenses et des résistances des protagonistes. Le meneur n'interrompt pas le jeu et laisse les joueurs terminer lorsqu'ils le désirent.

Jusqu'à une époque récente, la principale différence entre le jeu dramatique et le psychodrame morénien résidait en leur dimension sociale : le premier, ayant vu le jour à l'école, était donc un appui aux pratiques pédagogiques et éducatives de la société ; le second relevait de pratiques thérapeutiques. Aujourd'hui, il est possible de définir le jeu dramatique autrement que par son aspect éducatif.

III.3. Définition du jeu dramatique

Pour D. Oberlé, « faire du jeu dramatique, quel que soit le lieu, c'est entrer dans un jeu d'improvisation à plusieurs, à partir d'une intention de départ, autour d'une situation faisant interagir les différents protagonistes⁵³. » Bien que l'improvisation naisse de la spontanéité, les séances de jeu dramatique respectent un cadre et la succession des propositions n'est pas entièrement due au hasard puisqu'elles suivent une trame de jeu. L'action qui se déroule requiert une temporalité et un espace spécifiques.

⁵² Dominique Oberlé, 1989

⁵³ Dominique Oberlé, 1989, p. 73

La temporalité, qui correspond au fait de marquer le début, le milieu et la fin de l'action et l'espace, autre que celui de la réalité, viennent contenir et délimiter la réalisation du jeu ainsi que la communication entre les sujets. Selon l'auteure, il s'opère un déplacement des émotions et des affects réels des participants dans un contexte d'action fictif.

L'objectif principal du jeu dramatique est d'accroître les capacités de jeu de l'individu. Mais il n'est pas question de prouesses techniques, ni de créer une suite d'évènements achevée : ce n'est pas l'aspect quantitatif du jeu qui est intéressant mais son versant qualitatif. L'objet d'étude n'est pas le résultat de jeu, mais les étapes de son déroulement. Autrement dit, les moyens utilisés pour faire avancer l'action ainsi que les résistances qui peuvent le freiner sont les notions les plus intéressantes révélées par le jeu dramatique.

PARTIE CLINIQUE

Pour illustrer la théorie précédemment exposée, je me suis appuyée sur mon stage effectué en Accueil de Jour. J'ai suivi l'attitude et observé la perception identitaire de deux patientes. Je présenterai donc dans un premier temps, l'institution qui m'a reçue, avant de détailler mon travail au sein de l'atelier de jeu dramatique que j'ai pu mettre en place avec l'aide de ma maître de stage.

I. Présentation de l'Institution

L'Accueil de Jour qui m'a reçue est un établissement public. Il se situe dans les mêmes locaux qu'un EHPAD disposant de 325 lits dont 2 d'hébergement temporaire. L'ensemble de la structure bénéficie d'une équipe de direction et de gestion du personnel. Dans ces mêmes locaux se trouvent un centre de santé médical et dentaire ainsi qu'une halte-garderie.

I.1. Rôle d'un Accueil de Jour

L'Accueil de Jour reçoit des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, ayant conservé suffisamment d'autonomie pour vivre encore à domicile. Elles sont reçues toute une journée et peuvent bénéficier de plusieurs jours d'accueil dans la semaine.

Ce dispositif a trois objectifs : maintenir le lien social des patients en stimulant la communication entre eux et avec les soignants, préserver leurs capacités restantes en sollicitant leur participation à différents ateliers, et soulager l'entourage en offrant à ce dernier des périodes de répit.

I.2. Organisation de mon lieu de stage

L'Accueil de Jour est dirigé par ma maître de stage, Amélie, psychomotricienne faisant fonction de cadre à 0,8 Equivalent Temps Plein (ETP). L'équipe pluridisciplinaire est composée de trois ETP attribués à deux aides-soignantes et une aide médico-psychologique.

Une psychologue à 0,5 ETP ainsi qu'un médecin présent à 0,2 ETP travaillent à l'Accueil de Jour. 1 ETP d'ergothérapeute vient d'être pourvu. Deux professionnels extérieurs interviennent également à l'Accueil de Jour : une danse-thérapeute et un professeur de Tai-chi. De plus, régulièrement, l'Accueil de Jour reçoit une stagiaire aide-soignante ou infirmière dans le cadre d'une formation courte se déroulant sur quatre semaines. Je me rends à l'Accueil de Jour deux matinées par semaine : le jeudi et le vendredi.

I.3. Population accueillie

Les patients accueillis peuvent présenter des pathologies neuro-dégénératives comme la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la démence à corps de Lewy, ou vasculaires. L'accueil des patients dépend du stade d'évolution de leur maladie. Les moins dépendants sont reçus les lundis, mercredis et vendredis, tandis que les personnes âgées nécessitant une plus grande attention en raison de leur autonomie restreinte sont accueillis les mardis et jeudis. Il est en effet nécessaire que le patient soit à l'aise dans le groupe : il ne doit pas se sentir en échec avec des patients ayant conservé de meilleures capacités, et serait confronté à un effet miroir négatif face à des patients beaucoup plus en difficulté.

I.4. Les temps institutionnels

Le fonctionnement de l'Accueil de Jour est rythmé par deux réunions, qui ont lieu les mercredi et vendredi de chaque semaine. Tous les soignants y participent dans la mesure du possible. J'assiste à la réunion du vendredi.

Le mercredi, l'équipe soignante se réunit autour du dossier d'un des patients de l'Accueil de Jour dans le but d'évaluer son projet thérapeutique. Celui-ci rend compte des capacités actuelles du patient et de son évolution : qualité du contact aux soignants et aux patients ; participation et implication dans les activités proposées ; mobilité, expression verbale et capacités mnésiques ; activités suivies et activités à prévoir ; situation actuelle de l'aidant familial. A l'issue de cette réunion, selon les observations de l'équipe soignante, le projet thérapeutique du patient peut être révisé (changement d'ateliers, modification de la fréquence de venue à l'Accueil de Jour...).

Le vendredi, la réunion de synthèse est organisée en deux temps. Lors du premier temps, l'équipe fait un bilan institutionnel pendant lequel sont évoqués les projets spécifiques à l'équipe soignante (les groupes de parole par exemple), les réunions, les entretiens de pré-admission, les absences du personnel... Le second temps concerne la clinique de l'Accueil de Jour. Il permet à chaque membre de l'équipe d'apporter des informations quant à l'évolution d'un patient, d'informer Amélie de comportements inhabituels, de se renseigner sur le type de conduite à tenir en cas de situation exceptionnelle ou conflictuelle avec un patient, de signaler un changement d'humeur (sentiment d'apaisement, de détente ou à l'inverse, grande anxiété, agitation), d'évoquer la situation de l'aidant...

Chaque admission de patient à l'Accueil de Jour est précédée d'un rendez-vous qui permet de faire connaissance avec le patient et sa famille. Un entretien téléphonique préalable mené par Amélie permet de vérifier l'indication (présence de troubles cognitifs), d'évaluer sommairement la situation au domicile et de se renseigner sur l'adhésion du patient au projet de l'Accueil de Jour. Au cours de l'entretien de pré-admission, le médecin et la psychologue bénéficient d'un temps défini afin de s'entretenir individuellement avec le patient et son entourage. Cet entretien est l'occasion de faire passer différents tests afin d'évaluer l'avancée de la maladie et de reconstituer l'histoire personnelle et médicale du patient. Tous ces éléments permettront de choisir le jour de présence pouvant être le plus propice au maintien de ses capacités cognitives, physiques et relationnelles.

I.5. Le bilan psychomoteur

Les patients bénéficiant de l'Accueil de Jour ne sont pas exposés à un bilan psychomoteur qui pourrait représenter un préalable à leur entrée dans l'institution, ou un outil pour déterminer quel type de prise en charge leur serait le plus bénéfique.

D'une part, selon l'équipe soignante, ces conditions de bilan peuvent être vécues comme de réelles situations d'examen par le patient. Il est possible qu'il puisse se sentir observé et jugé, ce qui alimenterait et amplifierait son état d'anxiété voire d'angoisse. Cette conjoncture pourrait aboutir à une modification des résultats obtenus par le patient, biaisant alors les objectifs de son projet thérapeutique.

Aussi, nous l'avons vu, un des objectifs de l'Accueil de Jour est le maintien de la socialisation des patients : l'équipe soignante est réticente à « extraire » un patient du groupe et potentiellement rompre la cohésion de ce dernier, dans le but de lui proposer un bilan psychomoteur.

D'autre part, les conditions matérielles de l'Accueil de Jour rendent difficile une telle entrevue puisque celui-ci ne dispose pas d'une salle dédiée à la psychomotricité. De plus, la psychomotricienne de l'établissement en est aussi la responsable. Ses contraintes temporelles ne lui permettent donc pas de se rendre disponible pour ce type d'entretien.

En revanche, des grilles d'observation psychomotrice ont été mises en place par Amélie. Grâce aux différents critères répertoriés, j'ai pu affiner mon approche psychomotrice et mon regard de future professionnelle quant à l'expression de la démence chez des personnes âgées.

De plus, certains tests qui pourraient faire partie d'un bilan psychomoteur en gériatrie sont réalisés par le médecin, lors de l'entretien de pré-admission du patient. Il s'agit du MMSE, de l'épreuve des 5 mots et du test de l'Horloge.

II. L'Atelier de jeu dramatique « Jouons ensemble »

Afin d'étudier l'évolution du sentiment d'identité de la personne âgée malade, j'ai choisi de mettre en place un groupe de jeu dramatique. Je présente dans cette partie la conception du projet, le déroulement d'une séance-type ainsi que les participants.

Puis, dans l'optique de cerner au mieux les problématiques du sujet âgé et de savoir si le jeu dramatique peut avoir une influence sur l'évolution de son identité, je décrirai les attitudes de deux dames rencontrées à l'Accueil de Jour, tout en les reliant à ce que j'ai pu percevoir de leur sentiment d'identité.

II.1. La genèse de l'atelier

J'ai songé au projet de jeu dramatique⁵⁴ au mois de Novembre 2012. Un atelier de ce genre avait déjà été proposé par ma maître de stage en 2005, et j'ai pu m'appuyer sur cette pratique pour construire mon projet.

⁵⁴ Le projet de jeu dramatique proposé à l'équipe soignante est présenté en Annexe 2, p. 85

L'idée du jeu dramatique m'a paru intéressante dans la mesure où cette médiation allie, dans le même temps, les mouvements du corps à ceux de la psyché par l'intermédiaire de l'imaginaire, de la créativité. De plus, le fait de créer un espace privilégié de communication et d'expression à la fois verbale et corporelle n'a fait qu'encourager mon envie de créer ce groupe de jeu dramatique et d'en découvrir les avantages.

Les patients présents à l'Accueil de Jour ne profitent d'aucune prescription médicale indiquant une prise en charge en psychomotricité. L'orientation dans les différentes activités se fait en équipe lors des réunions de synthèse ou de l'élaboration des projets thérapeutiques individuels. Nous avons donc réfléchi, avec ma maître de stage puis avec les autres soignantes, aux patients susceptibles de bénéficier du groupe de jeu dramatique. Parmi les quatorze patients du jeudi, huit se sont trouvés dans l'incapacité de participer du fait de leurs troubles du comportement, de leurs difficultés motrices, de leur ralentissement cognitif ou de leur arrivée tardive au sein de l'Accueil de Jour. Nous avons donc proposé l'atelier à quatre patients (cf : II.4.). Le contact facile de Madame D. et Monsieur V., leur autonomie au quotidien, leur aisance mais aussi certaines de leurs difficultés (élaboration pauvre, impulsivité) nous ont semblé pouvoir être abordés par le travail du jeu dramatique. Madame J. et Madame L. sont deux dames plus solitaires, et les interactions groupales permises par les séances de jeu nous ont semblé opportunes pour ces patientes. Nous nous sommes appliquées à choisir ces quatre patients de manière à ce que le groupe trouve une dynamique positive, dans un contexte bienveillant et agréable aussi bien pour les patients que pour nous, soignantes.

Dès la première séance, il a semblé cohérent à Amélie de se pencher sur le nom que pourrait porter le groupe, afin que les participants puissent facilement l'identifier. Ainsi, lors de la seconde séance, j'ai proposé aux patients de donner un mot qui qualifierait ce qu'ils avaient vécu pendant la séance : « animation », « ensemble », « jouer » et « intime » ont été les mots prononcés. C'est ainsi que « Jouons ensemble » est devenu le nom de notre groupe de jeu dramatique.

Notons que la prise en charge des patients de l'Accueil de Jour est globale. C'est pourquoi l'ensemble des exercices proposés en séance de jeu dramatique n'est pas en lien direct avec l'approche identitaire du sujet âgé. D'autres notions psychomotrices sont également approchées et travaillées.

II.2. L'espace de jeu

Amélie a d'abord suggéré d'utiliser la salle d'animation, un vaste espace qui donne d'un côté sur un jardin et de l'autre, sur le hall d'entrée. En accord avec l'animatrice, nous avons convenu de nous retrouver dans cette salle chaque jeudi, à la même heure. Cependant, la nécessité pour cette dernière de pouvoir y accéder régulièrement pendant notre temps de présence nous a contraints à trouver une autre solution. Amélie a alors pensé à la salle des kinésithérapeutes de la maison de retraite, qui n'était pas utilisée à temps plein et qui s'est trouvée systématiquement disponible le jeudi à 11 heures. Cette salle, plus lumineuse et moins encombrée que la précédente, nous a permis d'installer notre espace de jeu : le cercle, près de la baie vitrée et de la porte de sortie, et l'espace scénique qui occupait le reste de la pièce.

II.3. Présentation d'une séance-type

Peu à peu, le déroulement des séances de jeu dramatique s'est organisé selon des modalités relativement stables : chaque jeudi à 11 heures, Amélie et moi sollicitons les patients qui viennent de terminer l'atelier d' « éveil corporel » mené par une aide-soignante ou l'aide médico-psychologique. Nous nous rendons dans la salle de kinésithérapie et installons ensemble notre cercle de jeu, matérialisé par des chaises. Dès que nous sommes assis, la séance peut commencer.

Le premier temps consiste en une mobilisation corporelle et mentale de chacun. D'abord, nous créons un premier contact en nous tenant la main. Afin que chacun mobilise son attention et se rende disponible pour la séance, je fais circuler un courant en exerçant une pression sur la main de mon partenaire situé à ma droite. A son tour, celui-ci serre la main de son voisin de droite, et ainsi de suite. Nous faisons circuler ces pressions pendant trois tours complets avant de changer de sens. Je décide d'arrêter lorsque le courant me paraît fluide et que les participants me semblent attentifs les uns aux autres.

Ensuite, je propose à chacun des participants de se présenter en associant un geste à leur prénom ou à leur nom. Lorsqu'un patient se présente de la sorte, le reste du groupe reprend alors son geste et son nom en énonçant « Bonjour Monsieur ou Madame X ».

Dans un second temps, je mets en place trois exercices de jeu :

Le premier consiste en la répétition d'une phrase simple et courte telle que : « Il fait beau. » Je propose aux participants de l'énoncer selon différentes émotions. Chacun des participants prend la parole en jouant la joie, la colère, la surprise...

Le second exercice de jeu nécessite un objet, le plus neutre possible, tel qu'une balle ou un cube. Le travail porte sur l'imagination de différentes sensations. Là encore, cet élément circule de proche en proche afin de faire participer l'ensemble du groupe. Chacun est amené à faire comme si la balle était lourde, brûlante, précieuse...

Le dernier exercice de ce deuxième temps fait intervenir le mime. Dans une enveloppe sont mélangées diverses étiquettes sur lesquelles sont inscrites des noms de métier : chanteur, chauffeur-routier, coiffeur... Les participants sont invités à piocher une étiquette au hasard et à faire deviner à l'ensemble du groupe le nom du métier inscrit sur le papier. Le mime peut se faire seul ou à deux.

Le troisième temps, qui vient clore l'atelier, est divisé en deux séquences :

Durant la première, j'invite un participant à me suivre hors du cercle de jeu. Nous modifions un détail de son apparence (nous retirons une boucle d'oreille, nous retroussons une manche...) avant de rejoindre le groupe. Les participants doivent alors tenter de repérer ce qui a changé sur le patient venant de sortir. L'intérêt de cet exercice est de sortir du jeu, de quitter le « faire semblant » et de travailler sur des notions réelles et concrètes, à savoir le corps de l'autre et ce qu'il porte.

La seconde séquence permet aux membres du groupe de se séparer de l'atelier et de se quitter. Pour ce faire, chaque participant est invité à se remémorer le geste qu'il avait utilisé pour se présenter afin d'y associer à nouveau son nom dans un salut « d'au revoir ». Nous regagnons ensuite les locaux de l'Accueil de Jour.

II.4. Les participants

II.4.1. Madame D.

Madame D. est une femme de 83 ans, chez laquelle a été diagnostiquée une maladie d'Alzheimer. Elle est avenante et semble à l'aise dans ses relations sociales. Cette ancienne couturière vit maritalement, mais les relations entretenues par le couple sont conflictuelles. Madame D. vient à l'Accueil de Jour depuis le mois de Septembre 2012 et son MMSE était de 13/30 à ce moment-là.

II.4.2. Madame J.

Madame J. est une femme de 75 ans, d'origine serbe qui parle et comprend approximativement la langue française. Elle a perdu son mari en 2011 et vit à son domicile auprès de sa fille et ses petites-filles, avec lesquelles les relations sont problématiques. Madame J. fréquente l'Accueil de Jour depuis 6 mois, son score au MMSE était de 9/30 à son arrivée (l'entretien s'est déroulé en français).

II.4.3. Madame L.

Madame L. est une femme de 67 ans dont le diagnostic de syndrome de Korsakoff est suspecté par les médecins. Elle n'entre pas spontanément en contact ni avec les soignants, ni avec les autres patients et semble relativement désorientée. Cette ancienne fonctionnaire de police vit avec son mari. Madame L. se rend à l'Accueil de Jour depuis le mois de Février 2012 et son score au MMSE était de 19/30 au moment de son entretien de pré-admission.

II.4.4. Monsieur V.

Monsieur V. est un homme de 76 ans, qui serait atteint du syndrome de Korsakoff. Il est veuf depuis 2005 et a été militaire parachutiste avant de travailler en tant que routier. Monsieur V. vit actuellement à son domicile avec sa petite-fille. Il fréquente l'Accueil de Jour depuis 6 ans et son MMSE était de 20/30 lors de son entretien de pré-admission.

II.4.5. Amélie, ma maître de stage

Lors de chaque séance de l'atelier de jeu dramatique, Amélie a pu intervenir ponctuellement tout en me permettant d'expérimenter au mieux mon rôle de future psychomotricienne, restant au plus près de la clinique. Ses propos ont toujours pu recadrer le groupe, à savoir les dérives du comportement de Monsieur V., les débordements émotionnels de Madame D. ou le manque d'inhibition de Madame L. Elle a également pu contribuer à l'amélioration de la compréhension des consignes et à la prise d'initiatives pour Madame J., plus en difficulté quant à la langue française.

En intervenant de manière précise et ferme, et grâce à son expérience clinique, Amélie a maintenu à la fois le cadre dans lequel se déroulaient les séances de jeu, ainsi que la participation de l'ensemble des patients. Ces derniers ont toujours entendu et respecté ses interventions. Nos interactions souples et faciles ont régulièrement permis de relancer la dynamique de groupe.

II.5. Présentation des cas cliniques

II.5.1. Madame D.

Je m'appuie sur le comportement de Madame D. car elle semble avoir conservé la quasi-totalité de ses capacités relationnelles. Dans le jeu dramatique, elle a souvent évoqué son identité professionnelle à laquelle elle était très attachée, et elle s'est souvent trouvée en difficulté face aux différentes propositions suggérées lorsqu'il fallait agir seule. En revanche, lors de propositions en binôme, Madame D. s'est montrée plus à l'aise et spontanée.

Présentation générale

Madame D. est une dame d'apparence coquette et distinguée. Elle parle de manière spontanée et peut s'adresser aussi bien aux patients qu'aux soignants. Elle est soucieuse de bien faire, se montre très souriante et agréable. Malgré des rires nerveux qui la débordent, son discours reste adapté au contexte. Sa façade relationnelle semble donc relativement bien conservée. Bien qu'elle puisse être taquine, elle peut aussi exprimer son agacement face aux troubles du comportement de certains patients.

D'un point de vue corporel, Madame D. ne souffre d'aucun dysfonctionnement, ce qui lui permet de se déplacer sans difficulté dans l'Accueil de Jour. Dans les activités proposées, elle se montre très volontaire, demandant régulièrement qu'on la sollicite. Elle propose spontanément son aide, aussi bien auprès du personnel soignant qu'auprès des autres patients.

Madame D. est reçue à l'Accueil de Jour au rythme d'une fois par semaine depuis le mois de Septembre 2012. Au vu de l'amélioration du contexte à domicile, son mari et aidant principal ainsi que son fils souhaiteraient que Madame D. puisse fréquenter l'Accueil de Jour deux fois par semaine.

Anamnèse

Madame D. est née le 17 Mars 1930 dans la région parisienne. Son père est décédé alors qu'elle n'avait que 20 ans. Elle a poursuivi des études jusqu'à l'obtention de son Certificat d'Etudes. Elle a travaillé, dans un premier temps, comme ouvrière au sein de l'usine Kréma avant de devenir couturière chez Nina Ricci, puis secrétaire dans l'entreprise Gaz de France.

Quelques années après le décès de son père, Madame D. a épousé Monsieur D., avec qui elle a eu un fils. Selon son entourage, elle a vécu plusieurs épisodes dépressifs et une conjugopathie est présente depuis de nombreuses années.

Madame D. ne se plaint d'aucun trouble mnésique, ni cognitif. Elle dit pouvoir gérer les tâches de la vie quotidienne, ce qui est contraire à l'avis de son époux. En revanche, le couple s'accorde à dire que les tâches administratives sont prises en charge par Monsieur D.

Les troubles mnésiques de la patiente ont été repérés en 2009. Une évaluation neuropsychologique réalisée en 2011 a mis en évidence un syndrome démentiel de type Alzheimer. Depuis l'apparition de ses troubles, l'entourage de Madame D. a constaté que son humeur s'était améliorée. Lorsque l'on s'entretient avec Madame D., celle-ci n'évoque ni les épisodes dépressifs relatés par sa famille, ni le traitement antidépresseur qu'elle a suivi durant plusieurs années.

Au mois de Septembre 2012, Madame D. intègre l'Accueil de Jour dans lequel j'effectue mon stage.

Projet thérapeutique

Le dernier projet thérapeutique de Madame D. date du mois de Mars 2013.

Elle présente un contact fluide aux thérapeutes. Elle est souriante, agréable, parle facilement et se montre serviable. Madame D. entretient des relations relativement cordiales avec certains patients, mais en revanche, elle peut se montrer agacée et parfois même tétanisée face aux troubles du comportement d'autres patients. Sa participation aux activités de la vie quotidienne proposées par l'Accueil de Jour est aisée, elle semble en demande vis-à-vis des diverses activités proposées : éveil corporel, jeux sur table, psychomotricité et tricot.

Les objectifs de son projet thérapeutique sont de maintenir ses capacités relationnelles et cognitives, et de lui proposer un second jour de présence au sein d'un groupe de patients davantage autonomes afin d'obtenir une stimulation plus soutenue des capacités de Madame D.

La seconde partie de son projet thérapeutique concerne les éventuelles difficultés, tant sur le plan psychique que physique, rencontrées par son époux et aidant principal.

Son aidant principal, Monsieur D., est épuisé. Il est très anxieux face à sa situation, notamment à la gestion des tâches administratives. Mais il participe activement aux séances de relaxation et aux groupes de paroles proposés par Amélie, ainsi qu'à une formation qui s'adresse aux aidants, se déroulant à l'hôpital Broca. Ces aides semblent soulager Monsieur D. et, selon son entourage, les relations qu'il entretient avec son épouse paraissent plus apaisées.

La poursuite de l'accompagnement et du soulagement de Monsieur D. est donc inhérente au projet thérapeutique de Madame D.

Attitude de Madame D. au cours des séances de jeu dramatique

Au cours de l'exercice du passage du courant, elle a été en difficulté dans la compréhension des consignes. Même si elle acquiesçait, elle ne pouvait pas presser la main de son voisin si on ne lui montrait pas comment faire. Rythmer les pressions à l'aide de la tête et du regard lui a permis, doucement, de réaliser l'exercice.

Pour se présenter avec un geste, Madame D. est longtemps restée fixée sur des mouvements en lien avec son ancien métier de couturière. Nous avons pu noter, pendant que son voisin réfléchissait à un geste nouveau, que la patiente restée figée dans sa posture, dans son axe mais aussi dans ses gestes, voire même ses mimiques. Lorsqu'Amélie ou moi lui signalions, Madame D. quittait tranquillement sa position, mais, par son absence de verbalisation et son manque d'étonnement, ne semblait pas s'apercevoir de ses persévérations.

Le travail des émotions me semble être celui qui a évolué le plus pour Madame D. En effet, lors des premières séances, la patiente n'était pas capable de faire abstraction de ses propres émotions pour faire semblant d'en éprouver une autre. La colère notamment lui posait problème : « Je ne suis pas en colère, je ne peux pas le faire ! ». Amélie proposait alors une situation susceptible d'énerver Madame L., qui à ce moment-là parvenait à répéter « Il fait beau » avec l'émotion travaillée. Il est arrivé que la patiente parvienne à parler sur le ton proposé, tout en gardant la mimique correspondant à la précédente émotion. Là encore, Madame D. ne semblait pas noter cet amalgame mais se corrigeait calmement grâce à notre soutien.

Lors de la manipulation d'un objet quelconque, Madame D. s'est régulièrement trouvée en difficulté pour se détacher de la forme et de la couleur de l'objet. J'ai remarqué que, désireuse de bien faire, la patiente prenait son temps, réfléchissait sans s'énerver avant de se mettre en mouvement avec l'objet. Cependant, lors du second tour de cercle, Madame D. s'obstinait à reprendre son premier geste, ou celui du patient qui la précédait.

La découverte du comportement de Madame D. lors des propositions de mime et la constitution de saynètes a été intéressante. Le mime est un travail aux limites plus larges que les exercices précédents : le patient choisit ses gestes, évolue dans la salle selon ses envies, décide de jouer seul ou accompagné par un autre participant, utilise des objets ou non... La seule règle est de ne pas parler. A l'inverse, la façon dont nous travaillons les émotions en séance implique un cadre plus strict : le patient doit se servir de l'objet présenté et l'émotion est imposée.

Madame D. a donc bénéficié de davantage de liberté au cours de ces deux exercices. Elle n'a pas hésité à optimiser l'espace scénique et à proposer à d'autres participants de jouer avec elle.

Une scène m'a particulièrement marquée : celle du coiffeur, qui s'est déroulée à la 12^{ème} séance, lorsque nous expérimentions le travail des saynètes pour la première fois. Etant donnée la nouveauté de l'exercice, nous avons décidé qu'à tour de rôle, nous accompagnerions les patients dans leur jeu. Madame D. a été la première volontaire. Elle s'est montrée cohérente, dans un discours ancré dans la réalité, adapté au contexte et à son interlocuteur. Elle a su éprouver des émotions qui lui étaient alors impossible de mimer : la colère et le mécontentement ont été joués les deux fois où l'exercice a été proposé.

La mobilisation sensorielle est un exercice qui a fonctionné tout au long de l'atelier de jeu dramatique. Madame D. est restée attentive et curieuse, appliquée aussi bien à repérer le détail ayant changé sur les autres participants qu'à taire ce qui avait été modifié dans son apparence.

Lors du dernier exercice, Madame D. ne se souvenait ni du geste qu'elle avait fait, ni de celui des autres. Mais elle a pu comprendre la consigne et participer à l'exercice. Elle reste aujourd'hui interloquée d'avoir proposé tel ou tel mouvement pour se présenter en début de séance.

En résumé, Madame D. s'est toujours montrée volontaire et souriante. Quelques repères ont pu s'installer : lorsque je lui parlais de l'exercice de mime, Madame D. s'exclamait : « Vous allez nous sortir votre petite enveloppe avec des petits bouts de papier dedans ! ». Ses persévérations gestuelles et ses difficultés d'abstraction ont été moins prononcées voire inexistantes, lors de la constitution de saynètes. Elle a pu faire preuve d'une grande authenticité pendant ces exercices et il m'a semblé que Madame D. avait besoin de bénéficier d'une sphère relationnelle stable pour révéler une identité plus personnelle.

II.5.2. Madame L.

J'ai choisi de me pencher ensuite sur l'histoire de Madame L. car, d'après son discours, elle semble accorder une place importante à son identité professionnelle. De plus, Madame L. est une femme qui, de prime abord, semble désorientée et plutôt inadaptée socialement. Or, son authenticité et sa spontanéité dans le jeu sont venues contredire ses difficultés supposées.

Présentation générale

Madame L. a une apparence peu soignée malgré une coquetterie importante. Sa teinture est inadaptée et son maquillage outrancier ; elle porte de nombreux bijoux et plusieurs montres. Elle a l'air hagard et sa dentition est peu soignée. En revanche, Madame L. porte des tenues adéquates au vu des codes sociaux et des saisons. Cette patiente ne présente aucune agressivité et son mode de relation à l'autre est relativement adapté. Lorsque l'on s'adresse à elle, Madame L. sourit beaucoup, elle n'est pas agressive et ne présente pas de troubles du langage, ni de la compréhension. En revanche, elle s'exprime comme une « petite fille », ses discours sont plutôt circulaires et concernent son ancien métier dans la Police. Aussi, Madame L. présente, parfois, quelques légers troubles du comportement d'allure frontale (elle met son doigt dans son nez). Bien qu'elle puisse se déplacer seule, je remarque que Madame L. entre très peu en communication avec les autres personnes présentes autour d'elle, thérapeutes et patients confondus. Mais dès lors qu'on la sollicite, Madame L. semble volontaire dans sa participation aux activités proposées. Je note aussi un désir d'immédiateté : à la fin de chaque atelier, elle se précipite vers le suivant.

Madame L. est reçue à l'Accueil de Jour au rythme de deux fois par semaine jusqu'au mois de Janvier 2013, puis à la fréquence d'une fois par semaine, suite à des difficultés financières rencontrées par son conjoint.

Anamnèse

Madame L. est née le 29 Décembre 1946 en Seine-et-Marne, dans un milieu modeste. Sa mère a élevé seule ses six enfants en raison des troubles psychiatriques de son conjoint. Malgré l'éloignement de son père en raison d'une longue hospitalisation à la fin de sa vie, Madame L. semble très attachée à lui.

La patiente a obtenu son Certificat d'Etudes et a travaillé alors dans un centre de tri à La Poste. A 21 ans, elle a intégré sur recommandation les services de Police afin de s'occuper de la circulation pour les enfants. Un an plus tard, elle a épousé Monsieur L., avec qui elle a eu deux filles. Son mari était cuisinier, et il décrit son couple comme heureux jusqu'à ce que Madame L. commence à s'alcooliser. Ils ont divorcé avant de reprendre une vie commune en 1995, puis de se pacser.

Madame L. est décrite par son entourage, avant sa maladie, comme affectueuse, facile à vivre et travailleuse. Elle aimait la broderie, le dessin, la musique, la télévision et la cuisine.

En 2006, aux alentours de 60 ans, son entourage constate des modifications dans le comportement de Madame L. Ses oublis se répètent, il lui est difficile de rester en place et elle perd l'intérêt de faire ce qui lui plaisait auparavant. Elle semble présenter quelques troubles du comportement de type gloutonnerie et coquetterie à outrance (bijoux et maquillage). Ces changements aboutissent à un premier diagnostic, celui de maladie d'Alzheimer. Aujourd'hui, il est écarté puisque les résultats des examens médicaux de Madame L. montrent des concentrations en protéines TAU et bêta-amyloïde normales.

En Mars 2011 Madame L. intègre un premier Accueil de Jour avant de rejoindre celui dans lequel j'effectue mon stage au mois de Février 2012, pour des raisons de proximité géographique.

Projet thérapeutique

Le dernier projet thérapeutique de Madame L. date du mois de Février 2013.

Madame L. présente un contact aux thérapeutes adapté mais restreint, tout comme celui aux patients. Elle ne cherche pas spontanément à échanger. Elle n'éprouve pas de difficultés à se déplacer et elle peut se faire comprendre par les autres. Madame L. est toujours disponible pour participer aux diverses activités proposées par l'Accueil de Jour : éveil corporel, jeux sur table, psychomotricité, danse et chant. Lorsqu'elle est sollicitée pour écrire le menu du jour, mettre le couvert ou étendre les nappes, Madame L. est toujours d'accord.

Les objectifs de son projet thérapeutique sont de stimuler ses capacités relationnelles et cognitives, et maintenir son autonomie dans les activités de la vie quotidienne.

La seconde partie de son projet thérapeutique concerne son aidant principal.

Monsieur L., est épuisé. Il est extrêmement soucieux de sa situation financière, à tel point qu'il a diminué la fréquence de la prise en charge de sa compagne au rythme d'une fois par semaine. Il participe activement aux séances de relaxation mises en place tous les

quinze jours par Amélie pour les aidants qui le souhaitent. Il semble tirer beaucoup de bénéfices de cet atelier.

Le deuxième objectif du projet thérapeutique de Madame L. concerne donc la poursuite de l'accompagnement et le soutien de Monsieur L.

Attitude de Madame L. au cours des séances de jeu dramatique

Lors de la mobilisation psychocorporelle induite par la circulation de pressions, Madame L. se montre attentive et à l'écoute de son partenaire. Elle accompagne et appuie son geste en regardant son voisin. Il est arrivé que ses deux mains travaillent en même temps, sans que cela ne désorganise le passage du courant.

Sur le plan corporel, lorsqu'il fallait se présenter grâce à un geste, Madame L. choisissait systématiquement celui d'un gendarme qui faisait la circulation pour les enfants sortant de l'école. Petit à petit, grâce à l'intervention d'Amélie pour aider la patiente à se distancier de cette image à laquelle elle s'accroche, Madame L. a su se diriger vers d'autres gestes, moins automatiques. Pendant un mois et demi, son identité professionnelle a donc pu être saisie par l'ensemble du groupe à chaque séance.

D'un point de vue langagier, Madame L. a eu quelques difficultés pour se restreindre à citer uniquement son nom. Elle a été à plusieurs reprises logorrhéique quant à son ancien métier. Il n'était pas aisé de la freiner mais là encore, au bout d'un mois et demi de travail, le rappel des consignes, c'est-à-dire du cadre, lui ont permis de se limiter à une présentation gestuelle et non verbale d'elle-même.

Le travail des émotions a été révélateur d'une grande authenticité et d'une spontanéité remarquables pour Madame L. Sa bonne compréhension des consignes et ses capacités expressives lui ont permis de proposer des émotions fines et des mimiques différenciées.

Lors de la manipulation de l'objet, Madame L. a pu s'appuyer sur l'efficacité de ses capacités d'abstraction. Malgré la forme et la couleur de l'objet proposé, elle a pu utiliser son imaginaire pour faire des propositions. Bien qu'elle ne se souvienne plus de sa première suggestion, le rappel de la consigne suffisait à la conduire vers une autre idée.

Au départ, le mime a été un exercice plutôt difficile pour Madame L. En raison de son impulsivité psychomotrice, elle se précipitait souvent pour se mettre en mouvement et ne pouvait se retenir d'expliquer oralement ses gestes.

Au fur et à mesure des séances, elle a gagné en maîtrise corporelle et verbale, et lorsqu'elle était sollicitée pour expliquer la consigne, la patiente a su mettre en mots cette condition d'inhibition préalable au mime.

A l'occasion du temps de mobilisation sensorielle, Madame L. a été un des membres les plus observateurs du groupe, notamment dans le repérage d'un éventuel bijou retiré ou déplacé. C'est à ce moment-là que son identité personnelle m'a questionnée. Même si Madame L. porte une attention particulière quant à sa présentation physique, celle-ci semble se traduire de façon déplacée.

Lors de la restitution des gestes en fin de séance, elle a pu là encore, progressivement, se détacher de ses « stéréotypies gestuelles » en rapport avec son ancien métier de gendarme. Elle s'est montrée attentive et attachée à aider les autres participants à se remémorer leurs gestes.

En résumé, le comportement de Madame L. m'a semblé évoluer tout au long de ces séances de jeu dramatique. Elle s'est toujours montrée volontaire, mais à partir de la 6^{ème} séance, elle a pu exprimer une authenticité et une spontanéité sans appel. Elle m'a paru prendre plaisir à jouer, seule ou avec les autres participants, et, peu à peu, elle a pu se détacher de son identité professionnelle envahissante pour révéler des caractéristiques plus intimes et authentiques.

II.6. Interrelations entre les participants de l'atelier

Je vais à présent exposer l'évolution du groupe, de la première séance qui a lieu au mois de Novembre, à la quinzième qui s'est déroulée au mois d'Avril.

Dès la première séance de jeu dramatique, Amélie et moi avons expliqué le motif de notre projet, son intérêt pour les patients et le cadre spatio-temporel dans lequel il allait se dérouler. L'ensemble du groupe s'est montré relativement confiant vis-à-vis de ce projet de jeu dramatique. Aucune interrogation n'a été soulevée et les propositions de jeu ont été reçues simplement par les quatre patients.

D'un point de vue relationnel, Monsieur V. et Madame D. entretenaient, avant que le projet ne se mette en place, des relations particulièrement cordiales voire bienveillantes.

Cette alliance s'est encore renforcée au fil du temps. Madame L., quant à elle, m'a semblé relativement indépendante tout au long des séances, participant aussi bien avec les soignants qu'avec les patients. Elle a cependant pu tenir quelques propos virulents à l'égard de Monsieur V. Madame J., arrivée au mois d'Octobre et en difficulté quant à la langue française, est toujours restée en retrait vis-à-vis du groupe, cherchant de manière évidente la proximité du thérapeute.

Grâce à la stabilité du groupe, à la permanence des soignants et à la répétition des propositions de travail, j'ai eu le sentiment que les patients se sont sentis rapidement à l'aise entre eux. Globalement, tous ont entretenu des rapports cordiaux et respectueux. Des déplacements amicaux se sont reproduits à plusieurs reprises (marche bras dessus, bras dessous), ainsi que des gestes affectueux. J'ai aussi remarqué que, les deux premiers mois, les patients cherchaient davantage la proximité du soignant, avant de s'adresser préférentiellement aux autres patients par la suite.

II.7. Les participants occasionnels

II.7.1. Audrey, la psychologue

A la 9^{ème} séance, nous avons accueilli Audrey, la psychologue, désireuse d'assister à une séance de jeu dramatique. Nous étions au total sept participants et la séance a été plus dynamique que d'ordinaire. Madame L. a pu expliquer à Audrey la manière dont nous avons l'habitude de nous présenter, c'est-à-dire associer un geste à son nom. Ce moment m'a interpellée puisque Madame L. a souhaité donner des informations sur son identité professionnelle : « Par exemple, il faut dire je m'appelle Madame L. et j'étais dans la Police. ». A ce moment-là, Amélie est intervenue en lui demandant s'il fallait donner tous ces détails. La patiente a pu se reprendre : « Non, il faut juste dire son nom. ». Habituellement logorrhéique quant à sa profession, Madame L. a su se laisser recadrer.

Ce jour-là, tous les participants se sont exprimés, les interactions ont été plus fluides et Mesdames D. et L. m'ont paru plus à l'aise et participantes que dans le groupe d'origine, à l'effectif plus réduit. Les réponses aux propositions de travail ont été vives, les patients ont pu rebondir de manière plus souple aux suggestions de jeu.

II.7.2. Cécile, une stagiaire aide-soignante

Lors de la 10^{ème} séance, Amélie a été absente et Monsieur V. m'a paru très envahissant et difficilement gérable. C'est pourquoi j'ai accepté d'intégrer au groupe Cécile, une stagiaire aide-soignante, sur la demande de sa maître de stage. Les premières minutes de jeu m'ont très vite déstabilisée du fait du manque d'initiative de Cécile. Pour autant, l'ensemble des patients ne m'a pas semblé pâtir de cette désorganisation puisque cette séance m'a semblée être une des plus fructueuses d'un point de vue émotionnel et corporel. Les propositions étaient reçues comme d'ordinaire, et la présence de Cécile n'a pas été un élément dérangeant ou questionnant pour l'ensemble des patients.

A cette occasion, j'ai pu constater que la nouveauté n'était pas aussi décontenante pour les patients que pour moi. Même si les troubles qui découlent d'un syndrome démentiel nécessitent une certaine continuité et une stabilité dans les pratiques soignantes, les patients accueillis ce jour n'ont pas souffert de ce changement ponctuel.

DISCUSSION

En pratiquant le jeu dramatique en Accueil de Jour auprès de patients atteints de troubles cognitifs auxquels un bilan psychomoteur n'avait pas été proposé, je me suis régulièrement questionnée sur la nécessité de celui-ci. C'est pourquoi, dans une première partie, j'exposerai les avantages du bilan psychomoteur tout en défendant le fait qu'il n'a pas été indispensable pour mettre en place l'atelier de jeu dramatique.

J'insisterai ensuite sur l'importance de présenter aux patients un cadre de travail souple mais suffisamment contenant afin qu'ils puissent expérimenter les séances de jeu dramatique d'une manière enrichissante et adaptée à leur problématique.

Puis j'exposerai les différents aspects de l'identité des patients du groupe de jeu dramatique qui ont été abordés. Je tenterai alors d'en faire une évaluation la plus objective possible et reviendrai sur cette dernière pour envisager d'autres méthodes davantage quantitatives et qualitatives.

Enfin, je terminerai en exprimant mon vécu tout au long de l'atelier : ma relation avec ma maître de stage et mes nombreux questionnements.

I. Le préalable aux séances de psychomotricité

L'absence de prescription médicale pour une prise en charge en psychomotricité ne permet pas au psychomotricien de réaliser un bilan psychomoteur. Ce manque d'évaluation pose la question de la place de la psychomotricité, et plus précisément du bilan psychomoteur, au sein de l'Accueil de Jour.

I.1. L'intérêt du bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur revêt deux aspects : d'une part, il permet d'objectiver et de quantifier les éventuels troubles psychomoteurs du patient grâce à des grilles de résultats précises ; d'autre part, il peut être un moyen d'observer le patient, son mode de relation à l'autre, ses difficultés et l'expression de ses ressentis.

Les attitudes observées permettent alors de considérer le patient dans sa globalité. Selon C. Potel⁵⁵, le bilan psychomoteur serait « un catalyseur de réactions corporelles, comportementales, relationnelles, émotionnelles. » La rencontre entre le psychomotricien et le patient permettrait de mettre en résonance ses ressentis psychiques et physiques.

Les résultats du bilan psychomoteur sont interprétés en tenant compte des conditions de passation (état général du patient, participation, compréhension des consignes...) et des examens complémentaires réalisés par le médecin et la psychologue (dans le cadre de l'Accueil de Jour). Ils sont donc systématiquement mis en lien avec le contexte dans lequel ils ont été recueillis. Ils constituent « un élément de connaissance complémentaire à mettre en relation avec l'ensemble des informations du dossier avant de mettre en place un projet thérapeutique adapté aux particularités du sujet⁵⁶. »

Dans le cadre de l'Accueil de Jour au sein duquel j'ai effectué mon stage et de la médiation que j'ai souhaité mettre en place, la passation d'un bilan psychomoteur aurait pu être pertinente. D'abord, dans le but d'évaluer les capacités cognitives et motrices des patients et d'établir s'ils auraient pu ou non suivre un atelier tel que celui du jeu dramatique. Selon leurs facultés, peut-être aurait-il été plus facile de choisir les patients susceptibles d'être les plus à même d'assister à cet atelier ? Le groupe créé ainsi aurait été homogène, et son évolution linéaire plutôt qu'irrégulière suite à un décalage entre les compétences de chacun des patients du groupe.

Ensuite, un bilan psychomoteur aurait pu permettre d'observer l'attitude du patient dans la relation duelle avec le psychomotricien. Comparer ces échanges avec ceux qu'il entretient en groupe aurait pu nous permettre de déduire si ses capacités relationnelles auraient pu correspondre avec sa participation à une activité groupale. Cependant, un patient à l'aise en face-à-face peut l'être également en groupe, mais le contraire est aussi courant : si la relation duelle fonctionne, il se peut que les interrelations induites par le fonctionnement d'un groupe déstabilisent le patient et le mettent en difficulté.

⁵⁵ Catherine Potel, 2010

⁵⁶ Jean-Michel Albaret, 2011

Enfin, réaliser un bilan psychomoteur avant et après l'atelier de jeu dramatique aurait pu nous renseigner sur l'évolution éventuelle du patient. En tant qu'outils de comparaison, les résultats du bilan psychomoteur à l'issue de l'atelier de jeu dramatique auraient pu donner une indication quant à la poursuite et la révision du projet thérapeutique du patient. Il aurait pu être un moyen d'évaluation de l'efficacité du jeu dramatique dans la prise en charge de personnes âgées souffrant d'un syndrome démentiel.

I.2. Le bilan psychomoteur : une nécessité absolue ?

Avant de réfléchir aux patients susceptibles de participer au groupe de jeu dramatique, j'ai essayé de m'entretenir de manière informelle avec eux : au moment de leur arrivée, autour du café, lors du repas. En plus de cette observation relationnelle, je me suis appuyée sur les grilles d'observation psychomotrice d'Amélie. Lorsque nous avons évoqué la participation de Madame D., Madame J., Madame L. et Monsieur V., je me suis davantage penchée sur leur dossier et leur attitude dans le groupe. Après avoir réuni toutes les informations possibles, il m'a semblé que ces quatre patients présentaient un profil similaire, ou du moins non opposé. Le groupe s'est donc constitué sur la base d'une observation psychomotrice spontanée et d'une lecture globale de leur dossier personnel.

Malgré le fait qu'il ne m'a pas été possible de leur proposer un bilan psychomoteur, le groupe m'a semblé homogène tout au long de l'atelier de jeu dramatique. Si deux patients pouvaient parfois se trouver embarrassés par un exercice, leurs difficultés pouvaient être compensées par les capacités de compréhension des deux autres patients. Je n'ai pas noté de déséquilibre, de contraste entre leurs capacités cognitives et motrices, de remarque quant au temps de réaction de certains patients, parfois plus lents. Le groupe a pu réaliser chaque consigne proposée et surtout instaurer une dynamique qui lui était propre.

II. Le cadre spatio-temporel de l'atelier de jeu dramatique « Jouons ensemble »

La prise en compte du milieu environnant la personne âgée est aussi importante que la personne âgée elle-même. La vie en collectivité au sein de l'Accueil de Jour demande l'établissement d'un cadre spatio-temporel précis pour son bon fonctionnement. Il en est de même pour les séances de psychomotricité. Le cadre est l'élément qui les définit et les structure, qui indique leur lieu et leur durée. Pour la personne âgée souffrant d'un syndrome démentiel, l'espace et le temps sont deux notions dont la perception est sévèrement atteinte. La stabilité du cadre spatio-temporel est donc un élément primordial à respecter dans la prise en charge de ces patients.

II.1. L'espace

« L'organisation spatiale concerne l'ensemble des rapports de voisinage, de proximité, d'éloignement, de hauteur, de largeur, de profondeur, de gauche, de droite⁵⁷... » Il existe donc un espace matériel et un environnement humain, qui se définissent par rapport à soi, à son propre corps. Or, en vieillissant, le sujet voit ses repères s'effacer progressivement : il peine à se situer dans son corps et donc dans l'espace ; s'orienter et structurer ce qui l'entoure devient problématique. D'où l'importance en psychomotricité d'évoluer dans le même espace, contenant des repères identiques d'une séance à l'autre.

II.1.1. L'espace matériel

L'espace est d'abord ce qui entoure le patient, ce qui l'environne. Avec la maladie, ses repères spatiaux autrefois stables deviennent fragiles (orientation dans son quartier, reconnaissance de son immeuble, de son habitation). Dans cette logique de continuité et de stabilité, Amélie et moi avons tenu à ce que notre espace de jeu soit le même à chaque séance.

⁵⁷ Jean-Claude Carric, 2001

Illustration clinique

Le trajet jusqu'à la salle des kinésithérapeutes demande aux patients de parcourir un chemin plus long que s'ils étaient restés à l'Accueil de Jour : sortir de la pièce, traverser le hall (saluer les différentes personnes y étant installées), pénétrer dans le Centre de santé (croiser plusieurs soignants), avant d'arriver à la salle de jeu dramatique. Cela demande aux patients une plus grande attention et leur donne l'occasion d'exercer leurs capacités relationnelles. Au bout d'environ trois mois d'atelier, Madame D. a pu intégrer ce déplacement et guider l'ensemble du groupe jusqu'à la salle où se tenait la séance.

II.1.2. L'environnement humain

Les repères affectifs sont plus longtemps préservés, la stabilité de l'environnement humain est donc primordiale. Or, les sujets âgés malades ont souvent besoin d'une aide professionnelle importante et sont parfois soumis à un turn-over préjudiciable. C'est pourquoi nous avons décidé avec Amélie de maintenir un groupe de jeu fixe, avec les mêmes participants.

Illustration clinique

Madame D. et Monsieur. V. ont ainsi repéré qu'ils se rendaient ensemble à l'atelier et interrogé l'absence de Madame L. : « La dame avec plein de bijoux n'est pas là ? ». Il semblerait que la régularité de la venue de chaque patient laisse une empreinte chez les participants.

II.1.3. L'espace de jeu

Notre espace de jeu s'est donc défini par sa fixité, tant d'un point de vue matériel qu'humain. Les échanges que peuvent avoir les personnes âgées au sein de l'Accueil de Jour peuvent parfois perdre de leur authenticité et être dénaturés en raison des difficultés engendrées par la pathologie : troubles sensoriels, du comportement, du langage... Notre espace de jeu a pu assurer une fonction de catalyseur des échanges relationnels des patients, comme un espace privilégié propice à une rencontre, un dialogue, une communication libre mais toujours contrôlée par Amélie et moi-même.

II.2. Le temps

Le passé, présent et futur conditionnent l'inscription temporelle du sujet dans l'histoire. « Le temps organise la vie⁵⁸. » Or, avec l'âge, le temps prend une autre tournure. D'une part, ces trois dimensions fusionnent pour laisser place à un temps précis, celui de l'ici et maintenant, du moment présent. La personne âgée vit cet instant de manière intense, immédiate, « comme si elle se doutait que dans les minutes qui suivent elle aura tout oublié⁵⁹. » D'autre part, elle vit également dans un passé lointain très actualisé.

Nous l'avons vu, la stabilité temporelle est un préalable au sentiment d'identité du sujet âgé, à une perception de soi continue et identique chaque jour. Dans le cadre de l'atelier de jeu dramatique, Amélie et moi voulions donc que les séances se déroulent à la même heure chaque semaine, et soient d'une durée identique. De plus, le temps de l'« éveil corporel » et celui du repas marquaient respectivement l'avant et l'après de nos séances. Au sein même de chacune d'elles, nous nous attachions à indiquer l'exercice du début et l'exercice de fin. Entre ces deux repères, chaque passage d'une proposition à une autre était également verbalisé. Cette succession régulière donnait des repères temporels aux patients et leur permettait de se situer dans le déroulement de la séance.

Illustration clinique

A l'issue de l'atelier, au retour dans l'Accueil de Jour, Madame D. et Monsieur V. proposaient ainsi régulièrement et spontanément de dresser les tables. Ces deux patients semblent donc avoir intégré que la fin de l'atelier signe le début de la préparation du repas qui va suivre.

⁵⁸ Catherine Potel, 2011

⁵⁹ Vincent Landreau, 2004

II.3. Les impondérables du cadre spatial

II.3.1. L'espace matériel

A plusieurs reprises, le cadre spatial de l'atelier a été modifié. Pendant plus d'un mois, nous avons dû expérimenter le travail du jeu dramatique dans trois salles différentes. Mais cet imprévu n'a pas semblé perturber l'organisation du groupe. En revanche, à deux reprises, lorsque nous avons travaillé dans une petite salle, je n'ai pas pu me positionner correctement afin que chacun ait un regard sur mon implication corporelle. Il m'a également semblé ne pas avoir assez de recul pour capter des éléments cliniques (posture d'un patient, mimiques, qualité du regard...) qui auraient pu être importants pour me guider dans mon travail de stagiaire.

II.3.2. L'environnement humain

Pendant un mois, Madame L. a dû s'absenter. Là encore, même si les patients ont pu remarquer son absence, les séances de jeu dramatique n'ont pas été dénaturées pour autant. En tant que stagiaire, je me suis régulièrement interrogée sur la manière de gérer cette absence : faut-il laisser une chaise pour Madame L. ? Dois-je évoquer la patiente avant, pendant ou après la séance ? Les réponses des patients à mes propositions de jeu m'ont aiguillée : il était nécessaire de retirer la chaise de Madame L. pour pouvoir aborder le premier exercice qui prévoit que les membres du groupe soient tous à l'aise pour se tenir la main. Puis nous avons pu évoquer naturellement l'absence de Madame L. lors des exercices de mime. En effet, pour que tous les membres du groupe puissent s'y exercer, six étiquettes sont mélangées dans l'enveloppe. Après avoir évoqué cette absence, j'ai proposé à un volontaire de prendre un second papier puisque l'étiquette destinée à Madame L. n'allait pas être utilisée.

Après avoir repensé à ces séances légèrement bousculées par la modification du cadre, j'en ai déduit que ces imprévus n'avaient finalement pas eu de lourdes conséquences sur le groupe et sur les interactions entre les patients. Même s'ils ont pu repérer ces quelques changements, ils n'ont pas semblé souffrir de la nouvelle adaptation imposée par ces modifications : peut-être ont-ils oublié la façon dont les séances avaient l'habitude de se dérouler ? Ou bien le cadre thérapeutique était-il suffisamment solide pour que les patients ne soient pas perturbés par des changements inattendus ?

Cette souplesse a permis à ma maître de stage et à moi, dans un premier temps, de ne pas imposer des limites trop rigides à notre cadre spatial (pas d'annulation du groupe en cas d'indisponibilité de la salle) et, dans un second temps, de nous appuyer sur les capacités d'adaptation des patients pour jouer ensemble. La valorisation de leurs facultés a permis de nourrir leur estime de soi et de renforcer leur sentiment d'identité.

III. Identité et jeu dramatique

Il me semble important pour la personne âgée de se rattacher à plusieurs de ses identités : familiale, sociale, professionnelle... Or, souvent, elle ne se décrit qu'au travers de l'une d'entre elles. Si l'avancée de la maladie atteint cette identité restante, le sujet âgé peut se voir déchu de tout souvenir, de toute valorisation quant à ce qu'il se représentait de son identité.

III.1. Jeu dramatique et psychomotricité

Le jeu dramatique est un moyen d'accès aux représentations internes et symboliques de l'individu. Il est une mise en scène de ses tensions psychiques déversées au sein de l'espace scénique qu'il propose et des relations qu'entretient le sujet avec son environnement. A l'image du tout-petit, la personne âgée est dépendante de son entourage. Quand elle joue, elle entre dans cette aire intermédiaire où la réalité est remodelée en fonction de ses besoins internes. Le jeu dramatique est un moyen pour le sujet âgé d'exister en tant que soi, malgré les contraintes et les restrictions psychocorporelles dont il est victime.

D'un point de vue psychomoteur, le jeu dramatique est une technique d'expression, une médiation, c'est-à-dire un intermédiaire entre le sujet et l'autre, qui vise à mettre en scène le corps du patient, sa gestualité et sa gestuelle, son langage, ses capacités praxiques et ses facultés d'abstraction. Il sollicite son répertoire postural, sa régulation tonique, ses possibilités d'imagination et ses capacités émotionnelles. L'implication psychocorporelle du sujet dans les séances de jeu dramatique lui permet de réinvestir son corps et d'acquérir une certaine renarcissisation par la valorisation de ses capacités.

Au cours des séances de jeu dramatique, le corps se fait langage. Il est un vecteur de communication entre les différents protagonistes du jeu. Il exprime nos émotions et reflète nos pensées par ses mouvements et ses postures. Lorsque le sujet éprouve un inconfort caractérisé par des variations de son état tonique, son psychisme et son corps peuvent être entravés. C'est notamment par la psychomotricité que le patient peut tenter de retrouver son équilibre psychocorporel.

III.2. Identités évaluées et illustrations cliniques

III.2.1. Identité psychocorporelle

Comme expliqué précédemment, l'identité d'un individu s'élabore en même temps que se construisent son schéma corporel et son image du corps. Mais avec le vieillissement, la personne âgée sollicite moins son corps, elle tend à réduire ses déplacements et par conséquent, ses sensations kinesthésiques et proprioceptives. Par cette hypostimulation, le sujet âgé peine à se représenter son corps et à agir sur son environnement : son schéma corporel n'est plus fiable. Or, l'image du corps s'appuie sur ce dernier et est alimentée par le regard de l'autre. A cause de la pathologie, l'évolution de l'individu dans ses dimensions psychique et relationnelle s'altère à son tour. Il lui devient difficile d'accéder à son environnement humain dont le regard perd de son importance. Le maintien de cette identité psychocorporelle passe par la renarcissisation du patient, via l'encouragement, la sollicitation de son engagement dans le jeu, autrement dit par la valorisation de ses capacités psychocorporelles.

Illustration clinique

A chaque séance de jeu dramatique, nous avons pu solliciter tous les patients du groupe. Etant tous valides mais manquant parfois d'initiatives motrices, nous avons l'habitude de les encourager à se mobiliser corporellement. Ceci m'a semblé produire un effet miroir : si un patient choisissait de mimer une scène en sortant du cercle de jeu pour investir le reste de l'espace, alors le patient suivant procédait de la même manière. Les sensations tactiles, labyrinthiques, kinesthésiques perçues par le patient lui permettraient alors de réinvestir son corps, de le maîtriser davantage.

Lorsque Madame D. a souhaité participer à une scène qui se déroulait dans un restaurant, elle a pris la décision de jouer une cliente exigeante et facilement agacée par le serveur. D'ordinaire, Madame D. ne peut faire semblant de jouer l'énervement. Ses mimiques, son corps entier se sont mobilisés pour exprimer cette émotion. Grâce à la contenance du cadre et aux encouragements d'Amélie et de moi-même, elle a pu investir une émotion qui au départ lui paraissait impensable à jouer.

III.2.2. Identité professionnelle

Nous l'avons vu, la personne âgée vit dans un passé lointain réactualisé. Elle se définit souvent par ses anciens statuts, ses rôles passés. Pendant l'atelier, ce sont les verbalisations de Madame D. et Madame L., ainsi que les gestes qu'elles utilisaient pour se présenter qui nous ont permis d'établir si leur attachement à leur identité professionnelle avait évolué ou non.

Illustration clinique

Au cours de cet exercice de présentation, il leur était demandé de donner leur nom. A ce moment, les deux patientes avaient pour habitude de le faire suivre du descriptif de leur métier. Il revenait à Amélie et moi la tâche de leur rappeler la consigne. Au bout de quelques séances, Madame D. et Madame L. sont parvenues à ne plus être logorrhéiques quant à leur activité professionnelle. Aujourd'hui, même s'il nous arrive d'évoquer des métiers pendant la séance, elles ne rebondissent plus sur cette occasion pour détailler leur ancienne activité professionnelle.

De la même manière, à chaque début de séance, lorsque Madame D. et Madame L. devaient se présenter grâce à un geste, celles-ci donnaient systématiquement les mouvements qu'elles avaient l'habitude de faire lorsqu'elles étaient respectivement couturière et fonctionnaire de Police. Désormais, ces deux dames peuvent se présenter en utilisant des gestes quelconques, sans doute plus personnels et authentiques, qui n'ont pas de rapport avec leur ancien métier.

III.2.3. Identité sociale

L'observation de l'identité sociale du patient a reposé sur la qualité des relations groupales qu'il a pu établir avec le reste des participants, et sur ses capacités à rester fidèle à sa personnalité alors qu'il évoluait dans un groupe, source de points de vue divergents.

Illustration clinique

Comme expliqué auparavant, Madame D. s'est régulièrement trouvée en difficulté concernant la manipulation de l'objet. Elle ne trouvait pas spontanément ce que l'objet pouvait représenter selon elle. Les autres participants impatients alors, la pressaient, pensant qu'elle trouverait plus vite une idée. Mais Madame D. est d'une nature calme et souhaite toujours bien faire. Dans ce souci de répondre correctement à la consigne, elle a toujours pris son temps pour réfléchir, sans prêter attention aux regards des autres patients. Si elle se montrait trop en difficulté, Amélie et moi intervenions en lui donnant plusieurs idées pour détourner l'objet de sa fonction première. Madame D., toujours attentive et tranquille, s'appuyait alors sur nos conseils pour réaliser la consigne de l'exercice.

De plus, lorsque des propositions de jeu ne nécessitaient pas la présence d'un autre participant, Madame D. semblait souvent mal à l'aise. En revanche, j'ai été interpellé par son aisance dès le moment où elle se retrouvait avec un autre partenaire, patient ou soignant, sur la scène de jeu. Ses improvisations et son discours étaient d'emblée spontanés et fluides.

Madame L. est une dame plutôt distante qui ne cherche ni à rencontrer les autres patients, ni les soignants. En revanche, dans le jeu, elle a régulièrement souhaité participer avec l'ensemble des participants, notamment Madame D. Lors d'un exercice de mime qu'elle a choisi de réaliser avec cette patiente, elle a eu un contact relativement facile et s'est montrée particulièrement affectueuse puisqu'elle a pris naturellement Madame D. dans ses bras afin de lui donner le nom du métier à mimer.

III.3. Qualité de l'évaluation

L'identité ne peut être évaluée et quantifiée par le moyen de tests psychomoteurs : son observation n'est que subjective. De plus, ce manque d'objectivité me semble lié aux différents aspects de ma personnalité : mon expérience de stagiaire, forgée sur mes trois années d'observation et de pratique, mon implication dans la mise en place de cet atelier et les objectifs que je m'étais fixés. Malgré la subjectivité de nos observations, Amélie et moi avons tout de même pu constater une évolution du caractère identitaire des patients : leur implication personnelle, leur attitude dans le groupe et le détachement de leur identité professionnelle ont été des éléments observables et appréciables en comparant chaque séance à la précédente.

L'observation de l'attitude corporelle des patients pendant la séance ou en dehors de leur cadre nous a renseignées sur la façon dont les patients s'impliquaient dans le groupe. Au début de l'atelier, Madame D. s'installait confortablement au fond de sa chaise, dans une position plutôt de retrait (bien que sa participation soit venue démentir cette attitude). Mais à l'issue de l'atelier, au bout d'environ dix séances, j'ai remarqué que Madame D. présentait une posture d'écoute et d'attention flagrante : son buste était en avant, ses yeux grands ouverts et sa tête avancée dans ma direction lorsque je prenais la parole. Les verbalisations des patients auraient pu nous permettre également d'évaluer si la pratique du jeu dramatique avait eu une incidence sur leur vécu. Mais les participants du groupe se situant dans un stade avancé de la maladie, il leur était difficile de mettre des mots sur leurs ressentis lorsqu'ils y étaient sollicités (poncifs, redondance des propos...).

Lorsque l'atelier s'est terminé, j'ai pu réfléchir aux différents moyens d'évaluation de l'impact du jeu dramatique sur le sentiment identitaire de la personne âgée malade. Comme je l'ai expliqué précédemment, en I.1., un bilan psychomoteur réalisé avant et après l'atelier aurait pu nous indiquer d'éventuels changements dans les attitudes des patients du groupe. Mais peu de bilans psychomoteurs présentent des items en lien direct avec la notion d'identité. Se pose alors la question de la création d'un test ou d'une grille spécifiques à l'évaluation du sentiment identitaire, répertoriant différentes questions susceptibles de nous informer sur le vécu du patient : comment se sent-il dans son corps ? comment se perçoit-il ? de quelle manière se décrirait-il actuellement ?...

Ces questions m'ont évoqué alors l'éventualité d'une prise en charge en cothérapie avec la psychologue de l'Accueil de Jour, afin de déchiffrer au mieux les verbalisations du patient.

IV. Implication personnelle

Mon souhait de mettre en place un groupe de jeu dramatique afin d'évaluer l'évolution du sentiment identitaire des patients malades a donné lieu à de nombreuses interrogations et doutes. Dans cette partie, je détaille mes propres ressentis avant, pendant et à l'issue de l'atelier de jeu dramatique.

Puis j'aborde la relation que j'ai entretenue avec ma maître de stage, relation très porteuse et enrichissante, venue ôter mes doutes ou apporter des réponses quant à mon point de vue sur cet atelier de jeu dramatique.

IV.1. Vécu personnel

Avant de débiter l'atelier de jeu dramatique, je m'attendais à ce que l'exercice des pressions soit plus facile. En effet, dès les premières séances, j'ai proposé aux patients de l'effectuer les yeux fermés. Rapidement, je me suis rendue compte de la difficulté de la consigne, et j'ai choisi de conserver cette proposition mais en suggérant aux patients de garder les yeux ouverts. Ce n'est qu'au fil des séances qu'elle a pu être réalisable les yeux fermés.

Ma seconde attente concernait la constitution de saynètes. Face aux difficultés des patients dans la réalisation de consignes plus simples, j'ai dû réviser cet exercice : Amélie m'a alors suggéré de commencer par des mimes. D'après les verbalisations des patients, et notamment au moment de se présenter, nous avons compris que leur ancien travail occupait une place importante dans leur vécu actuel. C'est pourquoi nous avons décidé d'axer l'exercice sur les métiers. Ce n'est qu'une fois ce travail de mime intégré par les patients que les saynètes ont pu se mettre en place. A ce moment-là, j'imaginai que l'ensemble du groupe aurait pu construire un jeu structuré (avec un début, un milieu et une fin d'histoire), se répartir les rôles de manière spontanée, transposer la scène proposée dans l'espace scénique... Or, peut-être du fait de leur désorientation spatio-temporelle, certains patients se sont trouvés en difficultés quant à la structuration et la cohérence d'une scène à jouer. J'ai alors compris que, là aussi, la répétition serait de mise. De plus, les saynètes créées pendant le dernier mois de jeu me semble à poursuivre.

A l'image du mime, la répétition des propositions à jouer me paraît importante pour que leur mise en place soit plus complète et aboutie.

Au début des séances de jeu dramatique, la frustration a été mon sentiment le plus prégnant. En effet, il m'a été difficile d'exploiter les mêmes exercices jusqu'à ce que les patients se les approprient. J'ai souvent eu envie de modifier ne serait-ce qu'un détail de la séance (changer d'objet, proposer d'autres métiers...) pour éviter qu'ils s'ennuient et se lassent. Après en avoir discuté avec Amélie à l'issue d'une séance, j'ai compris que la répétition était nécessaire pour ce type de population. Il était de mon ressort d'estimer si un changement était bienvenu ou non au sein de la séance, d'après ce que me montraient les participants.

De plus, je me suis souvent questionnée sur la façon de mettre en exergue les différents pans de l'identité des patients via mes propositions de jeu. L'identité n'est pas la notion psychomotrice par excellence mais elle est travaillée de manière indirecte par de nombreux exercices, que ce soit par la médiation du jeu dramatique ou une autre ; en Accueil de Jour, l'identité de la personne âgée est appréciable à longueur de temps (qualité du discours pendant les moments d'échanges, sollicitation aux activités proposées...).

Pour finir, mon identité de stagiaire ne m'a pas décrédibilisée vis-à-vis des patients qui auraient pu se montrer moins tolérants. J'ai pu me préparer à mon identité de future psychomotricienne dans des conditions très favorables, Amélie étant toujours soutenante dans ma pratique.

IV.2. Relation duelle avec Amélie

Pendant les séances de jeu dramatique et lors de temps moins formels, Amélie s'est montrée contenante et très disponible pour répondre à mes nombreuses interrogations concernant ma pratique.

Au sein de la séance-même de jeu dramatique, Amélie a pu recadrer le groupe dans des moments d'égarement ou d'agitation. Pour ce faire, connaissant de manière relativement précise l'histoire de vie des patients ainsi que leurs relations à leur entourage, elle a pu employer des termes adaptés et non déplacés.

Compte tenu de ma moindre expérience professionnelle et de mon manque de connaissances quant à l'histoire de vie du patient et de son entourage, j'estime que je n'aurais pas su recadrer le groupe de cette manière, ferme mais bienveillante. L'observation de son professionnalisme me sera utile dans ma pratique future.

De plus, Amélie m'a offert un espace suffisant pour que je puisse investir de manière la plus complète mon rôle de stagiaire psychomotricienne. Lorsque je lui faisais part de mes idées d'exercices, elle n'a jamais porté de jugement de valeur sur celles-ci et m'a toujours accompagnée et encouragée dans ma démarche d'amélioration des séances.

En outre, à plusieurs reprises, ma maître de stage a dû s'absenter. J'ai donc pu expérimenter, seule, le travail en groupe, soutenue par sa confiance. Ces expériences m'ont permis de me confronter directement à la clinique institutionnelle, sans son aide. J'ai pu constater que, malgré la théorie qui m'a été enseignée, la pratique que j'ai rencontrée sur mon lieu de stage a été différente et parfois plus compliquée que ce à quoi je m'attendais. Mais ce stage a renforcé ma conviction que le meilleur moyen d'apprendre et de progresser reste de tirer des conséquences de ses difficultés, voire de ses erreurs.

Cependant, je pense que toute relation avec des pairs, dont le bagage professionnel est évidemment plus solide, implique des appréhensions voire des craintes. Ma principale inquiétude a été de proposer des exercices de jeu trop difficiles pour le patient, qui se serait trouvé en échec. Amélie me laissant diriger les séances, il aurait été possible que je me trouve face à ce type de situation.

De plus, nous nous sommes appliquées à être fluides dans nos interpellations et nos interventions. Pour ne pas que les patients aient à intégrer trop d'informations à la fois, nous avons dû faire preuve d'une écoute et d'un regard attentifs. Positionnées en face à face pour permettre cette communication, nous pouvions à tout moment signaler de manière non-verbale une difficulté ou simplement un questionnement.

Mais ces craintes et ces appréhensions ont pu être levées grâce à la disponibilité de ma maître de stage. En effet, à l'issue de chaque séance de jeu dramatique, sans la présence des patients, nous nous retrouvions dans le but de verbaliser non-seulement l'observation des attitudes de chaque participant, mais aussi nos questionnements ou nos doutes :

comment affiner les propositions de jeu d'une semaine à l'autre, redéfinir les liens entre la théorie que j'ai reçue et mon expérience pratique vécue à l'Accueil de Jour, déposer mon sentiment de frustration quant à la répétition des propositions de jeu ...

IV.3. Questionnements

IV.3.1. Atelier « Jouons ensemble » : une durée minimum ?

La mise en place de l'atelier de jeu dramatique, son dispositif et son fonctionnement ont été source de nombreuses questions. Je me suis notamment interrogée sur les conclusions théorico-cliniques, nécessaires à la confection de ce mémoire, qui ont pu en être tirées sur du si court terme, à savoir cinq mois.

En effet, c'est au bout d'environ deux mois de jeu que le groupe a pu trouver sa dynamique propre. C'est sur cette base solide qu'ont pu s'élaborer des échanges relationnels et une communication verbale et non-verbale efficaces.

De plus, ce n'est qu'autour du troisième mois que Madame D. et Madame L. ont pu mettre en exergue leur identité personnelle. Habituellement collées à leur fonction professionnelle, c'est à ce moment-là qu'elles ont pu s'en détacher.

Pour finir, la mise en place du mime et de la constitution de saynètes n'a été possible qu'au bout de quatre mois. Or, c'est au cours de ce type de jeu que le réinvestissement corporel et la revalorisation narcissique du patient ont été les plus intéressants à travailler et à évaluer.

En résumé, ce n'est qu'à la fin de mon stage que l'identité la plus personnelle de Madame D. et Madame L. a directement été accessible. Je pense donc que le jeu dramatique est une médiation qui a un impact sur l'évolution identitaire du sujet âgé. Mais dans la mesure où cet atelier peut être poursuivi lorsque je quitterai les lieux de mon stage, ne serait-il pas davantage intéressant d'observer l'évolution du groupe et son sentiment d'identité l'an prochain, au bout d'un temps de pratique plus long ?

IV.3.2. Atelier « Jouons ensemble » : pour quels patients ?

D'autres interrogations ont concerné le type de population le plus à même de participer à un atelier de jeu dramatique. Le groupe de jeu constitué, nous l'avons vu plus haut, a été relativement disponible et participant. Aucun de ses membres n'a fait preuve d'incompréhension ou d'opposition. Dans le cas où cette médiation aurait été proposée à un groupe de patients plus autonomes, qu'aurait-on pu en attendre ?

D'abord, il me semble que ce type de population aurait eu des capacités cognitives davantage préservées. De ce fait, une meilleure compréhension des consignes aurait pu permettre aux participants de se saisir plus rapidement des propositions de jeu (abstraction, « faire semblant »). De plus, la préservation de leur communication verbale et non-verbale aurait permis au groupe d'avoir des échanges plus vifs et cohérents.

Mais à l'inverse, une meilleure cognition aurait peut-être empêché les patients de faire preuve de lâcher-prise, inhérent à la pratique du jeu dramatique. Cette difficulté aurait pu être source d'incompréhensions et de questionnements quant à l'intérêt de cet atelier pour eux. Les patients auraient pu se sentir infantilisés par certaines propositions et se montrer alors hostiles au jeu dramatique. Dans ce cadre, cette médiation n'aurait pas été adaptée.

IV.3.3. Atelier « Jouons ensemble » : quelles limites ?

IV.3.3.1. Pour les soignants

Selon C. Potel, « c'est le corps même du thérapeute (et son investissement) qui va constituer l'axe de la thérapie⁶⁰. » Grâce au travail psychocorporel proposé par notre formation, nous sommes sans cesse à l'écoute de nos propres sensations et émotions. Notre engagement dans le groupe, dans la relation thérapeutique nous permet de contenir et de soutenir l'implication des patients. A l'inverse, si le psychomotricien ne se montre pas disponible psychiquement et corporellement, son vécu peut d'emblée empêcher l'expérimentation du jeu dramatique.

⁶⁰ Catherine Potel, 2006, p. 36

Il me semble donc indispensable de faire preuve d'une authenticité, d'une disponibilité corporelle et d'une grande écoute afin de renvoyer « une qualité de présence particulière⁶¹ », permettant aux patients ce lâcher-prise nécessaire à la pratique du jeu dramatique.

IV.3.3.2. Pour les patients

Lorsque j'étais en stage en Accueil de Jour, il m'a semblé important d'observer l'attitude de chacun des patients pris en charge par cette institution. Mes observations m'ont conduit à penser que les troubles du comportement ou les troubles psychotiques de certains patients pouvaient constituer une limite quant à la pratique du jeu dramatique.

Illustration clinique

Madame A. est une dame qui a toujours eu l'habitude de se faire servir. Lorsqu'on la sollicite pour participer aux activités de la vie quotidienne, elle se montre interrogative, se demandant pourquoi elle devrait nous aider. Si je lui avais proposé de participer à l'atelier de jeu dramatique, je pense qu'elle aurait pu se montrer opposante, questionnant l'intérêt de ce type d'atelier pour elle.

De la même manière, les hallucinations visuelles et auditives de Madame Y. l'empêchent de rester ancrée dans la réalité. Lorsque l'on s'adresse à elle, cette patiente ne semble pas voir son interlocuteur ou alors se lance dans une logorrhée difficile à comprendre et à gérer. Sa participation à un groupe de jeu dramatique me semblerait compromise du fait de ses hallucinations.

⁶¹ *Ibid.*

Pour conclure, à l'issue de mon stage, quelques interrogations subsistent. Si un bilan psychomoteur avait été proposé à l'ensemble des patients de l'Accueil de Jour, aurait-on pu mettre en place un groupe à la même dynamique ? Celui avec et dans lequel j'ai pu évoluer m'a permis d'expérimenter mon statut de future psychomotricienne dans un climat convivial et un cadre facilement malléable.

De plus, aurais-je pu user d'autres suggestions de jeu pour aborder la notion d'identité de manière plus directe, et ce au décours des premiers mois de l'atelier ? Peut-être la répétition est-elle systématiquement de mise pour travailler avec une population souffrant d'un syndrome démentiel. Je resterais désireuse de participer de nouveau au groupe qui s'est constitué cette année, mais ce d'ici plusieurs mois voire un an : avec une distance et un temps plus longs, il se pourrait que mes observations soient davantage objectives quant à l'impact du jeu dramatique sur le sentiment d'identité de la personne âgée malade.

CONCLUSION

Avoir mené un atelier de jeu dramatique en Accueil de Jour m'a permis d'observer l'évolution de l'identité de patients atteints de troubles cognitifs. Aborder cette problématique était ambitieux. D'une part, le temps imparti pour réaliser cet atelier a été bref pour répondre de manière complète et précise à la problématique. J'ai pu tout de même observer que les deux patientes dont j'ai étudié l'évolution avaient conservé différents aspects de leur identité malgré les vicissitudes de la maladie. En revanche, ce n'est qu'à la fin de l'atelier que j'ai relevé quelques éléments suggérant un renforcement de leur identité : un travail sur un plus long terme aurait pu me permettre de le confirmer.

D'autre part, l'identité est une notion psychomotrice difficilement appréciable en raison de la subjectivité de son évaluation. En effet, il n'a pas été possible d'effectuer un bilan psychomoteur avant et après l'atelier de jeu dramatique dans le but de les comparer et d'observer une éventuelle évolution. De plus, il n'existe pas de grille d'observation étalonnée et spécifique à l'évolution de l'identité chez la personne âgée malade. J'ai donc dû m'appuyer sur mes propres observations pour affiner ma prise en charge. Mais leur subjectivité a pu biaiser l'évaluation de l'impact du jeu dramatique sur l'identité de ces personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Je suppose que si une autre stagiaire psychomotricienne ou si un autre professionnel de santé avait mis en place cet atelier de jeu dramatique, leurs observations auraient été différentes.

Néanmoins, bien que mon souhait de vouloir questionner l'identité de la personne âgée par le jeu dramatique soit ambitieux, je pense y avoir répondu tant à travers la mise en place de cet atelier qu'à travers ma réflexion théorico-clinique : cette médiation peut permettre à ce public de maintenir et de valoriser son identité personnelle.

L'approche du jeu dramatique mérite d'être améliorée car la socialisation, le maintien de la communication verbale et non-verbale, le réinvestissement corporel et la revalorisation narcissique qu'il permet me semblent être fondamentaux pour renforcer le sentiment identitaire de ce type de population.

Dans ce souhait de perfectionnement, il me semblerait opportun de poursuivre l'atelier de jeu dramatique mis en place cette année. Peut-être que la présence d'autres professionnels, dont les apports théoriques et cliniques seraient complémentaires de ceux du psychomotricien, permettrait d'affiner le dispositif de cette pratique ?

En psychomotricité, ce sont ces questionnements, ces remaniements et ces adaptations inhérents à ce travail effectué en gériatrie, mais applicables à d'autres populations de patients, qui me confirment qu'elle est une discipline d'une richesse et d'un enseignement remarquables.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

ALBARET J.-M. (2001), « Introduction aux troubles psychomoteurs et à leur mise en évidence », dans ALBARET J.-M., GIROMINI F., et SCIALOM P. (sous la direction de), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Marseille, Solal, p.253-286.

ANDRE C. (1999), *L'estime de soi - S'aimer pour mieux vivre avec les autres*, Paris, Odile Jacob.

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

ATTIGUI P. (2012), *Jeu, transfert et psychose - De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique*, Paris, Dunod.

BOGOUSSLAWSKY J., LEGER J.-M. et MAS J.-L. (2002), *Démences*, Paris, Doin, 2008.

CARRIC J.-C. (2001), *Lexique du psychomotricien*, Paris, Vernazobres-Grego.

COSTE J.-C. (1989), *La psychomotricité*, Paris, Presses Universitaires de France.

DEFIOLLES-PELTIER V. (2010), *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Paris, Vernazobres-Grego.

DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Editions du Seuil, 1992.

FEIL N. (1994), *Validation mode d'emploi – Techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer*, Paris, Pradel, 1997.

JOULAIN M. (2011), « L'identité des personnes âgées : le poids des normes d'âge, des représentations et des catégorisations sociales », dans PERSONNE M. (sous la direction de), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée – Psychologie et psychomotricité des accompagnements*, Toulouse, Erès, p.17-30.

JUHEL J.-C. (2010), *La psychomotricité au service de la personne âgée – Réfléchir, agir et mieux vivre*, Québec, Pul et Chronique sociale.

KRUCZEK E. et SELLAL F. (2007), *Maladie d'Alzheimer*, Rueil-Malmaison, Doin.

- LAPLANCHE J. et PONTALIS J-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, 2011.
- MAINTIER C. (2011), « Une identité à construire et à conserver », dans PERSONNE M. (sous la direction de), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée – Psychologie et psychomotricité des accompagnements*, Toulouse, Erès, p.33-46.
- MONFORT J-C. (1998), *La psychogériatrie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2011.
- MORENO J.-L. (1965), *Psychothérapie de groupe et psychodrame*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987.
- NASIO J.-D. (2006), *Mon corps et ses images*, Paris, Désir Payot.
- OBERLE D. (1989), *Créativité et jeu dramatique*, Paris, Librairie des Méridiens Klincksieck et Cie.
- PESKINE A. et PRADAT-DIEHL P. (2006), *Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*, Paris, Springer-Verlag.
- PLOTON L. (2001), *La personne âgée – Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, Lyon, Chronique sociale.
- POTEL C. (2006), *Corps brûlant, corps adolescent – Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents ?*, Toulouse, Erès, 2012.
- POTEL C. (2010), *Être psychomotricien – Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Erès.
- ROUDINESCO E. (2005), « Le stade du miroir, histoire d'une archive introuvable », dans J.-M. RABATE (sous la direction de), *Lacan*, Paris, Bayard.
- THOMAS L.-V. (1989), *La question du vieillissement : perspectives psychanalytiques*, Paris, Dunod.
- VANDERHEYDEN J.-E. et KENNES B. (2009), *La prise en charge des démences – Approche transdisciplinaire du patient et de sa famille*, Bruxelles, De Boeck.
- WINNICOTT D.-W (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1992.
- WINNICOTT D.-W. (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 2010.

Revues

BOGOUSSLAVSKY J. et VUADENS P. (2010), Complications neurologiques liées à l'alcool, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Elsevier Masson SAS, Paris), Neurologie, 17-161-B-10.

DELACOURTE A., CAMPION D. et DAVOUS P. (2007), Maladie d'Alzheimer, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Elsevier Masson SAS, Paris), Neurologie, 17-056-A-15.

DESCHAMPS R., MOULIGNIER A. et VIRET A.-C. (2011), La mémoire et ses troubles, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Elsevier Masson SAS, Paris), Neurologie, 17-035-B-20.

Expertise collective (2007), *Maladie d'Alzheimer, enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*, Les éditions de l'INSERM, Paris.

Haute Autorité de Santé (2010) a, *Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée*, Document d'information pour les professionnels de santé.

Haute Autorité de Santé (2010) b, *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels*, Recommandation de bonne pratique, Argumentaire.

Haute Autorité de Santé (2011) a, *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*, Recommandation de bonne pratique.

Haute Autorité de Santé (2011) b, *Réévaluation des médicaments indiqués dans le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer*, Rapport d'évaluation, Commission de la transparence.

Haute Autorité de Santé (2009), *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, Recommandation de bonne pratique.

Haute Autorité de Santé (2012), *Place des médicaments du traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer*, Bon usage du médicament.

Organisation Mondiale de la Santé (2002), *Viellir en restant actif : cadre d'orientation*, Genève.

PITEL A.-L. (2009), Le syndrome de Korsakoff revisité, *Revue de neuropsychologie*, volume 1, N°1, pp. 84-89.

Mémoires en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien

CARLES H. (2012), *Psychomotricité et démence type Alzheimer : du jeu dramatique au je incarné*, référent de mémoire : Joëlle Villain.

ANNEXES

Annexe 1. Critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer, DSM-IV-TR

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 antérieurement) ;

2. une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :

a. aphasie (perturbation du langage)

b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des 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 (par exemple : maladie cérébrovasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale) ;

2. à des affections générales pouvant entraîner une démence (par exemple : 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 syndrome confusionnel.

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (par exemple : trouble dépressif majeur, schizophrénie).

Codification fondée sur la présence ou l'absence d'une perturbation cliniquement significative du comportement :

Sans perturbation du comportement : si les troubles cognitifs ne s'accompagnent d'aucune perturbation cliniquement significative du comportement.

Avec perturbation du comportement : si les troubles cognitifs s'accompagnent d'une perturbation cliniquement significative (par exemple : errance, agitation) du comportement.

Préciser le sous-type :

À début précoce : si le début se situe à 65 ans ou avant.

À début tardif : si le début se situe après 65 ans.

Annexe 2. Projet initial de jeu dramatique

Objectifs des séances :

L'utilisation du jeu dramatique en psychomotricité présente plusieurs intérêts. En effet, il s'agira de travailler ici sur :

- l'**expression corporelle** et la **communication non-verbale** via les mimiques, la gestuelle, la posture, le tonus ;
- le **schéma corporel** sollicité par le mouvement et la sensibilité proprioceptive et kinesthésique ;
- le **geste** et le **mouvement** ;
- l'**espace**, délimité par la disposition des participants ;
- le **temps**, par la succession logique des actions, des événements de la séance
- le **rythme** grâce aux dialogues et aux échanges entre les participants ;
- l'**attention**, l'écoute de l'autre ;
- la relation et les **interactions groupales** (enveloppe sécurisante donc confiance et lâcher-prise) ;
- la **stimulation cognitive** avec l'exercice de la mémoire, la créativité, l'imagination, les représentations mentales ;
- le **faire-semblant** et l'imitation en prenant l'initiative de « jouer le jeu » ;
- le langage corporel des **émotions** ;
- la prise d'assurance, l'affirmation de soi devant ses partenaires, la **revalorisation** de l'image corporelle ;
- la **mise en mots** du vécu des différentes situations proposées ;
- les sensations de **plaisir** et d'amusement dans le jeu ;

Fréquence et durée : ces séances de théâtre improvisé impliquent un réel engagement de la part du patient. Elles auraient lieu à raison d'une fois par semaine, pendant quarante-cinq minutes.

Nombre de patients : quatre participants (pour laisser la possibilité à un nouvel admis de participer) et deux thérapeutes dans le but de maintenir l'homogénéité du groupe si un patient est absent. Afin d'obtenir son adhésion totale, il sera proposé d'essayer cet atelier sur trois séances, à l'issue desquelles il fera le choix de poursuivre ou non.

Disposition et espace de jeu : en cercle, pour éviter la situation anxiogène d'être sous le regard de tous les participants. Je propose de travailler dans la petite salle pour créer un environnement, un espace dédié à ces séances de jeu théâtral. L'espace y est en effet précisément délimité, et cette contenance matérielle ne peut être que bénéfique au groupe. Si cet espace s'avère anxiogène car trop confiné, j'envisagerai alors de travailler dans la salle d'accueil, que je tenterai d'aménager de manière adéquate à nos séances.

Propositions d'exercices pour la première séance :

- **Echauffement** : il donne la possibilité à chacun de se voir, de se connaître et de se reconnaître. L'échauffement peut débuter par l'utilisation d'un ballon, d'un objet agréable au toucher. Il circule selon un ordre précis au départ et chacun des participants nomme la personne à qui il donne le ballon. Puis le ballon circule dans le désordre. Les patients peuvent donc être amenés à utiliser leur corps pour se déplacer. Un temps de verbalisation est laissé au groupe à l'issue de cet échauffement.

Eléments observables : compréhension de la consigne, qualité de l'écoute et du regard, mode de préhension de l'objet, qualité du langage oral, implication corporelle et régulation tonique, présence de réactions émotionnelles, capacités mnésiques, verbalisations.

- **Exercices** : dans un premier temps, un objet circule dans le cercle selon la proposition suivante : « Imaginez que cet objet est brûlant/lourd/précieux/coulant/bruyant/...et donnez-là à la personne située près de vous/à la personne de votre choix. ». Dans un second temps, l'objet doit être imaginé et remplacé par un objet ayant une forme similaire. Par exemple, un bâton peut se transformer en brosse à dents, en stylo, en téléphone,... Puis, cet objet pourra être visualisé comme un autre objet ayant une forme tout à fait différente : un coussin, un livre, un miroir,... Un temps de verbalisation est laissé au groupe à l'issue de ces exercices.

Eléments observables : compréhension de la consigne, qualité de l'écoute et du regard, mode de préhension de l'objet, qualité du langage oral, implication corporelle et régulation tonique, présence de réactions émotionnelles, capacités mnésiques, verbalisations, ainsi que la qualité du faire-semblant, l'utilisation de l'imaginaire, le passage de la station assise

à debout, la qualité de l'équilibre et de la marche, les interactions/échanges entre les patients eux-mêmes et entre les patients et les thérapeutes.

- **Temps de reprise sensorielle** : il permet à l'ensemble du groupe de quitter l'imaginaire et le faire-semblant dans lequel il se trouve, de sortir du jeu. Un à un, chaque participant est invité à rejoindre une des deux soignantes. Ensemble, et hors de la vue du groupe, ils choisissent de modifier un détail de l'apparence du patient (enlever un bijou, retrousser une manche, ôter des lunettes...). Puis le binôme regagne le cercle, le patient se positionne face au groupe de sorte que ce dernier puisse trouver le changement opéré.

Eléments observables : compréhension de la consigne, implication corporelle et régulation tonique, verbalisations, ainsi que les capacités attentionnelles, les capacités sensorielles restantes, la qualité du toucher, l'utilisation de la voix, la qualité de la communication et des interactions physiques entre les participants.

NB : il est important d'insister sur le fait que chaque séance est modulable en fonction de la disponibilité de chacun des participants et donc de la dynamique de groupe. De plus, une proposition, un matériel de jeu peut être utilisé sur plusieurs séances dans la mesure où il est décliné de différentes manières et où son utilisation est décortiquée. Cette répétition donne le temps au patient de se familiariser, de s'habituer à ces objets, ces situations de jeu.