



**”Bouger pour continuer d’exister” : lecture
psychomotrice des comportements moteurs répétitifs de
personnes atteintes de démence de type Alzheimer en
EHPAD**

Victor Viaud-Bessonnet

► To cite this version:

Victor Viaud-Bessonnet. ”Bouger pour continuer d’exister” : lecture psychomotrice des comportements moteurs répétitifs de personnes atteintes de démence de type Alzheimer en EHPAD. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01018686

HAL Id: dumas-01018686

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018686>

Submitted on 4 Oct 2014

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

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

« Bouger pour continuer d'exister »

Lecture psychomotrice des comportements moteurs répétitifs de personnes atteintes
de démence de type Alzheimer en EHPAD.

VIAUD-BESSONNET Victor
Né le 21 février 1992 à Challans
Juin 2014

Remerciements

Merci à ma maitre de stage pour sa présence attentive et la richesse de ses observations.

Je remercie aussi ma maitre de mémoire pour avoir fait émerger l'organisation dans mes questionnements.

Un grand merci à mes parents et à ma famille d'être présent et de m'avoir toujours soutenu dans mon projet professionnel.

Je tiens à remercier mes colocataires pour leur soutien et pour cette ambiance propice à l'effusion intellectuelle. Cette année restera mémorable.

Je n'oublierais pas mes amis, que je remercie pour les moments distrayants, mais aussi pour leurs conseils avisés.

Enfin, merci à Médéric pour sa relecture patiente et avisée.

Pour finir, je remercie la promo 2011 pour ces trois années formidables. En espérant que notre parcours professionnel soit à la hauteur de nos années d'étude.

Sommaire

Introduction	1
Partie théorique	5
I. La démence de type Alzheimer	6
A. Hypothèses étiologiques	7
B. Description clinique	13
II. Le schéma corporel	29
A. Historique du concept de schéma corporel	30
B. Importance de certains facteurs dans l'intégration du schéma corporel, parallèle avec la pathologie démentielle	35
III. Du schéma corporel au sentiment d'existence	46
A. Différents auteurs	48
B. Les essais de synthèse	56
Partie théorico-clinique	59
IV. Les particularités du vécu en EHPAD	61
A. Des sensations nouvelles	62
B. Modifications des schèmes moteurs	66
V. Méthodologie de prise en soin	69
A. Accompagnement par le toucher	70
B. Accompagnement par le mouvement	73
C. Conclusion	75
Conclusion	76
Bibliographie	79

Introduction

Nous les appelons seniors, doyens, aînés, ... Eux, se surnomment les vieux, les anciens. Aujourd'hui, un français sur six a plus de 65 ans et la population française continue de vieillir «sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations nombreuses du baby-boom»¹. Cette vision démographique du vieillissement est souvent relayée dans les médias, associée à la crainte socio-économique que représente les aînés, non adaptés aux valeurs prédominantes de la société occidentale contemporaine : indépendance, productivité,... Comme à l'écart de la vie sociale, les seniors ont pourtant beaucoup à nous apprendre.

« Maladie d'Alzheimer », vocable entré dans le langage courant, renvoie souvent à une image sordide, presque dantesque du vieillissement. Cette maladie, très médiatisée, a eu la primauté de 2 plans ministériels successifs. Les travaux sur un nouveau plan concernant les maladies dégénératives ont commencé fin 2013. En effet, il est estimé à 6 millions le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en Europe².

C'est dans ce contexte que notre parcours de formation en psychomotricité nous conduit à explorer le monde de la gériatrie par un stage en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). A la suite de ce stage, un sentiment de frustration de ne pas avoir pu approfondir une pratique psychomotrice globale m'a poussé à continuer un stage long dans le même établissement.

Pourquoi ce sujet de mémoire ?

Lors d'une visite de la salle commune aux personnes très dépendantes, je me suis arrêté à la rencontre d'une dame qui avait retenu mon attention en secouant son index en l'air. Très peu dans la communication, elle frottait l'un de ses mains sur la table en suivant les bords. De manière indélicate je lui demande si elle caresse la table. J'ai pensé que ce geste était peut-être un

¹ Bilan démographique 2010 INSEE

² www.plan-alzheimer.gouv.fr

geste répété toute au long de sa vie (dans sa pratique professionnelle ou personnelle). Un kinésithérapeute passant dans le couloir me dit que ces comportements moteurs sont fréquents dans les démences de type Alzheimer mais on ne sait pas d'où elles viennent.

C'est à partir de cet événement que je me suis intéressé aux comportements moteurs aberrants qui sont un trouble du comportement pouvant intervenir dans la démence de type Alzheimer. Mes recherches et réflexions m'ont amené à formuler l'hypothèse que ces mouvements, décrits comme sans but, pouvaient avoir une fonction de stimulation du système perceptif, afin de recréer une cohérence dans le schéma corporel atteint par la démence de type Alzheimer.

Comment en suis-je arrivé à cette réflexion ?

La démence de type Alzheimer étant une maladie neurologique, elle touche les fonctions supérieures (praxies, gnosies, langage,...). En côtoyant des personnes atteintes de cette démence, ma première impression a été qu'elles sont toujours en recherche, en recherche de leurs mots, de leurs souvenirs, de leurs vies passées mais aussi à la recherche de sensations. Par quels moyens recherchent-elles ces sensations ?

Le plus frappant la première fois que l'on entre dans un EHPAD est de voir des personnes âgées marcher sans cesse, faisant les cents pas en allant et venant dans le même couloir pendant plusieurs heures. La déambulation est le comportement moteur aberrant le plus flagrant et de surcroît, le plus connu des professionnels en gérontologie. Néanmoins, à l'observation, des personnes âgées qui semblent pourtant sereines peuvent présenter des mouvements stéréotypés comme le frottement des mains ou le battement des pieds. A l'extrême, la personne ne peut plus rester en place, elle est toujours en mouvement, se balance et peut même se faire tomber de son fauteuil si elle est dans l'incapacité de tenir debout. Quelles sensations sont recherchées dans ces mouvements répétés ?

De prime abord, la proprioception est recherchée par ces mouvements. A y regarder de plus près, même immobilisées dans un fauteuil, certaines personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer se balancent sans bouger les membres. On peut y voir une recherche de stimulation

vestibulaire. De plus, les mouvements de frottements des mains sur une surface dure ou sur le visage peuvent préfigurer une recherche de stimulations sensibles.

Or selon Ajuriaguerra : « édifié sur des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remanié des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »³.

Peut-on voir, dans les troubles comportementaux moteurs de la démence de type Alzheimer, une recherche de continuité du schéma corporel ?

Dans le contexte de la démence de type Alzheimer, le schéma corporel, étant coupé des « données du passé » par l'atteinte mnésique, la recherche de stimulation peut-elle être extrapolée à la recherche du sentiment d'existence ?

Nous allons essayer d'étudier la démence de type Alzheimer sous différents angles puis nous développerons différentes définitions du schéma corporel pour éclairer par la suite le concept de sentiment d'existence. La partie théorico-clinique nous aidera à dégager des pistes de travail pour le psychomotricien face à des aînés atteints d'une démence de type Alzheimer avec des troubles du comportement moteur.

³ Ajuriaguerra J. De. *Manuel de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Masson 1974

Partie théorique

I. La démence de type Alzheimer

Le mot « démence » vient du latin *dementia* signifiant privé d'esprit, d'intelligence⁴ ; comme si la personne atteinte d'Alzheimer n'avait plus d'esprit et était régit par un fonctionnement automatique, instinctif. C'est en 1906 qu'Aloïs Alzheimer rapporte les différents symptômes de cette maladie, Kraepelin en fera plus tard une entité nosologique à part entière et lui donnera le nom d'Alzheimer.

La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-dégénérative, c'est-à-dire qu'elle entraîne des déficits acquis (rupture avec le fonctionnement habituel) qui vont se développer dans le sens d'un déclin. La maladie d'Alzheimer est déterminée par une atteinte de la substance grise du cortex cérébral. Néanmoins, les causes de cette maladie ne sont pas connues, de même que les mécanismes qui la sous-tendent. Le seul diagnostic certain ne peut se faire que post-mortem avec un examen anatomo-pathologique du cerveau. C'est pourquoi la nosographie de cette maladie est établie selon des critères statistiques. C'est pour cette raison que je préfère parler de démence de type Alzheimer, laissant la place au doute et à la complexité.

Nous allons commencer par passer en revue les différentes hypothèses étiologiques de la démence de type Alzheimer pour terminer par une description de cette démence. Bien qu'artificielle, elle nous sera utile dans la compréhension des processus en présence chez les personnes atteintes.

⁴ Centre National de Ressource Textuelle et Lexicale (www.cnrtl.fr)

A. Hypothèses étiologiques

Les différentes hypothèses de l'origine de la démence de type Alzheimer dans la littérature ne font jamais consensus. Nous allons essayer de passer en revue les plus fréquentes. Nous allons commencé par décrire les mécanismes neurobiologiques sous-tendant les atteintes au niveau cérébral, puis, nous étudierons les hypothèses psychanalytiques les plus répandues.

1. Les hypothèses neurologiques

La physiopathologie de la démence de type Alzheimer présente des modifications cérébrales liées à la mort neuronale progressive avec accumulation de la protéine anormale Tau qui fait mourir le neurone. Au niveau cortical, on retrouve des plaques séniles (agrégats de protéines) et une dégénérescence neurofibrillaire. Il en résulte la diminution de la performance des cellules, donc la diminution de la circulation des informations.

a) Au niveau cellulaire

Les dégénérescences neurofibrillaires sont formés d'un amas de protéines Tau qui comprime le neurone et peut le faire mourir. La protéine Tau permet de stabiliser le cytosquelette de la cellule. En interagissant avec la tubuline, elle permet de moduler la stabilité des microtubules des axones. Finalement, elle permet de nouvelles connections entre les neurones. Lorsque ces protéines sont phosphorylées de manière anormale, elles s'enroulent les unes autour des autres créant des filaments en hélice (appelés PHF). Ces hélices déstabilisent les microtubules, compriment le neurone, l'endommagent et provoquent éventuellement sa mort.

Les plaques amyloïdes (ou plaques séniles) sont des amas fibreux qui s'accumulent à l'extérieur de la cellule, ils ont pour centre des peptides bêta-amyloïdes. Les prolongements nerveux

vont s'enrouler autour de ce centre amyloïde. Ces peptides sont le résultat d'un clivage d'une protéine précurseur : l'APP. Ce peptide beta-amyloïde se présente sous forme non soluble, il précipite de micro-inflammations au niveau cérébral.

L'hypothèse dominante pour de nombreux chercheurs est que les plaques amyloïdes sont à l'origine de la démence de type Alzheimer, ils sont appelés les BAPTistes. D'autres chercheurs pensent que c'est l'apparition des dégénérescences neurofibrillaires qui entraîne la démence, ce sont les TAUistes. Une autre hypothèse vient concilier les deux premières, pour certains chercheurs, c'est la synergie entre les deux pathologies qui entraîne les plaques séniles et la mort neuronale.

b) Au niveau cérébral

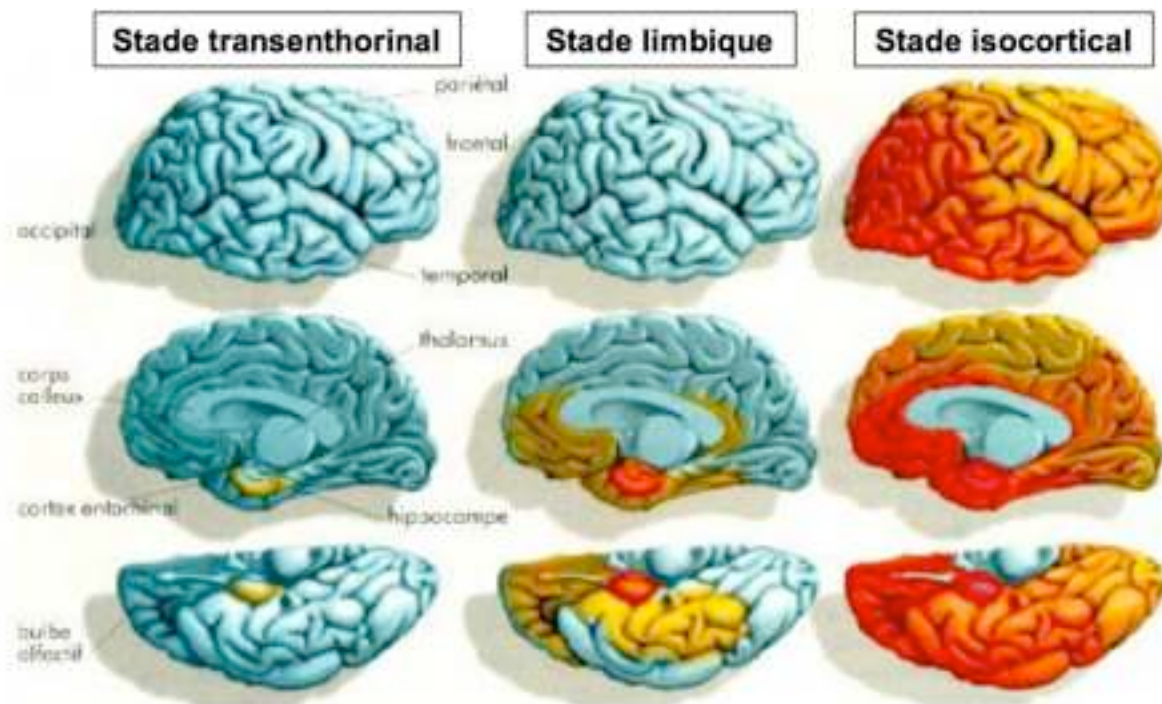
Les causes de la mort neuronale ne font pas consensus dans le monde scientifique. Une des théories consiste à dire que les plaques amyloïdes entraînent une apoptose anormale. L'apoptose est un processus physiologique, génétiquement programmé par lequel les cellules déclenchent leur autodestruction (suicide) en réponse à un signal externe ou interne⁵. Au contact du neurone, les plaques amyloïdes engendreraient un signal transmis à l'intérieur de la cellule, conduisant à une augmentation de la quantité d'ions calcium dans la cellule. Cette hausse du taux d'ions calcium serait à l'origine de l'apoptose.

Cette mort neuronale est à l'origine d'une déplétion des neurones dans le cortex. Certaines études montrent que cette mort cellulaire touche particulièrement les neurones cholinergiques. Il est possible de définir une progression de l'invasion du cortex par les pathologies rencontrées dans la démence de type Alzheimer, les stades de Braak spécifient l'atteinte cérébrale en la divisant en trois périodes. Nous pouvons faire un parallèle entre le développement cortical de la pathologie et l'expression des troubles. De manière prosaïque nous pouvons définir :

- L'atteinte de l'hippocampe comme la cause des troubles de la mémoire.
- L'atteinte du système limbique comme la cause du syndrome aphaso-apraxo-agnosie et des troubles exécutifs.

⁵ Dr Dabernat, *mort cellulaire*, cours PACES

-L'atteinte du néocortex (ou isocortex) comme la cause des troubles du comportement et des troubles neurovégétatifs.



De plus, des symptômes neurologiques peuvent se retrouver dans une démence de type Alzheimer à cause de l'atteinte corticale. Des signes extrapyramidaux se retrouvent fréquemment, en particulier la rigidité provenant d'une hypertonie d'opposition. Cette rigidité peut s'apparenter à des paratonies⁶. Le tremblement d'attitude peut aussi se retrouver dans une démence de type Alzheimer. Pour les déficits sensoriels, la perception olfactive est précocement et sévèrement altérée. Certaines recherches établiraient même cette altération comme marqueur précoce de cette pathologie.

Nonobstant les atteintes cérébrales, une autre lecture peut être donnée à la démence de type Alzheimer, celle de la psychanalyse.

⁶ www.medix.free.fr/cours/maladie-alzheimer-neurologie

2. Les hypothèses psychanalytiques

D'autres lectures non-médicales se sont développées à propos de la démence de type Alzheimer qui prend, selon les théories, des dénominations différentes : thanatose, grands vieillards désorientés, ...

a) Jean Maisondieu

Jean Maisondieu est un psychiatre et pédo-psychiatre. Il s'est attaché à éclaircir les causes de la démence de type Alzheimer en se basant sur des réflexions sociologiques, psychanalytiques et systémiques.

Selon lui, l'angoisse la plus prégnante et qui régit le cours de nos vies est l'angoisse de mort, plus précisément la peur de notre propre décrépitude. Il nous dit qu'il est insupportable d'imaginer notre propre cadavre se décomposer. De plus, la société dans laquelle nous vivons pose la jeunesse comme une fortune à entretenir et la vieillesse comme une étape presque honteuse de la vie. C'est dans ce contexte que certaines personnes vieillissantes ne supportent pas leur propre image qui leur envoie l'idée insupportable de la décrépitude de leur corps, progressant inexorablement vers la décomposition cadavérique. Pour lui, c'est pour se protéger de cette angoisse que certains plongent dans la démence qu'il appelle thanatose. Il définit trois facettes de cette thanatose :

- Le reniement de l'image réelle renvoyée par le miroir entraînerait des symptômes comme l'amnésie, l'aphasie, la non-reconnaissance de soi, des autres, la désorientation, ... «le reniement détruit la pensée dans un effort têtue de négation de l'inacceptable mort»⁷.
- La fécalisation caractériserait le rejet des normes sociales ayant régit toute la vie des individus : la bienséance, la recherche d'argent, la lutte acharnée contre la saleté, ... La fécalisation aboutirait à l'incurie⁸, à l'incontinence mais aussi à une dynamique de dévalorisation du sujet : il méprise son corps réel au profit du corps imaginaire idéal, il se méprise et se néglige.

⁷ Maisondieu J., *le crépuscule de la raison*, Bayard 4ème éd 2001 p.199

⁸ Indifférence et manque total de soin ou d'application dans l'exercice d'une fonction ou dans l'exécution d'une tâche.

-L'automénagement et l'hypervigilance serviraient à la survie du corps, elles résulteraient de la pulsion de vie. Elles auraient pour objectif la conservation, l'idée dominante en est que : plus le dément « fonctionne », prend du plaisir, plus il abîme un organisme déjà fatigué et moins le temps restant à vivre sera long. Les symptômes en seraient l'apathie et le refus des approches thérapeutiques.

b) Naomi Feil

Naomi Feil est titulaire d'une maîtrise de travailleur social. N'étant pas satisfaite des méthodes de prise en charge traditionnelles appliquées aux personnes âgées démentes, elle crée en 1963 la méthode de Validation©.

Cette méthode est basée sur les théories d'Erik Erikson qui a défini des stades psychosociaux de développement. Selon lui, le dernier stade de la vie est la phase de l'intégrité personnelle ou du désespoir. La vieillesse devient un temps de réflexion qui permet un retour sur les événements d'une vie. Lorsque la personne âgée jette un regard sur sa vie et la perçoit comme une suite d'occasions ratées et d'échecs, les dernières années sont remplies de désespoir.

Naomi Feil, quant à elle, définit une étape en-deçà de l'intégrité : la résolution / végétation. Les grands vieillards qui n'ont pas résolu des tâches de vie retournent dans le passé pour les achevés, elle les appelle les grands vieillards désorientés. Elle définit quatre stades de désorientation : la malorientation, la confusion temporelle, les mouvements répétitifs et l'état végétatif. Afin de ne pas les laisser plonger dans un état végétatif, elle précautionne de valider leurs émotions dans une présence empathique pour les aider à poursuivre leur travail de résolution.

c) Marion Péruchon

Marion Péruchon est psychologue clinicienne et psychothérapeute, elle travaille depuis de nombreuses années dans le champ de la gériatrie psychanalytique.

Afin d'expliquer la démence de type Alzheimer, elle se base sur la théorie freudienne, reprise par Green, d'une hiérarchisation : soma → excitation → pulsion → émotion → affect → représentation de chose → représentation de mot → pensée réflexive. « Cela part des sens pour aboutir au sens ». Pour Marion Péruchon, la démence de type Alzheimer peut se lire comme une involution du développement psychique. Ainsi apparaissent l'agnosie et la prosopagnosie : l'affect se délite au profit de l'émotion et de l'agir. Il y a donc un **retour au pôle perceptivo-**

sensoriel et perceptivo-moteur. Le jugement d'existence se défait à en juger par l'effacement des limites intérieur / extérieur. Il en est de même pour le jugement d'attribution : le bon et le mauvais sont soumis au registre affectivo-sensoriel. Après avoir posé cela, M. Péruchon reprend les différentes fonctions du Moi-peau et analyse leur devenir chez des personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer.

Du point de vue étiologique, M. Péruchon a fait le choix de la complexité. Elle fait un parallèle avec le cas de Fritz Zorn, jeune suisse victime d'un cancer qu'il met en lien, suite à une psychanalyse, avec un fonctionnement familial dénué d'affect. Elle définit la démence comme une « déconstruction psychosomatique qui toucherait simultanément appareil mental et réseaux neuronaux. Cela reviendrait en quelque sorte à mourir psychiquement pour ne plus avoir à penser le mal-être ou la douleur. »⁹. Afin de justifier cela, elle se base sur des théories neuropsychanalytiques. Le concept de plasticité cérébrale donne lieu à une réflexion sur l'influence des répercussions de la vie psychique passée sur le cerveau. Premièrement, elle fait un lien entre la rupture des liaisons neuronales et une pathologie du lien lié à la désintrinsication pulsionnelle et deuxièmement, entre l'apoptose et la pulsion de mort. En effet, la démence de type Alzheimer, comme nous avons vu avec Maisondieu, est une défense contre la pulsion de mort, elle entraînerait une attrition¹⁰ due à un désinvestissement.

⁹ Péruchon M., *La maladie d'Alzheimer : entre psychosomatique et psychanalyse*. Dunod 2011 p. 94

¹⁰ Dégénérescence des neurones s'ils ne sont pas utilisés.

B. Description clinique

Après avoir étudié les origines probables de la démence de type Alzheimer nous allons nous attacher à décrire la symptomatologie de cette pathologie. Différente des critères diagnostiques, cette description nous permet d’avoir une vision assez large de l’expression de cette pathologie complexe. En effet, dans le DSM-IV-TR, pour poser le diagnostic de la démence de type Alzheimer, il suffit d’observer une altération de la mémoire associée à une aphasie et/ou une agnosie et/ou une apraxie et/ou des perturbations des fonctions exécutives. Le DSM-V, sortant prochainement en France, rend optionnel l’altération de la mémoire afin de poser ce diagnostic.

Je garderai les 4 sphères mentionnées dans le DSM-IV-TR tout en les explicitant et en y ajoutant les troubles affectifs, émotionnels et comportementaux.

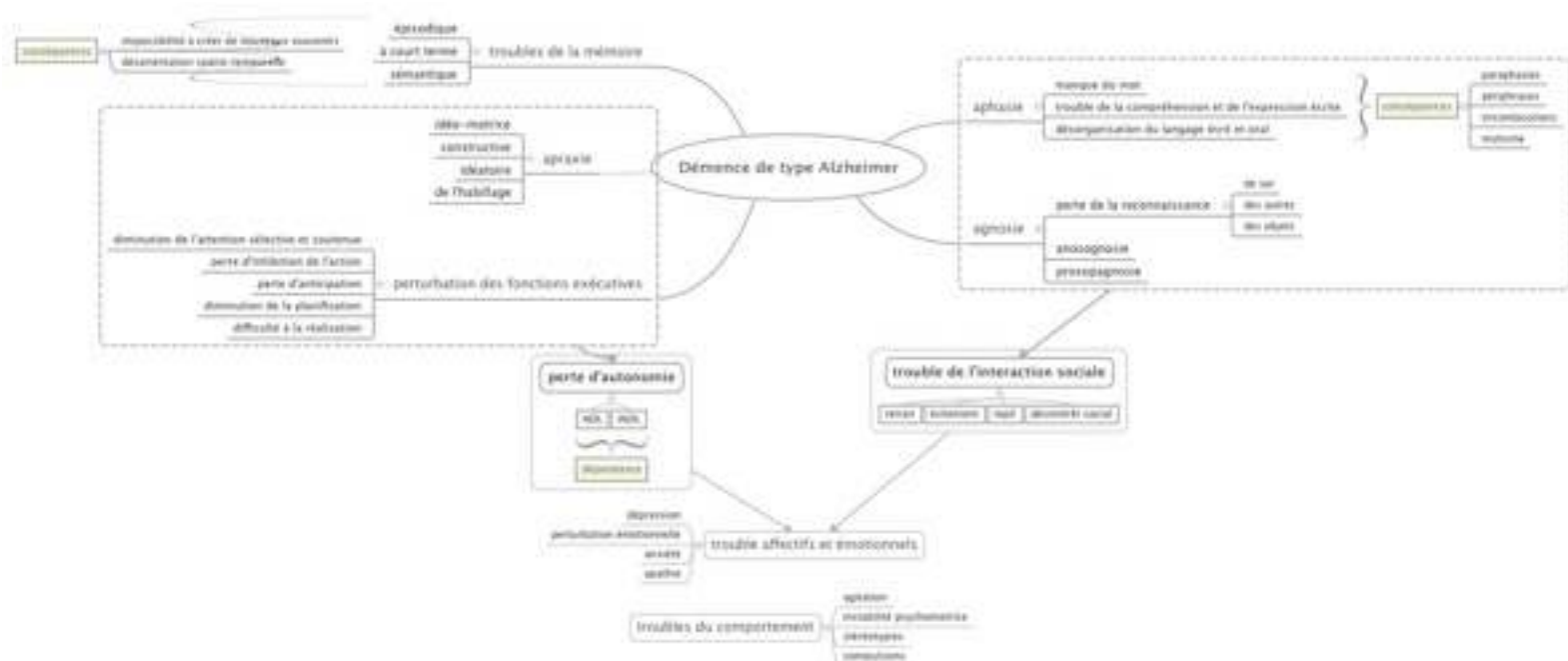


Schéma synthétique des symptômes de la démence de type Alzheimer

1. L'atteinte mnésique

Avant de décrire l'atteinte mnésique propre à la démence de type Alzheimer, attachons-nous à décrire les différents types de mémoires humaines.

a) Description de différentes mémoires

La mémoire humaine est divisée en trois composantes :

- L'encodage : création de la trace mnésique dépendante de la répétition, du contexte et des émotions. L'attention et la motivation peuvent influencer la profondeur de l'encodage et le nombre d'association de l'information.
- Le stockage : transformation de la trace mnésique afin que celle-ci reste en mémoire dans un stock. Le stockage permet de créer des liens avec les informations déjà mémorisées.
- La récupération : une fois l'information enregistrée, il est possible de réactiver ce souvenir par des indices mentaux, d'autres informations en lien avec ce souvenir.

Par ailleurs, il existe de nombreux modèles dans le but de différencier les types de mémoires humaines :

- Le modèle proposant une dichotomie mémoire à court terme / mémoire à long terme (Atkin et Schiffrein) : le registre sensoriel perçoit l'information extérieure, il maintient l'information perçue pendant quelques millisecondes. La mémoire à court terme permet de retenir temporairement l'information, elle est limitée dans le temps et en quantité d'information (maximum 7 emplacements mnésiques). Après être passé par le registre sensoriel et la mémoire à court terme, l'information peut être stockée dans la mémoire à long terme si cette information est pertinente. La mémoire à long terme permet de nous rappeler nos souvenirs lointains, elle peut nécessiter un certain effort pour la récupération de ceux-ci.
- Le modèle SPI (Serial Parallel Independent) de E. Stulving :
 - oLa mémoire épisodique est le souvenir des faits en lien avec le contexte spatio-temporel.

- La mémoire sémantique stocke les connaissances pures, décontextualisées : c'est le savoir. L'information passe de la mémoire épisodique à la mémoire sémantique avec le temps et l'effet de répétition, c'est ce qu'on appelle le processus de sémantisation.
 - La mémoire de travail permet de manipuler le contenu de la mémoire à court terme.
 - La mémoire procédurale porte sur les schèmes moteurs automatisés (habiletés motrices, savoir-faire, les gestes habituels), nous en reparlerons au sujet du schéma corporel. En effet l'intégration au niveau neurologique d'une représentation du corps est préalable à cette aptitude. De plus, les compétences procédurales restent très longtemps mobilisables dans la démence de type Alzheimer.
- La mémoire déclarative / la mémoire non-déclarative (Schacter) : la mémoire déclarative est considérée comme explicite, ce sont des informations que nous sommes conscients d'avoir et que nous pouvons verbalisées. Alors que la mémoire non déclarative est implicite, ce sont des informations retenues de façon non consciente, à un niveau automatique.

Au vu de ces différents modèles, nous pouvons en conclure un schéma synthétique.

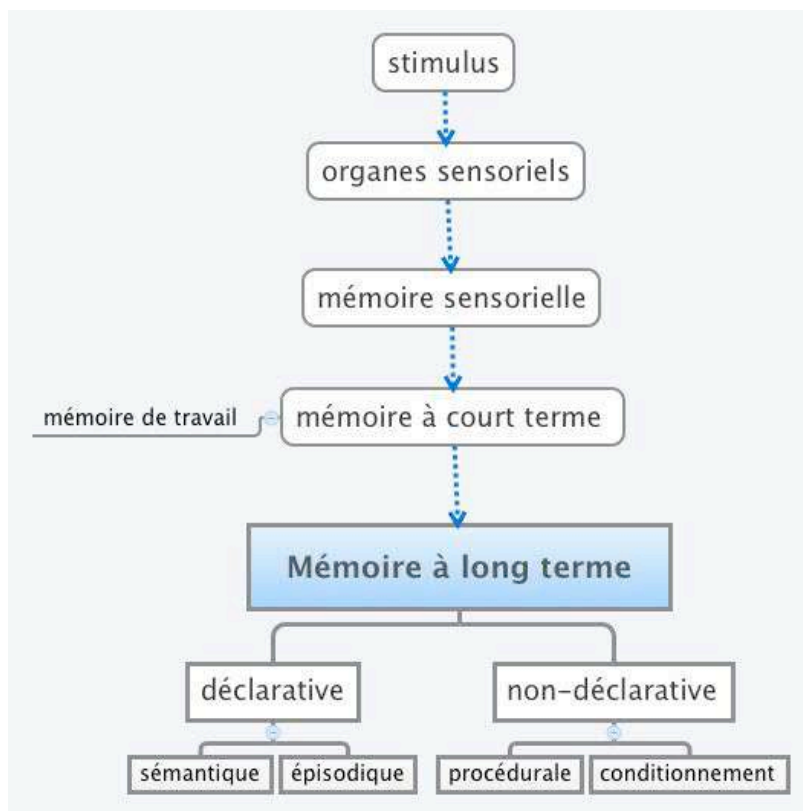


Schéma synthétique des différentes mémoires humaines

b) Les troubles de la mémoire dans la démence de type Alzheimer

En premier lieu, l'altération de la mémoire, chez une personne âgée atteinte d'une démence de type Alzheimer, débute avec la mémoire épisodique dans ses trois composantes. Il devient difficile pour une personne démente de créer de nouveaux souvenirs c'est-à-dire d'encoder et de stocker des informations. Puis l'actualisation de souvenirs plus anciens sera pareillement inaccessible, dans ce cas c'est la récupération qui est affectée.

Ensuite, lors de l'évolution de la pathologie, l'atteinte mnésique se propage à d'autres types de mémoire. La mémoire à court terme est altérée, en effet l'utilisation immédiate de plusieurs informations devient complexe. De plus, la mémoire sémantique est atteinte elle aussi dans les phases avancées de la pathologie, la personne âgée atteinte d'une démence de type Alzheimer oublie les connaissances acquises tout au long de sa vie. Cette dernière perte est à l'origine d'un manque du mot que nous retrouverons dans le syndrome de l'aphasie.

Sous l'effet de l'atteinte mnésique, un symptôme envahissant va apparaître chez les personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer : la désorientation spatio-temporelle. Les personnes ont tendance à se perdre, même dans des endroits familiers et elles n'ont, de la même façon, plus de repères de temps : elles peuvent vivre au présent des souvenirs très anciens. Ce symptôme est très étonnant lorsqu'on y fait face pour la première fois : les personnes atteintes sont extérieures à la réalité concrète et objective créée par les moyens de mesure de temps et d'espace. Néanmoins, lorsqu'on s'intéresse à leur discours, à première vue désorienté, on peut percevoir un réel monde interne cohérent dans l'histoire de cette personne. Les souvenirs se mêlent au moment présent mais, de mon point de vue, reflètent toujours un état interne signifiant pour la personne à ce moment précis.

Mme R, 92 ans, atteinte d'une démence de type Alzheimer à un stade modéré réside dans l'unité protégée parce qu'après le déjeuner tous les jours vers 13h00, elle désire prendre le train. Mme R. est une femme d'une certaine classe sociale et a habité toute sa vie à Caudéran (quartier aisé de Bordeaux). Célibataire, elle a toujours travaillé et était vraisemblablement une femme très active. Dans sa vie et ses habitudes, il est inconcevable de rester toute la journée dans la même pièce, voilà pourquoi cette femme désire prendre le train tantôt pour Bordeaux tantôt pour Paris. En lui expliquant qu'il n'est pas possible pour elle de quitter l'établissement dans lequel elle réside maintenant, elle nous répond tous les jours « Oui je sais mais comprenez-moi bien, j'ai des choses à faire moi ! ». Aux vues de sa vie passée autonome et active, la désorientation spatio-temporelle est cohérente et a du sens. Elle ne peut pas être seulement la cause d'une perte de mémoire secondaire à la décorticalisation, les habitudes de vie entrent en compte dans ce processus.

« Dès lors toute différence est abolie entre la perception et le souvenir, puisque le passé est par essence ce qui n'agit plus, et qu'en méconnaissant ce caractère du passé on devient incapable de le distinguer réellement du présent, c'est-à-dire de l'agissant. Il ne pourra donc subsister entre la perception et la mémoire qu'une simple différence de degré, et pas plus dans l'une que dans l'autre le sujet ne sortira de lui-même. »¹¹ Henri Bergson.

2. Troubles praxiques

Les praxies représentent la planification de l'acte moteur sur le plan cognitif, mobilisant une « préprogrammation automatisée et intégrée de tous les composants du geste »¹². Les praxies sont des processus volontaires, elles incluent donc l'aspect relationnel et environnemental. L'apraxie fait partie de la sémiologie de la démence de type Alzheimer et elle peut être définie comme un trouble acquis du mouvement intentionnel, empêchant la réalisation de certains gestes, alors qu'il n'existe ni déficit moteur ou sensitif, ni incoordination, ni trouble majeur de la compréhension.

¹¹ Henri Bergson, *Matière et mémoire. Essai sur la relation du corps à l'esprit*. (1939) p.39

¹² Michèle Mazeau, *Déficit visuo-spatiaux et dyspraxies de l'enfant* (1995)

Les apraxies peuvent être de différentes natures :

- L'apraxie constructive est fréquente et souvent très précoce dans la démence de type Alzheimer, elle apparaît généralement avant l'apraxie gestuelle. Elle se caractérise par une incapacité à dessiner ou à assembler différents éléments pour former une structure unitaire.
- L'apraxie gestuelle est la plus impressionnante dans les démences, elle entrave très sérieusement l'autonomie de la personne. On peut la retrouver sous 3 formes :
 - L'apraxie idéomotrice est un trouble de l'organisation du geste moteur en l'absence de manipulation réelle de l'objet, il y a une perturbation de l'organisation musculaire des différents membres lorsque la personne doit réaliser des gestes symboliques sur ordre (faire semblant de, ou imiter des gestes avec les mains et les doigts).
 - L'apraxie idéatoire est une désorganisation de la succession chronologique des différentes étapes dans la réalisation du geste pour manipuler un objet.
- Les autres apraxies sont plus spécifiques mais tout aussi invalidantes, il s'agit par exemple de l'apraxie de l'habillage.

Dans un article appelé « Quelques aspects de la désintégration des praxies idéomotrices dans les démences du grand âge » Julian de Ajuriaguerra et son équipe à l'université de Genève ont défini l'ordre d'apparition des apraxies. Successivement, l'apraxie constructive se développe précocement, puis l'apraxie idéo-motrice apparaît et enfin l'apraxie idéatoire. De plus, ils ont mis en relation, grâce à un travail expérimental, ces trois types d'apraxies avec des perturbations de l'espace représenté (objectif euclidien), de l'espace centré sur le propre corps et de l'espace concret de manipulation des objets.

En définitive, les apraxies peuvent être apparentées à une certaine perturbation du schéma corporel chez la personne atteinte de démence de type Alzheimer.

Mme W est atteinte d'une démence de type Alzheimer, je la rencontre au sein d'un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés), elle est toute la journée assise dans un fauteuil roulant. Néanmoins, le kinésithérapeute note une capacité à se mettre debout. Ce n'est qu'après une chute que Mme W s'est immobilisée dans son fauteuil. Depuis elle ne demande plus à se lever car cela la terrifie. Mme W est apraxique : elle ne se sert plus de ses couverts pour manger et a des difficultés pour accomplir de nombreux mouvements. Dans le cas de Mme W nous pouvons faire un lien entre apraxie et schéma corporel. En effet, le schéma corporel étant une construction qui se reconstruit en permanence, l'immobilisation dans le fauteuil (corrélativement à l'atteinte cérébrale) a pu faire perdre à

Mme W la conscience et la représentation de son corps. La terreur que l'on peut lire dans ses yeux, lorsque quelqu'un bute malencontreusement dans son fauteuil, en témoigne. Comme si faire bouger le fauteuil était une intrusion inacceptable dans l'enveloppe psycho-corporelle de Mme W.

3. Troubles gnosiques

L'agnosie est souvent définie par un déficit de la reconnaissance en l'absence de trouble perceptif.

L'agnosie visuelle est la plus fréquente chez les patients atteints d'une démence de type Alzheimer, environ 30% des patients en sont atteints¹³. Elle est définie comme une incapacité à reconnaître les objets, bien que la personne les perçoive. Le problème semble situé au niveau de l'association entre la représentation visuelle de l'objet et ses liens sémantiques (connaissances sur l'objet, catégorie, fonction).

La prosopagnosie est l'incapacité à reconnaître des visages connus, elle perturbe énormément la vie sociale des personnes atteintes. Elle peut également concerner le propre visage de la personne qui ne reconnaît plus son reflet dans le miroir. Ce trouble peut entraîner de graves conséquences identitaires.

Pour finir l'anosognosie est très fréquente chez les personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer. L'anosognosie est l'incapacité à prendre conscience de ses propres troubles ou le fait de ne pas se sentir concerné par l'existence des troubles. La personne peut tout à fait avoir une connaissance de ses troubles mais pour autant être anosognosique et ne pas s'approprier cette réalité-là.

Retrouvons Mme W, au sein du PASA, elle s'empare régulièrement d'une peluche : un simple petit ours brun. Lorsque cette peluche est devant elle, Mme W commence une longue discussion avec elle, cet ours prend tantôt l'image du fils, du père ou du mari. Nous voyons bien, dans cet exemple, que l'agnosie peut avoir une fonction de projection d'un vécu psychique sur l'environnement extérieur.

¹³ Francis Eustache *et al.*, *Traité de neuropsychologie clinique* p. 786

4. Troubles du langage

Les troubles du langage écrit sont plus précoces que les troubles du langage oral. Ils affectent la lecture, rapprochant donc ce trouble d'une dyslexie de surface mais ils altèrent aussi la production écrite de mots, se rapprochant par là d'une agraphie avec des erreurs essentiellement phonologiques.

Mais les troubles les plus handicapants dans la démence de type Alzheimer sont les troubles du langage oral. On peut les classer en trois phases selon l'évolution de la pathologie. Dans la première phase, la personne a un manque du mot avec des circonlocutions (le mot est remplacé par une expression le décrivant) et une fluence verbale appauvrie. Ce tableau clinique peut se rapprocher d'une aphasie amnésique, à mi-chemin entre la réception et la production, la personne n'a pas accès au sens. Avec l'évolution de la maladie, des troubles de la compréhension apparaissent avec des paraphasies (le mot est transformé ou remplacé). Petit à petit toutes les sphères linguistiques sont touchées, il peut y avoir apparition d'écholalie (répétition d'un phonème, d'un mot ou d'une phrase), ce tableau s'apparente à une aphasie globale.

Mme S. est atteinte d'une démence à corps de Lewy, elle déambule toute la journée et est aphasique. Lors d'une rencontre dans le couloir, je lui demande si je peux l'accompagner dans sa balade, elle a l'air d'acquiescer. Après plusieurs tentatives de communication Mme S. me dit : « Je suis une femme subjective, les autres ... » d'un air triste. Je lui demande si elle se sent non reconnue par les autres résidents lorsqu'elle déambule dans le couloir. Elle me regarde avec de grands yeux et me dit « OUI ! ». Cette interprétation de son discours était totalement subjective et aurait pu ne pas du tout correspondre à son idée. Mais cet essai m'a permis de me rendre compte que les paraphasies pouvaient avoir du sens.

Lorsque la production et la compréhension du langage sont atteintes dans la démence de type Alzheimer, le travail du psychomotricien est de donner du sens à la communication non-verbale. Des outils palliatifs, comme le langage par photo ou la langue des signes, seraient trop compliqués à utiliser. Le tonus, les mimiques, la prosodie, ont un aspect expressif qui peut nous aider à entrer en relation avec des personnes atteintes de démence et aphasiques.

5. Perturbations des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives sont les capacités nécessaires pour s'adapter à des situations nouvelles, non routinières, pour lesquelles il n'y a pas de solution préétablie. Selon le modèle de Norman et Shallice (1980), une situation nouvelle va solliciter le système attentionnel de supervision (SAS). C'est une sorte de passage obligé parce que c'est nouveau. Quand la situation est connue, la décision de l'action passe par un gestionnaire des conflits. Mais avant cela, le SAS a plusieurs fonctions : l'inhibition de l'action, la mise à jour des informations dans la mémoire de travail, la flexibilité mentale pour passer d'un comportement à l'autre, la récupération des informations stockées dans la mémoire, l'attention et la planification.

Chez une personne atteinte d'une démence de type Alzheimer, plusieurs fonctions du système attentionnel de supervision vont être touchées. La diminution de la capacité d'inhibition se manifeste par des difficultés à s'empêcher de produire des actions inadaptées. Etant donné l'atteinte mnésique, la mise à jour des informations et la récupération de ces informations seront moins efficaces. La diminution de la flexibilité mentale entraîne une difficulté à changer de comportement selon l'environnement, cela donnera des comportements de persévération. La réduction de l'attention se manifeste par une incapacité à faire deux choses en même temps et une difficulté à se concentrer de manière soutenue. Pour finir, les altérations de la planification se manifestent par une difficulté à organiser une série d'action visant à atteindre un but.

L'exemple le plus flagrant que je peux donner a eu lieu au cours d'un atelier thérapeutique « cuisine ». Je demande à une dame si elle veut verser la farine afin de la peser, elle accepte avec plaisir. Lorsque je lui donne le paquet de farine, un blocage s'opère. Je pense que cette dame savait ce qu'elle devait faire mais n'a pas réussi à planifier ses actions pour arriver au but (c'est-à-dire verser la farine). Après l'avoir aidé à ouvrir le paquet, elle retrouve ses automatismes et verse sans problème la farine.

En tant que psychomotricien, nous nous devons d'aider les personnes qui se trouvent en difficulté pour certaines actions. Néanmoins, notre aide doit prendre la forme d'un soutien, d'une

aide dans une étape du processus afin de faire revenir les automatismes. Faire pour la personne entraînerait une diminution voire une perte de ces automatismes acquis tout au long de la vie de la personne.

6. Modifications psychologiques

De toutes les atteintes cognitives découlent des modifications du vécu subjectif de la personne. Ces modifications peuvent être secondaires ou inhérentes à la pathologie démentielle. Il est important de les connaître afin de mieux les déceler pour les prendre en charge. Comme nous le verrons, ces modifications psychologiques peuvent atteindre l'unité psychocorporelle de la personne et avoir des répercussions sur sa qualité de vie.

a) Les troubles affectifs et émotionnels

En 2003, l'Association Internationale de Psychogériatrie a défini les SPCD (Symptômes Psychologiques et Comportementaux de la Démence) comme des « symptômes de distorsions de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement fréquemment observés chez les patients déments »¹⁴. Ils sont divisés en 5 groupes : les troubles affectifs, les troubles émotionnels et de la motivation, les troubles comportementaux, les manifestations psychotiques et les troubles des conduites alimentaires.

En ce qui concerne les troubles affectifs, on retrouve dans cette classification, la dépression, l'anxiété et l'exaltation de l'humeur.

Le terme « dépression » peut porter à confusion. En effet, on ne parle pas du trouble dépressif de type dépression majeure comme en psychiatrie mais certains auteurs parlent de « dépressivité » quand il s'agit d'une personne atteinte d'une démence de type Alzheimer. Cette dépressivité est-elle liée à la destruction des neurones du circuit de la noradrénaline ou de la sérotonine ou est-elle plutôt réactionnelle à la prise de conscience de la diminution des capacités

¹⁴ www.reseau-memoire-alois.fr/IMG/ppt/Soiree_Alois_P_Motlagh.ppt

cognitives ? Elle peut aussi être réactionnelle à l'environnement, au regard des autres qui changent, à l'infantilisation en institution, ... Néanmoins, ce trouble entraînant la perte de l'élan vital cause un grave ralentissement psychomoteur.

L'anxiété touche environ la moitié des personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer. Présent à tous les stades de la maladie, ce trouble a tendance à se majorer au fil de l'évolution pouvant aboutir à des manifestations motrices comme des compulsions, des impulsions ou des stéréotypies. Ces réactions seront abordées plus tard dans mon exposé.

L'exaltation de l'humeur est un trouble où la personne semble heureuse sans raison et de façon inadaptée : elle présente des attitudes puériles, des rires exagérés.

Pour les troubles émotionnels, nous allons retrouver les perturbations émotionnelles, l'apathie et les conduites régressives.

L'apathie est le trouble du comportement le plus fréquent dans la démence de type Alzheimer, il est souvent en corrélation avec la gravité de la démence. C'est un trouble de la motivation caractérisé par un émoussement affectif, une perte d'initiative motrice, cognitive et une perte d'intérêt. Ce trouble est souvent confondu avec la dépression.

Les conduites régressives peuvent s'exprimer sous forme de refus alimentaire, d'incurie, d'opposition (verbal ou non verbal) aux soins,... On peut aussi y ajouter les comportements inappropriés par rapport à l'âge de la personne et aux normes sociales.

Ces symptômes sont sous la dépendance des lésions anatomiques, mais aussi de la personnalité du sujet et de sa réaction à la prise de conscience de ses déficits cognitifs.

b) Les angoisses

Marion Péruchon, en se basant sur la théorie freudienne définit deux sortes d'angoisses présentes chez des personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer :

- L'angoisse secondaire ou angoisse signal ou pour M. Péruchon angoisse « de lucidité » est « un dispositif mis en action par le moi, devant une situation de danger, de façon à éviter d'être débordé par l'afflux des excitations. Le signal d'angoisse reproduit sous une forme atténuée la réaction d'angoisse vécue primitivement dans une situation traumatique, ce qui permet de

déclencher des opérations de défense. »¹⁵. Cette angoisse apparaît à un stade modéré de la démence de type Alzheimer, la personne est consciente de ses troubles cognitifs et peut mettre en place des stratégies de défense. M. Péruchon nous dit que l'investissement libidinal se projette sur des activités créatrices. Un autre moyen de défense peut s'amorcer : le déni qui est causé par un processus de refoulement actif. A ce stade, la personne atteinte d'une démence de type Alzheimer a toujours des capacités de défense psychique.

- Alors que pour l'angoisse primaire ou angoisse automatique-traumatique, les moyens de défense ne sont plus efficaces. Selon Laplanche et Pontalis, l'angoisse automatique est une : « Réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitations, d'origine externe ou interne, qu'il est incapable de maîtriser. ». Selon M. Péruchon, chez le dément, c'est la pulsion de mort qui menace l'ébauche d'unité du Moi, les moyens de défense étant caduques la pulsion va se transformer en excitation. C'est à ce moment-là que la personne se sent débordé et va pouvoir avoir des comportements moteurs aberrants : déambulation, compulsion, impulsion, stéréotypie, ...

Tandis que les représentations se délitent, que les défenses psychiques s'amenuisent, que le jugement d'existence se défait et que les limites dedans / dehors se troublent, certains thèmes d'angoisses apparaissent préférentiellement. L'angoisse primaire de perte de l'objet-support renvoie à l'altération de la fonction de maintenance du Moi-peau, de même que les angoisses de morcellement ou de liquéfaction renvoient à la dissociation de la fonction de contenance de ce même Moi-Peau. Il arrive souvent que des angoisses paranoïdes d'intrusion apparaissent chez des personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer.

¹⁵ LAPLANCHE J., PORTALIS J.B., (1967), sous la direction de LAGACHE D., *Vocabulaire de la psychanalyse*, (1997), 13ème édition PUF, Paris

7. Réactions comportementales

Outre les troubles affectifs et émotionnels, les SCPD intègrent aussi les troubles comportementaux.

a) Description

Selon l'Association internationale de psychogériatrie, il existe trois types de trouble du comportement pouvant être retrouvé chez des patients atteints d'une démence de type Alzheimer.

- L'agitation se caractérise par une activité verbale ou motrice inappropriée par sa fréquence ou son contexte. Ce trouble constitue une des raisons principales d'entrée en établissement.
- L'instabilité psychomotrice est proche de l'agitation, elle se caractérise par une incapacité à soutenir l'attention, à garder une attitude, à persévérer dans une action entreprise et à réagir de façon constante. Elle peut prendre plusieurs formes :
 - L'akathisie est l'incapacité de rester assis, cela est favorisé par l'usage de neuroleptiques.
 - La déambulation est l'action de marcher sans but précis, elle s'adjoint à l'errance et peut parfois entraîner des fugues.
 - Le syndrome de Godot est un comportement de suivi de l'aidant dans tous ses déplacements.
- Les compulsions et les stéréotypies sont des répétitions verbales ou gestuelles, elles existent à un stade avancé de l'atteinte cérébrale. Elles peuvent prendre la forme de rangements / dérangements, d'habillage / déshabillage ou une forme moins évoluée : balancement du buste, de la tête, frottements des mains,... Ces comportements sont souvent mal tolérés par l'entourage.

Ces deux dernières formes sont appelés comportements moteurs aberrants dans l'évaluation NPI (Inventaire Neuropsychiatrique). Ce sont ces troubles que mon hypothèse essaie d'expliquer. Etymologiquement, « aberrant » signifie « qui s'écarte de la norme ». Or, en tant que psychomotricien, les comportements moteurs sont le résultat d'une corporéité singulière à chaque individu, c'est pour cette raison que je n'utilise pas ce terme dans mon exposé. En outre cette appellation peut définir des comportements inopérants, sans but. Toutefois, je m'efforcerais tout au

long de cet exposé de confirmer que ces comportements sont un moyen de pallier certains déficits dus à la maladie. C'est pour toutes ces raisons que je ne parlerais pas de comportements moteurs aberrants mais de comportements moteurs répétitifs. Ils sont répétitifs sur le moment mais aussi dans leur forme. Chaque personne a un type particulier de comportements moteurs qui se reproduit dans le temps.

Voyons maintenant les différentes hypothèses de l'origine de ces troubles moteurs du comportement dans la littérature.

b)Hypothèses

1) L'hypothèse psychanalytique

Comme nous l'avons vu dans l'hypothèse étiologique d'origine psychanalytique de la démence de type Alzheimer, il y a un processus de dépsychisation. Alors que les éléments psychiques substantiels entraînent le pulsionnel à travers la mentalisation, chez les déments la dépsychisation cause l'effacement des pulsions au profit de l'excitation (étant plus proche du soma et non mentalisée). Nous pouvons donc poser que la libido non investie dans des activités pulsionnelles revient sur le soma. Comme vu précédemment dans la partie sur les angoisses, l'angoisse primaire entraîne une augmentation de l'excitation. Cette excitation non mentalisée va se retrouver sur le soma, la personne sera donc empreinte à des compulsions de répétition. Pour Marion Péruchon, ce sont des gestes dépourvus de signifiante, d'intentionnalité et d'investissement objectal, elle préfère parler d'automatisme de répétition : « Cette répétition démentielle mériterait bien en effet le nom d'automatisme de répétition tant le retour à l'identique orchestré par la motricité, exclut investissement psychique et objectal promu par la pulsion »¹⁶.

¹⁶ Péruchon M. *La maladie d'Alzheimer : entre psychosomatique et psychanalyse* p. 46

2) L'hypothèse psychosomatique

Nous allons nous attacher à décrire les procédés auto-calmants : concept qui nous arrive de la psychosomatique. Les précurseurs de ce concept sont Gérard Swec et Claude Smadja.

Par les procédés autocalmants l'individu tente de retrouver le calme, au sein de l'appareil psychique, à travers la recherche de l'excitation motrice. Le moi est sujet et objet de ce processus. Le problème, pour ces individus, est que la recherche du calme n'amène quasiment jamais l'apaisement, d'où cette répétition irrépressible des procédés autocalmants.

L'excès d'excitation produit un traumatisme, une effraction dans l'économie psychique. Le retour à un niveau de calme tente de s'effectuer par un recours à l'excitation. La recherche effrénée de sensorialité serait une protection contre l'effondrement psychique produit par le traumatisme.

Dans le fonctionnement psychique de la personne atteinte d'une démence de type Alzheimer le Moi, se désorganisant, n'est plus capable de lier les différentes représentations. Les diverses excitations internes et externes submergent le Moi. On peut faire l'hypothèse que les comportements moteurs répétitifs prendraient la valeur d'un procédé auto-calmant. Cette activité sensori-motrice pourrait produire un état d'excitation permanent.

3) L'hypothèse cognitive

Selon Bullinger, les flux sensoriels peuvent être contrôlés et dosés précisément par un contrôle actif de l'état tonique. Les variations toniques participent à donner une « consistance » à l'organisme, une forme élémentaire, néanmoins cette consistance disparaît s'il y a une absence de flux sensoriel ou si ces flux ne sont plus contrôlés. Il nous dit que lorsque cette consistance disparaît, il y a apparition de conduites répétitives.

Bien que Bullinger n'ait pas basé sa réflexion sur le travail avec des personnes atteintes de démence de type Alzheimer, nous pouvons nous efforcer d'accommoder cette théorie à la pathologie démentielle. En effet, dans les EHPAD, le bruit, les lumières, les allers / venus des soignants sont des sources sensorielles que les résidents ne peuvent pas contrôler, surtout s'ils ne

peuvent plus se déplacer seuls. De plus, l'hypertonie d'origine neurologique vue précédemment diminue d'autant plus la possibilité de contrôle des flux sensoriels. Il n'est pas rare que l'excitation d'un résidant entraîne une vague d'excitation chez les autres résidants par surstimulation.

L'observation des personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer nous apprend beaucoup. En effet, dans une perspective phénoménologique où se couplent observation objective et essai de comprendre ce qu'est être dément, les réflexions qui en découlent peuvent être riches pour notre propre compréhension de cette pathologie. Mes observations se sont surtout portées sur les troubles moteurs du comportement. En essayant de généraliser, je me suis rendu compte que ces mouvements provenaient, pour les plus discrets, des segments distaux des membres (mouvements des doigts, tapotement du pied, frottement des mains, ...) et que les mouvements plus importants faisaient intervenir la globalité du corps (déambulation, balancement, ...). D'un point de vue totalement subjectif, après observation, il me semble que ces mouvements sont des moyens d'éprouver un certain plaisir dans la remémoration de gestes ou mouvements faits dans une vie passée.

L'atteinte corticale dans la démence de type Alzheimer peut être mise en lien avec la perte des représentations, le retour au perceptivo-sensoriel (plus sous-cortical), donc à la dépsychisation dont Marion Péruchon parle. Cet effacement de la pensée réflexive ne permet pas à une personne démente de métaboliser ce qu'elle vit, l'environnement est donc angoissant et excitant. Le retour au soma et la mobilisation tonique sont des moyens de revenir à l'équilibre, de retrouver la consistance du corps. Une lecture psychomotrice des comportements moteurs atypiques nous pousse à les considérer comme une remobilisation sensorielle et psychique afin de retrouver la continuité du schéma corporel. Ce dernier étant une base à l'identification de la personne, sa remobilisation renvoie à une recherche du sentiment d'exister.

II. Le schéma corporel

Le schéma corporel est un pilier théorique de la psychomotricité en tant que profession, ce concept est riche et équivoque. De simple image intériorisée de notre propre corps quand on ferme les yeux, il passe à une construction indispensable dans le développement de la motricité et de la conscience de soi.

Afin d'être exhaustif et de rendre compte de l'extrême complexité du schéma corporel, nous allons reprendre l'épistémologie de ce concept. Nous allons découvrir qu'il s'ancre dans la neurologie mais qu'il doit nécessairement intégrer des théories développementales, phénoménologiques et psychanalytiques.

Ensuite nous étudierons les différents facteurs permettant l'intégration du schéma corporel. C'est à ce moment-là que nous reviendrons à l'étude des personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer. Nous verrons comment cette atteinte affecte les différents facteurs influençant l'intégration du schéma corporel et *de facto* affecte la continuité de ce schéma corporel.

Nous concluons avec une hypothèse explicative des troubles moteurs du comportement intégrant les modifications du schéma corporel vu précédemment.

A. Historique du concept de schéma corporel

Le concept de schéma corporel est né au sein de la neurologie, comme nous allons le voir. Schilder et Julian De Ajuriaguerra prônent une conception intégrative de ce concept. Ce n'est que depuis Françoise Dolto, et sa théorie sur l'image inconsciente du corps, qu'un clivage s'est développé entre schéma corporel et image du corps. L'un relevant de la neurologie et l'autre de la psychanalyse. Nous allons voir avec la synthèse de De Ajuriaguerra qu'une conception plus complexe est possible, mais aussi plus féconde.

1. Naissance au sein de la neurologie

Bonnier en 1833 introduit le concept de représentation topographique du corps, il décrit des troubles particuliers de cette représentation du corps : aschématie (perte de la perception topographique du corps) et paraschématie (confusion des différentes parties du corps). Ce n'est qu'en 1893 qu'il emploie le terme de schéma corporel pour définir une représentation permanente, une figuration spatiale du corps. Sous le terme schéma corporel il regroupe plusieurs composantes de la somatognosie (connaissance du corps propre).

En 1908, Pick utilise le terme « image spatiale du corps » pour définir l'interface : les relations entre les sensations perçues et les représentations du corps. Ces relations devant être adaptées à l'environnement, il introduit donc l'interface entre la relation à soi et à l'environnement.

En 1920, Head parle indépendamment de « modèle postural du corps » ou de « schéma corporel ». Il ajoute la dimension temporelle à ce concept. Le schéma corporel étant en perpétuelle construction grâce aux afférences sensorielles, extéroceptives et proprioceptives, il crée une image tri-dimensionnelle de notre corps :

- Le schéma postural juge le tonus postural et la position des parties du corps dans l'espace.
- Le schéma superficiel localise les stimulations périphériques cutanées.

- Le schéma temporel traite l'aspect temporel de la perception et de l'action (l'écart entre deux situations perçues par exemple).

En 1935, Schilder insiste sur l'importance de la motricité dans l'élaboration du schéma corporel. Il introduit aussi la notion d'image du corps comportant des aspects psycho-affectifs de la représentation de soi. Cette image du corps est sous l'influence de la libido qui construit « l'agrégat plastique » des afférences sensorielles. De plus, les différentes relations créées dans une société donnée vont permettre de construire l'image sociale de l'image du corps (somme des images du corps de la communauté). Quand Schilder parle de schéma corporel ou d'image du corps, il met en place une réelle « articulation entre le biologique, le psychologique et le social »¹⁷.

Nous voyons bien que le schéma corporel peut faire appel à un versant purement neurologique, quelque chose de très proche de la structure (le corps générique est la structure qui est commune à tous les êtres humains bien qu'il y ait des différences morphologiques) ainsi qu'à un versant plus affectif, émotionnel et même social.

2. Une synthèse fructueuse : Julian De Ajuriaguerra

Julian de Ajuriaguerra est psychiatre, neurologue et psychanalyste. Il est le fondateur de l'école contemporaine de psychomotricité. Avec Hécaen, il publie un ouvrage sur la méconnaissance et les hallucinations corporelles. Selon Alain Berthoz : « Il y tente un rapprochement des connaissances sur un problème fondamental et aujourd'hui encore d'une grande actualité : le problème de l'intégration de la perception du corps propre, appelée, suivant les auteurs et les disciplines, « image du corps », « schéma postural », « schéma corporel », « image de soi », « somatognosie ». »¹⁸. A la suite de ces travaux, Ajuriaguerra donne une définition du schéma corporel :

¹⁷ Guiose M., *Rétrospective des concepts de schéma corporel, image du corps et enveloppes psychiques*, Evolutions psychomotrices n°51 2001

¹⁸ http://www.college-de-france.fr/media/professeurs-disparus/UPL31747_necrodeajuriaguerra.pdf

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

Ce qui veut dire que cette structuration, cette représentation de la conscience du corps, se construit à partir de sensation aussi bien intéroceptive qu'extéroceptive. Les sensations tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles interviennent dans la proprioception. C'est donc par ces données actuelles que le schéma corporel est constamment remanié. Mais il l'est aussi par des données du passé, on est ici dans le thème de la mémoire (sensorielle, sémantique, procédurale).

Il constate toutefois l'étendue du problème qui dépasse les strictes données neurophysiologiques. Il faudrait faire, dit Ajuriaguerra, la différence entre « le corps perçu, le corps connu, le corps représenté, le corps vécu, qui ont des sens différents aux divers moments du développement »¹⁹. C'est dans le *manuel de psychiatrie de l'enfant* édité pour la première fois en 1970 qu'il développe ces notions.

a) Le corps perçu

Afin de définir le corps perçu Ajuriaguerra s'attache aux théories de Spitz. Le corps perçu produisant différentes modalités sensorielles, pour cet auteur, il existe deux aspects perceptifs dans l'expérience de l'enfant :

- La perception du monde extérieur, des choses et des événements
- La perception d'état et de fonction intéroceptive.

A chaque aspect sensoriel est associée une affection, une émotion, c'est ce qui fait passer la perception au stade d'expérience. Spitz définit le système du Moi à la fin du premier trimestre du développement de l'enfant comme un Moi-corps. L'enfant a conscience de l'objet extérieur mais pas encore de son propre Moi comme entité sentante et agissante.

En définitive, la modification de la perception du corps propre et du monde extérieur se fait en fonction de leur rapport réciproque.

¹⁹ http://www.college-de-france.fr/media/professeurs-disparus/UPL31747_necrodeajuriaguerra.pdf

b) Le corps connu

Le corps connu est « objet et sujet de l'activité cognitive »²⁰. Pour Piaget, la connaissance du corps suit parallèlement la connaissance de l'objet, passant ainsi par le stade sensori-moteur jusqu'à l'opérativité. Néanmoins le corps a une place particulière car il est à l'origine de l'activité cognitive, de l'opérativité. « La pensée naît de l'action » et donc du corps.

c) Le corps représenté

Le corps peut prendre la forme d'une image mentale figurative et être une représentation modifiable par opération mentale, par l'opérativité. Dès qu'une notion opératoire du corps est acquise, l'enfant acquiert aussi les notions spatiales (espace objectif représenté, espace euclidien).

d) Le corps vécu

Selon Merleau-Ponty, le schéma corporel est « un système d'équivalence, un invariant immédiatement donné par lequel les différentes tâches motrices sont instantanément transposables, c'est-à-dire qui n'est pas seulement une expérience de mon corps dans le monde et c'est lui qui donne un sens moteur au signe verbal »²¹. Percevoir c'est percevoir avec le corps, l'individu est présent au monde par son être-au-monde, par les relations perceptives entretenues avec son environnement. Ça veut dire que l'action de percevoir implique de la part de l'individu une forme d'expression orientée : une même source, un même stimulus n'est pas perçu par tous de la même façon. Il y a un vécu propre, unique pour chaque sujet.

La construction du schéma corporel est orientée par la structure actuelle du schéma corporel. Chaque expérience que l'on fait, on la fait avec le schéma corporel tel qu'il est maintenant.

²⁰ Reinhardt J.C., *La genèse de la connaissance du corps chez l'enfant*, PUF, 1990

²¹ Ajuriaguerra, *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Masson 1980 p.386

Le corps-objet et le corps-à-moi sont deux perceptions du même phénomène : la corporéité. L'enfant, pour les phénoménologues, manifeste les expériences de sa conscience par son agi, par son être-au-monde ou par sa corporéité, il est donc indispensable d'appliquer la réduction phénoménologique : le fait perceptif (débarrassé de l'*a priori*) est la porte d'entrée pour l'examen de la personne.

Ajuriaguerra nous dit que l'approche phénoménologique est intéressante mais passe outre l'historicité de l'individu, elle s'attache à décrire *hic et nunc* le vécu d'une personne. Cependant, en se basant sur les travaux psychanalytiques, nous pouvons comprendre les vécus corporels primaires chez l'enfant. L'analyse des premières relations mais aussi du jeu permet d'en tirer d'importantes sources d'information sur son vécu psycho-corporel.

Nous voyons bien que la multitude des théories abordées par Ajuriaguerra participent à une vision riche et intégrée du concept de schéma corporel. Cette conception nous sera utile afin d'y réfléchir par rapport à la pathologie démentielle.

B. Importance de certains facteurs dans l'intégration du schéma corporel, parallèle avec la pathologie démentielle

1. La proprioception

La proprioception est « le sens musculaire, le sens du corps dans l'espace (Berthoz, 1997) »²², elle permet la perception consciente et non-consciente de l'endroit où se trouvent les différentes parties du corps, et ce à chaque instant. Les sensations éprouvées sont la tension, la position, le mouvement, l'équilibre et les déplacements. Les organes récepteurs responsables de la proprioception se trouvent dans les muscles (fuseaux neuro-musculaires), les tendons (organes neuro-tendineux de Golgi), les articulations (corpuscules de Ruffini et de Paccini), le labyrinthe du vestibule (canaux semi-circulaires, utricule et saccule) et la peau (mécano-récepteurs cutanés).

Pour André Bullinger, la fonction proprioceptive est constituée d'une sensibilité profonde et des signaux issus des flux sensoriels. « La proprioception n'est pas un fait biologique, c'est une coordination susceptible de se modifier en fonction des interactions entre l'organisme et son milieu. »²³. En effet c'est la coordination de tous ces capteurs qui permet au cerveau de créer une cohérence et donc de reconstruire le mouvement du corps par rapport à l'environnement.

Cette sensibilité joue un rôle fondamental dans l'ajustement de la posture car elle contrôle le tonus et la position du corps. Selon Agnès Servant-Laval, l'activité posturale est directement articulée à l'intégration du schéma corporel par son aspect spatial, kinesthésique, de représentation (mémoire d'image et de perception de multiples potentialités de postures et de mouvements) et dans ses liens avec l'image du corps (dans ce que la posture exprime l'état interne, psychique du sujet). Ces expériences s'intègrent au schéma corporel modifiant donc la perception de l'environnement et se reflétant dans la corporéité de l'individu.

²² Robert-Ouvray S., Servant-Laval A., *Le tonus et la tonicité* in *Manuel d'enseignement de psychomotricité*

²³ Bullinger A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Erès 2004, p.26

Revenons en EHPAD, l'entrée en institution crée de la dépendance. Il arrive très fréquemment que par manque de temps une personne qui marche lentement, mais certes très bien, soit emmenée au déjeuner en fauteuil roulant « parce que ça va plus vite ». De même que, qu'il arrive, pendant les repas, que des soignants fassent manger une personne qui peut manger toute seule. Nous verrons plus en détails ces modifications praxiques en EHPAD plus tard dans cet exposé. Néanmoins, nous pouvons en tirer une conclusion concernant le schéma corporel. Plus les mouvements sont rares plus le schéma corporel va se désintégrer rapidement, d'autant plus chez une personne atteinte d'une démence de type Alzheimer, à cause de l'atteinte cérébrale.

2. Développement neuro-moteur

Le « petit d'homme » naît néoténique²⁴, les premières semaines de sa vie extra-utérine restent sous dominance sous-corticale. C'est pourquoi le bébé présente une motricité archaïque réflexe. La maturation du système nerveux se réalise du tronc cérébral au cortex, les cellules prolifèrent à la périphérie pour former le cortex cérébral. Des réseaux neuronaux se mettent en place selon les différentes expériences vécues par l'enfant, c'est le concept de plasticité cérébrale²⁵. Mais des schèmes de base sont incontournables dans le développement moteur de l'enfant : les schèmes d'enroulement / déroulement de l'axe, les schèmes des membres passant par les stades homologue, homolatéral et controlatéral. Ces derniers schèmes vont préparer les mouvements spiralés.

Cette maturation du système nerveux va influencer l'intégration du schéma corporel. Si l'enfant investit pleinement son corps potentiel, tous les mouvements qui lui seront possible de faire vont s'intégrer à son schéma corporel. En suivant les lois de maturation, ce dernier évoluera dans le sens céphalo-caudal et proximo-distal. Geneviève Ponton définit un ordre d'intégration du schéma corporel : axe crânio-sacré, racine des membres, appuis intermédiaires (coudes, genoux) pour finir par les appuis distaux (pieds, mains).

²⁴ Inachèvement de l'Homme à la naissance selon Dany-Robert Dufour.

²⁵ Catherine Malabou appelle cela la plasticité de développement. Un réseau de connexions synaptiques se construit selon des plans génétiques prédéfinis provenant de la mémoire de l'espèce.(c'est la phylogénèse). Il y a aussi un modelage des connexions qui est pré-synaptique. Le modelage des connexions se fait de manière singulière (c'est l'ontogénèse, la genèse du soi), c'est la mémoire de l'individu.

La démence de type Alzheimer détruit les neurones corticaux. Il apparaît donc normal de se questionner sur le processus d'involution motrice lors de cette maladie. L'involution des mouvements reprend-elle le développement neuro-moteur en sens inverse ?

Ajuriaguerra a décrit l'évolution des apraxies dans la démence de type Alzheimer. Il met en lien l'apraxie avec un « déficit opératoire traduisant une atteinte globale des fonctions supérieures du système nerveux central »²⁶. Comme nous l'avons vu plus haut, les praxies disparaissent en même temps que l'organisation de l'espace du corps propre. Ajuriaguerra et ses collaborateurs définissent un stade antérieur à la désorganisation somato-gnosopraxique dans lequel de nombreuses stéréotypies motrices apparaissent. Nous pouvons ajouter un dernier stade à cette évolution : la prostration en posture d'Osiris (hypertonie des fléchisseurs) en fin de vie chez des patients atteints d'une démence de type Alzheimer. Cette dernière posture peut provenir d'une totale désintégration du schéma corporel pour revenir au stade de l'axe crânio-sacré.

Si l'on reprend cette conception de l'involution motrice nous voyons bien qu'elle suit en sens inverse le développement neuro-moteur de l'enfant :

« L'autotopoagnosie s'étend ensuite aux parties du corps les plus tardivement intégrées au schéma corporel de l'enfant, elle s'accompagne d'une atteinte des gestes qui s'ancrent sur ces parties du corps. »²⁷

- Apraxie (d'abord mélo-kinétique, puis constructive, puis idéo-motrice et enfin idéatoire)
- Comportement moteur répétitif (selon mes observations d'abord des mains et des pieds puis des jambes ou du tronc) pouvant être compris comme une recherche de stimulation secondaire à la déconstruction du schéma corporel provoquée entre autre par l'atteinte neuro-motrice.
- Position d'Osiris (triple flexion des membres supérieurs et hypertonie globale des fléchisseurs), pouvant être lu comme une conséquence de l'atteinte motrice mais aussi comme une réaction de replis sur soi secondaire à la déconstruction du schéma corporel (essai de se rassembler, de se réunir).

²⁶ Ajuriaguerra et coll, *A propos de quelques problèmes posés par le déficit opératoire de vieillards atteints de démence dégénérative en début d'évolution*.

²⁷ Ajuriaguerra et coll, *désintégration des praxies idéomotrices dans les démences*

3. La relation

Selon Henry Wallon, le rôle de l'autre est important dans la prise de conscience de soi. « L'homme est avant tout un être social. »

a) La relation à l'objet primaire

La reconnaissance de l'existence de l'autre confirme ma propre existence comme semblable et différent : il y a reconnaissance réciproque. C'est en relation avec la mère que cette différenciation va se créer, à la suite de réactions circulaires de qualité. Quand le bébé se manifeste, le parent vient auprès de lui et interprète ce qui ne va pas (cris, pleurs, ...) ou ce qui va bien (sourire, babillage,...). Par son comportement, le parent offre en retour au bébé des réponses, des modes d'intervention, des modes d'être qui font que le bébé va assimiler ce que le parent lui offre comme quelque chose de bon à penser. Il en va de même pour son corps, Anne-Marie Latour fait allusion aux théories de Winnicott en disant que le corps est du « trouvé-crée ». Le corps n'est pas à créer mais à recréer car les sensations et les mouvements sont déjà présents. Néanmoins, c'est en relation avec son parent que l'enfant va créer des significations à ses éprouvés corporels, à ses sensations corporelles. L'enfant découvre son corps en même temps qu'il découvre l'espace et les objets.

Ces significations d'éprouvés corporels se créent en relation avec le parent par la verbalisation mais aussi par le dialogue tonico-émotionnel. Henri Wallon est le premier à mettre les réactions toniques au centre de la compréhension du sujet et de son développement. Il a surtout insisté sur le caractère émotif de ce qu'il appelle le dialogue tonique. Pour lui, à la suite d'une symbiose physiologique, se met en place une symbiose affective entre la mère et son nourrisson, le dialogue tonique n'est pas seulement un moyen de communication mais aussi un lien affectif. Ajuriaguerra revient sur le dialogue tonico-émotionnel dans les premiers mois de l'enfant. Au départ, le bébé est complètement dépendant de la mère, il communique ses émotions, son état, sa faim, exclusivement par des cris et des réactions toniques. Il définit l'hypertonie d'appel quand l'enfant subit une sensation de déplaisir : elle se caractérise par une excitation qui crée une tension. L'enfant, comme pour se défendre de l'agression que représente pour lui son état de besoin, manifeste une tension de tout son corps. Et lorsque le besoin est satisfait l'enfant entre en hypotonie de réplétion. Une réelle communication va se mettre en place entre la mère et son enfant, cela

participe à nourrir la corporéité de l'enfant. A cet âge-là, l'enfant est en plein dans le corps vécu. Ce sont ses sensations qui définissent son vécu corporel et émotionnel. Ce dialogue tonico-émotionnel a une origine primaire, il ne disparaît jamais, chez l'adulte il est une des composantes de la communication non-verbale.

b) Autrui et la représentation du corps propre

D'un point de vue neuro-cognitif, le schéma corporel ne peut pas non plus se mettre en place sans la présence d'un autre. Le schéma corporel intègre les mouvements de l'enfant pour les parties du corps les plus sollicitées archaïquement (la bouche, le pouce, ...). Pour les autres parties du corps, l'enfant a besoin d'avoir un modèle, le corps d'un autre, pour prendre conscience et se représenter le sien. Pour cela, l'enfant doit avoir atteint la symbolisation au sens piagétien du terme et cela passe par l'imitation différée, mais pas seulement.

C'est aussi possible grâce aux neurones miroirs, ils nous permettent de nous faire une représentation de ce que quelqu'un fait et de ce qu'il ressent en le faisant. Cela nous permet d'imiter les séquences de l'action. Le cerveau est un simulateur de réalité : en se représentant la réalité sans la vivre, l'image n'est pas qu'une vision, c'est une intériorité, une représentation kinesthésique. C'est en cela qu'une expérience non-vécue mais simplement vue peut s'intégrer au schéma corporel.

c) Réflexion existentialiste

« La nature de mon corps me renvoie à l'existence d'autrui et à mon être-pour-autrui. Je découvre avec lui, un autre mode d'existence aussi fondamental que l'être-pour-soi et que je nommerai être-pour-autrui »²⁸. Dans la lignée de Merleau-Ponty, selon Jean-Paul Sartre, la relation intersubjective entretenue avec autrui fait prendre conscience à tout sujet qu'il peut aussi être considéré comme un objet. C'est par le regard de l'autre que je peux prendre conscience de l'image d'objet que je peux lui renvoyer. Mais réciproquement, le corps existe aussi pour autrui sous le

²⁸ Sartre J.P., *L'être et le néant*

mode de la chair, du corps vécu. « Autrui se dévoile à moi comme le sujet pour lequel je suis un objet »²⁹.

Cette réflexion de Jean-Paul Sartre nous permet de faire du lien entre les deux précédentes parties. En effet, l'enfant est dans le mode du corps vécu (impulsé par la mère) et par la représentation et le symbolisme, l'individu prend conscience qu'il peut être considéré comme objet parmi les objets, corps parmi les corps. Ces deux modes de relation au corps (l'être-pour-soi et l'être-pour-autrui ou corps-objet et corps-sujet de Merleau-Ponty) vont exister simultanément et s'influencer réciproquement tout au long de la vie.

d) Dans la démence de type Alzheimer

L'atteinte mnésique, comme nous l'avons vu, réduit la capacité de créer de nouvelles représentations puis, petit à petit, les représentations existantes vont se déliter. Nous pouvons donc poser l'hypothèse que l'être-pour-autrui (le corps-objet) va se dégrader alors que l'être-pour-soi (le corps sujet) sera prédominant. Une ébauche de réflexion apparaît avec cette hypothèse : les représentations ne sont pas les seules à être détruites. Selon M. Péruchon nous sommes en présence d'un processus de dépsychisation. Donc, les expériences corporelles vécues en relation à l'objet primaire, à l'origine du narcissisme primaire, vont elles aussi être anéanties. Seules resteront les sensations. L'hypothèse se pose dès lors sur la prédominance du dialogue tonico-émotionnel.

Lors de mes premières semaines de stage, ma maitre de stage m'a donné comme conseil, d'être toujours vrai dans ce que je dis. Elle m'a précisé que lorsque l'on ment à des personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer, elles le savent, elles le sentent. Même sans réussir à verbaliser ou même à mentaliser cela, leurs comportements ne sera pas le même avec nous si nous leur mentons ou si nous ne sommes pas sincères dans la relation. J'ai pu moi-même en faire l'expérience pendant ce stage. Lorsqu'une personne devenait désagréable, violente ou désintéressée, j'ai toujours trouvé quelque chose dans mon attitude qui n'était pas vrai ou en incongruence avec moi-même. Je prendrais l'exemple d'une dame très agitée, ayant des comportements désinhibés. Un soir, à la fermeture du PASA, je lui propose de la raccompagner dans le salon, elle refuse. Après plusieurs

²⁹ ibid

essais je l'aide à se mettre debout puis essaie par tous les moyens de la convaincre de me suivre. Cette négociation a duré presque un quart d'heure. Un autre stagiaire passant par hasard dans le couloir lui propose à son tour de la raccompagner dans le salon. Elle accepte et le suit avec joie. Je suis resté bouche-bée dans le couloir en me demandant ce que j'avais pu faire pour qu'elle ne veuille pas me suivre. Il s'avère, après introspection, que l'heure de fin du PASA était dépassée et que j'étais pressé. De plus, après avoir essuyé plusieurs refus et étant obligé de la raccompagné au salon, j'ai du insisté. Je sentais son agacement et après quelques minutes j'ai eu l'appréhension d'une réaction violente de sa part. Changer le point de vue de la situation ne marchait pas car mon état tonique, dû à l'empressement et à la peur, se reflétait sur Mme M qui ne devait pas avoir confiance en quelqu'un de si tendu.

4. La mémoire

Comme nous l'avons vu succinctement, le schéma corporel fait intervenir différents types de mémoire. Nous entendons beaucoup parler de la mémoire corporelle, mais quelle est-elle ? Regroupe-t-elle différents types de mémoire ? Peut-elle être rapprochée du concept de schéma corporel ? Afin de voir dans quelle mesure cela est vrai, nous allons étudier plus précisément les différents types de mémoire qui interviennent dans l'intégration et la réactualisation du schéma corporel.

a) De la mémoire sensorielle à la mémoire épisodique : la sensation et la perception

La mémoire sensorielle est une mémoire à court terme. Définissons quelques termes afin d'y voir plus clair. La sensation est la stimulation d'un organe récepteur entraînant une information extérieure ou intérieure au corps humain. Cette information est transmise par les nerfs afférents et traduite en impression subjective dans le cortex, plus particulièrement dans les aires sensibles primaires. La sensation est un degré de conscience irréfléchi mais elle est néanmoins le point de contact entre la conscience et la réalité. Ces stimulations de récepteurs sensoriels vont créer une image sensorielle spécifique dans le cerveau. Cette image va être associée à des configurations

spécifiques de l'environnement ainsi qu'à des configurations émotionnelles. Par exemple, le bébé qui entend les pas de sa mère va associer ce bruit avec la présence de sa mère. Ces associations sont appelées proto-représentations car c'est une certaine manière de se détacher du stimulus. C'est la combinaison de ces proto-représentations qui va donner des représentations mentales. À partir de cette étape l'individu a accès à la perception.

Nous voyons bien dans cette explication théorique que la mémoire sensorielle a une place prépondérante dans le processus de prise de conscience des stimuli environnementaux. Sans ces empan sensoriels, les proto-représentations ne pourraient pas advenir, laissant la sensation à un stade non conscient, non-représenté. Le schéma corporel s'étayant sur des données sensorielles (tactiles, visuelles, proprioceptives), l'individu ne peut pas en prendre conscience, il ne peut pas avoir une représentation de son corps sans cette mémoire sensorielle.

Dans la démence de type Alzheimer, la mémoire sensorielle est rarement atteinte. C'est l'association et le stockage de ces données qui font défaut. Comme nous l'avons vu précédemment, la mémoire épisodique est la première à être atteinte : de nouvelles informations ne peuvent donc pas être encodées ni stockées. C'est dans ce sens que les théories cognitives rejoignent celles de la psychanalyse : l'individu dément est dans un fonctionnement perceptivo-sensoriel. La réactualisation du schéma corporel est donc interrompue et, petit à petit, tous les événements vécus par le corps vont être oubliés. C'est par ce processus que le corps de la personne atteinte d'une démence de type Alzheimer peut devenir étrange, non reconnu, voire même exécré.

b) La mémoire sémantique : la représentation

Nous avons vu avec Ajuriaguerra que le schéma corporel a une part cognitive : le corps peut être pensé comme un objet de connaissance (Piaget). C'est à ce niveau-là que la mémoire sémantique intervient dans le schéma corporel.

Dans l'ontogénèse de la connaissance du corps :

- De 3 à 7 ans, l'enfant, grâce aux sensations qu'il perçoit lorsque son corps est en action (en mouvement), va commencer à créer une image mentale de son corps. Cela correspond au stade

pré-opératoire décrit par Piaget (2 - 7 ans): vers 18 mois, à la sortie du stade sensori-moteur, émerge la représentation mentale. Néanmoins, à ce stade l'enfant reste égo-centré, il analyse son corps selon son propre point de vue, sa pensée est intuitive et s'appuie sur la perception.

-De 7 à 12 ans, l'enfant passe d'une connaissance globale et d'une perception de son corps à une connaissance topologique des différentes parties du corps et à la verbalisation. Il nomme les différentes parties de son corps, il acquiert donc une connaissance concrète et objective de celui-ci. C'est le stade de l'intelligence opératoire pour Piaget : l'enfant va acquérir la réversibilité opératoire, il s'est détaché de son égo-centrisme intellectuel. C'est parce qu'il connaît de mieux en mieux son corps, il en a une représentation fiable, que l'enfant va pouvoir se décentrer et projeter sur l'environnement les connaissances qu'il a acquies par son corps. C'est donc à cette période que l'enfant peut acquies les notions spatiales objectives (latéralisation sur soi et sur autrui, connaissance des repères topologiques dans l'espace, ...).

La mémoire sémantique étant considérée comme la mémoire des connaissances objectives, nous pouvons en déduire que celle-ci permet d'atteindre la symbolisation et la représentation concrète du corps. Les deux stades décrits plus haut sont à mettre en relation avec le corps connu et le corps représenté de la conception ajuriaguérienne du schéma corporel.

Chez les personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer, la mémoire sémantique est touchée à un stade évolué de la maladie. Mais il est vrai que la connaissance des parties du corps se délète.

Tous les vendredis après-midi, au sein du PASA, se déroule l'atelier travail corporel mené par la psychomotricienne. Ce groupe est constitué de trois dames atteintes d'une démence de type Alzheimer à un stade modéré. Le plus marquant est la divergence entre la conscience qu'elles ont de leur corps et la connaissance réelle de celui-ci. En effet, lorsque la psychomotricienne demande à l'une d'entre elles d'impulser un mouvement, elle le fait sans difficulté mais n'arrive pas à dire quel mouvement est fait et par quelle partie du corps. La perception est toujours présente mais le mot n'est plus.

c) La mémoire procédurale : l'action

Jacques Corraze propose une conception du schéma corporel divisé en cinq notions. L'une d'entre elle est le schéma perceptivo-moteur. Pour lui, cela correspond à la capacité à produire de la motricité, dans un but précis et sous le contrôle des afférences sensorielles, et ce, automatiquement en dehors de la conscience.

Pour qu'un mouvement soit automatisé, il faut qu'un programme moteur se mette en place dans le cerveau. La notion de programme moteur a été développée par McKay pour éclairer les processus d'apprentissage des habiletés motrices. Un programme moteur se développe par répétition d'un geste et par l'intégration des données sensorielles relatives à ce geste : sensation proprioceptive, visuelle et tactile. Cela n'est que consécutif à l'intégration du schéma corporel : il est nécessaire d'avoir une représentation et une conscience précise de son corps afin de créer des programmes moteurs de qualité répondant à un but précis. Après création du programme moteur, le circuit neuronal du geste automatique ne passe plus par le cortex, des suppléances sont créées par les noyaux gris centraux qui sont sous-corticaux.

La notion d'apprentissage comportemental, colportée par celle de mémoire procédurale, rejoint les théories cognitives de programmes moteurs. En effet, la mémoire procédurale est le fruit d'un apprentissage, d'un conditionnement. Le programme moteur n'est que le processus cognitif sous-tendant le stockage des comportements moteurs dans la mémoire procédurale.

Etant donné la disposition sous-corticale des systèmes neuronaux à l'origine des programmes moteurs, il n'est pas étonnant que la mémoire procédurale soit la mémoire la mieux sauvegardée dans la démence de type Alzheimer.

En définitive, le schéma corporel des personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer est touché dans les composantes représentationnelle, psychique et sémantique. Seuls restent les sensations et les programmes moteurs. Or, les comportements moteurs répétitifs font intervenir ces deux composantes restantes : le mouvement lui-même et les sensations provoquées par ces mouvements. La déliquescence du schéma corporel amènerait le sujet, dans un souci d'auto-organisation, à stimuler les facteurs influençant l'intégration du schéma corporel restants. Notre hypothèse initiale commence à se valider. De plus, cette réflexion offre déjà des pistes de prise en soin : stimulations sensorielles et réactivation des automatismes moteurs. Mais avant d'aller plus loin, voyons les rapports entre schéma corporel et sentiment d'existence afin de valider la deuxième hypothèse posée.

III. Du schéma corporel au sentiment d'existence

N'oublions pas que la psychomotricité s'intéresse à des êtres humains, des sujets. L'être humain est le seul à pouvoir se représenter lui-même, il se rend compte qu'il n'éprouve pas que des besoins mais aussi des désirs. Pour être sujet il faut être conscient. Le terme conscience vient du latin *cum scientia* qui signifie « avec savoir ». Plusieurs questions viennent donc à l'esprit : la conscience est-elle une connaissance ? La conscience est-elle une connaissance de soi ?

Selon Husserl, « toute conscience est conscience de quelque chose ». Il n'y a pas de conscience sans présence d'un objet. Cela signifie que la conscience est en acte, elle est la rencontre entre un sujet et un objet. Chaque sujet qui pense, vit dans un monde différent centré autour de son corps propre. Notre conscience est d'abord affective : ce qui touche le plus notre corps propre prendra toujours plus d'importance que le reste. La conscience que nous avons du monde ou de nous-mêmes dépend des expériences que nous faisons : toute conscience est subjective. Il y a autant de conscience que de sujet, il faut apprendre à en tenir compte dans la rencontre avec autrui.

Etre conscient d'exister est donc un sentiment qui se base sur notre conscience des objets (corps-objet et environnement). La conscience étant la rencontre entre un sujet et un objet, notre sentiment d'exister nécessite un certain niveau de conscience de soi, d'un corps-sujet. Je pose l'hypothèse que ce niveau basal de la conscience de soi est formé par la perception de notre corps, formé par le schéma corporel.

Nous allons voir avec quelques auteurs, issus de champs théoriques différents, que le sentiment d'existence se base sur la perception (nécessitant déjà une représentation³⁰) de notre corps. Puis nous essaierons de faire un parallèle avec la démence de type Alzheimer. En effet, le schéma corporel étant affecté dans cette maladie, quelles sont les conséquences sur le sentiment d'existence de ces personnes ?

³⁰ cf partie II. B. 4) a) De la mémoire sensorielle à la mémoire épisodique : la sensation et la perception

A. Différents auteurs

Nous verrons tout d'abord une approche neurologique, avec l'apport de Damasio dans l'explication des phénomènes de conscience et plus particulièrement avec le sentiment de soi. Puis, nous étudierons l'approche de la psychanalyse avec Winnicott et son concept de sentiment continu d'exister. Nous finirons par l'apport d'André Bullinger et l'approche sensori-motrice d'« exister ici et maintenant »³¹.

1) Antonio R. Damasio

António Rosa Damásio est neuroscientifique, professeur de neurologie, de neuroscience et de psychologie. Ses travaux portent sur l'étude des bases neuronales de la cognition et du comportement. Il accorde une place importante au corps dans ses théories sur les émotions et la conscience.

a) Sa théorie sur la conscience de soi

Selon Damasio, la conscience n'est rien d'autre que le processus par lequel une émotion, une pensée, un souvenir, s'affirment à soi comme étant véritablement sien. C'est dans cette considération que se manifeste la conscience. Il définit dans *le sentiment même de soi* les signes extérieurs de la conscience qu'il hiérarchise :

- Les rapports verbaux
- Les actions spécifiques
- Les émotions spécifiques
- L'attention concentrée
- L'attention de niveau faible
- Les émotions d'arrière-plan

³¹ Bullinger A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Erès 2004, p.184

-L'éveil

Ces composantes participent à la « partition comportementale » de l'individu.

Les trois dernières composantes du comportement (l'éveil, les émotions d'arrière-plan et l'attention de niveau faible) sont exposées à la conscience grâce au proto-soi. Ce proto-soi est une perception d'instant en instant de l'état émotionnel interne du corps rendue possible, entre autres, par l'insula. Une perception du monde extérieur ou du monde interne n'est possible que par le proto-soi. En effet, le corps pour cet auteur, est une référence spatiale et temporelle : tout ce qui est perçu dans l'environnement l'est par rapport au corps propre entraînant des modifications dans le proto-soi. Damasio nous dit qu'il y a deux « joueurs » dans la perception : l'organisme et l'objet (qu'il soit interne ou externe).

« Le sentiment de soi a un précédent biologique préconscient, le proto-soi. »³²

Biologiquement, ce proto-soi envoie au cerveau des images des signaux corporels, de la perception viscérale que nous avons de notre corps, de la représentation de l'état interne et de la représentation du plan musculo-squelettique. Ce proto-soi suffit pour « être » mais ne suffit pas pour connaître, pour être conscient.

« Le sens que nous avons de nous-mêmes est un état de l'organisme, le résultat de certaines composantes qui fonctionnent d'une certaine manière, à l'intérieur de certains paramètres. C'est une autre construction, un schéma vulnérable d'opérations intégrées qui a pour conséquence d'engendrer la représentation mentale d'un être individuel vivant »³³

Par la suite, une perception du monde extérieur (ou intérieur) devient consciente quand elle est mise en relation avec ce proto-soi : il est le soi-neuronal indispensable à la perception. Cette conscience de niveau supérieur est appelée conscience-noyau par Damasio. La conscience-noyau comporte le sens interne qui s'appuie sur les images d'un sentiment. « L'essence de la conscience-noyau est la pensée même que vous avez de vous »³⁴. Nous avons toujours une connaissance, une conscience de nous, mais nous n'y prêtons pas toujours attention. La conscience-noyau nécessite une mémoire à court terme. Damasio donne l'exemple d'un monsieur amnésique

³² Damasio A., *le sentiment même de soi*, Odile Jacob 1999, p. 201

³³ idem, p. 190

³⁴ idem, p.169

qui n'a qu'une minute d'empan mnésique, il n'a plus sa conscience-étendue mais conserve sa conscience-noyau.

Si la conscience-noyau nécessite le proto-soi, la conscience-étendue a besoin du soi-autobiographique. La conscience-étendue devient possible lorsque l'on peut se représenter ses expériences conscientes, dans le passé ou le futur, par le truchement de la mémoire et des fonctions supérieures permettant la symbolisation. La conscience qu'ont les êtres humains d'être soi-même et pas un autre, cette conscience autobiographique, serait donc ancrée dans tous ces instants de la vie où notre conscience-noyau donne une valeur affective à ce que nous vivons. Par conséquent ce moi autobiographique est sans cesse en reconstruction, autant éclairé par le passé qu'influencé par nos attentes sur le futur.

A l'interface entre ses deux consciences se trouve le soi-central : ressenti actuel dans l'ici et le maintenant des vécus du corps. Il intervient aussi bien dans la conscience-noyau que dans la conscience-étendue. « Vous savez que vous existez, parce que le récit vous montre, vous, comme protagoniste dans l'acte de connaître. Vous vous élevez au-dessus du niveau de la mer de la connaissance, de façon transitoire mais incessante, comme un soi-central ressenti, sans cesse renouvelé, grâce à quelque chose qui pénètre, depuis l'extérieur du cerveau, jusque dans ses rouages sensoriels, ou à quelque chose qui, partant des stocks mnésiques du cerveau, s'oriente vers le rappel sensoriel, moteur ou autonome. »³⁵

b) Réflexion à partir de cette théorie

Nous voyons bien, grâce à cette théorie, l'importance des sensations corporelles dans la construction de la conscience de soi. En simplifiant à l'extrême, nous pouvons mettre en lien d'une part le proto-soi et les sensations corporelles envoyées par le cerveau et, d'autre part, le soi central et la prise de conscience de ces sensations dans l'ici et le maintenant, donnant une représentation dans l'instant de soi. En définitive, nous pouvons soutenir que la conscience-noyau, qui prend pour objet le corps propre, peut être mise en relation avec le concept de schéma corporel.

³⁵ Damasio A., *le sentiment même de soi*, Odile Jacob 1999, p. 223 / 224

En effet ils sont tous les deux le pendant neurologique et conscient de la représentation du corps, présumé indispensable à la notion d'identité (conscience-étendue).

Damasio, dans *Le sentiment même de soi*, se base sur l'étude neuropsychologique de patients présentant des troubles de la conscience. Au chapitre 3, il étudie la conscience à partir de son absence et prend, à ce moment-là, l'exemple de la démence de type Alzheimer. Il nous dit que le déclin affecte d'abord la conscience-étendue jusqu'à ce que le soi-autobiographique disparaisse. Puis, c'est au tour de la conscience-noyau d'être « diminuée à un degré où même le simple sentiment de soi n'est plus présent. »³⁶. Néanmoins, il note que les signes extérieurs de la conscience-noyau ne sont pas tous atteints. L'éveil est toujours présent et les émotions d'arrière-plan préservées très longtemps, mais l'attention de faible niveau devient discontinue et peut disparaître. Il donne l'exemple d'un ami à lui n'ayant plus aucune émotions à la fin de l'évolution de sa maladie mais ayant conservé la capacité de répondre de manière élémentaire aux gens et aux objets. Cette capacité peut être mise en lien avec le proto-soi : sensations faisant intervenir des boucles sensori-motrices automatisées (schéma perceptivo-moteur, mémoire procédurale).

2) Donald W. Winnicott

Donald Woods Winnicott est pédiatre et psychanalyste. Du fait de sa pensée et de ses apports cliniques et théoriques, il occupe une place unique dans la psychanalyse. Contrairement à ses confrères contemporains, il accorde une place importante au corps dans le développement du psychisme de l'enfant.

a) La pensée de Winnicott

Au début de la vie, le petit enfant est du *psyché-soma*. Il pose aussi qu'il y a une non-intégration primaire.

Une des premières phases de développement de l'enfant est la phase d'**intégration** de la personnalité. Cette intégration permet à l'enfant de créer son *self*, elle dépend des techniques

³⁶ Damasio A., *le sentiment même de soi*, Odile Jacob 1999, p. 138

de soins infantiles et des expériences instinctuelles de l'enfant. Selon Winnicott, si l'environnement maternel est suffisamment bon l'enfant va créer un *vrai-self*, contrairement au *faux-self* qui est pathologique. Le *vrai-self* est le réservoir d'éprouvés que le bébé et tout individu, va petit à petit mettre en sens. Pour Winnicott, le *vrai-self* est le réservoir de la création, il se manifeste dans l'espace potentiel et dans la capacité à jouer (playing) mais aussi dans le geste spontané. Il correspond au sentiment d'être vivant et réel. L'idée du *vrai-self* est l'idée que la croissance psychique, et pas seulement cognitive et intellectuelle, se fonde sur des liens toujours renouvelés avec le somatique (les fameux éprouvés).

« D'importance égale à l'intégration, il y a le développement du sentiment que l'on a de sa personne dans son corps »³⁷. C'est ce que Winnicott appelle la **personnalisation**. L'enfant apprend ainsi à localiser dans le corps propre ses sensations et ses éprouvés (expériences instinctuelles) et à localiser objectivement où sont ses mains, ses pieds, etc. C'est l'idée que l'enfant investit sa propre personne, son propre corps. Pour Winnicott, cette personnalisation se fait grâce à l'expérience d'un temps partagé avec la mère qui crée un environnement suffisamment bon.

Un des concepts les plus connus de Winnicott est la « préoccupation maternelle primaire ». Il dit que c'est un état normal que chaque mère ressent à la fin de la grossesse. Cet état lui permet de réaliser une adaptation suffisamment bonne aux besoins de son enfant afin que l'environnement n'empiète pas sur le psyché-soma de l'enfant, ce qui entraînerait des réactions d'empiètement (repli,...). Lorsque l'adaptation est suffisamment bonne, le jeune enfant peut créer un sentiment continu d'exister suffisant. C'est ce sentiment qui permet à l'enfant de passer outre l'angoisse d'annihilation. Alors que, s'il y a interruption de la continuité d'être dû à des carences maternelles, l'enfant est envahi par une menace d'annihilation. C'est ce sentiment de soi de l'enfant qui lui permet aussi à de construire un Moi.

Grâce à l'intégration, à la création de son sentiment continu d'exister suffisant et à la personnalisation, le corps vivant avec ses limites (son intérieur et son extérieur), est ressenti et vécu par le sujet comme le noyau de son *self* imaginaire qui est un sentiment. Cette création est le résultat de l'acquisition de se sentir contenu dans les bras de ses parents. C'est la somme des expériences de se sentir rassemblé qui permet d'avoir l'idée d'avoir un soi cohérent et rassemblé. Il y a construction

³⁷ Winnicott D., *Le développement affectif primaire* (1945) in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, p. 64

ancrée dans le corporel, mais c'est en même temps une conception imaginaire. L'enfant a des images par rapport à ses éprouvés.

Analysons maintenant ce que Winnicott appelle l'environnement suffisamment bon.

Il nécessite trois composantes :

- Le *holding* (portage, tenue) : manière dont l'enfant est porté, tenu, maintenu, soutenu par les parents. C'est un moment où la relation est de qualité et passe autant par le portage que par la voix, le regard. Par extension, c'est l'environnement stable, ferme et capable de porter psychiquement et physiquement l'enfant.
- Le *handling* (soin, traitement) : manière dont le jeune enfant est soigné et manipulé, lorsqu'au début il est dans sa phase de dépendance absolue.
- L'*object-presenting* : manière dont les parents présentent les objets extérieurs à l'enfant, cela permet les premières relations objectales. L'enfant, au début, doit être dans l'illusion qu'il crée ce qu'il perçoit et l'environnement doit entretenir cette « illusion positive ».

b) Réflexion à partir de la pensée de Winnicott

Nous voyons bien que pour cet auteur aussi, le sentiment d'exister se base sur les sensations corporelles. Winnicott cite quelques fois le terme de schéma corporel. En 1949, en introduction de l'article *L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma*, il écrit :

« Le schéma corporel avec ses aspects spatio-temporels, fournit une description valable de la représentation d'un individu par lui-même et là, je crois, il n'y a pas de place évidente pour l'esprit. Pourtant dans la pratique clinique, nous avons bien affaire à l'esprit en tant qu'entité localisée quelque part par le patient ; c'est pourquoi il apparaît nécessaire de faire une étude plus poussée du paradoxe selon lequel « l'esprit n'existe pas réellement en tant qu'entité. » »

Dans ce même article, il définit le vrai self comme la continuité d'être qui repose sur le développement du psyché-soma (développement affectif et corporel simultané). Le sentiment d'exister est donc, la conséquence de l'association du développement corporel, de l'activité mentale

et des conditions satisfaisantes de l'environnement pour le développement de la vie psychique de l'individu.

Le parallèle avec la démence de type Alzheimer n'est pas aisé. Néanmoins, en sachant que ces trois facteurs (développement corporel, mental et affectif) ont un grand rôle dans l'établissement du sentiment continu d'exister, nous pouvons, après étude de la démence de type Alzheimer, nous arrêter plus particulièrement sur les conditions de l'environnement. Car on sait que les sphères corporelle et mentale sont altérées. Donc, considérons le handling et le holding :

- Le handling est très présent dans la vie d'une personne âgée en EHPAD, les soignants, dans une perspective hygiéniste, s'attache surtout à la propreté, aux soins corporels.
- Le Holding est très peu présent et pourtant il permettrait un étayage contenant pour une personne atteinte d'une démence de type Alzheimer. Le holding corporel par le toucher, la balnéothérapie,... pourrait être un bon moyen de recentrer une personne démente sur ses sensations corporelles. Mais le holding « environnemental » est tout aussi important. L'exemple le plus frappant lors de mon stage est la différence de comportement des personnes selon le contexte dans lesquels ils sont. Par exemple au sein d'un PASA, le cadre est contenant : même lieu, même jour, mêmes résidents, au moins deux professionnels pour au maximum dix résidents, proposition des mêmes activités toutes les semaines à la même heure, rituels avant chaque repas,... L'évaluation objective et subjective de ce dispositif est unanime : les troubles du comportement sont très largement diminués.

3) André Bullinger

André Bullinger est professeur à la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'université de Genève. Ses recherches sont centrées sur le développement sensori-moteur du jeune enfant.

Bullinger propose un modèle théorique dans le bilan sensori-moteur : il considère que pour un enfant il est nécessaire que son environnement soit suffisamment stable et régulier, fiable et prévisible, pour qu'il puisse y puiser des repères organisateurs. Bullinger appelle cela l'invariant cognitif. Un lien peut être fait avec l'environnement suffisamment bon de Winnicott. C'est-à-dire que, dans ce système d'interaction, le bébé va retrouver suffisamment de choses

identiques pour que cela devienne des invariants cognitifs, des repères organisateurs pour sa pensée et son développement psychomoteur. Il insiste beaucoup sur ce système d'interaction qu'il appelle « boucle cognitive ».

Bullinger parle de l'intelligence sensori-motrice comme ne permettant pas seulement de développer l'intelligence à propos des objets et de l'espace mais aussi à propos de son corps propre. Le petit enfant expérimente, et en expérimentant il s'approprie son corps. Il fait progressivement siens des éprouvés, les localise dans son corps et s'équipe en expériences pour pouvoir habiter son propre corps. Il s'approprie son organisme pour en faire son corps.

Il dit, dans l'article sur *l'approche instrumentale de l'autisme infantile*, que le sentiment d'unicité chez le nouveau-né se construit par modulation tonique, ce qui permet de percevoir les frontières corporelles. Puis, dans le développement, cette unicité se représente sous un mode spatial.

« Chez le nouveau-né, le mode de résolution de la tension provoquée par les stimulations sensorielles est, au delà de la rigidification posturale, une décharge motrice qui métabolise la tension accumulée. Ces mouvements créent un état de tension de l'organisme qui peut s'auto-entretenir. Cette tension, ressentie dans tout l'organisme, est une des sources du sentiment d'unicité. La variation de cette tension est susceptible de créer des émotions. »³⁸

Chez l'enfant autiste, la représentation de cette unicité sous un mode spatial n'est pas possible et c'est pourquoi il a recourt à des conduites caractéristiques. Ses conduites sont des états toniques ou des mouvements répétitifs.

« A travers l'état tonique suscité, ces sensations alimentent l'image corporelle. Cette conduite ne nécessite pas le recours à des représentations spatiales. L'émotion créée suffit à donner, ici et maintenant, un sentiment d'unicité. »³⁹.

Il nous dit que c'est une mise en forme du corps, le parallèle avec ma problématique saute aux yeux. La personne atteinte d'une démence de type Alzheimer, ne pouvant plus avoir

³⁸ Bullinger A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Erès 2004, p 177

³⁹ idem, p. 184

recours à ses représentations spatiales, chercherait un sentiment d'unicité et d'existence dans les mouvements répétitifs.

B. Les essais de synthèse

1) Eric Pireyre

Eric Pireyre est psychomotricien et a imaginé une conceptualisation nouvelle de l'image du corps. En se basant sur la conception fournie par Françoise Dolto, il crée une image composite du corps à neuf sous-composantes :

- La continuité d'existence,
- l'identité,
- l'identité sexuée,
- la peau,
- l'intérieur du corps,
- le tonus,
- la sensibilité somato-viscérale,
- les compétences communicationnelles du corps,
- les angoisses corporelles archaïques.

Il abandonne le concept de schéma corporel en le réduisant à des sensations, il préfère parler de sensibilité somato-viscérale. Néanmoins, cette sensibilité n'est qu'une sous-composante de l'image du corps.

Ainsi, sa conception de la continuité d'existence s'appuie sur l'image de base⁴⁰ du concept de l'image inconsciente du corps de Françoise Dolto. Il se réfère aux trois auteurs vus précédemment, en disant que leurs points de vue sont complémentaires. Ils mettent tous en

⁴⁰ L'image de base c'est cette idée de memeté, connues et reconnues en dépit des changements du corps et des aléas de la vie. Elle est superposée à la notion de narcissisme, à la notion d'identité liée au corps visible. Elle se construit très tôt, avec pour appui la phase orale et anale.

perspective l'importance de la sensorialité, des émotions et de l'environnement : l'objet pour Damasio, la mère suffisamment bonne pour Winnicott et l'invariant cognitif pour Bullinger.

« Le sentiment de continuité d'existence représente l'une des premières, l'une des plus archaïques étapes que doit traverser le bébé au cours de son développement. Il s'agit là de l'une des premières capacités de base à acquérir pour tout sujet humain. Ses relations, nombreuses et démontrées par la psychanalyse et la neurologie, avec la sensorialité et l'émotion, en font une partie intégrante de l'image composite du corps. »⁴¹

2) Synthèse personnelle

Nous avons vu que ce sentiment d'existence est, pour les différents champs théoriques abordés, édifié sur les perceptions corporelles. C'est ce corps perçu (cf schéma corporel d'Ajuriaguerra) qui est à l'origine de la conscience de soi. Le corps perçu étant une des premières phases du schéma corporel, où les représentations cognitives du corps ne sont pas nécessaires, nous sommes encore dans un stade antérieur de sensations et de perceptions. Nous pouvons donc supposer que la conscience de soi n'est pas une connaissance mais plus un **sentiment intérieur d'origine corporelle**.

Dans la démence de type Alzheimer les perceptions corporelles ne sont plus que des sensations éparses. Dans cette perspective, les mouvements répétitifs seraient un moyen de retrouver de la cohérence dans les sensations afin de retrouver une continuité du schéma corporel et par extension une conscience de soi, un sentiment d'exister suffisant.

⁴¹ Pireyre E., *Clinique de l'image du corps*, Dunod 2011, p. 58

Pour conclure cette partie théorique, partons d'un exemple fictif. Prenons le cas d'un homme fumeur. Celui-ci, après un accident, devient totalement amnésique. A son réveil, il a oublié qui il était et le fait qu'il fumait. Mais le corps de cet homme n'a pas oublié son besoin en nicotine. Cet homme ressent donc un mal-être, un besoin insupportable, mais ne sait pas comment le satisfaire, car il a oublié jusqu'à l'existence même de la cigarette.

Nous pouvons faire une analogie avec la démence de type Alzheimer, bien que le processus soit beaucoup plus long et progressif. Une personne atteinte d'une démence de type Alzheimer peut oublier jusqu'à la représentation de son corps et peut ne plus avoir conscience de celui-ci. Néanmoins, elle ne peut pas oublier son existence et l'existence de son corps, seulement la conscience de cette existence. Car, comme le fumeur amnésique, des sensations viennent stimuler ce corps non-conscient de lui-même. Ces sensations, ne pouvant pas devenir des perceptions, vont essayer de prendre sens en utilisant des capacités restantes. Nous avons vu que la mémoire procédurale est une des mémoires les plus longtemps sauvegardées, les sensations éparpillées vont se métaboliser en mouvements connus et autrefois habituels. C'est en ce sens que les mouvements répétitifs dans la démence de type Alzheimer ont une fonction d'auto-(ré)organisation du schéma corporel, par la stimulation et l'organisation des sensations en mouvements automatisés, entraînant un sentiment continu d'exister suffisant dans l'ici et le maintenant.

Partie théorico-clinique

J'ai effectué mon stage de troisième année dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Cet établissement a une capacité d'accueil de cent-un résidents dont quatorze en unité protégée⁴², deux en accueil de jour et quatre en accueil temporaire. Depuis le mois de juin 2013, un PASA⁴³ accueille le lundi, le mardi, le mercredi et le vendredi, deux groupes de dix résidents se partageant deux jours chacun. Ce PASA est ouvert de 10h30 à 17h00 pour des personnes démentes avec des troubles du comportement. Son but est de suivre les résidents sur le long terme afin d'avoir une idée précise de leurs besoins et de pouvoir adapter notre accompagnement aux plus près de leurs problématiques. Des activités thérapeutiques sont proposées par une assistante de soin en gériatrie et une psychomotricienne.

Lors de ce stage j'ai pu effectuer des prises en soin individuelles avec des résidents de l'EHPAD, proposer un groupe thérapeutique au sein du PASA et participer à la vie de l'établissement. C'est lors de ces moments informels que j'ai pu observer les mouvements répétitifs réalisés par des personnes démentes (démence de type Alzheimer et maladies apparentées). A force d'observer ces comportements, j'ai essayé de mettre en place des réponses afin de diminuer ou de soulager les personnes empreintes à ce genre de comportement. Les hypothèses de travail découlent de la réflexion théorique menée auparavant.

Les stimulations sensorielles, tactiles et proprioceptives, permettent-elles à une personne atteinte d'une démence de type Alzheimer empreinte à des mouvements répétitifs de retrouver une continuité de schéma corporel et un sentiment continu d'exister dans l'ici et le maintenant ?

Nous commencerons par étudier les particularités de la vie en EHPAD, puis nous discuterons notre hypothèse de travail afin de trouver une méthodologie. Enfin, nous discuterons cette hypothèse grâce à des vignettes cliniques.

⁴² Unité fermée accueillant des personnes atteintes de démence avec troubles du comportement pouvant mettre en danger les résidents eux-mêmes, les professionnels ou d'autres résidents.

⁴³ Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

IV. Les particularités du vécu en EHPAD

L'entrée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes entraîne de nombreuses modifications des vécus de la personne. Ces changements nécessitent inévitablement une réorganisation et des réaménagements autant psychiques que cognitifs et moteurs.

En effet, qui dit entrée en EHPAD, dit changement de domicile avec tout ce que cela peut entraîner : nouveaux repères spatiaux, adaptation aux rythmes de vie institutionnels,... C'est aussi l'entrée dans une vie en collectivité, avec tout ce que cela comporte. Mon premier questionnement portera sur vécus corporels en EHPAD. Puis, pour revenir à mon sujet : quelles répercussions ont ces changements sur les vécus d'une personne âgée atteinte d'une démence de type Alzheimer ?

J'aborderais ces questionnements sous l'angle des sensations et plus particulièrement du toucher mais aussi au regard des schèmes moteurs.

A. Des sensations nouvelles

1) L'impression générale d'un EHPAD

Dès le seuil d'une maison de retraite, nos sens sont stimulés. Des murs aux couleurs pastel encadrent de grandes pièces où, selon les heures de la journée, le nombre de tables et de chaises est trop important pour le nombre de personnes installées. Alors que, vers 18h00, l'espace se réduit à mesure que les soignants amènent des personnes immobilisées en fauteuil roulant. Lors des « heures de pointe », une cinquantaine de personnes se retrouvent dans la même pièce où les cris s'amalgament aux bruits de la télévision ou à la voix d'Edith Piaf. L'odeur aussi est inhabituelle. Malgré un effort des soignants et des équipes techniques, l'air ambiant oscille entre urine, fèces, produit d'entretien et eau de Cologne. De plus, le pot-au-feu du dimanche se substitue à une cuisine de collectivité servie en groupe et si par malheur la déglutition du résident n'est pas correcte, sa nourriture lui sera servie hachée ou mixée.

Cette description d'une maison de retraite lambda est intentionnellement acerbe afin de rendre compte des potentielles modifications sensorielles vécues par les nouveaux résidents entrant pour la première fois dans leur nouveau chez-soi.

2) Le toucher en EHPAD

Le toucher est le premier sens qui apparaît dans l'ontogenèse et c'est aussi le dernier à se détériorer avec le grand âge. Ce sens permet d'être en lien avec une réalité, réalité du corps propre mais aussi réalité de l'environnement. Il est indispensable au bébé car il exprime l'affectivité de la mère, par le holding et le handling vu précédemment. Néanmoins lorsque l'enfant grandit, le toucher devient une modalité communicationnelle réprimée. Le toucher est recouvert d'un certain

tabou dans la société contemporaine occidentale. Peut-être parce que le toucher est le seul sens réciproque, c'est-à-dire que quand nous touchons nous sommes touchés.

Nous avons vu avec Maisondieu que lors du vieillissement le corps subit des modifications qui peuvent donner à la personne un sentiment de perte de contrôle de ce dernier. De plus, l'appauvrissement de la vie relationnelle peut entraîner un carence de contact physique.

En EHPAD, le toucher est très présent dans la vie des résidents même s'il se réduit très souvent à des actes protocolaires et des soins techniques. Ce toucher n'a pas valeur d'échange, de communication, de lien, il n'est pas chargé affectivement. Il peut être défini comme un toucher déshumanisé. Parallèlement à ce toucher déshumanisé, nous pouvons observer un toucher infantilisant. J'ai en tête le souvenir d'une soignante passant une main sur la joue d'une résidente en passant derrière elle, accompagnant ce geste d'un petit nom affectueux. Ce geste humain est en effet plein d'affection et d'humanité, mais, après réflexion, la résidente n'a pas été prévenue de ce contact, elle n'a pas donné son accord. Peut-être n'a-t-elle pas envie de se faire caresser la joue comme une enfant par une soignante qui a la moitié de son âge ?

J'aimerais partager un passage d'un petit texte issu d'une réflexion en groupe⁴⁴ sur le thème du toucher en institution. Nous avons essayé de nous mettre à la place d'un résident d'EHPAD, les anecdotes sont tirées d'histoire observée en stage :

« Ma fille m'a placée en EHPAD. C'est une bonne solution je pense. J'ai de plus en plus de difficultés à vivre seule et je ne veux pas déranger mes enfants, ils habitent tellement loin. Cela fait plusieurs fois que je chute, rien de très grave mais cela me fait peur. J'ai peur qu'un jour je ne puisse pas réussir à me relever.

Ce matin une aide soignante est venue m'aider à me laver pour la première fois. C'est gentil, j'ai besoin d'aide maintenant, je n'arrive pas à me laver le dos. Je sens une de ses mains sur mon épaule, ensuite je sens une autre main faire des cercles sur mon dos. Elle appuie fort, je sens ma peau bouger, j'ai failli tomber en avant cela m'a un peu surprise. C'est vrai qu'elle y va avec force mais au moins ça nettoie !

Ça y est c'est fini, je me sens mieux. Je la vois face à moi, elle rapproche son visage du mien, elle sourit, elle est belle, jeune. Je sens sa main sur ma joue et j'entends « Ca va ma chérie ? »...

⁴⁴ regroupant Anaïs Delacotte, Flory Galina, Marie Michel, Isabelle Vergès et Victor Viaud-Bessonnet

On ne m'avait jamais dit ça auparavant. Je n'aime pas trop qu'on me touche le visage comme cela. Je réponds « oui oui » pour ne pas la contrarier, elle est gentille quand même.

Maintenant elle m'aide à m'asseoir sur mon fauteuil, je pense pourtant en être capable. Elle a l'air pressée. Je sens qu'on m'attrape sous les bras, ce n'est pas du tout agréable, je n'aime pas qu'on touche mes dessous de bras. Je me sens plaquée au fond du fauteuil, puis mes jambes sont saisies pour mieux les placer. A ce moment-là, elle dit à sa collègue « Oh elle a les jambes douces, vas-y touche ! », je sens des mains qui parcourent mes jambes et je les vois sourire... c'est un peu gênant. »

Nous voyons bien que cette personne se sent gênée de la situation dans laquelle elle se trouve. Imaginons la même situation avec une personne atteinte d'une démence de type Alzheimer. Cette gêne ou cet embarras n'est pas verbalisable pour elle, pas même représentable. La seule réponse possible pour une personne atteinte d'une démence de type Alzheimer sera comportementale (agitation, violence, cris, ...).

On peut conclure que les personnes institutionnalisées ont peu accès à un toucher bienveillant qui contient et enveloppe. Pourtant, la prise de conscience du corps n'est possible par le toucher que dans le cadre d'un toucher bienveillant et enveloppant.

3) Le toucher comme médiation

Le toucher représente un mode de relation immédiat, un mode de communication non-verbal privilégié. De plus, il répond à un besoin inassouvi et souvent inconscient d'être touché pour se sentir encore touchable. Cela permet à la personne de favoriser son estime de soi. Le toucher permet aussi la diminution du stress et du tonus, et apporte un sentiment de calme.

Chez les personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer, le toucher est un mode de communication, de contact privilégié. Etant donné le statut archaïque du sens tactile, il ne nécessite pas de représentation. Nous pouvons à ce niveau de l'exposé faire un parallèle avec le dialogue tonico-émotionnel vu précédemment. En effet, nous savons que les personnes atteintes de

démence de type Alzheimer sont très sensibles à ce dialogue tonique. Celui-ci peut se manifester par le toucher.

Nous avons vu que les sensations corporelles amènent à l'individuation, au sentiment d'exister. Le toucher permettrait aux personnes démentes de ressentir des sensations rassurantes afin d'unifier le schéma corporel dans l'ici et le maintenant. Nous allons voir avec des vignettes cliniques que le toucher a une fonction rassurante et calmante.

B. Modifications des schèmes moteurs

Certains gestes ne sont pas sollicités en EHPAD. Or, dans la démence de type Alzheimer, si un geste n'est pas réutilisé il disparaîtra plus rapidement. La mémoire procédurale, bien qu'elle soit la dernière à disparaître, est antagonique à l'apraxie qui atteint les gestes les moins réactivés.

Essayons de réfléchir sur les activités non pratiquées en EHPAD et dont l'absence peut être à l'origine de gestes négligés : cuisine, ménage, jardinerie, courses,... Toutes ces activités, faisant partie de la vie d'une personne à l'extérieur, ne sont plus nécessaires en EHPAD. Avec leur disparition, bon nombre de gestes pratiqués lors de ces activités peuvent être oubliés.

Ainsi, l'immobilisation peut avoir de graves conséquences sur la motricité d'une personne atteinte d'une démence de type Alzheimer. Premièrement, elle peut avoir des conséquences musculaires comme l'amyotrophie ou la fonte musculaire. Puis psychologique, avec un sentiment de proximité de la mort, une grande labilité émotionnelle, des modifications accrues de la perception temporo-spatiale, un accroissement de l'anxiété et de l'agitation, ... Enfin, l'immobilisation peut aller jusqu'à la désafférentation sensorielle.

Nous pouvons faire un parallèle avec le fait d'immobiliser une personne en fauteuil roulant. Suite à une chute, une fracture, une asthénie ou une faiblesse passagère, il n'est pas rare de proposer à une personne en EHPAD d'utiliser un fauteuil roulant. Ce choix n'est pas anodin pour une personne atteinte d'une démence de type Alzheimer. En effet, la peur de retomber, de se faire mal ou de trop se fatiguer peut entraîner une forte appréhension à la marche. De plus, la diminution des stimulations proprioceptives peut entraîner un désapprentissage de la marche.

Prenons un exemple concret. Mme D, atteinte d'une démence de type Alzheimer est en fauteuil depuis de longs mois et elle se plaint énormément d'inconfort dans la position assise associé à de lourdes angoisses. Un jour, j'entends Mme D crier depuis sa chambre. En entrant dans sa

chambre je découvre Mme D voutée dans son fauteuil en inclinaison sur la droite. Elle me dit « je ne vais pas bien ». Apparemment sa toilette du matin ne s'est pas bien passée et elle a été blessée par les mots des soignants. De plus, elle n'est pas confortablement installée dans son fauteuil. Je l'aide donc à se redresser et à prendre conscience de sa position : la tendance posturale de Mme D est asymétrique en fermeture sur la droite. Après ces quelques réajustements, elle manifeste l'envie de se mettre debout. Ayant déjà aidé cette dame à se mettre debout avec l'aide de ma maître de stage, je lui explique que cela n'est pas possible pour moi de l'aider tout seul. C'est à ce moment-là qu'elle me dit : « j'ai peur de ne plus pouvoir me lever. »

J'ai essayé de mettre en relation toutes les données que j'avais concernant cette dame. Ce qui l'aurait le plus blessé dans sa toilette du matin serait plus une prise de conscience de ses incapacités à aider le soignant. Cela pourrait être mis en lien avec sa posture asymétrique et voûtée lorsque je suis venu la voir. Néanmoins, elle a pu verbaliser sa problématique du moment. Je lui ai donc proposé des mobilisations passives sur son fauteuil, à la fin desquelles elle me dit avoir ressenti du bien-être.

En fin de journée je croise Mme D, qui a passé une partie de l'après-midi avec sa famille, elle a le sourire et se tient droite dans son fauteuil.

Cette vignette clinique nous permet de prendre conscience que les mouvements et les postures sont intimement liées aux vécus émotionnels actuels de la personne. Le rôle du psychomotricien serait alors de créer une relation contenant afin de faire prendre conscience aux personnes de leurs capacités restantes. En effet, même immobilisé en fauteuil, des mouvements sont possibles et peuvent améliorer le confort de la personne.

Cet exemple peut aussi nous faire réfléchir sur le temps de la toilette et des soins. En institution, par manque de temps, de nombreux soignants prennent tout en charge alors que le résident a encore les capacités de faire certains gestes seuls. Petit à petit, par manque de stimulations, ces praxies vont se perdre. Mais, comme dans l'exemple donné plus haut, demander des choses trop compliquées à la personne peut la mettre en échec et dégrader son estime d'elle-même. Cette appréciation des capacités et difficultés d'une personne lors d'un soin peut être faite par le psychomotricien en EHPAD. En effet les co-soins psychomotricien / aide soignant peuvent permettre d'ajuster les demandes à un niveau acceptable.

Il en va de même pour les repas : mettre une personne apraxique devant son assiette peut être très violent pour celle qui ne sait pas comment faire, mais lui donner son repas d'un bout à l'autre peut concourir à la dégradation de ses praxies. C'est pourquoi, le repas thérapeutique est une bonne alternative : créer un cadre rassurant et étayant pour la personne peut lui permettre d'expérimenter de nouvelles manières de manger (avec une grosse cuillère ou avec les doigts par exemple).

Nous voyons bien dans cette partie que la personne atteinte d'une démence de type Alzheimer en EHPAD a besoin d'un ajustement et d'un accompagnement dans ses gestes de la vie quotidienne.

V. Méthodologie de prise en soin

Dans la première partie de cet exposé, nous avons étudié les atteintes cognitives de la démence de type Alzheimer. Je peux maintenant énoncer que la personne atteinte d'une démence est dans un vécu perceptivo-sensoriel où les repères, les souvenirs et les représentations sont effacés. Amenons ces données sous l'éclairage de notre étude de la vie en EHPAD. Si l'attention n'est pas portée sur l'adaptation des stimulations, les gestes peuvent décliner et les sensations être source de gêne et d'angoisse.

Or, lors de la conclusion de notre partie sur le schéma corporel j'ai déjà délimité des pistes de prise en soin afin d'améliorer la continuité de ce schéma chez des personnes atteints de démence avec des comportements moteurs répétitifs. Ces pistes étaient la stimulation sensorielle et la réactivation des automatismes moteurs.

Néanmoins, la partie sur le sentiment d'exister m'a permis d'éclairer les conditions de développement de ce sentiment. Grâce aux théories abordées nous avons pu voir que l'environnement doit être stable, régulier et en même temps contenant et étayant. Je propose donc de préciser mes hypothèses de prises en soin. Le toucher apparaît un médiateur adapté afin de permettre des perceptions tactiles enveloppantes et contenant. De plus, les mouvements sous forme active et passive me semblent appropriés afin de permettre des perceptions proprioceptives et de stimuler les praxies.

Un accompagnement médiatisé par le toucher ou par des mouvements permet-il de rétablir une continuité du schéma corporel et du sentiment d'existence chez des personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer empreintes à des comportements moteurs répétitifs ?

A. Accompagnement par le toucher

Mme M, âgée de 93 ans, est atteinte d'une démence de type Alzheimer avec des troubles du comportement assez importants. Au NPI il est relevé une désinhibition verbale et physique, une forte agitation / agressivité psychique, une exaltation de l'humeur, une irritabilité / instabilité de l'humeur et des comportements moteurs aberrants. Je rencontre Mme M toutes les semaines, au sein du PASA, lors du repas thérapeutique et de moments informels (goûter, lecture du journal, temps libre,...).

Ses troubles du comportement, en particulier l'agitation, ont lieu lorsque personne ne s'occupe individuellement d'elle. En effet, il lui arrive de crier, de taper sur la table ou de tousser de manière exagérée afin d'attirer l'attention des soignants. La désinhibition se manifeste par une recherche de contact physique, d'attention et d'affection. Ainsi, Mme M demande énormément de baisers que ce soit aux soignants ou aux autres résidents. Les comportements répétitifs de Mme M se focalisent surtout sur les mains : elle frotte la table, frotte ses mains, a des comportements de pliage et de dépliage (par exemple avec des serviettes).

Grâce à l'exposé fait précédemment, nous pouvons proposer une lecture psychomotrice des troubles du comportement de Mme M. Nous avons vu que le développement neuromoteur suit une loi de développement proximo-distal, les parties du corps les plus distales sont donc les dernières à être investies et donc les dernières à être intégrées au schéma corporel. Il n'est donc pas absurde de penser que ce sont les premières à être désinvesties de leurs mouvements et de leur fonction. Dans cette perspective, les mouvements répétitifs pourraient être lus comme une recherche de stimulation sensitive (par les frottements) et kinesthésique (par les mouvements de pliages) afin de recréer une continuité du schéma corporel. Cette continuité est retrouvée sporadiquement par la répétition rapide de ces mouvements.

Revenons sur son agitation. La fonction la plus visible de ce comportement est la recherche d'attention. Mais en regardant l'expression de cette agitation (cris gutturaux, toussotement, ...) on peut y voir une recherche de stimulation interne. En effet, les cris, et *a fortiori* les toussotements, provoquent des vibrations importantes dans tout le corps permettant de ressentir

le milieu interne et surtout les parties dures de ce corps : les os caractérisant la solidité et la résistance du corps. En outre, ressentir cette charpente osseuse, intégrée depuis longtemps au niveau de certains aspects du schéma corporel, participe à créer un sentiment d'existence.

Pourtant, il est indispensable de penser les troubles du comportement de Mme M dans leurs caractéristiques relationnelles. Comme le petit enfant qui retrouve son corps dans la relation à sa mère (cf partie théorique II. B. 3) a) la relation à l'objet primaire), Mme M a besoin d'un étayage afin d'être apaisé lorsque ses troubles du comportement sont trop invasifs pour elle et pour l'équipe. Un simple « Mme M, on vous entend, vous êtes avec nous » dans un échange réel et présent suffit à calmer quelques temps ses cris, qui dérangent les autres résidents.

Cette qualité de présence et d'échange a été possible avec cette dame pour la médiation du toucher. Je vais rapporter l'exemple d'un moment passé avec elle, que je n'appellerais pas séance car n'étant pas formalisé comme tel. A la suite d'un repas thérapeutique, Mme M est très agitée : elle se déplace, est à la recherche d'un contact physique avec les soignants et les autres résidents, elle déplace les fauteuils roulants,... Je décide de la suivre dans ses déambulations et essaie de mettre du sens sur tout ce qu'elle fait. Elle va très vite et la tâche n'est pas facile. Quand je lui propose de s'asseoir elle accepte mais continue à frapper sur la table. Trouvant la fréquence des coups plutôt rythmique, je décide de la suivre dans ce rythme improvisé. Après quelques instants, elle s'arrête et me regarde avec un sourire. J'ai eu l'impression que le fait de taper sur la table était un comportement irrépressible pour elle et lui demander de l'arrêter aurait été absurde. Mais mettre du sens sur ces mouvements, les dériver afin d'en faire une trame relationnelle, a peut-être permis à cette dame de se sentir mieux au moment présent. En tout cas, cela l'a libéré de ces troubles du comportement pour quelques instants.

Après cela, elle attrape une balle sur la table. Après quelques échanges, il me semble que cela devient trop compliqué, les gestes ne viennent plus et Mme M commence à s'agiter sur sa chaise et à bouger ses mains sur la table. Je lui propose donc ma main ouverte en face d'elle, elle pose une de ses mains dans la mienne. Je commence à ce moment-là de petits massages très légers. Je ne perçois pas de réactions de la part de Mme M jusqu'à ce qu'elle me fasse comprendre que c'est plus agréable quand je n'appuie pas trop. Après cela, elle ferme les yeux et se détend sur sa chaise. A ce moment-là Mme M est méconnaissable : son visage s'est détendu et tout son corps semble décontracté. Je me demande à cet instant si Mme M est toujours présente et attentive à ce qui se passe. Lorsque je lui demande si elle veut bien étendre son autre bras afin que je puisse masser l'autre main, elle le fait sans ouvrir les yeux et sans modifier son état tonique global. De

même, lorsque je passe à un massage médiatisé avec une balle à picot Mme M, toujours dans le même état, allonge son bras pour que je passe la balle plus haut sur celui-ci. Mme M est donc bien attentive à ses sensations et à ce qu'elle vit. Lorsque ce temps de massage se termine, Mme M garde la balle à picots dans ses mains et l'approche très près de ses yeux, elle me regarde en souriant et retourne à l'exploration de la balle à picots. Quelques minutes plus tard, Mme M regarde au loin et n'est plus en relation avec son environnement.

Lors de ce petit moment, en mettant du sens sur les mouvements de Mme M, j'ai pu créer un lien. Cela m'a permis de pouvoir lui proposer un moment de détente grâce au toucher. J'ai pris très peu d'initiative dans le massage, tous mes gestes étaient implicitement dicté par Mme M. Ainsi, nous pouvons supposer que la personne qui reçoit le toucher est la plus à même de connaître ses envies et ses besoins. Le toucher contenant et enveloppant a peut-être permis à Mme M d'avoir une continuité suffisante de son schéma corporel pour avoir un sentiment suffisant d'exister. En effet, ce n'est que grâce à ce sentiment que Mme M a pu fermer les yeux sans que cela ne la plonge dans une angoisse terrifiante.

Nous voyons bien dans cette vignette clinique que ce n'est pas la stimulation sensitive qui est en jeu. Elle doit entrer dans un cadre relationnel. Le psychomotricien, par sa présence et sa posture, offre une contenance psychique pouvant être analysé comme un Moi auxiliaire. C'est seulement dans ce cadre que la personne démente arrivera à avoir ce sentiment d'existence.

B. Accompagnement par le mouvement

Mme V, âgée de 96 ans, est diagnostiquée comme ayant une démence de type Alzheimer. Les troubles mnésiques de Mme V sont très importants, entraînant une désorientation temporo-spatiales invalidante. Néanmoins, lorsque l'on rencontre Mme V pour la première fois, l'impression qu'elle renvoie est celle d'une femme alerte, joviale et qui aime beaucoup dialoguer. En effet, Mme V répète souvent des phrases poncives d'un niveau de vocabulaire correct et non dénué d'humour : « à peine cent ans qu'il me reste à vivre ... », « vous savez moi, je fais de la natation », « il est très beau ce soleil aujourd'hui », ...

Au NPI, il est révélé de nombreux troubles du comportement : agitation / agressivité, anxiété (en particulier la peur de se perdre), irritabilité / instabilité de l'humeur et comportements moteurs aberrants (frotte les mains sur la table, frotte et tape le sol avec les pieds).

Je rencontre Mme V au sein du PASA pour un atelier de « travail corporel » mené par ma maitre de stage. Cet atelier s'adresse aux personnes ayant des capacités motrices mais peu d'activités spontanées et qui ont donc besoin d'être accompagnées dans le mouvement. Le groupe est constitué de trois résidentes, ma maitre de stage et moi. Les objectifs sont de mettre en jeu le corps par le biais de mouvements ou des échanges de balles, de retrouver un plaisir à bouger et de valoriser les capacités motrices pour revaloriser l'individu. Par ce biais de nombreuses capacités seront stimulées comme la communication, l'imitation ou l'attention. Cet atelier se divise en trois temps :

- Un temps de parole au début, qui permet de prendre en compte chaque membre du groupe et lui permet d'exprimer comment il se sent. Un réveil corporel à l'aide de balle, d'auto-massage ou de mobilisations des articulations est proposé.
- Ensuite, des propositions sont développées sur un thème précis : l'équilibre, l'axe corporel, les appuis, l'espace antérieur, le tonus,... Ces propositions ont des qualités ludiques et le ballon est un outil privilégié dans cet atelier. Dès que cela est possible, la personne sera encouragée à faire des choix et à devenir acteur, à s'autoriser à être.
- Après ces propositions, un moment calme est proposé avec des étirements, des exercices de respiration,... Pour finir, un tour des ressentis de chacun est effectué afin de leur donner la possibilité de verbaliser ce qu'ils viennent de vivre.

Au sein de ce groupe Mme V est très à l'aise, elle investie énormément le cadre du groupe pour proposer des mouvements aux autres résidentes. Elle est très dynamique et toujours prête à faire de nouvelles expériences. Petit à petit, nous nous rendons compte que Mme V surinvestie le mouvement. En effet, les moments de détente sont mal vécus par Mme V. Lorsque l'on propose un moment de relaxation sa réaction est : « Comment ça ? On reste là comme ça à rien faire ? ». Puis elle se met à bouger en disant qu'elle est en forme et qu'elle ne veut pas rester immobile. Nous pouvons lire ses réactions comme un besoin de bouger pour se sentir exister. Cependant, le schéma corporel de Mme V ne semble pas atteint, les mouvements sont fluides, précis et elle connaît les parties de son corps. Etant peintre, elle continue en atelier d'art-thérapie à peindre des silhouettes de femme, le « dessin du bonhomme » est donc de qualité. Plus tard dans l'atelier, Mme V nous dira totalement innocemment : « Le mouvement c'est la vie ». En effet, pour elle, prendre conscience que ses capacités cognitives déclinent est insupportable, notamment quand elle se perd. Le mouvement est donc surinvesti afin de sauvegarder une estime de soi indispensable.

Dans cette description clinique pouvons-nous dire que le schéma corporel et le sentiment d'existence sont affectés ? Nous pensons que les capacités motrices de Mme V ont entretenues son schéma corporel. L'altération cognitive indéniable participe à la sénescence de la conscience de soi. Néanmoins, cette dame a trouvé un moyen de défense plutôt efficace contre le délitement de ce sentiment d'exister : le mouvement. C'est pourquoi un atelier de travail corporel lui a été proposé. Le but de la prise en soin de cette dame n'est pas de diminuer les comportements moteurs répétitifs, car ceux-là ne sont pas handicapants, mais d'entretenir les sensations corporelles afin de sauvegarder ce sentiment d'existence, et plus que ça, de participer à l'amélioration de l'estime d'elle-même.

Ainsi, le mouvement étant un besoin chez Mme V, les objectifs de prise en soin sont tournés vers une diminution de son tonus de fond pour lui faire prendre conscience que l'hypertonie n'est pas nécessaire aux sensations.

Paradoxalement, lors de mobilisations passives, Mme V arrive très facilement à relâcher les tensions et à se laisser aller aux mouvements. La détente est possible par ce biais alors qu'elle est impossible par le biais de la relaxation ou de la respiration immobile. Les sensations des mouvements proposés doivent être suffisantes pour recréer une continuité du schéma corporel et du sentiment d'existence. Toutefois, ce n'est que dans ce contexte que Mme V arrive à diminuer son tonus.

C. Conclusion

Ces deux vignettes cliniques nous permettent de relativiser : le toucher et le mouvement ne sont pas suffisants. Nous voyons dans la première vignette que sans une relation thérapeutique de qualité, le moment du toucher n'aurait pas été possible et que même s'il avait été possible, il n'aurait pas eu le même impact. La deuxième vignette clinique nous permet de réfléchir sur l'individualité de chaque résident. Cette femme, qui a apparemment toujours été active, n'aurait pas supporté une prise en soin par le toucher ou la relaxation.

Les mouvements répétitifs des personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer ont une fonction, un but précis. Ces comportements, tel un symptôme, sont à respecter. Selon Ajuriaguerra :

« Lorsque le symptôme est inclus dans une organisation chronique, il prend une valeur privilégiée. L'équilibre fragile et douloureux est réorganisé autour de lui, grâce à lui. Par lui passent le sentiment de soi, non pas harmonieux mais cohérent, et les relations avec autrui. Cohésion difficile, dispendieuse, d'autant plus précieuse. Le symptôme sera défendu. »⁴⁵

Pour respecter ce symptôme, une réflexion doit être menée au truchement de la théorie et de ce qui est vécu en relation avec la personne concernée.

⁴⁵ Ajuriaguerra J., Cahen M., *tonus corporel et relation avec autrui : l'expérience tonique au cours de la relaxation*, 1960 in Joly F., *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité* tome 1, Ed du Papyrus 2009

Conclusion

La partie théorique de cet exposé s'attache à éclaircir, dans un premier temps, les différentes étiologies et l'expression clinique de la démence de type Alzheimer. L'atteinte corticale de cette entité pathologique peut nous permettre de penser le retour au pôle perceptivo-sensoriel. Cette réapparition d'un fonctionnement antérieur nous questionne sur la place du corps dans cette pathologie. Grâce à Julian de Ajuriaguerra et sa conception intégrative du schéma corporel, nous avons pu analyser l'étiologie de ce dernier chez une personne atteinte d'une démence de type Alzheimer. L'intégration du schéma corporel est influencée par le développement neuro-moteur, les stimulations sensorielles (en particulier la proprioception), la qualité des relations interpersonnelles et la mémoire. Tous ces facteurs se délitent plus ou moins lors de l'évolution d'une démence de type Alzheimer. Le schéma corporel se désintègre donc petit à petit. Grâce à des auteurs d'obédiences différentes, nous avons pu relier la construction du schéma corporel à l'apparition du sentiment d'existence. Puis notre réflexion nous a mené vers la conclusion que le sentiment d'exister était lui aussi malmené dans la démence de type Alzheimer.

Edgar Morin, dans sa réflexion sur la complexité, définit pour l'être humain une qualité essentielle : « L'auto-éco-organisation, c'est-à-dire que le vivant trouve en lui-même la capacité permanente de se réparer, de se régénérer. »⁴⁶. Pour lui, l'être humain est une organisation active qui aspire à son auto-conservation.

C'est dans cette perspective que j'aimerais conclure sur les comportements moteurs répétitifs dans la démence de type Alzheimer. Nous voyons bien, avec cet exposé, qu'ils sont secondaires au délitement du schéma corporel et du sentiment d'existence. Nous pouvons énoncer que les mouvements répétitifs sont des comportements ayant pour but de recréer une continuité du schéma corporel et du sentiment d'existence. Le terme « continuité » n'est pas le fait de retrouver l'état antérieur mais d'éviter l'interruption des sensations pouvant renvoyer à la menace d'annihilation dont parle Winnicott ou de l'angoisse de mort dont parle Maisondieu.

⁴⁶ <http://www.philagora.net/philo-fac/edgar-morin/un-vivant.php>

Venons-en à la prise en soin en psychomotricité. Nous avons vu auparavant que ce qui caractérise un sujet est la prise de conscience de lui-même. C'est dans cette optique que doit se dérouler l'accompagnement. Allant au-delà des stimulations proposés : kinesthésique et sensitive, qui participent néanmoins à la prise en soin, le but est de replacer la personne en tant que sujet. En nous attachant aux théories de Jean-Paul Sartre vues plus haut, le psychomotricien doit s'efforcer, dans la relation, de considérer la personne comme « être-pour-autrui » afin qu'elle se considère elle-même « être-pour-soi ». L'accompagnement des personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer nécessite une présence impliquée, une relation authentique entre deux sujets semblables mais ayant leur subjectivité propre.

C'est à la suite de cette réflexion qu'une question s'est posée : la pratique du psychomotricien en EHPAD peut-elle se penser selon le schéma classique : éducation / rééducation / thérapie ? Il me semble que la pratique psychomotricienne, auprès des personnes âgées atteintes d'une démence de type Alzheimer, doit se concevoir comme un accompagnement. En outre, après quelques temps en tant que stagiaire psychomotricien dans un EHPAD, je peux définir l'accompagnement comme le fait de s'associer à une personne dans le temps (notion d'alliance thérapeutique) afin de favoriser une corporéité cohérente entre les stimulations de l'environnement, la pathologie cérébrale et la subjectivité de cette personne.

Bibliographie

- Ajuriaguerra J. De. *Manuel de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Masson 1974, Paris
- Ajuriaguerra J. De et coll, *A propos de quelques problèmes posés par le déficit opératoire de vieillards atteints de démence dégénérative en début d'évolution*.
- Ajuriaguerra J. De et coll, *Désintégration des praxies idéomotrices dans les démences*
- André, Benavidès, Giromini, *Corps et psychiatrie*, HdF 2004, Paris
- Berthoz A., *Le sens du mouvement*, Odile Jacob 1997, Paris
- Boutin B., *L'errance dans la problématique démentielle entre dérive et recherche d'ancrage*, mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2009
- Bullinger A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Erès 2004, Toulouse
- Calza A., Contant M., *Abrégés de psychomotricité*, Masson 2007, Paris
- Costemale A., *L'eau, berceau de verticalité : étude théorico-clinique du redressement chez les personnes âgées dans un bassin thérapeutique*, mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2013
- Cyrulnik B., Morin E. *Dialogue sur la nature humaine*, L'aube 2010, La Tour-d'Aigues
- Damasio A., *le sentiment même de soi*, Odile Jacob 1999, Paris
- Degiorgio C, Fery P, Polus B, Watelet A, *Comprendre les fonctions exécutives*, CRFNA Bruxelles
- Eustache F. *Traité de neuropsychologie clinique*, Chapitre 29 *Intelligence et démences*, De Boeck 2008, Bruxelles
- Feil N. *Validation*, Lamarre 2005, Rueil-Malmaison
- Freud S., *Inhibition, angoisse et symptôme*, PUF 2011, Paris
- Fromage B., GardeyM., *Perception de soi chez des sujets déments et non-déments, une étude préliminaire*, Revue de gériatrie, tome 27 n°4 avril 2002
- Guiose M., *Rétrospective des concepts de schéma corporel, image du corps et enveloppes psychiques*, Evolutions psychomotrices n°51 2001
- Hoenner C., Gardey A.M., *La démence sénile de type Alzheimer (DSTA) : Pertinence d'une prise en charge psychothérapique à médiation corporelle*, L'Information Psychiatrique. Vol 80 N° 10 Déc 2004

- Joly F., . *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité tome 1*, Ed du papyrus 2009, Noisiel
- Joly F., . *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité tome 2*, Ed du papyrus 2009, Noisiel
- Juhel J.C., *La psychomotricité au service de la personne âgée*, PUL 2010, Lyon
- Lacombe F., *A corps perdu : psychomotricité et trouble du schéma corporel chez les hémiplésiques gauche*, mémoire de psychomotricité, Bordeaux 1992
- Levi L., *Des corps ridés, marqués, qui se souviennent et racontent : une expérience auprès de personnes atteintes de la démence sénile de type Alzheimer*, mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2009
- Maisondieu J. *Le crépuscule de la raison*, Bayard 2011, Paris
- Martin E., et coll, *Echelle révisée de déambulation d'Algase, soins de longue durée*, IFP Toulouse
- Mazeau M., interview par J. Boutinaud, *Thérapie psychomotrice et recherches* N° 165
- Merleau-Ponty M., *Phénoménologie de la perception*, Gallimard 1945, Paris
- Messy J., *La personne âgée n'existe pas*, Payot 2002, Paris
- Mottin E., *L'intervention psychomotrice dans prise en soin des troubles du comportement perturbateurs de la démence*, mémoire de psychomotricité, Toulouse 2011
- Moyano O., *La relation psychomotrice une autre idée du transfert*, l'information psychiatrique n°8 oct 1994
- Paillard J., *Le corps situé et le corps identifié : une approche psychophysiologique de la notion de schéma corporel*, Revue de médecine suisse romande 1980
- Personne M. *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, Erès 2011, Toulouse
- Péruchon M., *La maladie d'Alzheimer : entre psychosomatique et psychanalyse*. Dunod 2011, Paris
- Péruchon M., *Du Moi-peau : application à la gériologie et à la ritualité*, psychologie clinique et projective, 2001/1 n°7.
- Péruchon M., *Clinique de la vieillesse* in Séchaud E., *Psychologie clinique*, Dunod 2005, Paris
- Pireyre E., *Clinique de l'image du corps*, Dunod 2011, Paris
- Ploton L., *L'aide aux malades d'Alzheimer et à leur entourage*, lettre de psychogériatrie 2013
- Ploton L., *La question de l'articulation neuro-psychique illustrée par le débat sur la psychogenèse de la maladie d'Alzheimer*, Gériologie et société 2001/2 n°97
- Ploton L., Cristini C., *Mémoire et autobiographie*, Gériologie et société, n°130 sept 2009

- Ponton G., et coll, *Développer le lien entre potentiel attentionnel et conscience corporelle : comment la psychomotricité accompagne l'ancien à faire du neuf*, 22ème journée de l'APHJPA Niort 2002
- Ponton G., *Reflet du corps vieillissant, un corps en vie parce que sensible*, Thérapie psychomotrice et recherche n°106/2 1993
- Potel C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In press 2000, Paris
- Robert-Ouvray S., *L'enfant tonique et sa mère*, DDB 2007, Paris
- Rozotte C., *Le concept de conscience au coeur des représentations sociales de la maladie d'Alzheimer : Étude des théories subjectives de l'intériorité psychique du patient*, Gériologie et société 2001/2 n° 97
- Sacks O., *l'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*, point 1988, Paris
- Sartre J.P. *L'être et le néant*, Gallimard 1976, Paris
- Scaliom P., Giromini F., Albaret J.M., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Solal 2011, Bruxelles
- Winnicott D. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot 1989, Paris
- www.lecerveau.mcgill.ca

Table des matières

Introduction	1
Partie théorique	5
I. La démence de type Alzheimer	6
A. Hypothèses étiologiques	7
1. Les hypothèses neurologiques	7
a) Au niveau cellulaire	7
b) Au niveau cérébral	8
2. Les hypothèses psychanalytiques	10
a) Jean Maisondieu	10
b) Naomi Feil	11
c) Marion Péruchon	11
B. Description clinique	13
1. L'atteinte mnésique	14
a) Description des différentes mémoires	14
b) Les troubles de la mémoire dans la démence de type Alzheimer	16
2. Troubles praxiques	17
3. Troubles gnosiques	19
4. Troubles du langage	20
5. Perturbations des fonctions exécutives	21
6. Modifications psychologiques	22
a) Les troubles affectifs et émotionnels	22
b) Les angoisses	23
7. Réactions comportementales	25
a) Description	25
b) Hypothèses	26

(1) L'hypothèse psychanalytique	26
(2) L'hypothèse psychosomatique	27
(3) L'hypothèse cognitive	27
II. Le schéma corporel	29
A. Historique du concept de schéma corporel	30
1. Naissance au sein de la neurologie	30
2. Une synthèse fructueuse : Julian de Ajuriaguerra	31
a) Le corps perçu	32
b) Le corps connu	33
c) Le corps représenté	33
d) Le corps vécu	33
B. Importance de certains facteurs dans l'intégration du schéma corporel, parallèle avec la pathologie démentielle	35
1. La proprioception	35
2. Développement neuro-moteur	36
3. La relation	38
a) Le relation à l'objet primaire	38
b) Autrui et la représentation du corps propre	39
c) Réflexion existentialiste	39
d) Dans la démence de type Alzheimer	40
4. La mémoire	41
a) De la mémoire sensorielle à la mémoire épisodique : la sensation et la perception	41
b) La mémoire sémantique : la représentation	42
c) La mémoire procédurale : l'action	44
III. Du schéma corporel au sentiment d'existence	46
A. Différents auteurs	48
1. Antonio R. Damasio	48
a) Sa théorie sur la conscience de soi	48
b) Réflexion à partir de cette théorie	50

2. Donald W. Winnicott	51
a) La pensée de Winnicott	51
b) Réflexion à partir de la pensée de Winnicott	53
3. André Bullinger	54
B. Les essais de synthèse	56
1. Eric Pireyre	56
2. Synthèse personnelle	57
Partie théorico-clinique	59
IV. Les particularités du vécu en EHPAD	61
A. Des sensations nouvelles	62
1. L'impression générale d'un EHPAD	62
2. Le toucher en EHPAD	62
3. Le toucher comme médiation	64
B. Modifications des schèmes moteurs	66
V. Méthodologie de prise en soin	69
A. Accompagnement par le toucher	70
B. Accompagnement par le mouvement	73
C. Conclusion	75
Conclusion	76
Bibliographie	79