

L'expression corporelle et les personnes âgées : prise en charge groupale en psychomotricité, au sein d'un EHPAD

Cécile Laffont

► **To cite this version:**

Cécile Laffont. L'expression corporelle et les personnes âgées : prise en charge groupale en psychomotricité, au sein d'un EHPAD. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01069053

HAL Id: dumas-01069053

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01069053>

Submitted on 26 Sep 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.

Université Pierre et Marie Curie - Paris VI
Faculté de médecine site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité



L'EXPRESSION CORPORELLE ET LES PERSONNES AGEES

Prise en charge groupale en psychomotricité, au sein d'un EHPAD

Mémoire présenté par LAFFONT Cécile
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien

Référents de mémoire :

Session de Juin 2014

LOGEREAU Marie-Laure
MOURGUES Célia

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Marie-Laure et Célia, pour leur disponibilité, leurs conseils et leur aide dans l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie l'ensemble de mes maîtres de stage ainsi que les patients rencontrés depuis le début de la formation.

Merci également à mes parents, mon frère et mes proches pour leur soutien permanent durant ces trois années.

Merci particulièrement à Julien pour sa patience et son soutien depuis l'autre bout de la France.

Je remercie sincèrement mes amies parisiennes, ma deuxième famille, pour leur si bel accueil, l'amitié qu'elles m'ont offerte et sans qui ces trois années n'auraient pas été aussi agréables.

Merci à tous les psychopotes pour cette bonne ambiance au sein de l'école.

Je voudrais remercier également tous mes amis sudistes pour leur soutien et leurs visites toujours bienvenues.

Enfin, merci à toutes les personnes qui ont donné un bout de leur temps pour m'aider dans l'écrit de ce mémoire, je pense particulièrement à Maryse, Benjamin et Anne-Marie.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	7
PRESENTATION CLINIQUE.....	9
1. Présentation de l'institution	10
1.1. L'institution	10
1.1.1. La population accueillie	10
1.1.2. Le personnel	10
1.1.3. La vie institutionnelle	11
1.2. La place de la psychomotricité	12
2. Présentation des cas cliniques	13
2.1. Mme R.	13
2.1.1. Anamnèse.....	13
2.1.2. Première rencontre	14
2.1.3. Bilan psychomoteur	14
2.1.4. Indication pour le groupe	15
2.2. Mme N.	16
2.2.1. Anamnèse.....	16
2.2.2. Première rencontre	16
2.2.3. Bilan psychomoteur	17
2.2.4. Indication pour le groupe	18
PARTIE THEORIQUE.....	19
1. La personne âgée	20
1.1. Le vieillissement dit normal.....	20
1.1.1. Définition	20
1.1.2. Les troubles somatiques.....	21
1.1.3. Les troubles cognitifs	22
1.1.4. Les troubles moteurs	23
1.1.4.1. La motricité générale	24
1.1.4.2. La motricité fine	25
1.1.5. Les troubles psychoaffectifs	25

1.2.	Le vieillissement dit pathologique	26
1.2.1.	Définition	26
1.2.2.	Pathologies	26
1.2.2.1.	La démence	26
1.2.2.2.	Les états délirants	30
1.2.2.3.	Le trouble mixte anxiété-dépression.....	31
1.2.2.4.	La Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA).....	31
1.3.	Les conséquences du vieillissement sur le schéma corporel, l'image du corps et le narcissisme	32
1.3.1.	Le schéma corporel	32
1.3.2.	L'image du corps	33
1.3.3.	Le narcissisme	34
1.3.3.1.	Définition et construction du narcissisme	34
1.3.3.2.	Le narcissisme chez le sujet âgé.....	36
2.	La médiation choisie.....	37
2.1.	L'expression corporelle	37
2.1.1.	Tentative de définition	37
2.1.2.	Le corps et l'expression corporelle	38
2.1.2.1.	Le corps vecteur de l'expression	38
2.1.2.2.	Le corps support de la communication infra-verbale	38
2.1.3.	Prise de conscience corporelle	41
2.2.	Le groupe	42
2.2.1.	Le groupe restreint ou groupe primaire.....	42
2.2.2.	La dynamique des groupes	43
2.2.3.	La vie relationnelle du groupe	43
2.2.4.	Le groupe à médiation corporelle	44
2.3.	L'association de l'expression corporelle et du groupe	45
	EVOLUTION CLINIQUE.....	47
1.	Le cadre du groupe	48
1.1.	Présentation	48
1.2.	Préparation au groupe	48
1.3.	Déroulement d'une séance type	49
2.	Evolution de Mme R. et de Mme N.....	50
2.1.	Avant les séances	50
2.1.1.	Attitude.....	50
2.1.2.	Intégration de l'atelier	51

2.2.	Les séances	52
2.2.1.	Présentation et état du jour	52
2.2.2.	Intégration des propositions	53
2.2.3.	Prise d'initiatives.....	55
2.2.4.	Investissement corporel	57
2.2.5.	Conscience du groupe et communication.....	59
2.2.6.	Temps de verbalisation.....	61
2.3.	Actuellement	62
	DISCUSSION.....	64
1.	Vers un réinvestissement narcissique	66
1.1.	Le réinvestissement corporel	66
1.2.	Une image du corps enrichie.....	68
1.2.1.	Rappels théoriques.....	68
1.2.2.	L'importance du réinvestissement corporel.....	68
1.2.3.	L'intérêt d'une prise en charge en groupe	69
2.	Le cadre thérapeutique et le rôle du psychomotricien.....	70
2.1.	Le cadre thérapeutique en psychomotricité.....	71
2.1.1.	La mise en place et les intérêts du cadre thérapeutique	71
2.1.2.	La perméabilité du cadre thérapeutique	72
2.1.3.	Un cadre thérapeutique garant de la réalité.....	73
2.2.	La place du psychomotricien.....	73
2.3.	Les limites du cadre thérapeutique	75
2.3.1.	Perturbation du cadre thérapeutique	75
2.3.2.	Les limites des encadrants.....	76
3.	Une expérience de la psychomotricité avec les personnes âgées.....	77
3.1.	Ma place de stagiaire et mes limites.....	77
3.2.	La position du thérapeute en séance	79
3.2.1.	Adaptation aux limites des résidents.....	79
3.2.1.1.	Les limites physiques	79
3.2.1.2.	Les limites cognitives.....	81
3.2.2.	La relation thérapeutique.....	82
	CONCLUSION	83
	BIBLIOGRAPHIE	84
	ANNEXES	I
	ANNEXE 1	II

ANNEXE 2	IV
ANNEXE 3	VII
ANNEXE 4	VIII
GLOSSAIRE.....	X

INTRODUCTION

Actuellement, nous constatons de plus en plus que les personnes âgées ont tendance à s'isoler et à voir leurs capacités d'expression verbales et corporelles diminuées. Cette régression s'effectue parallèlement à l'évolution de leurs pathologies. Une prise en charge en psychomotricité peut s'avérer bénéfique pour faire face à une telle situation.

Lors de ma première rencontre avec la psychomotricienne de l'EHPAD, nous avons longuement échangé quant à mes attentes concernant mon futur stage. Je lui ai justement fait part de mon souhait de développer un projet d'expression avec les personnes âgées, ce que je n'avais jamais expérimenté.

Ainsi, face à ce constat clinique de départ et mes envies en tant que future stagiaire, nous avons décidé de créer un groupe d'expression corporelle, au sein de l'établissement.

Après de multiples échanges et une réflexion commune, nous avons rédigé un projet de prise en charge¹, que le médecin coordinateur a validé. Les séances se sont mises progressivement en place.

Etant impliquée dès le début dans la réalisation de ce projet, j'ai décidé d'en faire mon sujet de mémoire, pour en suivre l'évolution pas à pas. C'est ainsi que je me suis demandée ce que pourrait apporter précisément ce groupe d'expression corporelle aux personnes âgées ?

Par la suite, j'ai élaboré une problématique plus précise, autour de laquelle j'ai choisi de développer mon mémoire. Le groupe d'expression corporelle peut-il contribuer au réinvestissement d'un corps vieillissant ? Peut-il avoir un impact positif sur le plan narcissique, chez le sujet âgé ? Enfin, favorise-t-il les communications et les interactions entre les participants ?

Pour tenter de répondre à ces deux hypothèses, ce mémoire s'organise en quatre grandes parties.

Tout d'abord, nous placerons le contexte avec une présentation de l'institution et de deux résidentes qui ont participé à ce groupe d'expression corporelle.

¹ Confer Annexe 1, p. II

Dans un deuxième temps, nous développerons des éléments plus théoriques. Nous commencerons par aborder le vieillissement dit normal et le vieillissement dit pathologique ainsi que leur impact au niveau de l'image du corps et du narcissisme. Nous traiterons, ensuite, de la médiation choisie pour la prise en charge, à savoir la complémentarité entre l'expression corporelle et le groupe.

Pour continuer, nous présenterons l'évolution clinique des deux résidentes au sein du groupe d'expression corporelle.

Enfin, nous discuterons autour de trois points en lien avec notre sujet. Ainsi, il s'agira d'aborder le réinvestissement narcissique chez la personne âgée. Puis, nous étudierons le cadre thérapeutique en psychomotricité, qui peut lui aussi soutenir ce réinvestissement. Pour terminer, nous parlerons de cette expérience de la psychomotricité auprès de sujets âgées.

PRESENTATION CLINIQUE

1. Présentation de l'institution

La structure dans laquelle je suis en stage est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Il est rattaché à une association regroupant plusieurs établissements.

La structure accueille en priorité des individus en souffrance psychologique et sociale.

1.1. L'institution

1.1.1. La population accueillie

L'établissement accueille principalement des personnes âgées souffrant d'un vieillissement pathologique. Ce dernier est très souvent à l'origine d'une perte d'autonomie rendant impossible leur maintien au domicile.

Les résidents présentent différentes pathologies telles que des démences mixtes, non identifiées ou de type Alzheimer, des dépressions ou encore la maladie de Parkinson. Certains résidents sont seulement atteints de troubles liés au vieillissement comme des douleurs, de l'arthrose, mais sans troubles cognitifs importants associés. D'autres encore souffrent de séquelles liées à des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC).

1.1.2. Le personnel

Le personnel de l'institution regroupe plusieurs équipes.

L'équipe médicale est composée d'un médecin gériatre et d'un médecin coordinateur ainsi que de médecins libéraux.

Sous la responsabilité des infirmières coordinatrices, les IDE (Infirmiers Diplômés d'Etat), les aides-soignantes et les aides médico-psychologiques agissent quotidiennement auprès des résidents, par exemple lors des toilettes, des soins ou encore des repas.

D'autres professionnels tels que la psychologue, la psychomotricienne, l'ergothérapeute, la diététicienne, les kinésithérapeutes, les pédicures et les orthophonistes libéraux interviennent auprès des résidents. Une art-thérapeute et une zoo-thérapeute proposent également leurs ateliers, de temps en temps.

En outre, une psychanalyste, intervenant de façon ponctuelle dans les différentes résidences de l'association, vient travailler auprès de ces équipes.

La structure comprend également une équipe d'animation qui organise des activités quotidiennes.

Ponctuellement, l'esthéticienne et la coiffeuse participent également au bien être des résidents.

Enfin, il y a le personnel administratif, de restauration, d'hôtellerie, de lingerie et d'entretien.

1.1.3. La vie institutionnelle

La structure comprend quatre étages où résident des personnes âgées plus ou moins autonomes, ainsi qu'une unité protégée, le Centre d'Animation Naturel Tiré d'Occupations Utiles (CANTOU). Il accueille des personnes présentant une démence à un stade avancé et une importante désorientation temporo-spatiale pouvant être à l'origine de comportements d'errance* récurrents. L'unité reçoit un nombre restreint de résidents afin de mieux s'adapter à leurs besoins.

L'institution comprend un second bâtiment qui accueille seulement douze personnes, ayant une plus grande autonomie sur le plan moteur.

Les résidents ont chacun leur chambre et partagent leurs repas avec l'ensemble de l'étage, dans la pièce commune.

Au sein de l'établissement, ils peuvent recevoir leur famille, ou des visiteurs pour un repas ou une après-midi.

La journée, certains résidents sont suivis en prise en charge individuelle(s) ou groupale(s) par les professionnels de l'équipe paramédicale, qui interviennent seuls ou en co-thérapie.

De plus, ils peuvent bénéficier d'activités encadrées par l'équipe d'animation, qui propose également des sorties ou deux fois par an des séjours-vacances.

En ce qui concerne la communication entre les différentes équipes, des synthèses, des réunions pluridisciplinaires et des réunions d'organisation ont lieu régulièrement. En outre, il existe un logiciel informatique qui regroupe les dossiers de chaque résident et auquel tout le personnel a accès. Il appartient à chaque professionnel d'y écrire ce qu'il a fait avec les personnes qu'il suit.

1.2. La place de la psychomotricité

La psychomotricienne qui m'encadre durant mon stage travaille à temps plein. Elle partage son bureau avec l'ergothérapeute, la diététicienne, les kinésithérapeutes et l'art-thérapeute.

Il n'existe pas de salle de psychomotricité à proprement parler. Cependant, la structure est équipée d'une salle « Snoezelen »^{*2}. La psychomotricienne y effectue des séances individuelles. Des prises en charge peuvent aussi avoir lieu en chambre, lors des accompagnements de fin de vie par exemple, ou lorsque les résidents souhaitent y rester.

Enfin, pour les groupes elle dispose d'une grande salle, la vidéothèque, qui est aussi utilisée par les animateurs, pour les interventions et pour les réunions.

Les indications en psychomotricité sont décidées en équipe pluridisciplinaire.

Avant de débiter chaque prise en charge, elle prend le temps de rencontrer et de connaître le résident au cours d'entretiens et effectue généralement un bilan d'observation.

L'accompagnement en psychomotricité peut être individuel ou se faire en groupe. Les séances durent de vingt à quarante-cinq minutes environ. Dans les prises en charges individuelles, la psychomotricienne utilise entre autre le toucher-thérapeutique, la relaxation, les bains thérapeutiques. Elle propose également plusieurs groupes: le groupe équilibre, le groupe prévention de la chute, le groupe pétanque, le groupe modelage, le groupe d'expression corporelle et l'atelier pâtisserie.

La psychomotricienne peut travailler seule ou en co-thérapie, notamment avec l'ergothérapeute. Elle met en place des prises en charge durables mais peut aussi intervenir de manière ponctuelle auprès des soignants, pour diverses problématiques ou pour des accompagnements à la toilette par exemple.

² Les mots suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire p. X.

2. Présentation des cas cliniques

2.1. Mme R.

2.1.1. Anamnèse

Mme R. est née le 12 Décembre 1922 et est âgée de quatre-vingt-onze ans. Elle a trois enfants dont deux fils qui viennent la voir régulièrement et des petits enfants. Elle est veuve depuis 2003.

Elle a beaucoup voyagé et aime la gymnastique, la cuisine et la peinture.

Mme R. est arrivée à l'EHPAD, le 12 Juillet 2012 car elle s'isolait à domicile. Elle est atteinte d'une démence de type Alzheimer (diagnostiquée en 2009) et d'une Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA). Elle souffre également de délire de persécution et d'un syndrome anxio-dépressif. A son arrivée, elle racontait souvent que des gens entraient dans sa chambre pour la voler. Actuellement ces délires de persécutions sont moins fréquents. Toutefois, une autre forme de délire est apparue. En effet, elle raconte souvent qu'elle vient d'accoucher. Elle dit qu'elle ne peut laisser ses enfants seuls, lorsqu'elle doit s'absenter pour une prise en charge, car ils sont encore très petits et qu'ils ont besoin d'elle. Après en avoir discuté avec les équipes, j'ai compris que ses délires sont ponctuels et ont surtout lieu l'après-midi ou en fin de journée. De plus, Mme R. est une personne plutôt anxieuse et lorsque ces délires sont présents, ils ne font que majorer son angoisse.

Enfin, Mme R. a été opérée d'un cancer du sein ainsi que de la cataracte. Elle fait aussi de l'Hyper Tension Artérielle (HTA).

Concernant les prises en charges, elle bénéficie d'un suivi en kinésithérapie et en psychomotricité.

D'une manière générale, elle dit se sentir bien au sein de l'établissement. Au quotidien, Mme R. a besoin d'une aide pour faire sa toilette et s'habiller. Lors des repas, elle peut manger seule. Enfin, elle s'intéresse très peu aux activités d'animation. Lorsqu'elle y participe, elle semble apprécier les ateliers manuels.

2.1.2. Première rencontre

Lorsque je rencontre Mme R. pour la première fois, je remarque que c'est une dame souriante et qui aime discuter. Elle me pose d'ailleurs beaucoup de questions et s'interroge sur le but de ma visite. Je lui explique que je viens la voir afin de faire connaissance et de lui proposer des séances de relaxation. En effet, durant mon stage, j'ai également suivi Mme R. en séances individuelles et je l'ai tout d'abord rencontré pour cela.

Nous échangeons un moment sur les tableaux de peinture se trouvant dans sa chambre et qu'elle a réalisés. Elle ajoute qu'elle aime beaucoup peindre et que cela la détend. Elle peut me faire part de certains éléments biographiques même si ceux-ci sont parfois flous. Elle m'explique également qu'elle a souvent des douleurs au niveau des genoux mais que les séances de kinésithérapie peuvent la soulager.

Lorsque je lui propose de revenir le mercredi suivant pour débiter la prise en charge, elle accepte avec plaisir et me répond qu'elle aura « quelque chose à faire, comme ça ». C'est en effet une dame qui a tendance à beaucoup s'isoler. Pour cela une indication en psychomotricité a été posée.

2.1.3. Bilan psychomoteur

Le bilan réalisé avec Mme R. est inspiré de tests étalonnés mais s'appuie sur une observation qualitative³. Après notre première rencontre, et ce que j'ai déjà pu observer du comportement et des capacités de Mme R., j'ai choisi de lui proposer un bilan d'observation pour une meilleure adaptation.

Celui-ci a été réalisé en septembre 2013. Il s'est déroulé sur deux séances et a duré environ une heure trente. Il a permis d'évaluer les repères spatio-temporels, la mémoire, les praxies et la motricité fine, le schéma corporel, la marche et l'équilibre. Mme R. était très compliante lors de la passation. Elle a pu rester attentive et concentrée pour l'ensemble des épreuves.

Le bilan effectué met en avant des capacités praxiques, de motricité fine et d'équilibre, bien conservées.

Mais, il révèle également la présence de difficultés chez Mme R. En effet, les repères spatio-temporels sont perturbés.

³ Confer Annexe 2, p. IV

Par exemple, Mme R. ne peut pas donner la date du jour et le nom de la ville où elle se trouve de façon spontanée. Mais, elle y parvient avec étayage. Les notions spatiales de base, quant à elles, sont conservées.

Des troubles mnésiques sont présents. Par exemple le rappel différé peut lui poser problème. Elle ne peut pas non plus raconter sa journée : ne sachant pas ce qu'elle a fait, elle est très confuse. Toutefois, à l'aide d'indices elle peut donner les bonnes réponses aux questions posées.

Le dessin d'une personne qu'elle réalise, révèle un sujet « morcelé »⁴. Les parties du corps ne sont pas reliées les unes aux autres. Les bras ne sont pas placés au bon endroit. Nous pouvons alors supposer un trouble de l'image du corps. Les propos qu'elle tient, « Je ne sais pas dessiner, je fais n'importe quoi », étant dévalorisants, peuvent renforcer cette hypothèse. Elle exprime, ici, le fait qu'elle ne sait pas dessiner, alors qu'auparavant elle peignait beaucoup et appréciait particulièrement cela.

De plus, tout au long du bilan, Mme R. dit ne pas savoir répondre aux différentes questions mais, après s'être laissée un temps de réflexion, elle donne souvent la bonne réponse. Elle semble ne pas avoir conscience de ses capacités.

Concernant la marche, son polygone de sustentation est plutôt large, ses pas sont courts et elle lève peu les pieds. Elle montre peu de mobilité au niveau des chevilles. Pour se déplacer, elle a besoin d'une canne et quand elle marche dans le couloir elle prend aussi appui sur la main courante, pour plus de sécurité.

Enfin, elle semble préoccupée par ce bilan car elle demande à plusieurs reprises pourquoi il faut faire tout cela et ce malgré de multiples informations, qu'elle oublie à chaque fois. Cette inquiétude peut s'expliquer par ses troubles mnésiques, empêchant le souvenir des explications, ou par l'anxiété générale qu'elle présente. Celle-ci peut d'ailleurs être majorée par la situation de bilan.

2.1.4. Indication pour le groupe

Nous avons proposé le groupe d'expression corporelle à Mme R. pour deux raisons.

Comme nous l'avons dit précédemment, c'est une dame qui présente une forte tendance à l'isolement. Un travail en groupe est donc l'occasion pour elle d'échanger avec les autres. C'est un moyen de retrouver un lien social.

⁴ Confer Annexe 3, p. VII

De plus, elle semble présenter un trouble de l'image du corps. L'expression corporelle, mettant en jeu le corps mais aussi l'esprit à travers la créativité, entre autre, pourrait l'aider à réinvestir son corps et à prendre conscience de ses capacités.

2.2. Mme N.

2.2.1. Anamnèse

Madame N. a quatre-vingt-quatorze ans. Elle est née le 20 Octobre 1919. C'est une dame célibataire et sans enfant. Elle a une nièce et un neveu avec qui elle entretient de très bonnes relations. Elle a toujours habité seule et a travaillé en tant qu'employée de bureau.

Mme N. aime chanter. Elle apprécie également la danse.

Elle est entrée à l'EHPAD le 10 Décembre 2012, en raison d'une perte d'autonomie dans un contexte de démence de type Alzheimer.

Auparavant, elle a été hospitalisée une dizaine de jours à cause d'une chute. Elle n'en a gardé aucune séquelle physique. Mme N. souffre aussi d'Hyper Tension Artérielle (HTA).

Elle verbalise se sentir bien dans l'établissement. Elle conserve encore un important degré d'autonomie. Seul l'habillement nécessite une aide partielle.

Elle bénéficie également d'une prise en charge en kinésithérapie.

Enfin, Mme N. participe parfois aux activités proposées, comme la revue de presse quotidienne et peut aller écouter de la musique dans la salle d'animation. Toutefois, elle reste souvent seule et entretient peu de relation avec les autres résidents.

2.2.2. Première rencontre

Quand je rencontre Mme N. pour la première fois, dans sa chambre, elle est très accueillante. Elle rentre très facilement en relation.

C'est une dame qui fait attention à son image. Elle me demande plusieurs fois si elle est assez bien habillée et coiffée pour sortir par la suite. Elle semble inquiète à ce sujet.

Je lui pose ensuite quelques questions sur sa vie à la maison de retraite. Elle me dit qu'elle s'y sent bien, que sa chambre est agréable et lui convient très bien. Elle affiche alors un sourire qui semble sincère.

Au fur et à mesure de la conversation, elle me dit qu'elle se trouve quand même fatiguée et diminuée. Son discours prend un ton dévalorisant.

Elle regarde son corps avec un air de tristesse et dit qu'elle ne peut plus rien faire, que c'est difficile pour elle de bouger. Pourtant, c'est une dame qui semble encore bien active. Elle semble ne pas avoir conscience de ses réelles capacités et se dévalorise massivement. Malgré cela, elle reste très souriante et ajoute même quelques pointes d'humour à la conversation.

2.2.3. Bilan psychomoteur

Le bilan réalisé avec Mme N. s'appuie également sur une observation qualitative. Il correspond plus à un entretien qu'à une passation de tests.

J'ai rencontré Mme N. dans le cadre du groupe et non pour établir une prise en charge individuelle. Ce n'est donc pas moi qui ai réalisé l'entretien d'observation mais ma maître de stage. Je me suis alors appuyée sur son travail, afin de retracer le vécu psychomoteur de cette résidente.

Le bilan a été effectué en janvier 2013.

Durant l'entretien, Mme N. est intéressée et s'adapte facilement.

Plusieurs observations sont réalisées.

En premier lieu, les repères temporels semblent quelque peu perturbés. Mais, elle peut se référer à des « outils » pour pallier ses difficultés. Par exemple, elle se rapporte à son éphéméride pour donner la date du jour.

Les repères spatiaux au sein de l'établissement, donc dans un espace restreint et quotidien, semblent corrects. Elle connaît le chemin pour retourner dans sa chambre lorsqu'elle est au restaurant ou en salle d'animation.

Ensuite, ses capacités mnésiques semblent touchées. Mme N. a par exemple du mal à se souvenir de son ancienne adresse ou de sa date de naissance. Elle a d'ailleurs conscience de ses difficultés.

Concernant la marche, elle a besoin d'un déambulateur pour se déplacer.

Enfin, sur le plan de la communication, il n'y a pas de problème particulier. Mme N. s'exprime avec un langage adapté et cohérent et comprend très bien ce qu'on lui dit.

2.2.4. Indication pour le groupe

Mme N. a une forte tendance à se dévaloriser. Elle pense et dit ne plus pouvoir rien faire avec son corps. Elle n'a pas conscience de ses compétences et sa représentation corporelle semble altérée. Elle émet souvent un avis négatif sur ses possibilités corporelles. Tout ceci semble s'associer à un trouble de l'image du corps. Nous pensons donc que le groupe d'expression corporelle pourrait être un bon moyen pour Mme N. de réinvestir ce corps qu'elle sous-estime tant. Les propositions corporelles pourront l'amener à prendre conscience de ses capacités et à retrouver un plaisir corporel en se mobilisant, améliorant ainsi la représentation qu'elle a d'elle-même.

Enfin, Mme N. étant très inquiète de son image auprès des autres, le travail en groupe serait un bon moyen pour lui donner confiance sous le regard d'autrui.

PARTIE THEORIQUE

1. La personne âgée

Le vieillissement ou la sénescence correspond à l'affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge. C'est un processus physiologique normal qui nous concerne tous mais il est propre à chacun.

En effet, d'après Jean-Charles Juhel, professionnel de l'éducation et de la rééducation, « La sénescence varie d'une personne à une autre, mais la vieillesse est une réalité qui nous touche tous, personne n'échappe aux flétrissures de l'âge »⁵.

La sénescence est liée à des faits objectifs comme la baisse des performances physiques, la diminution des capacités cognitives et mnésiques. Mais, elle est aussi due à des faits plus subjectifs qui correspondent à la vision que le sujet a de son propre vieillissement. Cette dernière est en lien avec par exemple les conséquences psychologiques, affectives, sociales.

Enfin, Roger Fontaine, professeur de psychologie, explique que « Certains résistent au vieillissement, voire se montrent plus performants avec l'âge, alors que d'autres déclinent voire subissent un processus pathologique »⁶.

Nous allons donc nous pencher plus précisément sur les changements qu'entraînent le processus de vieillissement normal et nous traiterons ensuite de certaines maladies dont la survenance conduit à qualifier le vieillissement de pathologique.

1.1. Le vieillissement dit normal

1.1.1. Définition

Selon Jean-Luc Héту, gérontologue québécois, « Le vieillissement est le déclin plus ou moins graduel de la vigueur et de la santé ainsi que des fonctions cognitives, déclin qui met la personne au défi de mobiliser ses ressources pour assurer le maintien de la satisfaction de ses besoins physiques et affectifs ainsi que de son besoin de sens »⁷.

⁵ JUHEL J.-C., 2010, p. 7

⁶ FONTAINE R., 2007

⁷ Cité par JUHEL J.-C., 2010, p. 6

Ainsi, lorsque le sujet devient âgé, il doit faire face à de nombreux changements, qu'ils soient physiques ou cognitifs ou encore psychologiques par exemple. Il doit alors accepter ces changements et s'y adapter, ce qui peut être difficile.

A présent, détaillons ces troubles pour mieux les comprendre.

1.1.2. Les troubles somatiques

Sur le plan somatique, on peut observer une atteinte des os, des articulations, des muscles et des systèmes sensoriels.

Jean-Michel ALBARET, directeur de l'IFP de Toulouse et chercheur, et Eric AUBERT⁸, psychomotricien, repèrent plusieurs éléments.

Tout d'abord, la qualité et la densité osseuse diminuent. Ceci est à l'origine d'une réduction de la résistance osseuse, ce qui peut entraîner l'apparition de pathologies telles que l'ostéoporose.

Ensuite, de par l'atrophie et la dégénérescence du tissu osseux, les articulations sont plus douloureuses et donc moins mobiles.

Egalement, les muscles s'atrophient et deviennent fatigables, la force musculaire diminue et des difficultés motrices peuvent apparaître.

Nous observons aussi des atteintes au niveau sensoriel et perceptif. Généralement, ces troubles sont liés à l'altération des organes sensoriels mais aussi à la dégradation de la propagation de l'information et de la connexion aux voies centrales.

Nous pouvons noter des difficultés au niveau de la vue. Elles se manifestent par une diminution de l'acuité visuelle* et des capacités d'accommodation*, des modifications de la profondeur du champ visuel, une forte sensibilité à l'éblouissement, un temps d'adaptation plus long aux changements de lumière et une perception moindre des couleurs et des contrastes. De plus, l'activité oculomotrice est ralentie et la poursuite oculaire saccadée.

⁸ ALBARET J.-M., AUBERT E., 2001

La détérioration des capacités visuelles aura un impact au niveau de certaines capacités motrices telles que l'équilibre, la marche ou les coordinations.

Avec l'âge la discrimination auditive se détériore. Le déficit auditif concerne surtout les hautes fréquences. Les fréquences maximales perçues diminuent et il devient plus difficile de localiser un bruit. Ceci aura également un impact sur la capacité à percevoir les conversations et sur la communication, ce qui pourra engendrer un isolement de l'individu. De plus, l'altération de l'oreille pourra avoir des conséquences négatives sur les capacités d'équilibre.

La sensibilité tactile est réduite. Cette diminution est principalement liée aux modifications des caractéristiques, diminution de l'épaisseur ou de l'élasticité, de la peau et à la réduction du nombre de récepteurs tactiles, entraînant une baisse des informations tactiles reçues.

La sensibilité aux odeurs et au goût est aussi altérée. Cette perturbation peut avoir un impact sur le plaisir de manger, entraîner une baisse voire une perte de l'appétit et par la suite un amaigrissement.

Lors du vieillissement, nous pouvons également noter une diminution de la sensibilité proprioceptive provoquant des difficultés de perception des informations reçues au niveau des articulations, des tendons et des muscles. La réduction des récepteurs vestibulaires entraîne par ailleurs des modifications de la posture et des capacités d'équilibre.

1.1.3. Les troubles cognitifs

Les facultés intellectuelles sont altérées plus tardivement que les capacités physiques.

Le cerveau est le support de la cognition.

D'après Fontaine R.⁹, le vieillissement du cerveau ou du système nerveux se traduit de plusieurs manières :

-Une atrophie du cerveau qui se caractérise par une perte de poids et une diminution du volume. Elle se manifeste par une réduction plus importante au niveau de la substance blanche* (contient les axones des neurones) que de l'épaisseur corticale (contient les corps des neurones).

-L'apparition de plaques séniles* dans certaines régions cérébrales, qui parasitent les corps cellulaires des neurones.

⁹ FONTAINE R., 2007

- Une dégénérescence neuro-fibrillaire* se caractérisant par des lésions à l'intérieur du corps cellulaire du neurone provoquant un déficit de fonctionnement.
- Une diminution de la neuroplasticité* qui est normalement à l'origine des nouveaux apprentissages. Or, avec la vieillesse elle semble moins active et moins efficace, ce qui peut entraîner une altération des capacités d'apprentissage.
- La mortalité neuronale qui augmente.
- La raréfaction de l'arborisation dendritique* engendrant la réduction du nombre de dendrites.

Ces modifications neurologiques ont de nombreuses conséquences et touchent plusieurs domaines de la cognition, comme :

- les fonctions exécutives, par exemple la planification, la flexibilité mentale permettant l'adaptation aux situations nouvelles, l'inhibition ou encore le raisonnement qui ralentissent ;
- la mémoire qui est diminuée ;
- la concentration et l'attention, qui demandent plus d'efforts ;
- la compréhension qui est altérée et alors plus difficile ;
- la vitesse de traitement de l'information qui diminue et le temps de réaction est alors plus long ;
- la double tâche qui est plus difficile à accomplir.

Toutefois, même avec ces changements cognitifs, l'individu reste en capacité d'apprendre de nouvelles connaissances.

1.1.4. Les troubles moteurs

Les perturbations des capacités motrices dues au vieillissement comprennent entre autre, une réduction de la force, de l'endurance, de la souplesse, de la vitesse, de l'amplitude et de la fluidité du mouvement.

Certains troubles cognitifs comme la diminution de l'attention, de la vitesse de traitement évoqués précédemment, ont également un impact au niveau moteur.

Nous allons aborder ici la motricité générale et la motricité fine.

1.1.4.1. La motricité générale

-Le tonus* : Généralement, les personnes âgées connaissent des modifications du tonus de fond. Celui-ci est plus élevé, se caractérisant par une certaine hypertonie. Des paratonies* peuvent également être présentes. Ces modifications peuvent engendrer des difficultés de régulation tonique.

-L'équilibre : Chez la personne âgée les pertes d'équilibre sont fréquentes. Son maintien nécessite l'intégration complexe de plusieurs systèmes sensoriels et moteurs. Mais avec l'âge, la capacité d'intégration diminue. Le vieillissement modifie donc la posture et la manière de faire face aux perturbations de l'équilibre. De ce fait, la personne âgée réagit en raidissant ses muscles au lieu d'utiliser sa flexibilité. Il est alors plus difficile de maintenir et réguler l'équilibre lors de situations inattendues.

-La marche : Avec l'âge, la façon de marcher se modifie. Elle devient hésitante. Les pas sont plus petits et leur hauteur diminue, le polygone de sustentation s'élargit, la vitesse de déplacement est réduite, le regard a tendance à se porter plus vers le sol.

Les perturbations des capacités d'équilibre et de marche sont souvent à l'origine des chutes. Avec l'avancée de l'âge, leur nombre est croissant.

La chute est un phénomène marquant pour le sujet et a des conséquences à la fois psychologiques et physiques. Elle peut également être l'élément déclencheur d'une diminution de mobilité et d'une perte d'autonomie.

-Les coordinations et dissociations : Même si elles sont encore possibles, elles sont réduites par le vieillissement. Ceci est principalement dû à la diminution de l'acuité visuelle, la lenteur d'exécution, la raideur des articulations ainsi qu'à des tremblements.

-Les praxies* : Les capacités praxiques du sujet âgé sont souvent perturbées. Il peut rencontrer des difficultés pour réaliser des gestes complexes comme des gestes simples (praxie de l'habillement, imitation de gestes, manipulation d'objet). Ces troubles peuvent être en lien avec un appauvrissement des connaissances corporelles ou de la représentation que l'on a de soi ou provoqués par des lésions cérébrales.

1.1.4.2. La motricité fine

On observe chez les sujets âgés quelques troubles au niveau de la motricité manuelle. Ils se traduisent par un manque de précision, une lenteur d'action et des difficultés au niveau de la régulation tonique et musculaire.

1.1.5. Les troubles psychoaffectifs

Selon Yollande Fradet-Vallée¹⁰, psychomotricienne et psychologue clinicienne, le vieillissement est marqué par une majoration des expériences de pertes. Ces dernières sont effectivement nombreuses et touchent plusieurs domaines.

Comme nous l'avons vu précédemment, nous retrouvons les pertes liées au corps par exemple la modification de l'apparence, la diminution des fonctionnalités. Le vieillissement conduit «l'individu à faire progressivement le deuil d'un idéal du corps»¹¹. Les pertes sont également présentes sur le plan cognitif comme des difficultés à se motiver, à se concentrer, à mémoriser ou encore à apprendre. Mais, les pertes touchent également le plan affectif, avec le décès progressif des êtres chers, l'éloignement des enfants.

Tout ceci entraîne un isolement encore plus important, un repli sur soi. Elles ont aussi un impact sur le plan social, en lien avec la perte de statut ou de l'habitat. La personne âgée finit souvent sa vie en institution : la maison de retraite devient sa dernière demeure. L'installation dans un lieu comme celui-là peut d'ailleurs engendrer une rupture dans le sentiment de continuité d'existence. La personne âgée continue à perdre en autonomie, car elle fait peu de choses au quotidien et ceci peut faire apparaître des sentiments d'infantilisation. En outre, elle est confrontée à des pairs pouvant renvoyer le reflet du déclin, de la mort.

Enfin, selon Michel Personne, docteur d'Etat en sciences humaines, professeur et formateur, « avoir une identité, c'est donc être reconnu par soi et les autres dans ses capacités, ses qualités »¹². Or, comme nous l'avons expliqué plus haut, les capacités des personnes âgées ont tendance à diminuer. De plus, avec l'avancée dans l'âge, le rôle social s'amointrit ce qui minimise la place de la personne âgée dans nos sociétés ainsi que les liens sociaux. Ainsi, ces phénomènes peuvent entraîner l'altération du sentiment d'identité chez le sujet vieillissant.

¹⁰ FRADET-VALLEE Y., cours de psychologie de deuxième année de psychomotricité.

¹¹ PERSONNE M., 2011, p. 38

¹² *Ibid*, p. 25

Tous ces faits ne font que majorer l'angoisse et engendrent une réduction des perspectives à long terme, accompagnée d'un horizon clôturé par la mort. La personne âgée se retrouve face à ses limites et à celles de son existence.

1.2. Le vieillissement dit pathologique

1.2.1. Définition

Le vieillissement pathologique appelé aussi la sénilité, correspond à «la détérioration pathologique des facultés physiques et psychiques d'une personne âgée»¹³.

1.2.2. Pathologies

Bien que le vieillissement pathologique regroupe de multiples maladies, dans cette partie nous allons seulement nous intéresser aux pathologies présentées par les deux personnes évoquées précédemment, Mme R. et Mme N. Ceci nous permettra d'avoir une vision plus précise de leur état.

1.2.2.1. La démence

Selon la CIM-10, la démence est un syndrome dû à une affection cérébrale, habituellement chronique et progressive, caractérisée par une perturbation des fonctions supérieures.

Le déficit cognitif doit se manifester par une altération de la mémoire et l'apparition d'autres altérations cognitives comme l'aphasie, l'apraxie, l'agnosie, la perturbation des fonctions exécutives.

Intéressons-nous plus en détail à la démence de type Alzheimer, qui touche Mme R. et Mme N.

¹³ www.larousse.fr

-La démence de type Alzheimer

En 1907, Aloïs Alzheimer, neuropathologiste allemand, établit un lien entre un syndrome démentiel et des lésions neuro-anatomiques caractéristiques. Il définit ainsi la maladie d'Alzheimer. Celle-ci correspond à une affection neuro-dégénérative qui touche le cerveau : elle détruit progressivement les neurones.

A l'heure actuelle, elle touche directement ou indirectement 3 millions de Français, dont plus de 850 000 personnes malades.

-Étiologie

Actuellement, nous ne savons pas exactement quand se déclenche la maladie. Toutefois, il a été montré que cette dégénérescence est la conséquence d'un processus pathologique spécifique. En effet, on parle d'une double protéinopathie. Cette dernière provoque des lésions au niveau du système nerveux central engendrant une perte neuronale et par conséquent une atrophie corticale et de la substance blanche sous-corticale. La protéine TAU est à l'origine d'une dégénérescence neuro-fibrillaire. Par ailleurs, le dépôt de la protéine Béta amyloïde provoque l'apparition de plaques amyloïdes, appelées aussi plaques séniles.

Plusieurs hypothèses étiologiques ont été réalisées. Des origines organiques (virales, infectieuses ou vasculaires) comme des origines génétiques peuvent être en cause. Mais, il existerait également des formes familiales.

-Sémiologie

Les tableaux cliniques de cette maladie sont multiples. Ils sont liés à l'aspect quantitatif et topographique des lésions. Nous pouvons différencier autant de formes qu'il y a de patients atteints par la maladie.

La maladie d'Alzheimer comprend 4 symptômes caractéristiques : l'amnésie, l'aphasie, l'apraxie et l'agnosie. Nous parlons alors de « la maladie des quatre A ».

L'amnésie concerne les troubles de la mémoire. Dans la maladie d'Alzheimer, c'est la mémoire à court terme qui est d'abord touchée. Mais cette maladie affecte également les autres mémoires du sujet.

La mémoire de travail permettant de garder en mémoire des informations pour une utilisation immédiate est altérée. Nous parlons alors de l'oubli à mesure.

La mémoire à long terme est elle aussi touchée. Il y a une atteinte de la mémoire épisodique qui est un système d'enregistrement, de stockage et de récupération des événements personnellement vécus, situés dans leur contexte spatial et temporel d'acquisition.

La mémoire sémantique qui contient les concepts, les connaissances que nous avons sur le monde, est également touchée.

Enfin, la mémoire procédurale, correspondant à la mémoire des règles, procédures ou stratégies que nous utilisons sans en être conscient, est aussi affectée, même si elle est active plus longtemps que les autres.

L'aphasie correspond aux troubles du langage. Il s'agit ici d'une perte partielle ou totale de la capacité à communiquer. Au début, nous observons chez le sujet une réduction du vocabulaire. Il cherche alors ses mots. Ensuite, la personne n'utilise plus qu'un seul mot ou un seul son décliné sur plusieurs tons. Elle peut également parler de façon incohérente. A terme, elle ne parle plus.

Les capacités de compréhension du langage se réduisent également. Au début, ce sont les phrases complexes qui sont incompréhensibles puis, les phrases simples et les mots le deviennent aussi.

L'apraxie désigne les troubles des gestes. Le sujet est incapable de réaliser des gestes qu'il a appris durant sa vie. L'apprentissage des gestes disparaît progressivement. Les actions complexes comme l'écriture sont touchées en premier, puis les troubles s'étendront aussi aux gestes simples. L'apraxie est à l'origine d'une perte importante de l'autonomie.

L'agnosie correspond aux troubles de la reconnaissance. L'individu se trouve dans l'incapacité d'identifier les messages de l'environnement au travers d'une modalité perceptive donnée (vue, toucher, audition...). L'agnosie est alors à l'origine de troubles du comportement.

Dans la maladie d'Alzheimer, nous décrivons principalement deux types d'agnosies : la prosopagnosie qui est la non reconnaissance des visages et l'anosognosie définissant la non conscience de ses troubles.

De plus, nous pouvons observer d'autres signes cliniques tels que :

- La désorientation temporo-spatiale** qui est consécutive, dans le temps, au processus démentiel. Elle commence d'abord dans les nouveaux lieux puis s'étend aux espaces qui sont familiers. De plus, le sujet n'a pas une bonne structuration rythmique ;
- Les troubles des fonctions exécutives** qui entraînent par exemple des difficultés d'attention ou de raisonnement ;
- Les troubles psycho-comportementaux** qui donnent lieu à des troubles du comportement comme par exemple des cris, des déambulations, des délires, des hallucinations, des conduites agressives, une instabilité psychomotrice, une apathie. Mais ils sont aussi à l'origine de troubles des conduites élémentaires touchant entre autre le sommeil et l'alimentation.

-Évolution

Nous pouvons énoncer trois phases d'évolution au cours de la maladie.

La première phase est celle de **la démence légère**.

Nous constatons l'oubli des noms et de choses simples, une acalculie, une perte d'intérêt pour les tâches et les plaisirs quotidiens, la perte des codes sociaux et le début de la désorientation temporo-spatiale donnant naissance à une certaine angoisse.

La deuxième phase correspond à **la démence modérée**.

Nous pouvons remarquer une augmentation des troubles mnésiques, phasiques et praxiques. Des troubles psycho-comportementaux comme des attitudes d'errance et de déambulation, des délires ou des hallucinations apparaissent. La désorientation temporo-spatiale augmente elle aussi. Des troubles gnosiques se manifestent avec l'installation de la prosopagnosie. Le retentissement sur la vie quotidienne est important.

La troisième phase se caractérise par **la démence sévère**.

Le sujet perd totalement la mémoire et les facultés cognitives sont déstructurées.

Les troubles psycho-comportementaux deviennent très importants et une anosognosie se développe. La désorientation temporo-spatiale et les troubles de la communication sont majeurs. Le sujet souffre également de perturbations somatiques comme des troubles de la déglutition et du sommeil. Tous les actes de la vie quotidienne sont altérés.

Mais, l'évolution de la maladie est variable d'un individu à l'autre.

La démence de type Alzheimer est à l'origine d'une majoration de nombreux troubles, notamment cognitifs, mnésiques ou encore praxiques, pouvant déjà être engendrés par le vieillissement dit normal.

Ces perturbations massives, peuvent entraîner par exemple une perte d'autonomie, une anxiété, des difficultés de communication, de reconnaissance, alors plus importantes chez le sujet âgé.

1.2.2.2 Les états délirants

Afin de définir cette pathologie nous nous basons sur la théorie du psychiatre Pierre ANDRE¹⁴.

Lors du vieillissement nous pouvons observer chez le sujet une réduction des investissements. Il peut être frustré face à la diminution de ses compétences et de ses capacités. La fragilité de sa santé peut également l'inquiéter.

De plus, la solitude et la précarité peuvent engendrer un sentiment d'insécurité.

L'ensemble de ses changements peut se traduire en agressivité. Celle-ci peut s'exprimer par des troubles du caractère comme l'irritabilité ou l'impatience. Mais à un degré plus élevé, elle peut apparaître dans une forme sub-délirante ou délirante. La personne âgée peut émettre des idées de préjudice, voire de persécution. Elle devient méfiante et suspicieuse à l'égard des autres. Elle peut accuser son entourage de la voler, pense que nous voulons la dépouiller de ses biens ou que nous voulons la placer en institution pour s'emparer de sa maison.

Quand le délire prend de l'importance, nous pouvons observer des passages à l'acte agressifs chez le sujet âgé, vis-à-vis de son entourage.

Généralement, ces idées délirantes s'intègrent dans un processus démentiel débutant. Ils peuvent donc être liés à une démence de type Alzheimer. C'est ce que nous pouvons observer chez Mme R.

¹⁴ ANDRE P., 2006

1.2.2.3. Le trouble mixte anxiété-dépression

Ce trouble a été diagnostiqué chez Mme R.

D'après le DSM IV¹⁵, il rentre dans la catégorie « trouble anxieux non spécifié ».

Il se caractérise par une humeur dysphorique persistante ou récurrente, durant au moins un mois. Celle-ci est associée à au moins quatre autres symptômes présents pendant un mois, parmi les suivants : des difficultés de concentration ou une impression de tête vide, un sommeil perturbé, une fatigue ou une baisse d'énergie, une irritabilité, des soucis divers, une facilité à pleurer, une hypervigilance, une anticipation du pire, la perte d'espoir et une diminution de l'estime de soi ou une dévalorisation.

Les symptômes observés engendrent des perturbations du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants. Ils ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance.

Enfin, le patient n'a jamais rempli les critères d'un Trouble dépressif majeur, d'un Trouble panique ou d'une Anxiété généralisée. Il ne répond pas actuellement aux critères d'un autre trouble anxieux ou dépressif (y compris un Trouble anxieux ou dépressif en rémission partielle). Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

De par sa symptomatique, la maladie d'Alzheimer peut générer une grande angoisse chez le sujet atteint. Celle-ci peut se manifester à travers des troubles comportementaux. De plus, le sujet étant démuné face à tous les changements qu'il subit, une dépression peut prendre forme. Avec le temps, l'association de ces deux troubles peut donner lieu à l'apparition d'un trouble mixte anxiété-dépression.

1.2.2.4. La Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA)

Mme R. présente une Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA).

Cette pathologie touche 2 millions de personnes en France, dont 150 000 à 200 000 présentant une forme sévère. Dans les pays industrialisés, elle est la première cause de l'importante baisse de l'acuité visuelle.

C'est une maladie dégénérative touchant la zone centrale de la rétine - la macula* - et évoluant de manière chronique.

¹⁵AMERICAN PSYCHIATRIS ASSOCIATION, 2000

La DMLA survient généralement après cinquante ans et provoque une perte de la vision centrale qui permet notamment de lire, reconnaître les visages et conduire. La vision périphérique est quant à elle conservée.

Au début, la maladie est asymptomatique et elle ne peut être diagnostiquée que par un examen ophtalmologique. En revanche, aux stades plus sévères certains symptômes apparaissent. En effet, nous pouvons noter une diminution de l'acuité visuelle nécessitant un éclairage plus fort, lors des activités demandant de la précision ou pour la lecture. La vision centrale devient floue : la perception des couleurs est modifiée, les lignes droites sont déformées. Enfin, nous pouvons observer l'apparition d'une tâche sombre, appelée scotome, au centre du champ visuel.

Comme nous l'avons vu précédemment, le vieillissement est naturellement à l'origine de troubles visuels. Or, lors d'une atteinte pathologique de la vision, ces derniers sont amplifiés et perturbent d'autant plus le quotidien du sujet âgé. Ses capacités d'action sont encore moins efficaces qu'auparavant.

1.3 Les conséquences du vieillissement sur le schéma corporel, l'image du corps et le narcissisme

1.3.1. Le schéma corporel

Julian de Ajuriaguerra, neuropsychiatre et psychanalyste, donne la définition suivante du schéma corporel : « édifié sur les sensations tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée 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 »¹⁶. Il permet ainsi d'avoir une représentation spatiale du corps.

Françoise Dolto, psychanalyste, explique que le schéma corporel est « le même pour tous les individus (à peu près de même âge, sous le même climat) de l'espèce humaine »¹⁷. Ainsi, il permet de spécifier l'individu comme représentant de l'espèce humaine.

¹⁶ AJURIAGUERRA J. cité par GATECEL A., cours de psychologie de troisième année de psychomotricité.

¹⁷ DOLTO F., 1984, p. 22

Elle précise également que « le schéma corporel est en partie inconscient, mais aussi préconscient et conscient »¹⁸ et qu'il évolue selon le temps et l'espace.

Le sujet âgé, connaissant une baisse d'activité, a tendance à moins se mobiliser. Ceci entraîne alors une diminution des informations kinesthésiques, tactiles et proprioceptives à l'origine d'un schéma corporel altéré et appauvrit.

1.3.2. L'image du corps

Pour Dolto F., « l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. L'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire »¹⁹.

Les événements de la vie, les expériences, les changements s'inscrivent donc d'une certaine manière au niveau de l'image du corps.

La personne âgée souffre de nombreux changements avec le vieillissement. Elle est confrontée au changement de son corps, qui devient moins performant, à la diminution de ses capacités, tout ceci s'inscrivant au niveau de l'image du corps et donc la modifiant.

Lorsqu'il évoque l'image du corps, Paul Schilder, psychiatre et psychanalyste, la définit ainsi : « l'image du corps humain c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes »²⁰.

Avec l'âge et les nombreuses modifications qu'il engendre, la vision du corps a tendance à se modifier. Elle peut devenir plus pauvre et plus négative. Le corps n'apparaît plus comme il était quelques temps auparavant. « N'obéissant que partiellement, se transformant au fil du temps, il peut être l'objet de dégoût, d'étrangeté »²¹ pour certaines personnes âgées. Un phénomène de dévalorisation peut alors se développer, freinant la personne dans l'utilisation des capacités encore opérantes.

¹⁸ *Ibid*, p. 22

¹⁹ *Ibid*, p. 22

²⁰ SCHILDER P., 1968, p. 35

²¹ PERSONNE M., 2011, p. 40

De plus, pour Dolto F., « L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle »²².

L'image du corps peut exister grâce à une dynamique intersubjective. En effet, elle se forme également grâce au regard de l'autre, dans une dynamique affective. Cependant, comme nous l'avons expliqué auparavant, la personne âgée est confrontée à de nombreuses pertes affectives, ses relations étant alors modifiées. De plus, et surtout pour la personne en institution, la confrontation avec les pairs malades, en fin de vie, peut être à l'origine d'un aspect négatif de l'image qu'elle peut avoir d'elle-même. Cette absence de regard et cette confrontation à l'environnement, ne fait qu'aggraver la sensation d'une image du corps déjà altérée.

Enfin, cette image du corps « altérée et mouvante » peut être en lien avec une perturbation de l'identité et de la continuité d'existence. « Comment se sentir encore soi alors que le corps trahit ? »²³ La dévalorisation, l'angoisse, la dépression peuvent en être des conséquences.

Comme l'explique DOLTO F., l'image du corps est le support du narcissisme. Ainsi, le vieillissement semble également avoir un impact sur ce dernier.

1.3.3. Le narcissisme

1.3.3.1. Définition et construction du narcissisme

Pour Jean LAPLANCHE et Jean-Bertrand PONTALIS, philosophes et psychanalystes, le narcissisme se définit comme « l'amour porté à l'image de soi-même »²⁴. Ils font ici référence au mythe de Narcisse.

Le narcissisme se constitue durant le développement de l'enfant. Afin d'en expliquer les différentes étapes, ces deux auteurs s'appuient sur les idées de FREUD. Selon lui, la construction du narcissisme est liée à l'investissement libidinal. La libido correspond à une énergie qui naît des pulsions sexuelles.

²² DOLTO F., 1984, p. 23

²³ PERSONNE M., 2011, p. 40

²⁴ LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B., 2009, p. 261

FREUD distingue deux phases dans la construction du narcissisme : le narcissisme primaire et le narcissisme secondaire.

Ainsi, le narcissisme primaire correspond au premier narcissisme, celui où l'enfant se désigne lui-même comme un objet d'amour. L'enfant n'investit pas encore les objets extérieurs. Lors de cette étape, il croit à la toute-puissance de ses pensées. Nous pouvons parler d'un narcissisme « anobjectal ». Il s'agit ici d'une première construction du Moi investie par la libido.

Après trois mois environ, apparaît le narcissisme secondaire. « Le narcissisme secondaire désigne un retournement sur le moi de la libido, retirée de ses investissements objectaux »²⁵. L'enfant peut maintenant investir une partie de sa libido sur des objets extérieurs. Ici, le narcissisme continue de se construire grâce à l'investissement d'objet. Il est une sorte de synthèse entre les investissements du Moi et les investissements extérieurs.

L'autre, ainsi que son regard, prennent alors toute leur importance, dans cette construction narcissique et plus particulièrement de l'image de soi.

D'après Juan David NASIO, psychiatre et psychanalyste, « que je me distingue de l'autre ou que je me sente semblable à lui, que je me sente autonome ou que je dépende de lui, il est indiscutable que j'ai besoin de l'autre pour être moi »²⁶. Cet auteur explique également que dès la vie intra-utérine, ce sont grâce aux stimuli et aux émotions envoyés par la mère, qui nous porte, que nous avons l'impression et le sentiment d'exister. Après la naissance, cela continue grâce aux nombreuses interactions effectuées entre le nourrisson et ses parents. L'ensemble des échanges permet au sujet de prendre conscience qu'il vit pour quelqu'un.

Au fil du temps, l'enfant grandit et tente de s'identifier aux personnes qui l'entourent. Il essaye de leur ressembler, de les assimiler. Ces processus sont alors inconscients. Ainsi, « tous les adultes seront pour lui des miroirs l'amenant à comprendre, peu à peu, qui il est, et surtout ce qu'on attend de lui »²⁷. De plus, les idées, les valeurs et les jugements familiaux puis sociaux vont eux aussi participer à la constitution de la personnalité de l'enfant et vont s'inscrire en lui.

Le regard de l'autre influence donc l'image que l'individu peut avoir de lui-même. Mais, cette image est également influencée par son propre regard intérieur. Celui-ci correspond finalement à la somme de tous les regards introjectés au fil des années.

²⁵ *Ibid*, p. 263

²⁶ NASIO J.-D., 2007-2008, p. 214

²⁷ *Ibid*, p. 215

Ce regard symbolise généralement une conscience morale qui approuve ou critique le sujet. Ainsi, « que le regard de l'autre soit extérieur ou intérieur, il reste le principal agent formateur de l'image de soi »²⁸. Il joue alors un grand rôle dans l'amour que l'on se porte à soi-même, autrement dit dans le narcissisme.

Enfin, le narcissisme se trouve à l'origine du sentiment d'estime de soi. En effet, celui-ci est en lien avec le narcissisme de l'enfance, la toute-puissance infantile accomplie créant la jubilation et la satisfaction de la libido d'objet. Cette dernière correspond au fait d'être aimé, d'aimer en retour et de posséder l'objet aimé.

De façon plus précise, l'estime de soi correspond à « une implication de la valeur qu'une personne attribue aux divers éléments du concept qu'elle a d'elle-même (composante évaluative ou affective du concept de soi) »²⁹. Ici, le concept de soi est constitué d'éléments auto-descriptifs tels que les comportements ou les états de l'individu.

1.3.3.2. Le narcissisme chez le sujet âgé

Comme nous venons de le voir l'estime de soi ainsi que le regard d'autrui ont un lien très important avec le narcissisme. Or, ils ont tendance à être altérés chez le sujet âgé.

En effet, nous pouvons souvent observer une perturbation de l'estime de soi. Celle-ci est généralement engendrée par les conséquences du vieillissement. La personne âgée doit faire face à la diminution de ses capacités se retrouvant ainsi confrontée à une réalité difficile. Franck PITTERI, psychomotricien, explique d'ailleurs qu'« il existe un écart entre les possibilités physiques et les investissements objectaux »³⁰. La personne âgée est alors contrainte à faire le deuil de ses capacités passées et d'une image idéale de soi. Mais celui-ci n'est pas toujours facile à réaliser et a parfois des répercussions négatives sur l'individu. Effectivement, lorsqu'il s'avère compliqué nous pouvons par exemple observer un désinvestissement corporel important. « Le sujet a tendance à nier toute relation narcissique avec son corps »³¹, celui-ci étant laissé de côté. Ainsi, peuvent apparaître des troubles concernant la représentation de soi, l'image du corps, comme nous l'avons vu. Ils peuvent être à l'origine des failles narcissiques.

²⁸ *Ibid*, p. 215

²⁹ Dictionnaire de psychologie, 1998, p.274

³⁰ PITTERI F., 2010, p.293

³¹ *Ibid*, p. 293

Par ailleurs, le regard que l'autre peut avoir sur la personne âgée aurait tendance à être négatif. La représentation que la société a de l'individu vieillissant est généralement peu valorisante. Ceci ne fait que renforcer la mauvaise image que le sujet âgé peut avoir de lui-même.

C'est ainsi que l'ensemble de ces éléments participent à la dégradation du narcissisme chez l'individu âgé.

2. La médiation choisie

2.1. L'expression corporelle

2.1.1. Tentative de définition

En s'appuyant sur le travail de Jacques Choque³², formateur et conférencier et celui de Marc-Alain Descamps³³, psychanalyste et professeur de psychologie, nous pouvons dégager plusieurs points concernant l'expression corporelle.

Tout d'abord, elle doit permettre au sujet d'agir et de s'exprimer librement avec son corps, sans se référer à un modèle. La libre expression favorise ainsi un retour à la spontanéité. Elle amène également à une meilleure connaissance de son corps pour une plus grande maîtrise.

En outre, dans cette pratique le but n'est pas d'atteindre des objectifs. En effet, ce n'est pas la notion d'échec-réussite qui est mise en jeu mais plutôt celle d'expérimentation. L'expression corporelle peut s'apparenter ainsi à une expérience. C'est alors en expérimentant que le sujet peut accéder aux représentations. Ainsi, l'expression corporelle peut participer à l'établissement d'un lien psyché-soma.

Ensuite, elle fait appel à l'imagination, à l'invention, à la créativité et la prise d'initiative. Les propositions du sujet sont alors le reflet de sa propre création.

Elle favorise également l'expression des émotions* et donc la traduction des affects* de façon corporelle. Elle conduit ainsi à l'expression d'une partie de soi.

Mais, l'expression corporelle est aussi une exploration de soi. D'après Choque J., «chaque séance est comme une nouvelle découverte de soi-même»³⁴. Cette découverte peut alors participer à l'affirmation de soi.

³² CHOQUE J., 2011

³³ DESCAMPS M.-A., 2004

³⁴ CHOQUE J., 2011, p. 7

Elle peut s'inscrire dans la confirmation et l'évolution de sa propre identité et met alors en jeu l'image du corps de chacun. Elle peut engendrer un travail sur soi.

De plus, elle est un moyen de communication. Elle conduit à la création d'un message par l'intermédiaire du corps, ce message mettant alors en jeu une dynamique de relation.

Enfin, l'expression corporelle est généralement soutenue par un travail de groupe, favorisant ainsi les échanges entre les participants.

2.1.2. Le corps et l'expression corporelle

2.1.2.1. Le corps vecteur de l'expression

Lorsqu'il parle du corps Michel Bernard, agrégé de philosophie, docteur d'Etat et professeur, affirme justement que « c'est en lui et par lui que nous sentons, désirons, agissons, exprimons et créons »³⁵. En effet, depuis quelques années, « le corps devient le centre d'une autre préoccupation, non plus le corps comme motricité, mais le corps chargé d'un sens à exprimer, à communiquer, le corps comme source d'émergence d'une expression corporelle »³⁶.

Ainsi, le corps nous permet aussi de vivre des expériences et de les intérioriser. Par le biais de celles-ci et du vécu corporel nous pouvons accéder aux représentations mentales. Le corps devient à la fois le support d'une vie intérieure et extérieure. Il nous soutient dans notre capacité à nous exprimer, à communiquer. Il nous aide aussi à mettre en action notre pensée, notre création et notre imagination.

L'expression corporelle peut également se jouer dans une dynamique intersubjective. En présence d'autrui elle peut alors prendre valeur de communication.

2.1.2.2. Le corps support de la communication infra-verbale

« La communication est l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation d'une (ou plusieurs) personne(s) - l'émetteur - avec une (ou plusieurs) personne(s) - le récepteur -, en vue d'atteindre certains objectifs »³⁷.

³⁵ BERNARD M., 1995, p. 7

³⁶ TONELLA G., 1974, p. 45

³⁷ ANZIEU D. et MARTIN J.-Y., 1968, p. 189

Le corps donne lieu à l'expression de signes en rapport avec ce qui est dit. Il met en jeu une communication de type infra-verbale. « Si le langage parle, le corps y est pour quelque chose - Le corps signifie - Il fait signe - Il est signe »³⁸.

Lorsque nous parlons, le corps donne un sens supplémentaire à nos paroles. Il les fait vivre et les rend plus concrètes pour l'interlocuteur.

L'infra-verbal regroupe l'ensemble des gestes et des expressions d'un corps. Il est constant et omniprésent. Par conséquent, toute personne communique en permanence. Même lorsque nous ne souhaitons pas communiquer, nous devons faire part de ce refus. Pour cela nous pouvons par exemple nous détourner, fermer les yeux, baisser la tête, mettre notre visage entre nos mains.

La communication infra-verbale peut tout d'abord s'appuyer sur **les expressions faciales**. Celles-ci résultent de la contraction des muscles du visage. Elles sont multiples et concernent toutes les parties du visage comme le front, les sourcils, les yeux, le nez, ou encore la bouche.

Jacques CORRAZE³⁹, agrégé de philosophie et docteur en médecine, aborde également **le sourire**. Ce dernier est perçu comme un signal émis par notre face, dans les interactions sociales. Il prend une valeur de rapprochement spatial.

Le **regard** peut lui aussi avoir valeur de communication. L'expression des yeux traduit l'intention ainsi que l'affectivité du sujet. Le langage du regard semblerait différent de celui du reste du visage et traduirait les sentiments de façon plus authentique.

Une relation peut simplement s'établir grâce à un regard porteur de sens. C'est ce que nous pouvons observer dans les groupes, lors des choix de binômes : nous choisissons de préférence des personnes avec qui nous avons échangé un regard.

Un regard peut aussi traduire un attrait comme une valorisation.

La voix est caractéristique du langage verbal. Or, la vocalité serait également en lien avec l'état physiologique et émotionnel du locuteur ainsi qu'avec la relation à son interlocuteur. Autrement dit, la voix ne servirait pas qu'à exprimer des mots mais elle permettrait également de faire part des sentiments de celui qui parle.

³⁸ HURAUT A. cité par OUDOT M.-C., 1988, p 36

³⁹ CORRAZE J., 2001

Généralement, ces derniers sont compréhensibles grâce à la variation de hauteur, à l'intensité, au timbre, au débit et au rythme de la voix.

Afin de poursuivre, intéressons-nous aux **postures**. Benoit LESAGE, médecin et docteur en sciences humaines, explique que la posture est en lien avec l'histoire subjective de chacun.

Pour développer cette idée, il aborde le travail de Godelieve STRUYF concernant les chaînes musculaires⁴⁰ qui seraient « le support locomoteur de ce qu'on peut qualifier de structures psychocorporelles »⁴¹. Elles reflèteraient ainsi l'état psychique et l'attitude corporelle du sujet.

Un des objectifs de STRUYF G. est de mettre en lien la structure posturale avec le mouvement et l'usage du corps et par ailleurs avec des traits de caractère de l'individu. Ainsi, la manière dont se tient chaque personne est en lien avec son état intérieur.

Les différents types de postures que peut adopter un individu peuvent elles aussi être un soutien à l'expression ainsi qu'à une dynamique relationnelle.

Les gestes sont également un des supports de la communication non-verbale. Ces derniers peuvent se définir comme un mouvement corporel porteur d'une signification.

Dans son ouvrage, DESCAMPS M.-A.⁴² aborde les cinq catégories de gestes définies par Paul ECKMAN et Wallace FRIESEN (1969). Ce sont des gestes qui sont effectués durant la discussion et selon la communication paralinguistique.

Il y a d'abord **les gestes illustreurs** qui accompagnent le langage en le mimant et n'existent jamais en dehors de celui-ci.

Ensuite, **les gestes régulateurs** qui contrôlent le débit de parole ainsi que les alternances de prise de parole lors d'une discussion.

Puis, nous retrouvons **les gestes adaptateurs**. Ils sont à usage personnel par exemple pour se gratter, se caresser les cheveux, ou se ronger les ongles. Ils sont aussi à l'usage d'autrui : prendre par le bras, mettre la main sur l'épaule ou le bras, prendre la main pour convaincre l'autre ou le séduire. Mais, ils peuvent être également tournés vers un objet, comme par exemple tripoter nerveusement un stylo, un briquet.

Les signaux quant à eux sont des gestes involontaires qui témoignent des sentiments éprouvés comme la peur, la surprise, l'attention, la satisfaction, la contrariété, la colère montante.

⁴⁰ Confer Annexe 4, p. VIII

⁴¹ LESAGE B., cours d'anatomie fonctionnelle de troisième année de psychomotricité

⁴² DESCAMPS M.-A., 1993

Enfin, *les emblèmes* correspondent à des gestes symboliques ou codés. Leur signification s'apprend culturellement.

Abordons maintenant **les émotions**. D'après DESCAMPS M.-A.⁴³, les émotions correspondent à des états psychosomatiques se situant à la fois dans le corps, l'affectivité et l'intellect.

Ce sont les affects, qui en prenant forme dans le corps, donnent naissance aux émotions. Celles-ci sont en lien avec l'état tonique du sujet. Le tonus de fond est en effet le lieu d'inscription des émotions qui prennent corps en lui. Les éprouvés de chacun prennent sens corporellement. Nous pouvons ainsi parler de dialogue tonico-émotionnel.

Enfin, **le toucher** fait lui aussi partie des communications non-verbales. Durant les premières interactions, la mère et son bébé communiquent principalement grâce à lui. Il peut se développer grâce aux actions de portage, au holding* et au handling*, termes définis par WINNICOTT. Ces trois notions participent à l'élaboration d'un dialogue non verbal.

« Celui qui touche est touché à son tour, et le contact qui s'établit communique à l'autre son état [...] »⁴⁴. Le toucher est ainsi riche de sens et d'intentions. Il est omniprésent dans la vie de chacun, véhicule de nombreux messages et constitue un réel dialogue corporel.

2.1.3. Prise de conscience corporelle

D'après Eric PIREYRE⁴⁵, psychomotricien, la prise de conscience du corps peut se faire sous deux formes.

Elle peut s'effectuer grâce à l'équipement neurosensoriel : «Prendre conscience de son corps, c'est, pour le système nerveux central, recenser et analyser des afférences sensorielles de la périphérie ou de l'intérieur du corps et y consacrer une certaine quantité d'énergie attentionnelle. C'est donc se confronter à la réalité corporelle vécue»⁴⁶.

⁴³ DESCAMPS M.-A., 1993

⁴⁴ DELIGNY C., 2010, p. 42

⁴⁵ PIREYRE E.W., 2011

⁴⁶ *Ibid*, p. 185

Cette prise de conscience corporelle peut également être psychique. Elle est possible en se concentrant sur certaines zones corporelles ou sur la globalité du corps, lors de la réception d'afférences sensorielles. Mais, elle est également en lien avec l'expérience enregistrée de l'investissement de zones corporelles ou du corps dans sa globalité, par le psychisme et le corps des parents, de façon consciente ou inconsciente, dès la petite enfance.

Ainsi, l'expression corporelle, impliquant la sensibilité et la représentation du corps, pourrait participer à l'amélioration de la prise de conscience corporelle.

2.2. Le groupe

2.2.1. Le groupe restreint ou groupe primaire

Le groupe restreint est également appelé groupe primaire.

HOMANS, en donne la définition suivante : « Un petit groupe consiste en un certain nombre de personnes qui communiquent entre elles pendant une certaine période, et assez peu nombreuses pour que chacune puisse communiquer avec toutes les autres, non pas par personne interposée, mais face à face »⁴⁷.

KAES R.⁴⁸, psychanalyste, explique que nous pouvons distinguer plusieurs types de groupes primaires.

Tout d'abord, les groupes primaires naturels, dont on est membre de fait (la famille).

Les groupes primaires d'association, quant à eux, sont fondés sur l'adhésion volontaire, les affinités ou la communauté d'intérêt.

Enfin, les groupes primaires artificiels qui sont créés par un projet thérapeutique ou formatif. C'est à cette dernière catégorie que correspond le groupe dont nous parlerons plus précisément dans la partie concernant l'évolution clinique.

⁴⁷ HOMANS (1950) cité par ANZIEU D. et MARTIN J.-Y., 1968, p. 38

⁴⁸ Dictionnaire de psychologie, 1998, p. 331

2.2.2. La dynamique des groupes

Contrairement aux phénomènes psychiques individuels, les phénomènes de groupe incluent plusieurs individus.

D'après Didier ANZIEU, psychanalyste, et Jacques-Yves MARTIN, neuropsychiatre, « il n'existe aucune personnalité normale qui reste psychologiquement isolée des autres, et l'étude des relations avec autrui est un chapitre nécessaire de la psychologie individuelle »⁴⁹.

Pour former un groupe, il faut trois personnes au minimum. Le groupe débute avec l'apparition d'un tiers dans une paire et de phénomènes de coalition, de rejet, de majorité et de minorité.

Mais en réalité, il faut quatre individus pour que les phénomènes de groupe s'activent totalement.

Effectivement, à partir de quatre personnes le nombre de relations possibles deux à deux va dépasser le nombre de participants. Les relations se multipliant permettent de développer et d'intensifier la dynamique du groupe.

Enfin, pour Kurt Lewin⁵⁰, psychologue, le groupe se conçoit comme une réalité sui generis. C'est-à-dire une réalité irréductible aux membres du groupe ainsi qu'à leurs buts et tempéraments communs. Le groupe peut être assimilé à un système d'interdépendance entre les individus et entre les mécanismes mis en jeu dans le groupe.

2.2.3. La vie relationnelle du groupe

La vie relationnelle du groupe peut s'appuyer sur les communications et les interactions qui sont intimement liées.

Au sein du groupe, la communication prend une forme particulière. Elle met en jeu des mécanismes élémentaires de la communication interindividuelle. De cette façon, le groupe favorise les échanges, à la fois au niveau corporel, émotionnel et intellectuel. En outre, le groupe permet leur développement ainsi que leur inscription dans la durée. Ainsi, la vie groupale évolue.

⁴⁹ ANZIEU D. et MARTIN J.-Y., 1968, p. 28

⁵⁰ LEWIN K. cité par ANZIEU D. et MARTIN J.-Y., 1968, p. 85

Le groupe est également source d'interaction entre les participants. L'interaction correspond à « l'influence réciproque qui s'opère inévitablement entre deux personnes mises en présence »⁵¹.

Au sein d'une relation, les manifestations de l'un provoquent des réactions chez l'autre et des échanges se créent. Lorsque nous sommes en groupe, les interactions sont permanentes et les comportements influent les uns sur les autres, ce qui nécessite de la part de chacun une certaine adaptation. Celle-ci permettra de faire évoluer la dynamique des échanges. De plus, l'ajustement des comportements permet de trouver un équilibre dans les interactions.

Dans un groupe, il est donc important qu'une personne règle son style de communication, la voix, l'attitude et le langage. Cette régulation repose sur l'observation des attentes et des modes d'action, de la motivation, des comportements des personnes à qui elle s'adresse.

Ainsi, « les compétences relationnelles et sociales demandent observation, adaptation, flexibilité. Elles s'opposent à l'impulsivité, l'improvisation, le directivisme, le rapport de force »⁵².

En étayant la communication et les interactions entre ses membres, le groupe favorise la constitution de liens sociaux et permet d'éviter l'isolement des participants.

2.2.4. Le groupe à médiation corporelle

Selon Catherine POTEL, psychomotricienne, « les groupes thérapeutiques à médiation corporelle proposent une aire transitionnelle, un 'terrain', un 'espace', où l'activité du 'jouer' va faire transition entre soi et l'autre »⁵³.

Le jeu constitue la médiation centrale et s'étaye sur l'ensemble des situations où le corps s'inscrit comme vecteur d'expression. Nous utilisons ici le terme « jouer » au sens Winnicottien : le jeu correspond au fait d'exprimer un élément venant de soi, dans la rencontre avec l'autre.

Le travail thérapeutique se réalise ainsi grâce aux échanges apparaissant dans le jeu commun et partagé. Ces échanges peuvent être à la fois verbaux et corporels et sont au service de l'être. Ils permettent d'« être soi en relation avec les autres »⁵⁴.

⁵¹ AMADO. G., GUITTET A., 2009, p. 42

⁵² AMADO. G., GUITTET A., 2009, p. 46

⁵³ POTEL C., 2010, p. 381

⁵⁴ *Ibid*, p. 381

Tous les participants sont ainsi invités à prendre leur place et à faire part de leur propre créativité. Chacun pourra transmettre à l'autre une part de son imagination. Au sein de ce groupe, vont également se mettre en œuvre de multiples jeux identificatoires.

Ainsi, la médiation corporelle proposée est un lien favorisant la mise en relation des membres du groupe.

POTEL C. aborde la notion « d'aire transitionnelle » lorsqu'elle parle du groupe. Celle-ci a été définie par Winnicott comme un espace dont la réalité n'appartient ni au sujet ni au monde extérieur. Elle est au contraire un lieu de rencontre entre ces deux pôles.

Cette aire transitionnelle joue un rôle capital dans le développement psychique du nourrisson. En effet, elle laisse place à sa créativité, et lui permet de faire des liens entre sa propre réalité et celle du monde extérieur.

« Winnicott a élargi cette aire créatrice primaire à tout le champ des activités culturelles et sociales des hommes »⁵⁵. C'est en lien avec cette perspective que le jeu, définit auparavant, s'inscrit dans un espace potentiel « qui n'est ni dans l'individu ni au-dehors, mais dans le monde de la réalité partagée »⁵⁶.

Ainsi, le groupe peut devenir le support de cet espace, en permettant à ses membres de laisser émerger leur créativité et de la partager.

2.3. L'association de l'expression corporelle et du groupe

Comme nous l'avons expliqué précédemment, l'image du corps se construit dans une dynamique intersubjective. Elle nécessite le regard de l'autre.

L'expression corporelle étant un moyen de communication faisant appel aux différents canaux sensoriels, elle peut permettre la mise en jeu du regard. Ce dernier peut alors être utilisé dans une dynamique de valorisation. De plus, dans le groupe, le regard de l'autre est omniprésent et peut véhiculer de nombreux messages positifs.

D'autre part, en participant à l'exploration de soi, l'expression corporelle peut aussi étayer un travail sur l'image du corps. Elle favorise également la mise en mouvement du corps.

⁵⁵ AGNIEL A., DELAMASURE A., SIMERAY F., JAVERLIAT A.-M., 1987, p. 31

⁵⁶ *Ibid*, p. 31

Ainsi, le groupe d'expression corporelle peut participer à la revalorisation de l'image corporelle associée à un gain de confiance en soi, ainsi qu'une maîtrise du corps pour le sujet. Grâce à cela le réinvestissement corporel et de l'image du corps, chez la personne âgée, pourrait être facilité.

Ensuite, l'expression corporelle, par l'intermédiaire des messages qu'elle permet de créer, stimule les interactions entre les individus. Elle favorise ainsi la communication.

D'ailleurs, il en est de même pour le groupe, comme nous l'avons vu auparavant.

En associant l'expression corporelle au groupe, la communication et les échanges entre les individus sont d'autant plus stimulés. Ceci conduit à la restauration des liens sociaux pour les participants et notamment pour les personnes âgées ayant tendance à s'isoler.

Nous pouvons donc remarquer que l'expression corporelle et le groupe détiennent plusieurs points communs. Ils favorisent ainsi un travail plus profond sur les points précédemment abordés.

C'est l'association de ces deux éléments qui donnerait ici naissance à la médiation psychomotrice et permettrait une plus grande efficacité.

EVOLUTION CLINIQUE

1. Le cadre du groupe

1.1. Présentation

Le groupe d'expression corporelle a lieu tous les mercredis matins de 10H30 à 11H30. Il se déroule dans la vidéothèque, au rez-de-chaussée.

Il s'agit d'un groupe fermé qui accueille sept résidents. Ces derniers sont encadrés par la psychomotricienne et moi-même.

Les séances se déroulent autour de différents thèmes tels que l'espace ou le rythme par exemple, chacun évoluant sur quatre à cinq séances. Ceci nous laisse le temps de développer les différentes propositions pour chaque thème mais nous permet aussi de varier le travail sur toute l'année.

Ce groupe a été mis en place principalement pour des personnes manquant de confiance en leurs capacités ainsi qu'en leur corps et ayant tendance à s'isoler ou se renfermer sur elles-mêmes.

Enfin, cet atelier présente plusieurs objectifs dont les principaux sont les suivants : favoriser une prise de conscience corporelle afin de stimuler un réinvestissement corporel et narcissique et développer les différents types de communication et les interactions entre les participants.

1.2. Préparation au groupe

La veille de chaque séance, les résidents sont sollicités par la psychomotricienne. Elle vient leur rappeler que le groupe aura lieu le lendemain matin aux horaires prévus. Elle leur laisse alors une affiche avec l'intitulé du groupe et l'heure à laquelle il commence. Une fiche avec les noms des participants est également préparée pour les aides-soignantes. Elle leur permet de savoir s'il faut aider ces résidents pour qu'ils soient prêts à l'heure.

Le jour du groupe, nous sollicitons chacune les participants, entre trente minutes et une heure avant de démarrer la séance. Nous pouvons ainsi connaître leur état du jour, les motiver ou les rassurer s'ils en montrent le besoin. Par ailleurs, nous leur rappelons une fois de plus leur participation. Ils se sentent ainsi attendus et peuvent se préparer psychiquement à rejoindre le groupe. En outre, nous les interrogeons afin de voir s'ils se souviennent de l'atelier et s'ils en ont intégré le cadre.

Nous préparons ensuite la séance et la salle. Nous prenons garde à ce que celle-ci soit toujours aménagée de la même façon, afin de donner toujours les mêmes repères aux résidents.

Par la suite, nous allons chercher les résidents afin de commencer la séance.

1.3. Déroulement d'une séance type

La séance commence par le rappel du cadre et des «règles». Nous précisons trois points essentiels aux participants, tels que l'importance du non-jugement, l'absence d'obligation et l'absence d'erreurs, puisqu'ils sont là pour s'exprimer et non pour être performants.

La séance se poursuit ensuite autour d'un éveil corporel. Ce dernier reste le même à chaque fois. L'objectif est de donner des repères permanents aux résidents et de faciliter l'intégration du cadre.

Par la suite, nous proposons un temps d'expression groupal. Celui-ci implique l'expression verbale, corporelle et émotionnelle. Il se déroule en trois parties. Il y a d'abord le temps des présentations où l'on demande à chacun de se présenter et de dire quelque chose en lien avec son état du jour. Nous profitons aussi de ce moment pour introduire le médiateur de la séance qui peut correspondre à un objet ou bien un mouvement. Nous instaurons ainsi un fil conducteur pour les propositions suivantes. Puis, vient le temps des propositions debout et enfin celui des propositions assises.

Nous continuons ensuite avec un temps d'exploration autour de l'expression en plus petit groupe et parfois en binôme. Cette partie de la séance soutient les expériences relationnelles.

A la fin, nous proposons un temps d'étirements ainsi qu'un moment de verbalisation autour d'une boisson. Celle-ci permet aux résidents de se rafraîchir après les efforts qu'ils ont fournis. Par ailleurs, elle rend ce temps plus convivial et stimule la zone orale, ce qui peut faciliter les échanges dans le groupe.

2. Evolution de Mme R. et de Mme N.

2.1. Avant les séances

2.1.1. Attitude

Nous pouvons observer une évolution très positive, concernant l'attitude de Mme R. avant les séances.

Lorsque je viens la solliciter pour sa première participation au groupe, elle ne semble pas très disponible. En effet, elle me répond qu'elle ne peut pas venir car elle doit rester s'occuper de son bébé. Elle se trouve alors dans une forme de délire. Après l'avoir rassurée en lui expliquant calmement que ses enfants étaient adultes maintenant et ne vivaient pas ici, elle accepte finalement de venir. Durant la séance, elle ne manifeste plus aucuns signes délirants. Par exemple, lors du temps de présentation, elle peut décrire son état du jour en faisant des liens avec ce qu'elle a réellement vécu en début de matinée. La séance semble la ramener à la réalité. Ici, le groupe pourrait s'apparenter à un garant de celle-ci.

La fois suivante, elle hésite à venir car elle a peur que ce soit trop difficile. Lorsque je repose le cadre en lui expliquant qu'elle n'est pas obligée de faire ce dont elle ne se sent pas capable, elle paraît rassurée et accepte de participer. La réaction de Mme R. pourrait être en lien avec un trouble de l'image du corps. C'est ainsi qu'elle a besoin de réassurance pour prendre confiance en elle et s'investir dans la séance.

Puis, au fur et à mesure que les mercredis passent, elle accepte facilement de venir. Elle semble d'ailleurs éprouver de plus en plus de plaisir à chacune de mes sollicitations. Un matin, lorsque je viens la voir elle me dit spontanément qu'elle est très contente de participer à ce groupe.

En outre, elle semble progressivement m'identifier et me faire confiance, ce qui doit la sécuriser pour rejoindre le groupe.

Enfin, généralement en début de séance, Mme R. a tendance à somnoler. Le trajet étant assez difficile, elle est souvent fatiguée en arrivant dans la salle. Il faut alors la solliciter pour qu'elle se remette dans la séance et débute l'éveil corporel avec le groupe.

L'état de Mme N. avant les séances est plus fluctuant, depuis le début de l'année.

Au départ, lorsque je viens la solliciter pour participer au groupe elle se dévalorise beaucoup sur le plan corporel et s'inquiète du regard des autres quant à l'apparence qu'elle peut dégager. Elle me demande si elle est bien habillée, bien coiffée. Ce n'est qu'une fois rassurée qu'elle accepte de venir au groupe.

Au fil des séances, cette inquiétude disparaît pour laisser place à des propos négatifs. Effectivement, lorsque je viens la voir, elle me dit qu'elle ne peut « plus rien faire » avec son corps, qu'elle « ne sent plus rien » corporellement et qu'elle se trouve particulièrement fatiguée. Elle se dévalorise et n'a plus confiance en ses capacités. Ceci peut être en lien avec un trouble de l'image du corps.

Elle peut quand même se rassurer quand, comme pour Mme R., je lui rappelle le cadre. De plus, lorsque je lui précise qu'elle fait partie de ce groupe, elle paraît touchée. Le fait de voir qu'elle y a une place semble la motiver. C'est alors qu'elle accepte de venir.

Certaines fois, elle est plus difficile à convaincre, ses propos négatifs prenant le dessus. Une fois par exemple, elle me dit qu'elle ne veut pas participer car elle ne peut rien faire et qu'elle ne veut plus venir. Mais, quand je lui dis qu'elle peut simplement essayer et surtout regarder en étant avec les autres, elle accepte finalement de rejoindre le groupe. Sur le trajet, l'humour est alors au rendez-vous : Mme N. plaisante avec les autres participants et est très souriante.

A l'inverse, certains mercredis, lorsque je la sollicite, elle accepte sans émettre aucune difficulté. Elle se montre alors très souriante et vient avec plaisir.

Généralement, une fois entrée dans la séance, Mme N. est très active et s'implique dans tout ce que nous proposons.

2.1.2. Intégration de l'atelier

Les premiers temps, Mme R. n'identifie pas clairement le groupe, ce en quoi il consiste et les personnes qui y participent ou celles qui encadrent. Pourtant, nous lui rappelons le but de sa participation, chaque mercredi. Avec ma maître de stage nous expliquons effectivement que « nous allons bouger, nous exprimer avec notre corps ».

Mais, au fur et à mesure que les mois passent, elle semble intégrer quelques éléments. En effet, à partir du mois de janvier, quand nous demandons pourquoi nous sommes ensemble, elle répond que c'est pour faire de « la gymnastique, des mouvements ».

Certes, ce n'est pas la médiation exacte mais, Mme R. semble commencer à intégrer le travail réalisé en séance. Elle a compris qu'elle participe à ce groupe avec l'intention de s'investir corporellement. Cependant, elle n'est pas capable de se souvenir du déroulement des séances.

De plus, au fil des mercredis, elle me reconnaît quand je viens la solliciter. Une fois, lorsque je lui demande quel jour nous sommes, elle peut me répondre « si vous êtes là c'est que nous sommes mercredi ». Le fait que nous nous voyons également pour des séances individuelles, l'aide certainement à m'identifier plus précisément. En revanche, elle n'identifie pas les autres membres du groupe même si certains se trouvent au même étage qu'elle.

Concernant Mme N. nous pouvons observer une évolution similaire.

Au départ, elle n'est pas non plus capable d'identifier la médiation proposée ainsi que les membres du groupe, malgré de multiples répétitions. Or, vers le mois de décembre, elle dit aussi qu'elle vient pour faire de « la gymnastique ». Même si ce n'est pas exact, elle comprend elle aussi qu'elle vient dans ce groupe pour mettre son corps en jeu.

A force de répétitions et de participation, au mois de janvier elle peut être plus précise et dire qu'elle vient pour « faire des mouvements et bouger avec son corps ». Lors d'une séance, elle verbalise même que « c'est pour s'exprimer ».

Les difficultés mnésiques qu'expriment Mme R. et Mme N. au départ, peuvent être expliquées par la maladie d'Alzheimer dont elles sont atteintes.

Toutefois, nous constatons qu'une certaine intégration reste possible, notamment grâce à certains éléments appartenant au cadre du groupe, expliqués précédemment.

2.2. Les séances

2.2.1. Présentation et état du jour

Nous pouvons observer une importante évolution chez Mme R. dans sa façon de se présenter. Au fur et à mesure des séances, elle montre un attachement important au groupe et témoigne son envie de s'investir corporellement.

Lors des premières séances, elle parle peu et donne simplement son prénom. Un peu plus tard, elle peut ajouter qu'elle est contente de venir ou d'être là.

Par la suite, elle dit très souvent qu'elle apprécie le fait de retrouver le groupe. Ses propos se chargent d'une valeur affective. Mme R. peut ainsi s'adresser directement aux autres en explicitant clairement le plaisir qu'elle éprouve à les retrouver.

En outre, lors d'une séance en février, après avoir donné son prénom, elle ajoute qu'elle est prête à se « remuer », tout en bougeant ses membres inférieurs et en souriant. Elle semble prendre de plus en plus de plaisir à mobiliser son corps.

Contrairement à Mme R. qui semble investir progressivement le groupe ainsi que ses participants et s'impliquer sur le plan corporel, il en va différemment pour Mme N. Lorsqu'elle se présente, Mme N. donne toujours son prénom. Quand nous lui demandons d'ajouter ce qu'elle veut, ses propos sont fluctuants, tout comme son état. Les premières séances, elle exprime souvent qu'elle est « fatiguée » ou qu'elle a fait « l'effort de venir jusqu'ici ». Elle semble préciser que c'est difficile pour elle de venir et que le fait qu'elle soit là, c'est déjà beaucoup.

Lors d'une autre séance, elle ajoute également qu'elle aimerait avoir plus de possibilités « pour faire plus de choses », comme si elle voulait enfin s'engager pleinement dans le groupe. Mais, peu après, elle répète qu'elle est « fatiguée, très fatiguée ».

Par la suite, ses paroles évoluent quelque peu puisque Mme N. ajoute qu'elle va « faire ce [qu'elle] peut », généralement en souriant sincèrement. Elle semble trouver sa place au sein du groupe, comme si elle assumait enfin qui elle est, sans se soucier du regard des autres.

D'après les propos de Mme N., il semble quand même difficile pour elle d'investir son corps si fatigué.

2.2.2. Intégration des propositions

A ce sujet, Mme R. montre certaines difficultés même si elle peut parfois s'adapter, seule ou avec de l'aide, à ce qui est demandé. Elle a souvent besoin d'étayage de la part des encadrants, pour comprendre ce qui est proposé et notamment d'étayage verbal. En effet, à cause de ses problèmes de vue provoqués par la DMLA, elle perçoit mieux les informations verbales.

Elle a tendance à intégrer les éléments corporels ou verbaux en passant par la répétition et peut avoir besoin d'un temps de latence avant de s'engager dans une proposition. De plus, elle a du mal à intégrer deux informations à la fois et la double tâche semble difficile.

Généralement, les individus atteints de la maladie d'Alzheimer montrent des facultés cognitives diminuées et il leur est difficile de traiter plusieurs informations en même temps.

Lors des séances sur le rythme, à plusieurs reprises nous demandons aux participants de chanter et d'effectuer un mouvement en rythme simultanément. Pour Mme R. cela s'avère souvent compliqué. En effet, elle peut y arriver dans un premier temps mais cela n'est pas possible dans la durée. Il faut alors la solliciter pour qu'elle poursuive la proposition. Elle exprime les mêmes difficultés, lorsqu'il faut reprendre la chanson et les mouvements d'un autre participant pour l'accompagner. De plus, les gestes effectués par les membres du groupe sont souvent peu clairs et de faible amplitude. C'est encore plus dur de les percevoir. Ici, les difficultés de Mme R. peuvent être majorées par ses troubles visuels.

Par ailleurs, lors du temps debout, la marche lui demandant beaucoup d'effort elle a du mal à intégrer la globalité de la proposition. Ainsi, elle ne peut pas marcher en rythme sur la musique. Toutefois, elle peut faire preuve de stratégies d'adaptation : par exemple, lors d'une séance, elle frappait le rythme avec sa canne afin de ne pas être déséquilibrée dans sa marche. Elle peut alors s'adapter seule.

Pour intégrer au mieux la proposition, elle peut aussi s'appuyer sur le reste du groupe et utiliser l'imitation par exemple. Le groupe s'avère être un réel soutien dans de telles situations.

Malgré certaines limites, elle semble prendre du plaisir dans les différentes propositions : elle est très souriante et peut même plaisanter par moment.

Les difficultés de Mme R. proviennent certainement des nombreux troubles qu'elle présente. Il est donc important de lui expliquer précisément les propositions et de l'étayer.

Mme N., quant à elle, nous montre de meilleures capacités d'intégration au fur et à mesure des séances.

Les premiers temps, elle a souvent besoin qu'on lui rappelle ce qui a été demandé et parfois, nous pouvons observer un temps de latence avant qu'elle se mobilise. Mais, par la suite elle fait de nombreux efforts.

Cependant, nous pouvons remarquer une attitude différente de sa part, lors des propositions debout et assises. Effectivement, trouvant la marche difficile et fatigante elle éprouve des difficultés à intégrer et à effectuer les propositions. Lors d'une séance où nous demandons aux participants de marcher en posant une corde sur une partie de leur corps, Mme N. n'est pas à l'aise.

Elle n'arrive pas à s'organiser avec son déambulateur et avec la corde, ce qui l'empêche de se concentrer pour réaliser l'exercice. Ne pouvant combiner les deux actions à la fois, elle laisse alors la corde de côté et marche. Au contraire, lors des propositions assises, elle semble se sentir plus à l'aise. Elle fait ainsi preuve d'une meilleure attention. Elle se montre d'ailleurs plus investie et n'hésite pas à proposer ses idées.

A partir du mois de janvier, elle fait le choix de rester assise lors des propositions debout, qu'elle trouve trop fatigantes. Malgré cela, elle fait preuve de très bonnes capacités d'adaptation. Elle est capable d'intégrer ce qui est demandé et en plus de l'adapter pour continuer à participer avec les autres. Par exemple, lors d'une séance, où nous proposons de marcher en s'accordant avec la musique, elle prend l'initiative de frapper le rythme avec ses mains et reste ainsi en accord avec le groupe. Ici, elle est tout à fait capable de s'adapter seule.

Mme N. ne semble pas vraiment gênée par ses troubles concernant l'intégration des propositions. Un léger étayage suffit généralement pour pallier ses quelques difficultés.

2.2.3. Prise d'initiatives

Au début, Mme R. prend peu d'initiatives. Elle semble être plus à l'aise dans la copie, l'imitation. Elle a souvent tendance à suivre le groupe, à s'appuyer sur lui, dans ses propositions. Elle est dans le « collage » à l'autre.

De plus, lors des propositions debout, les initiatives sont d'autant plus difficiles à prendre pour elle. Comme nous l'avons précisé auparavant, Mme R. ayant des difficultés pour marcher cela lui demande beaucoup de concentration et elle a du mal à faire deux choses à la fois. La double tâche apparaît encore une fois complexe à réaliser. Sa capacité à s'exprimer est ainsi diminuée.

Mais, nous pouvons noter une évolution par la suite. En effet, elle peut se détacher du groupe à certains moments et donner des idées émanant d'elle. Elle s'appuie toujours sur les propositions des autres, mais peut les modifier et y ajouter sa touche personnelle. Lors d'un temps de marche, alors que nous invitons les participants à se déplacer et à s'arrêter au « stop » pour proposer une posture, Mme R. se met enfin en avant. Elle s'appuie sur une posture expérimentée auparavant mais n'arrivant pas à la reproduire, elle la modifie et propose alors un enchaînement de trois positions, avec les membres supérieurs. Elle verbalise même les étapes de son enchaînement afin d'inciter les autres à l'imiter. La prise d'initiative corporelle est donc possible.

En revanche, ses propositions restent peu spontanées. Il faut souvent la solliciter et parfois même l'étayer, pour qu'elle propose ses idées et s'inscrive comme meneuse à un moment de la séance.

Les initiatives qu'elle prend seule sont surtout verbales. Effectivement, pour initier des propositions corporelles, elle a toujours besoin de sollicitations. En outre, dans les exercices en binôme, voyant que son partenaire peut guider la situation, elle a tendance à le suivre seulement. Nous pouvons alors nous demander si elle se repose sur l'autre par facilité, ou par manque de confiance ou encore parce qu'elle a oublié les consignes ?

Enfin, elle prend parfois des initiatives en dehors de ce que nous proposons. Par exemple, lorsqu'elle est trop fatiguée durant les exercices debout, elle va s'asseoir sur sa chaise. Elle semble ainsi avoir conscience de son état et de ses limites.

Lors des premières séances, Mme N. prend peu d'initiatives elle aussi et se retrouve même limitée dans certaines propositions.

Par la suite, elle peut en prendre plus, même s'il faut souvent la solliciter. Elle peut alors répondre à notre demande et ce de manière innovante par rapport aux autres.

Elle a quand même besoin d'étayage pour prendre confiance et se lancer sur le plan corporel. L'investissement de son corps semble encore une fois difficile.

Quelques fois, elle peut intervenir de façon spontanée, notamment de manière verbale. Elle n'hésite pas à rappeler les propositions à certains, à rebondir sur ce qu'ils peuvent dire ou faire ou tout simplement à nous faire part de ses idées.

Ensuite, elle semble plus à l'aise pour prendre des initiatives lors des propositions assises plutôt que debout. De plus, elle se sent mieux dans les propositions en demi-groupe ou en binôme. En effet, dans ces moments-là, elle se montre plus active et enthousiaste pour proposer ses idées. Par exemple, alors que nous invitons les demi-groupes à chanter et à bouger chacun à leur tour, elle choisit les titres que va chanter son groupe. De plus, alors que certains participants ont tendance à reprendre des chansons utilisées précédemment dans la séance, Mme N., quant à elle, est capable d'en proposer des nouvelles.

Au fil des séances, Mme N. fait de nombreux progrès. Grâce à l'intégration du cadre thérapeutique, entre autre, elle peut prendre davantage d'initiatives. Toutefois, sur le plan corporel elle montre encore des difficultés pour s'engager. Un éventuel trouble de l'image du corps et un manque de confiance corporelle certain peuvent en être à l'origine. Ceci pourrait aussi expliquer le fait qu'elle se montre plus à l'aise et plus active en petit groupe, où le regard des autres est moins important.

2.2.4. Investissement corporel

Malgré des difficultés d'intégration et un manque d'initiatives par moment, Mme R. se montre très active durant les séances. Elle investit pleinement son corps et ce dès le temps d'éveil corporel.

Les premiers mercredis, Mme R. a besoin d'un étayage verbal et visuel important afin de suivre le déroulé corporel. Les séances suivantes, elle semble plus concentrée durant ce temps-là. Elle a toujours besoin d'étayage au départ mais elle peut ensuite continuer seule. Elle est alors plus attentive à ce qu'elle fait et semble à l'écoute de ses sensations et de son corps.

Mme R. n'hésite pas non plus à investir son corps sur les temps plus actifs. Lors de sa première participation, dont le thème est l'espace, nous demandons aux participants de réaliser des figures géométriques avec leur corps. Elle n'hésite pas à investir différentes parties corporelles et à se mobiliser activement, pour réaliser un triangle qu'elle arrive facilement à se représenter. Dès sa deuxième séance, lorsque nous proposons de marcher en effectuant des mouvements, elle se montre aussi très investie. Malgré ses difficultés pour se déplacer, elle réalise des mouvements avec ses membres supérieurs et inférieurs. Souvent, lorsque nous sommes debout, elle adapte les propositions à ses capacités en les modifiant quelque peu mais reste toujours dans l'optique de bouger son corps.

Nous observons également une évolution concernant l'engagement de son corps dans l'espace. Au départ, elle investit très peu l'espace corporellement. Elle a besoin de quelqu'un pour l'aider et se déplace dans un espace restreint, en le suivant. Pourtant, à partir du mois de janvier, elle nous surprend lorsqu'elle ne nous sollicite plus pour l'aider à se déplacer. Effectivement, elle peut maintenant investir corporellement l'espace de façon plus autonome. D'ailleurs, lorsque nous abordons le thème du rythme et que nous demandons au groupe de marcher en rythme sur la musique, elle peut s'engager dans la proposition et semble même à l'aise. Elle peut bouger ses bras en marchant. Elle prend ainsi confiance en son corps et semble se sentir plus en sécurité.

A plusieurs reprises, elle verbalise durant les séances qu'elle a envie de bouger, de se « remuer ». Nous pouvons sentir chez elle un réel plaisir à se mobiliser.

Durant les temps de transition, il lui arrive même de bouger spontanément. Elle se montre alors très souriante.

Ainsi, à travers ces différents exemples, nous pouvons voir que Mme R. semble prendre du plaisir corporellement. Elle s'exprime à sa propre manière et investit pleinement son corps.

De plus, en l'engageant de cette façon elle est dans une recherche de sensations et est à son écoute, concentrée sur lui, ce qui lui permet de maintenir une conscience corporelle.

Pour Mme N. l'investissement corporel reste plus difficile. Ayant tendance à se dévaloriser, elle dit qu'elle ne peut plus rien faire avec son corps, qu'elle ne sent plus rien et qu'elle est fatiguée. Pourtant, lors des séances, elle tente de participer à toutes les propositions même si parfois elle ne fait pas exactement comme les autres. Ainsi, elle se montre généralement motivée même si c'est souvent difficile pour elle.

Lors d'une séance sur l'espace, où nous proposons de dessiner les chiffres et les lettres avec des parties de son corps, elle éprouve quelques difficultés, alors que la semaine suivante, lorsque nous reprenons l'exercice elle se montre plus active. Elle peut ainsi mobiliser différentes parties du corps et paraît beaucoup plus à l'aise et souriante. La reprise de la proposition s'est avérée ici efficace. Serait-ce dû à une meilleure intégration de la proposition, une meilleure attention ou bien à une plus grande facilité à participer en groupe ? Dans tous les cas, il s'avère que ceci a permis à Mme N. d'investir son corps autrement et de manière plus agréable et positive.

Lors des propositions debout, comme nous l'avons expliqué précédemment, à partir du mois de janvier, elle choisit de rester assise. Mais, elle peut adapter ce qui est demandé et participer avec les autres. Ainsi, elle bouge spontanément son corps, autant les membres supérieurs que les membres inférieurs et l'investit alors pleinement. Par exemple, lors d'un temps debout où nous proposons aux résidents de marcher au rythme du tambourin, Mme N. s'adapte en frappant le rythme sur ses cuisses. Elle reste ainsi en « accord » avec le groupe.

Malgré les difficultés qu'elle ressent, elle se montre souriante durant les séances, peut rire par moment et semble ainsi prendre du plaisir. En revanche, lors de certaines séances où elle se dit trop fatiguée, elle refuse de faire ce qui est proposé ou n'adapte pas les propositions.

De manière générale, Mme N. semble pouvoir encore investir son corps même si elle répète souvent que c'est difficile. Elle reste quand même dans une recherche de sensations corporelles et à l'écoute de son corps, ce que nous pouvons aussi observer lors de l'éveil corporel. Durant celui-ci, elle paraît toujours concentrée sur ce qu'elle fait. C'est un temps où elle montre un visage plutôt paisible. Toutefois, durant certaines séances où elle est plus fatiguée, elle a tendance à être moins attentive à ce qu'elle fait. Son état de fatigue l'empêche d'être pleinement à l'écoute de ses sensations corporelles.

Ainsi, il semble que la fatigue de Mme N. influe sur son rapport avec son corps et l'empêche de s'engager entièrement dans les propositions. Pourtant, elle ne reste pas passive. Souvent sur le trajet pour rejoindre la salle, elle me dit qu'il faut qu'elle continue de bouger et de marcher. Son attitude reste donc ambivalente.

2.2.5. Conscience du groupe et communication

De manière générale, Mme R. est très à l'écoute du groupe et n'hésite pas à communiquer avec lui. Certes, lors de sa première séance elle reste discrète, mais elle fait ensuite des efforts. La confiance dans le groupe, s'installant progressivement, est certainement à l'origine de cette évolution.

Souvent, lors du temps de présentation elle ajoute une phrase pour signifier aux autres qu'elle est contente de les retrouver. Mme R. tient à montrer qu'elle apprécie le groupe.

Lorsqu'elle prend la parole elle reste attentive aux autres. Elle regarde tout le monde et parle fort. De plus, lorsqu'elle sent certains membres du groupe en difficultés, elle peut les soutenir en leur rappelant la consigne. Effectivement, un mercredi, alors que sa voisine oublie la manière dont elle doit se présenter, Mme R. est capable de lui rappeler l'intégralité de la proposition. Elle se montre ainsi étayante et bienveillante envers les autres, elle qui a souvent tendance à s'appuyer sur eux. D'autre part, lors d'une séance où elle initie une proposition, elle prend le temps d'ajouter des explications pour que l'ensemble du groupe la comprenne.

En outre, lorsque nous demandons de proposer des mouvements, elle réalise souvent des mouvements conduisant à une posture ouverte. Ceci montre qu'elle reste ouverte aux autres.

Mme R. est aussi capable de communiquer en dehors du temps de séance. En effet, sur les trajets, elle échange souvent avec les autres membres du groupe. Elle est assez proche d'une dame qui lui propose même son aide pour l'accompagner durant le trajet.

Enfin, Mme R. semble parfois touchée par les autres. Lors d'une séance, alors que nous marchons en nous saluant, une des participantes propose de se faire la bise. Mme R. paraît alors très touchée par cet élan affectif : elle est très souriante et l'émotion peut se lire sur son visage.

Ainsi, Mme R. est très ouverte aux relations que peut lui offrir le groupe. Elle reste d'ailleurs à son écoute et se montre très attentive aux autres. Elle peut être capable d'adapter son style de communication qui est ici à la fois verbal et non-verbal.

Nous pouvons observer la même attitude chez Mme N. mais principalement sur le plan verbal. Au niveau corporel, elle peut paraître plus fermée à certains moments. Lorsque Mme N. prend la parole dans le groupe, elle est souriante et emploie le ton de l'humour. Parfois, quand je viens les chercher, elle dit aux autres résidents qu'ils vont y aller « en courant » alors que la marche est difficile pour eux tous. Elle les fait ainsi beaucoup rire.

A plusieurs reprises, Mme N. prend l'initiative de soutenir certaines personnes montrant des difficultés d'intégration. Elle peut ainsi leur rappeler ce qu'il faut faire, de manière verbale et corporelle. Elle est à leur écoute et peut se montrer bienveillante et étayante, elle aussi, ce que le groupe peut lui renvoyer à son tour. Au cours d'une séance, elle semble inquiète et verbalise que c'est difficile et qu'elle ne peut rien faire. Mais, cela est repris par le groupe qui lui témoigne alors son soutien et la rassure. De plus, dans une séance où nous proposons le jeu du miroir (reproduire les mouvements de l'autre), elle semble prendre confiance grâce au regard et à la valorisation de sa partenaire. Nous constatons donc que la communication avec autrui participe à sa réassurance.

Durant une séance, lorsque nous proposons un exercice en demi-groupe, elle peut dire avec qui elle veut travailler. Des liens affectifs sont ainsi mis en avant. Elle est ensuite capable d'être à l'écoute de ses partenaires lorsqu'il faut faire des choix. Elle prend leur avis en compte et s'accorde avec eux. Elle semble d'ailleurs plus à l'aise en demi-groupe afin de communiquer avec les autres.

Enfin, même si elle ne participe pas aux propositions debout de la même façon que les autres, elle reste attentive à eux. La conscience groupale est bien présente chez Mme N.

En revanche, la communication corporelle est plus difficile. Lorsqu'il s'agit de proposer des mouvements ou des postures, Mme N. a tendance à adopter des postures favorisant peu l'ouverture aux autres: croiser les bras, baisser la tête en ajoutant même qu'elle dort. C'est comme si elle se fermait au reste du groupe. Lors d'une séance où nous demandons aux participants de bouger pour s'adapter aux rythmes proposés par les autres, elle se mobilise peu et garde l'instrument de musique entre ses jambes. Elle adopte ainsi beaucoup de postures de type introverti.

Mme N. semble apprécier les relations établies avec le groupe. Celles-ci s'avèrent être un soutien et la rassurent à certains moments. Elle semble plus à l'aise sur le plan verbal, la communication corporelle étant encore à développer. Enfin, une fois de plus, elle paraît plus à l'aise en plus petit groupe pour établir une relation.

2.2.6. Temps de verbalisation

De manière générale les propos de Mme R. concernant les séances restent toujours d'ordre positif.

A la fin de la première séance, elle verbalise qu'elle est fatiguée mais que c'était facile et elle souhaite revenir la semaine suivante. Par la suite, elle dit souvent que c'est bien mais sans plus de détails. En outre, elle est très souriante chaque fois qu'elle prend la parole.

Au fur et à mesure que les mois passent, elle peut ajouter que cela lui « a fait plaisir de bouger ». Elle peut aussi donner des explications plus précises concernant ses ressentis. Une fois, elle nous explique que « ses membres sont plus légers » à la fin de la séance, mais ajoute que les étirements sont difficiles au niveau des jambes. Elle semble ainsi être à l'écoute de ses sensations, avoir conscience de son corps et ressentir du plaisir en le bougeant.

Petit à petit, elle prend même le groupe en compte dans son discours. Durant une séance sur le rythme elle nous dit que c'était bien et que le groupe s'est bien accordé. Sur le trajet du retour elle ajoute même que c'était plus vivant que d'habitude. Elle devient alors plus sensible à la dynamique du groupe. Lors d'une autre séance, elle explique que le fait que tout le monde ait participé donne envie d'en faire autant. Le groupe semble compter particulièrement pour Mme R. Il l'aide à s'investir plus facilement et prend une place importante dans son vécu.

Une autre fois, nous pouvons observer sa satisfaction car elle dit avoir trouvé la séance sympathique et est heureuse d'avoir pu chanter.

En revanche, au début elle ne parlait jamais de ses difficultés, comme si elle n'en avait pas conscience. Mais, en février, elle peut enfin les aborder. A la fin de la séance, elle verbalise qu'elle aime bouger mais précise tout de même que c'est agréable de pouvoir s'asseoir après les exercices debout, qui lui demandent plus d'efforts. Elle semble alors avoir conscience de ses difficultés et de ses limites. Elle développe donc maintenant une écoute encore plus précise de son corps, d'elle-même.

Les propos de fin de séance de Mme N. sont généralement plus fluctuants.

Au début, elle reste sur la réserve dans ses paroles. Elle se contente de nous dire que c'est bien et que malgré quelques difficultés, elle apprécie les séances.

Au fil du temps, elle investit plus ce moment de verbalisation. Mais, il est nécessaire de la questionner pour qu'elle puisse développer ses ressentis. Généralement, elle explique alors qu'elle trouve quand même la séance difficile car il faut se mobiliser corporellement. Elle peut aussi verbaliser qu'elle se sent fatiguée par tout cela.

Par la suite, lors de la période où elle ne souhaite plus participer aux propositions debout, elle dit à plusieurs reprises que « ça va » en fin de séance et qu'elle a fait ce qu'elle a pu. Elle affiche alors un sourire de satisfaction. Elle semble ainsi en harmonie avec ses choix et ses capacités. Elle paraît enfin assumer son statut, son trouble de l'image du corps diminuant.

De plus, au fur et à mesure de l'avancée du groupe, elle semble l'investir de plus en plus au niveau de son vécu. Lors d'une séance sur le rythme, elle peut nous dire elle aussi que c'était bien et que tout le monde s'est bien accordé. Elle sourit et reste alors sur ces propos positifs. Une autre fois, elle verbalise qu'elle a trouvé la séance « sympathique » ; elle semble contente, ne dit pas que c'est difficile, et exprime le souhait de revenir la fois suivante.

Mais, à certains moments lorsqu'elle montre un état de fatigue important et qu'elle ne veut pas trop s'investir dans la séance, elle ne dit rien ou ne veut pas répondre. En insistant un peu, elle peut nous faire part de quelques difficultés.

Lors d'une séance, elle ajoute qu'elle n'aime vraiment pas venir et que c'est compliqué ce jour-là. Elle ose alors affirmer ce qu'elle ressent et assume ses dires et ses actions.

Les propos de Mme N. sont très variables concernant ses ressentis. Ils semblent être en lien avec son état de fatigue souvent important et qui l'empêche parfois de s'investir pleinement dans la séance. Or, il est important de noter que ponctuellement, Mme N. peut émettre des paroles positives et se montrer satisfaite de ce qu'elle effectue, ce qui est un progrès. A travers cette satisfaction, elle montre peut être qu'elle peut commencer à s'assumer devant les autres.

2.3. Actuellement

Depuis qu'elle participe au groupe d'expression corporelle, Mme R. semble plus confiante au niveau corporel. Comme nous avons pu le constater dans le récit des séances, elle est de plus en plus à l'aise pour se mobiliser et est capable de mettre son corps en jeu dans diverses situations. Elle a également pris confiance quant à ses déplacements dans l'espace. Maintenant, elle peut marcher de manière plus autonome lors des séances et s'adapter pour bouger des parties de son corps en même temps.

En outre, elle paraît plus confiante en dehors des séances. En effet, lorsque je vais la chercher pour cet atelier ou bien dans l'après-midi pour sa séance individuelle, elle n'a plus besoin de mon aide pour marcher. Elle est beaucoup plus assurée dans ses déplacements. Ainsi, nous pouvons aussi observer des effets positifs en dehors du groupe proposé.

Mme R. semble avoir repris confiance en ses capacités corporelles. Elle semble se sentir plus en sécurité dans son corps et montre moins de difficultés à l'investir.

De plus, avant de démarrer cette prise en charge, elle souffrait d'un important isolement. Aujourd'hui, dans le groupe d'expression corporelle comme à l'extérieur, elle se montre plus sociable. Elle est capable d'aller vers les autres lors des séances et de communiquer avec eux. Mais, une évolution est également repérable en dehors des séances, puisque maintenant Mme R. participe aux activités proposées au sein de l'établissement. Elle s'y investit plus facilement et semble partager plus de liens avec ses pairs.

Il se pourrait donc que le groupe d'expression corporelle ait contribué à son évolution.

Nous pouvons aussi noter des progrès concernant Mme N. notamment sur le plan des relations sociales. En effet, comme nous l'avons remarqué au fur et à mesure de l'avancée du groupe, Mme N. a pu développer ses capacités de communication. Au fil des séances, elle s'est montrée plus à l'aise pour échanger avec les autres, surtout lorsqu'elle était en petit groupe.

Actuellement, elle partage aussi de nouveaux liens au sein de la maison de retraite. Récemment, sa famille lui a offert un jeu de domino. Depuis, elle descend certains après-midi au rez-de-chaussée pour jouer avec un petit groupe de résidents. Elle passe ainsi un long moment avec eux.

Cependant, concernant l'investissement corporel son évolution est moins importante. Même si elle se montre active durant certaines séances, Mme N. exprime encore des difficultés pour mobiliser son corps qu'elle trouve « si épuisé ». Elle-même dit que c'est compliqué. Un travail à ce niveau semble donc à poursuivre.

Toutefois, il semblerait que l'atelier l'ait aidé pour s'affirmer. Au départ, elle se souciait beaucoup du regard des autres quant à son apparence. De plus, lors des séances, elle semblait participer aux propositions debout seulement pour nous faire plaisir et pour faire comme tout le monde. Puis, un jour elle a enfin osé dire qu'elle ne souhaitait plus agir de la sorte car c'était trop fatigant. En restant assise, elle assumait ainsi ses choix devant les autres et ne semblait pas s'inquiéter de ce qu'ils pouvaient penser. De plus, elle a parfois verbalisé que ce qu'elle avait fait durant la séance suffisait, en affichant un sourire et semblait ainsi satisfaite.

Il semblerait donc que le groupe l'ait aidé pour prendre quelque peu confiance en elle et agir sous le regard d'autrui sans aucune crainte, ainsi que pour développer des relations.

DISCUSSION

Mon questionnement de départ était : En quoi le groupe d'expression corporelle peut-il favoriser le réinvestissement d'un corps vieillissant et peut-il avoir un impact positif sur le narcissisme du sujet âgé ? En outre, peut-il favoriser les communications et les interactions entre les participants ?

La partie précédente, nous a déjà permis d'observer une certaine évolution. En effet, il semblerait que le groupe d'expression corporelle ait permis à Mme R. et Mme N. de renouer des liens avec leur corps et de développer de nouvelles relations avec leurs pairs.

Dans la partie qui suit, nous allons nous intéresser de plus près à cette évolution, du point de vue du narcissisme.

Par la suite, nous nous intéresserons plus précisément à l'importance du cadre thérapeutique et du rôle du psychomotricien dans le bon déroulement de la prise en charge, afin de soutenir au mieux l'expérimentation de chacun des membres du groupe. Mais, nous étudierons également leurs limites.

Enfin, pour terminer nous aborderons plus précisément cette expérience de la psychomotricité auprès des personnes âgées.

1. Vers un réinvestissement narcissique

Dans cette partie nous allons traiter du réinvestissement narcissique à travers le réinvestissement du corps et l'enrichissement de l'image corporelle.

Tout au long de l'année, nous avons tenté d'aborder ces deux points dans les propositions destinées au groupe d'expression corporelle. En reprenant l'évolution de Mme R. et Mme N., nous allons donc expliquer comment ce travail corporel peut contribuer à la restauration du narcissisme chez la personne âgée.

1.1. Le réinvestissement corporel

Désinvestissement corporel et désinvestissement narcissique sont intimement liés chez la personne âgée, comme nous l'avons vu dans la partie théorique. Or, la mise en jeu corporelle peut permettre une évolution. Mais, ceci demande aux personnes âgées un certain investissement de leur corps vieillissant, ce qui est parfois difficile. C'est ce que nous avons pu observer concernant l'évolution de Mme R. et Mme N. au sein du groupe.

Au départ toutes deux avaient du mal à s'investir corporellement dans les séances.

Mais, au fil du temps, Mme R. a pu prendre plaisir à engager son corps dans les propositions. Elle est devenue de plus en plus attentive à lui lors du temps d'éveil corporel mais également lors des moments plus actifs. Au fur et à mesure des séances, elle semble avoir pris confiance en son corps qui est devenu sécurisant pour elle. Mme R. a alors su prendre des initiatives sur le plan corporel. Dans la deuxième partie de l'année, elle a même pu s'engager seule dans les propositions debout. A plusieurs reprises, elle a également investi son corps de son propre gré, lors des temps de transition. Alors que rien n'était proposé, elle ressentait le besoin et certainement le désir de s'activer corporellement. Elle semblait à la recherche de sensations. Comme nous l'avions expliqué en théorie, la prise de conscience du corps s'appuie entre autre sur les nombreuses sensations corporelles. Ainsi, en les recherchant, Mme R. a pu progressivement prendre conscience de son corps. De plus, elle semble avoir pris du plaisir à réinvestir progressivement son corps, ce qu'elle a pu verbaliser : lors d'une séance elle dit que cela lui a fait « plaisir de bouger ».

Mme R. a également su, au fil des mercredis, reconnaître ses limites corporelles et les accepter en s'adaptant à ce qui était demandé.

Lorsque les propositions debout lui paraissaient trop longues ou trop compliquées, elle n'hésitait pas à aller s'asseoir. A la fin de la séance, elle pouvait verbaliser que c'était agréable de faire des pauses quand nous en éprouvons le besoin.

La prise de conscience des capacités réelles mais aussi des limites permet ainsi de mieux se connaître et s'accepter. Elle aide également à se sentir plus à l'aise dans son corps, puisque nous sommes conscients de notre état corporel et de ce dont nous sommes capables. Ainsi, il devient plus facile de s'investir corporellement et même de le faire avec plaisir, comme nous l'a montré Mme R.

L'évolution de Mme N. est quelque peu différente. En effet, elle a eu plus de difficultés à s'investir corporellement dans l'ensemble des propositions et notamment debout, même si elle s'adaptait de son mieux pour s'engager dans l'action. Certains mercredis, lors des temps assis, elle a pu prendre des initiatives corporelles, même si cela paraissait difficile. D'une certaine façon, elle pouvait donc investir ce corps « si fatigué », comme elle le disait.

Dans la deuxième partie de l'année, à la fin des séances elle pouvait finalement dire qu'elle était satisfaite de sa participation même si elle n'avait pas fait comme tout le monde. Elle reconnaît donc ses limites, elle aussi, mais peut exprimer sa satisfaction sur le plan corporel, ce qui est un progrès notable pour elle.

Malgré les conséquences du vieillissement, nous voyons ici qu'en stimulant la mise en jeu du corps, l'individu âgé peut retrouver une certaine satisfaction corporelle.

Ce réinvestissement corporel a conduit Mme R. et Mme N. à une connaissance plus positive de leur corps et de leurs possibilités. Elles ont redécouvert la satisfaction et le plaisir corporel amenant à une meilleure estime de soi.

Le travail corporel peut être un réel outil afin d'aider le sujet âgé à retrouver confiance en son corps et en ses capacités. Il lui permet aussi d'appréhender ses limites. Ceci peut l'aider à se sentir plus en sécurité dans son corps, qui n'est alors plus laissé de côté, mais investi à nouveau.

Enfin, la prise de conscience positive des capacités et du corps, ainsi que la sécurité corporelle retrouvée participent au développement d'une meilleure image de soi. Grâce à cette évolution, l'individu peut alors porter plus d'amour à l'image qu'il a de lui-même et un réinvestissement narcissique devient possible.

1.2. Une image du corps enrichie

1.2.1. Rappels théoriques

Pour commencer, nous allons faire quelques rappels de la partie théorique, afin de détailler les répercussions d'un trouble de l'image du corps, qui semble toucher à la fois Mme R. et Mme N.

L'image du corps est en lien avec l'histoire de l'individu et correspond à la vision qu'il a de lui-même. Ainsi, les modifications corporelles provoquées par le vieillissement s'inscrivent inévitablement au niveau de l'image corporelle. Généralement, le sujet âgé a alors une mauvaise image de lui-même et peut avoir tendance à se dévaloriser. C'est d'ailleurs ce que nous retrouvons chez Mme R. et Mme N. Lors du bilan, Mme R. dit faire « n'importe quoi » alors qu'elle répond correctement à la demande. Mme N. quant à elle se dévalorise en permanence. Elle répète souvent qu'elle n'est plus capable de rien, alors qu'elle reste encore très active.

De plus, l'autre ainsi que son regard ont une grande importance dans l'établissement d'une image du corps positive. Ils permettent de la soutenir et de la valoriser. Or, Mme R. et Mme N. sont des personnes qui ont une forte tendance à s'isoler au sein de l'établissement. Elles entretiennent peu de relations auprès des autres résidents. Cette situation ne fait qu'aggraver leur trouble commun.

Je rappelle également que Mme N. attache une grande importance au regard de l'autre en raison du jugement que celui-ci pourrait porter à son égard.

Nous allons donc voir comment le groupe d'expression corporelle peut être un moyen de lutter contre une altération de l'image du corps.

1.2.2. L'importance du réinvestissement corporel

Le réinvestissement corporel, dont nous avons parlé un peu plus haut, a permis à Mme R. et Mme N. d'être attentives et à l'écoute de leurs sensations corporelles. Elles ont pu prendre conscience de leur corps et en construire une vision meilleure. Il a également été source de satisfaction et de plaisir pour les deux résidentes. Il constitue donc un premier pas vers un enrichissement de l'image du corps, qui peut alors s'étayer sur l'intégration de sensations et d'expériences corporelles positives.

1.2.3. L'intérêt d'une prise en charge en groupe

Le groupe a aidé les deux résidentes à établir de nouvelles relations auprès de leurs pairs. L'effet de groupe a stimulé le développement de la communication et des interactions entre les participants.

Au départ, Mme R. et Mme N. étaient toutes deux peu bavardes et préféraient rester discrètes.

Mais, au fur et à mesure des séances, Mme R. a su tisser des liens avec les autres participants. Elle a su développer une communication verbale et non verbale par l'intermédiaire de son regard ou de ses postures. Ces nouvelles relations semblent l'avoir valorisée. En entrant ainsi en relation, Mme R. s'est enfin autorisée à agir sous le regard de l'autre. Elle a su prendre confiance, améliorant ainsi la vision qu'elle pouvait avoir d'elle-même. Progressivement, elle a aussi pu montrer son soutien aux autres, en les aidant, lorsqu'ils rencontraient des difficultés face aux propositions. Ce genre de situation montre encore une fois qu'elle a pris de l'assurance. Sinon comment aider les autres sans avoir confiance en soi-même ? Enfin, même en dehors du groupe elle a continué à communiquer et à garder certaines relations avec les participants se trouvant au sein de son étage.

La mise en place de relations et les échanges amènent un regard positif de l'autre sur soi, ce qui peut alors contribuer à la revalorisation de l'image corporelle et au réinvestissement narcissique.

Mme N. a elle aussi effectué de nombreux progrès pour communiquer à nouveau avec son environnement. Petit à petit, elle a pu s'ouvrir au groupe, principalement sur le plan verbal. Elle a appris à faire confiance aux autres : lors d'une séance le groupe la rassuré et valorisé quand elle a exprimé ses difficultés. Ce regard extérieur et positif l'a ainsi aidée à prendre confiance en elle. Ici, le regard d'autrui aide l'individu à se sentir plus en confiance alimentant ainsi le narcissisme de façon positive.

Mme N. s'est alors montrer étayante envers les autres, à son tour. Elle pouvait elle aussi les soutenir lorsqu'ils étaient en difficultés.

De plus, elle a enfin osé s'écouter en faisant le choix de s'asseoir lors des propositions debout. Au départ, elle semblait les réaliser seulement pour nous faire plaisir ou pour faire comme les autres, ayant peur qu'ils la jugent dans le cas contraire. A cette période, elle verbalise d'ailleurs qu'elle se sent bien et qu'elle a fait ce qu'elle a pu. Elle assume enfin ses propres envies et ses propres choix. Elle n'agit plus en fonction de ce que l'autre pourrait penser et comprend qu'il est finalement là pour la soutenir.

Il semblerait que progressivement, Mme N. ait pris confiance en l'image qu'elle pouvait donner aux autres. D'ailleurs, lorsque je venais la solliciter par la suite, elle était moins souvent inquiète de l'apparence qu'elle pouvait dégager et semblait ainsi plus sûre d'elle. Au fil des séances, Mme N. semble avoir renforcé positivement son image du corps et être parvenue à une meilleure estime d'elle-même, ceci conduisant à un renforcement narcissique.

Enfin, rappelons que selon DOLTO F., l'image du corps correspond à la toile de fond du narcissisme. Par conséquent, un enrichissement de l'image du corps est en effet inévitablement lié à un réinvestissement narcissique.

Ainsi, grâce à l'ensemble des éléments développés ici, nous comprenons que le groupe d'expression corporelle semble avoir contribué à une revalorisation narcissique, chez Mme R. et Mme N.

L'évolution sur le plan narcissique des deux résidentes a également été possible par l'instauration d'un cadre thérapeutique fixe et sécurisant.

2. Le cadre thérapeutique et le rôle du psychomotricien

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée »⁵⁷.

Il est important de donner un cadre solide et fixe aux patients, lors des séances. Celui-ci participe de façon essentielle aux effets de la prise en charge, tout comme le rôle du psychomotricien. Cependant, il arrive parfois que le cadre soit mis à mal et que cela ait des répercussions sur le travail réalisé.

Dans cette partie, nous allons donc nous intéresser au cadre thérapeutique en psychomotricité ainsi qu'à l'importance du rôle du psychomotricien dans la validité de ce cadre. Par ailleurs, nous nous intéresserons aux limites de ce dernier.

⁵⁷ POTEL C., 2010, p. 322

2.1. Le cadre thérapeutique en psychomotricité

2.1.1. La mise en place et les intérêts du cadre thérapeutique

Pour qu'il fonctionne et qu'il soit valide, le cadre thérapeutique requiert plusieurs conditions.

Il peut s'agir par exemple de conditions spatio-temporelles.

Concernant le groupe d'expression corporelle, avec ma maître de stage nous décidons de proposer les séances tous les mercredis matins et à heure fixe. Elles durent quarante-cinq minutes environ, ce qui laisse le temps aux résidents d'explorer diverses propositions. De plus, « une séance où il va s'agir de jouer, d'organiser l'espace, de bouger son corps, demande une durée suffisante et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères »⁵⁸.

Par ailleurs, le groupe a toujours lieu dans la même salle qui est toujours aménagée de la même manière. Ainsi, lorsque les résidents arrivent, ils retrouvent, disposées en cercle, les chaises où ils peuvent prendre place.

Nous pouvons également parler des conditions d'encadrement.

En psychomotricité, il est possible de travailler seul ou bien en binôme, par exemple. C'est le choix que nous avons fait avec ma maître de stage. Il nous a permis d'offrir une plus grande écoute et une disponibilité plus importante aux résidents participant au groupe.

D'autre part, lors de la prise en charge, nous avons mis en place des conditions d'organisation.

Tous les mercredis, lorsque nous arrivions dans la structure, nous allions voir les résidents et leur expliquions qu'ils étaient invités à participer au groupe d'expression corporelle, « pour bouger et s'exprimer avec leur corps ».

De plus, il nous a semblé intéressant de proposer toujours la même organisation de séance, dans le but d'aider les participants à identifier plus facilement le déroulement de l'atelier.

Le cadre thérapeutique mis en place et sa permanence ont permis de fournir à Mme R. et Mme N. des informations plus précises concernant le déroulement et l'intérêt du groupe d'expression corporelle. En effet, à partir du mois de janvier, elles semblaient toutes deux pouvoir identifier plus précisément la médiation et l'intégrer.

⁵⁸ POTEL C., 2010, p. 322

Elles pouvaient parler de « gymnastique » et par la suite dire qu'elles étaient là « pour faire des mouvements avec leur corps ». Lors d'une séance, Mme N. a même été capable de dire que nous étions là pour nous « exprimer ».

De plus, au fil de nos rencontres, Mme R. et Mme N. semblaient nous reconnaître plus facilement. Elles pouvaient identifier les encadrants du groupe.

Enfin, en sachant pourquoi elles venaient, à quel moment, pour combien de temps, dans quelle salle et dans quel intérêt, les deux résidentes se sont senties certainement plus en confiance pour s'investir dans le groupe.

Ainsi, par sa fixité et sa solidité, le cadre thérapeutique est source de repères précis et il rassure.

Toutefois, il ne doit pas pour autant être trop rigide.

2.1.2. La perméabilité du cadre thérapeutique

Il est important de s'adapter aux patients et en conséquence d'ajuster le cadre thérapeutique. Ainsi, ce dernier doit garder une possibilité d'ouverture.

La perméabilité du cadre thérapeutique implique une écoute importante de la part de l'encadrant ainsi qu'une adaptation la plus optimale à la demande du patient. C'est en partie grâce à cela que le cadre restera un soutien durant les séances.

Lors de notre prise en charge nous avons dû faire preuve de souplesse dans les séances mais en dehors également. Je pense notamment à certains mercredis où les deux résidentes ne se sentaient pas assez en forme pour participer au groupe. Malgré plusieurs sollicitations, elles préféraient rester dans leur chambre afin de se reposer. Dans ces cas-là, nous respectons leur position en leur précisant que nous reviendrions le leur proposer la semaine suivante. Ce groupe d'expression corporelle a également été créé pour que les résidents redécouvrent le plaisir corporel. Ne pas leur laisser le choix de participer irait donc à l'encontre d'un tel objectif.

Au sein des séances, l'adaptation fut de nouveau nécessaire. Nous proposons des mises en jeu corporelles et verbales mais les résidents n'étaient pas obligés de les réaliser et étaient là pour faire de leur mieux. Ils pouvaient même s'approprier les propositions, pour les modifier. Cette possibilité favorise l'affirmation de soi.

Durant les propositions debout, il était fréquent que Mme R. et Mme N. n'aillent pas jusqu'au bout de la demande. Nous respectons alors leur choix, afin qu'elles se sentent le mieux possible au sein du groupe.

2.1.3. Un cadre thérapeutique garant de la réalité

Le cadre thérapeutique, étant ancré dans le présent, permet de fixer les participants dans la réalité du groupe.

Lors de sa première participation au groupe, Mme R. se trouve dans un état de délire total. Lorsque je viens la chercher, elle m'explique qu'elle ne peut pas venir car elle doit rester avec son enfant. En discutant un peu, je peux la rassurer et la convaincre de participer au groupe mais son état reste encore fébrile. Cependant, une fois la séance commencée, elle peut se replacer en lien avec la réalité. Lorsqu'elle prend, la parole elle peut raconter ce qu'elle a réellement fait le matin même. Le groupe d'expression corporelle et plus particulièrement le cadre thérapeutique ainsi que ses repères semblent avoir ramené Mme R. à la réalité.

En donnant cette possibilité aux patients, le cadre thérapeutique permet de garder un lien sûr avec l'environnement réel.

Les repères et les possibilités donnés par le cadre thérapeutique ainsi que la souplesse dont il peut faire preuve, permettent aux résidentes de se sentir plus en sécurité et mieux contenues dans ce groupe d'expression corporelle. Cette sécurité et cette contenance étayent et facilitent le plein investissement du sujet dans les séances. Se sentant en confiance, il peut s'engager corporellement et psychiquement dans l'action.

Nous prenons finalement conscience que le cadre thérapeutique, par ses diverses caractéristiques, apparaît lui aussi comme un soutien pour parvenir au réinvestissement corporel et narcissique.

Enfin, l'ensemble des éléments que nous venons d'aborder et qui constitue le cadre thérapeutique doit être soutenus par le rôle du psychomotricien. Ce dernier est effectivement un garant de ce cadre.

2.2. La place du psychomotricien

Le psychomotricien doit adopter un certain comportement auprès des patients. D'après Françoise DESOBEAU, psychomotricienne, « l'attitude fondamentale du thérapeute est d'être pleinement en présence du sujet : il va créer un espace réceptif en lui, et entre le sujet et lui »⁵⁹.

⁵⁹ DESOBEAU F., 2008, p. 94

Le thérapeute doit donc développer une écoute particulière. Il doit s'adapter et partager le même espace-temps que son patient. Il doit se trouver dans une disponibilité à la fois mentale et corporelle. Par cette attitude, il devient totalement présent pour le patient. De plus, en maintenant la qualité de cette présence, il est alors garant du cadre établi et permet d'assurer le maintien du travail effectué avec les patients.

En outre, le psychomotricien possède lui aussi un rôle de contenance envers ses patients. Lorsqu'elle évoque cette notion, POTEL C. s'appuie sur le modèle de la relation mère-enfant « contenant-contenu » de BION. Ce dernier explique que « le nourrisson projette une partie de son psychisme, notamment ses émotions incontrôlables, le « contenu », dans le bon sein « contenant », pour les recevoir en retour détoxiquées et être du coup capable de les supporter »⁶⁰.

Ainsi selon POTEL C., le psychomotricien doit être capable d'accueillir et de contenir en lui, les problématiques et les éventuels débordements de ses patients. Il s'appuie sur ses propres moyens et peut aussi faire appel à son cadre thérapeutique.

De plus, grâce à cette forme de contenance, le thérapeute devient acteur de la fonction de pare-excitation.

Les fonctions du cadre et celles du psychomotricien au sein de celui-ci sont complémentaires. Par leurs caractéristiques, ils ont tous les deux pour objectifs de s'adapter au patient, de lui donner des repères, des sensations de contenance et de sécurité et enfin de rester garant de la réalité ainsi que de la fonction de pare-excitation.

⁶⁰ POTEL C., 2010, p. 328

2.3. Les limites du cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique peut parfois être mis à mal, lors des séances. Plusieurs raisons, nous confrontant au principe de réalité, peuvent être à l'origine d'une telle problématique.

2.3.1. Perturbation du cadre thérapeutique

Nous pouvons tout d'abord évoquer le fait que certaines séances aient été annulées à cause de mon absence et de celle de ma maître de stage, lors des vacances et des congés.

Ensuite, certaines fois, nous avons dû supprimer les séances parce que la salle n'était pas disponible. Des réunions avaient lieu au sein de l'institution et se déroulaient dans cet espace.

De plus, il y a eu des mercredis où nous n'avons pas pu commencer le groupe à l'heure, certains résidents n'étant pas encore prêts. Dans ces cas-là, je me rendais compte que notre travail dépendait beaucoup de celui des équipes soignantes. Souvent débordées, il leur était difficile de faire en sorte que les résidents soient disponibles à l'heure souhaitée. Ainsi, quelques temps après le début de notre prise en charge, nous avons choisi de mettre des affiches dans les étages avec les noms des résidents concernés par le groupe et l'heure à laquelle ils étaient attendus. Cette initiative permettait ainsi aux équipes soignantes de pouvoir s'organiser et prévoir au mieux leur travail, en conséquence de l'atelier. Il ne faut pas oublier que nous devons travailler en lien permanent avec les autres professionnels. Il est important que nous nous adaptions tous les uns aux autres, afin d'établir une cohérence dans les soins proposés. Le cadre thérapeutique d'une prise en charge dépend également du cadre institutionnel. Nous pouvons d'ailleurs nous référer à POTEL C. lorsqu'elle expose les conditions de fonctionnement institutionnel. Elle explique qu'un « cadre thérapeutique s'intègre dans une institution qui a un projet global pour les patients, s'appuie sur le travail d'une équipe où chacun est censé avoir sa place et sur un certain nombre de règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée »⁶¹.

Ainsi, la condition spatio-temporelle, dont nous avons parlé un peu plus haut, a été mise à mal.

⁶¹ POTEL C., 2010, p. 323

Ces perturbations peuvent avoir un impact sur les résidents et notamment sur leur capacité à intégrer l'atelier. Lorsque j'évoquais les différentes conditions du cadre thérapeutique, j'en ai conclu qu'elles permettaient de donner des repères précis aux résidentes, notamment pour intégrer l'existence du groupe d'expression corporelle chaque semaine. Or, avec les perturbations qu'il peut exister, ces repères sont altérés et l'intégration de l'atelier reste difficile dans la continuité. C'est ce que j'ai pu remarquer chez Mme R. et Mme N. Elles ont pu identifier le groupe d'expression corporelle certains mercredis mais, cette identification était impossible de façon continue. Certes, elles souffrent toutes deux de troubles mnésiques provoqués par la maladie d'Alzheimer. Cependant, sachant qu'une intégration reste possible à certains moments, je pense que ces troubles ne sont pas les seuls responsables de certains oublis. Cette difficulté peut s'expliquer aussi par les raisons que je viens de développer, entraînant la mise à mal du cadre thérapeutique et des repères qu'il fournit.

2.3.2. Les limites des encadrants

Nous avons vu combien la place du psychomotricien est importante dans le maintien du cadre. Cependant, il arrive qu'il ne soit pas toujours dans une disponibilité totale pour ses patients. De plus, il n'est pas disponible de la même façon, sur la totalité de la séance.

Certains mercredis, cette situation s'est parfois produite. Lors d'une séance en particulier, un évènement en a perturbé la dynamique. Ce jour-là, ma maîtresse de stage a appris une mauvaise nouvelle. Elle a particulièrement été surprise et touchée par cette annonce. Pendant la séance, elle a alors rencontré des difficultés pour être totalement présente auprès des patients, ce qui m'a déstabilisé. Nous n'avons pas eu le temps d'aborder cette nouvelle avant la séance et ainsi de nous organiser. Par conséquent, je n'ai pas su comment réagir face à la difficulté de ma maîtresse de stage, pour continuer à guider le groupe sans en entraver la dynamique. Nous sentions alors que les participants étaient perturbés, eux aussi. Ils étaient distraits et semblaient avoir plus de mal à intégrer les propositions et à s'engager. Ils montraient un besoin d'étayage plus important, ce que nous n'étions pas capables de leur donner à ce moment-là.

Durant cette séance, il semblerait que ma maîtresse de stage et moi-même ayons eu du mal à assurer correctement le rôle de thérapeute, que nous avons développé précédemment. En effet, notre capacité d'écoute envers les résidents fut moindre. Il nous a été plus difficile d'être totalement réceptives à leurs demandes ou leurs difficultés. Notre présence à la fois corporelle et psychique fut de moins bonne qualité.

Enfin, l'attitude des résidents a montré que nous avons eu plus de mal à respecter nos fonctions de contenance et de pare-excitation. Ainsi, la garantie et le maintien du cadre thérapeutique ont été mis à mal.

Dans une telle situation nous voyons à quel point la communication entre les encadrants est essentielle.

Dans le cadre thérapeutique, chaque encadrant agit à sa propre manière et trouve sa place. Au cours de cette prise en charge, j'ai appris à faire évoluer ma position de stagiaire, afin d'encadrer le groupe au mieux. J'ai rencontré des limites personnelles mais également celles des résidents, auxquelles il a fallu s'adapter. Ce travail d'adaptation m'a permis de mieux comprendre la position du thérapeute et l'importance de la relation thérapeutique.

3. Une expérience de la psychomotricité avec les personnes âgées

3.1. Ma place de stagiaire et mes limites

A mon arrivée à l'EHPAD, le groupe d'expression corporelle n'était pas encore constitué. C'est un projet dont nous avons parlé avec ma maître de stage lors de notre première rencontre. Après plusieurs mercredis passés à l'élaborer, nous l'avons enfin mis en place. Il est le résultat de nombreux échanges et d'une réflexion commune. Ainsi, dès sa création, je me suis sentie totalement impliquée. Nous avons réfléchi ensemble aux objectifs, aux conditions ou encore à l'organisation de cette prise en charge. De plus, chaque mercredi nous élaborions ensemble le contenu de la séance, que nous menions également toutes les deux.

Au fil de l'année, ma place de stagiaire a évolué. Au départ, j'ai douté de mes capacités. En effet, les premières fois où je menais certaines propositions, je me demandais si je m'adaptais assez bien aux résidents, par mon attitude corporelle, le son de ma voix, ou encore la clarté des consignes. L'ajustement de mes capacités de communication verbale et non-verbale me paraissait essentiel, pour que les résidents se sentent au mieux dans la séance.

Puis, ma maître de stage m'a fait intervenir de plus en plus, au sein des séances. Je percevais alors mieux ma place dans le groupe et dans cette situation de co-animation.

Pour Christian BALLOUARD, psychomotricien et psychologue, le stagiaire « se situe, à la fois au-dedans et au-dehors de la prise en charge, comme de l'institution »⁶². Mais, au fur et à mesure de l'année, grâce aux responsabilités que m'a progressivement confié la psychomotricienne, je me suis sentie de plus en plus impliquée « au-dedans » de la prise en charge.

Ma place de stagiaire évoluant, j'ai pu prendre plus confiance en moi, sur le plan professionnel. En outre, le fait de me laisser guider certaines parties de la séance m'a permis de m'affirmer dans ma façon de travailler et d'être auprès des résidents.

Toutefois, je continuais à me questionner sur mes interventions, à chaque fin de séance. J'étais toujours dans le souci de savoir si j'avais été compréhensible pour les résidents et assez à leur écoute. Certes, je me remettait en question, mais cela me permettait d'avancer, d'évoluer dans ma pratique. Analyser son propre vécu peut être d'une grande aide pour faire évoluer les prises en charge.

Ainsi, cette première expérience a été bénéfique pour commencer à créer mon identité professionnelle. Bien sûr, il sera important de continuer à la développer.

Cependant, lors du stage j'ai aussi été confrontée à certaines limites. Après quelques mercredis, en observant la faible évolution des résidents dans le groupe, je me suis finalement demandé quel était l'intérêt d'un travail en psychomotricité ? Ce dernier ne semblait laisser aucune trace chez les participants. D'une semaine à l'autre, nous répétions toujours les mêmes choses, dans les séances mais aussi en dehors quand nous sollicitons les résidents. Nous reparlions du groupe d'expression corporelle et de son intérêt, nous devions nous représenter à chaque rencontre. Malgré ces répétitions permanentes j'observais un manque d'intégration chez les résidents. J'étais particulièrement déstabilisée et j'avais l'impression de ne rien leur apporter.

Mais, le temps m'a prouvé le contraire. En effet, au fil des séances je voyais bien que les résidents évoluaient. Ils me le prouvaient lorsqu'ils arrivaient enfin à intégrer le groupe et parfois ce que nous y faisons. Cette évolution pouvait également se lire dans leur corps. Je voyais bien qu'au fur et à mesure des séances ils se sentaient plus à l'aise corporellement. Leurs capacités d'expression se développaient.

Pourtant, lorsque je suis arrivée dans la structure j'étais persuadée que le travail mis en place permettrait aux personnes âgées d'évoluer rapidement. Je pensais pouvoir diminuer les difficultés dans leur ensemble et faciliter la vie quotidienne des résidents. Mais j'ai vite compris que cela ne se passerait pas de la sorte. Je n'arriverais pas à résoudre tous les problèmes de chaque personne.

⁶² BALLOUARD C., 2006, p. 183

Le travail proposé demande du temps pour se mettre en place. Je semblais finalement dans une sorte de pensée utopique. Toutefois, la « toute-puissance » du thérapeute n'existe pas. C'était comme si je devais en faire le deuil.

Les deux résidentes, que j'ai suivi tout au long de cette prise en charge, ont elles aussi été confrontées à certaines limites et il n'a pas toujours été facile d'y répondre. C'est ainsi qu'avec ma maître de stage nous avons dû faire preuve d'adaptation.

3.2. La position du thérapeute en séance

3.2.1. Adaptation aux limites des résidents

Les troubles que présentent certaines personnes âgées sont souvent en lien avec les difficultés qu'elles peuvent rencontrer en séance. Les sujets âgés sont confrontés à différents types de limites.

3.2.1.1. Les limites physiques

Comme nous l'avons vu précédemment, le vieillissement est source de multiples changements sur le plan corporel. Les perturbations ont pour conséquences de diminuer les compétences des individus.

Mme R. et Mme N. montrent d'importantes difficultés pour se déplacer. Elles ont d'ailleurs besoin d'une aide pour la marche. Ces difficultés les ont souvent perturbé, durant les séances.

Afin de rejoindre la salle où se déroulait le groupe d'expression corporelle, il fallait parcourir une distance importante, ce qui fut difficile pour les deux résidentes. Elles avançaient lentement et elles avaient souvent besoin de faire des pauses. Mme R. arrivait dans la salle souvent fatiguée. Parfois, elle s'endormait même avant de commencer. Il fallait la solliciter pour qu'elle puisse démarrer la séance comme tout le monde. De plus, cette fatigue rendait son attention labile. Mme N. semblait elle aussi fatiguée mais, elle pouvait se ressaisir plus rapidement. De plus, ces troubles de la marche empêchaient les deux résidentes de participer entièrement aux propositions debout.

Mais, le vieillissement peut aussi générer de nombreuses douleurs physiques. La douleur correspond à « une sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps »⁶³. Elle est difficilement vécue par les individus qu'elle atteint. Une grande part de subjectivité est présente dans le ressenti de la douleur. Dès qu'une personne verbalise un vécu douloureux, il est important de le prendre en compte.

La douleur physique peut apparaître au repos et également dans les moments plus actifs. L'action pouvant être source de douleur, les sujets âgés sont freinés et en difficultés dans leurs réalisations et peuvent avoir tendance à diminuer leur activité.

Mme R. se plaignait très souvent de douleurs aux genoux. Elle verbalisait que c'était fatiguant et que ça la gênait lorsqu'elle marchait. Ces douleurs étaient une contrainte de plus lors de ses déplacements. Souvent, lors des temps debout dans la séance, elle montrait le besoin de s'asseoir rapidement. Ses douleurs l'empêchaient également d'aller au bout de la proposition et de s'engager pleinement sur le plan corporel.

Les limites, sur le plan physique, semblent entraîner une réduction des capacités d'expression corporelle. Pour éviter cette situation et aider les résidents à s'exprimer avec aisance, nous avons dû faire preuve d'adaptation, tout au long de la prise en charge.

Généralement avant de commencer la séance, nous laissons un temps aux résidents pour qu'ils se posent quelques instants sur leur chaise. De plus, lorsque nous voyions que le temps debout devenait trop épuisant, nous invitons les participants à s'arrêter ou nous raccourcissions la proposition. Il s'avérait important de diminuer les situations fatigantes, afin d'aider les résidents à maintenir leurs capacités pour la suite de la séance. En outre, en proposant régulièrement des temps assis, les participants se sentaient moins en difficultés.

Nous souhaitons mettre en jeu leurs capacités d'expression, plus que leurs capacités physiques. Nous faisons en sorte de diminuer les efforts physiques et les situations douloureuses, afin de favoriser au maximum le plaisir corporel. Ainsi, « il s'agit d'utiliser le corps dans sa possibilité d'éprouver du plaisir, au-delà des difficultés et des douleurs habituelles, pour ranimer des désirs et avec eux un processus évolutif »⁶⁴.

⁶³ www.Larousse.fr

⁶⁴ CLAIR O., 1985, p. 35

3.2.1.2. Les limites cognitives

Concernant Mme R. et Mme N. celles-ci se sont manifestées par un manque d'intégration dans le temps du groupe d'expression corporelle, ainsi que des consignes permettant d'organiser les propositions. Leurs difficultés sont en lien avec leur pathologie commune, la démence de type Alzheimer. Cette dernière engendre de nombreux troubles mnésiques ainsi qu'une importante désorientation temporo-spatiale, comme nous l'avons expliqué en partie théorique. Présentant des troubles de la mémoire à court terme ainsi qu'un manque de repères dans l'espace et le temps, il semble inévitable que Mme R. et Mme N. aient du mal à intégrer la prise en charge dans sa continuité. Certes, la cadre thérapeutique a permis une amélioration mais il n'a pas suffi pour compenser ces troubles trop importants, dans la durée. De plus, leur déficit mnésique est à l'origine de la difficulté à intégrer une consigne dans son ensemble. Lors de certaines séances, Mme R. et Mme N. n'arrivaient pas à aller au bout des propositions car elles en oubliaient les explications.

Dans ces cas-là, nous tentions de leur offrir un étayage verbal plus important. Nous prenions le temps de répéter plusieurs fois les consignes, afin de faciliter l'intégration de nos demandes. Lorsque cela ne suffisait pas, nous faisons appel aux communications non-verbales, choisissant un étayage corporel. En effet, « la spécificité du psychomotricien réside [...] dans l'établissement d'un « dialogue » corporel »⁶⁵. Nous procédions à différentes démonstrations et favorisions ainsi l'imitation. Par l'intermédiaire de cet étayage, Mme R. et Mme N. pouvaient prendre appui sur nous plus facilement. Cependant, lors de certaines propositions, l'étayage verbal et corporel ne suffisait pas. Nous décidions alors de modifier nos propositions, pour les rendre plus accessibles aux participants.

Notre rôle, au sein de ce groupe d'expression corporelle, fut également de comprendre et de nous adapter aux limites rencontrées par les résidents. Notre objectif principal était de leur rendre la séance accessible, afin de favoriser leur investissement total et la sensation de plaisir corporel. Cette adaptation s'avérait donc nécessaire et essentielle.

Notre présence, notre regard, nos encouragements ainsi que le soutien verbal ou corporel que nous avons apporté semblaient aider les résidentes à faire face à leurs difficultés. Elles pouvaient passer outre, pour réaliser les propositions et retrouver un plaisir corporel.

⁶⁵ BALLOUARD C., 2006, p. 3

Avec une relation basée sur le respect et l'adaptation, « on permet à la personne âgée de passer d'un mode de fonctionnement 'égocentré sur un corps souffrant et diminué', à une possibilité de vivre et de ressentir un corps-plaisir, tout en reconnaissant et acceptant ce corps dans ses difficultés, ses limites et sa réalité »⁶⁶. Nous prenons ici conscience que la relation avec le patient est primordiale pour l'aider à évoluer. C'est ainsi que pour conclure sur cette partie, je tiens à évoquer brièvement l'importance de la relation thérapeutique avec les personnes âgées.

3.2.2. La relation thérapeutique

La relation thérapeutique se base principalement sur une reconnaissance réciproque et une grande confiance entre le thérapeute et son patient. Il est important de lui donner un aspect permanent. D'après CLAIR O., ceci « [...] permet de lutter contre un vécu morcelé de la personne âgée hospitalisée »⁶⁷.

Afin que cette relation s'instaure et qu'elle soit bénéfique pour le patient, elle demande plusieurs qualités au thérapeute.

Tout d'abord, la bienveillance et le regard positif du thérapeute s'avèrent nécessaires.

De plus, il est important qu'il favorise la revalorisation du patient. Cette dernière ne s'étaye pas seulement par les mots. En effet, elle s'appuie aussi sur la cohésion de notre discours et de notre attitude, que perçoit le patient.

Enfin, selon PITTERI F., cette relation « utilise la valorisation maximale des aspects positifs jouant dans le sens du narcissisme originaire, et la dédramatisation (sans excès, sans dénégation) des aspects négatifs de la réalité et de l'insatisfaction qui en découle »⁶⁸. Dans une telle dynamique, cette relation devient essentielle pour aider la personne âgée à faire face à ses limites.

Pour terminer, comme l'explique CLAIR O., « cette relation permettra au vieillard de se reconnaître comme personne et fera de chaque séance un moment sécurisant de plaisir possible »⁶⁹.

⁶⁶ CLAIR O., 1985, p. 38

⁶⁷ *Ibid*, p.35

⁶⁸ PITTERI F., 2010, p. 304

⁶⁹ CLAIR O., 1985, p. 35

CONCLUSION

La mise en place de ce groupe d'expression corporelle nous a demandé un travail conséquent, de sa création jusqu'à sa réalisation, ce qui semble avoir été bénéfique. En effet, même si la prise en charge proposée n'a pas toujours été sans faille, elle s'est avérée plutôt positive pour les deux résidentes, ainsi que les autres membres du groupe. Grâce à la mise en jeu corporelle, dans une dimension expressive, elles ont pu nous montrer qu'un réinvestissement corporel était encore possible, chez le sujet âgé. De plus, la dynamique des séances a favorisé les échanges relationnels. C'est grâce à ces deux points essentiels qu'un réinvestissement a aussi été possible sur le plan narcissique : Mme R. et Mme N. ont développé une meilleure image et estime d'elle-même. Par ailleurs, l'attitude actuelle des deux résidentes au sein de l'établissement, montre également une évolution en dehors de la prise en charge. Il semble y avoir un lien entre l'intérieur et l'extérieur, le dedans et le dehors, des séances. Ces conclusions nous permettent de répondre partiellement, de façon positive, à nos questions de départ.

J'utilise le terme « partiellement » car je m'interroge encore quelque peu. Il est vrai qu'à certains moments, les limites rencontrées par les deux résidentes ont empêché leur plein investissement des séances. Malgré notre adaptation, certaines fois, elles n'ont pu aller au bout des propositions. C'est pour cette raison, que dans le cas de limites trop importantes, je me pose la question d'une prise en charge en plus petit groupe ? Comme nous l'avons démontré, le groupe est un outil thérapeutique nécessaire à la mise en place de relations. Cependant, moins de participants, permettrait une plus grande disponibilité des encadrants afin de les étayer au mieux face à leurs difficultés et dans leur évolution.

Pour terminer, je tiens à ajouter que ce stage en gériatrie m'aura beaucoup apporté sur le plan professionnel comme sur le plan personnel. Je me sens aujourd'hui plus apte à répondre aux demandes d'une telle population. Enfin, grâce à ce stage j'ai compris un point important : le travail en psychomotricité, auprès des personnes âgées, implique nécessairement la restauration d'une relation positive entre le sujet et son corps.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

ALBARET J.-M., AUBERT E., (2001), Vieillesse et Psychomotricité, Marseille, Solal.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (2000), DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, Texte Révisé, Washington DC, 4^e édition.

Traduction française (2003), par GUELFY J.-D. et al., Paris, Masson.

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

ANZIEU D., MARTIN J.-Y., (1968), La dynamique des groupes restreints, Paris, Presse Universitaires de France.

BALLOUARD C., (2006), Le travail du psychomotricien, Paris, Dunod, (2003).

BERNARD M., (1995), Le corps, Paris, Editions du Seuil.

CHOQUE J., (2011), L'expression corporelle, Nice, Editions de la Traverse.

CORRAZE J., (2001), Les communications non-verbales, Vendôme, Presses Universitaires de France.

DESCAMPS M.-A., (1993), Le langage du corps et la communication corporelle, Paris, Presse Universitaires de France.

DELIGNY C., (2010), A la rencontre de l'autre, l'écoute du psychomotricien, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, IFP, Paris.

DESOBEAU F., (2008), Thérapie psychomotrice avec l'enfant, Toulouse, Erès.

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

DORON R., PAROT F., (1998), Dictionnaire de psychologie, Paris, Presses Universitaires de France, (1991).

JUHEL J.-C., (2010), La psychomotricité au service de la personne âgée, Réfléchir, agir et mieux vivre, Québec, Les presses de l'Université Laval.

FONTAINE R., (2007), Psychologie du vieillissement, Paris, Dunod.

LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B., (2009), Vocabulaire de la psychanalyse, Paris, Presses Universitaires de France, (2007, 1967).

NASIO J.-D., (2007-2008) Mon corps et ses images, le corps est la voie royale qui mène à l'inconscient, Paris, Payot et Rivages.

PERSONNE M., (2011), Protéger et construire l'identité de la personne âgée, psychologie et psychomotricité des accompagnements, Toulouse, Erès.

PIGNON C., (2012), Percevoir l'image du corps de personnes âgées démentes pour adapter et ajuster une approche sensorielle (dans le cadre d'un groupe de psychomotricité), mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien, IFP, Paris.

PIREYRE E., (2011), Clinique de l'image du corps, Paris, Dunod.

PITTERI F., (2010), Psychomotricité et personnes âgées, in POTEL C., Psychomotricité : entre théorie et pratique, Paris, In Press, (2008, 2000).

POIGNANT S., (2013) L'impact des troubles de la verticalité sur l'image du corps et le narcissisme, mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, IFP, Paris.

POTEL C., (2010), Etre psychomotricien un métier du présent, un métier d'avenir, Toulouse, Erès.

SCHILDER P., (1968), L'image du corps, Paris, Gallimard.

Revue :

AGNIEL A., DELAMASURE A., SIMERAY F., JAVERLIAT A.-M., (1987), Le grand âge ouverture et expression psychomotrice - Expérience d'improvisation théâtrale avec des personnes âgées en long séjour, *Thérapie psychomotrice*, n°76, SNUP.

CLAIR O., (1985), Psychomotricité en gériatrie... vous avez dit plaisir ?, *Psychomotricité Corps, plaisir et thérapie 1* », *Thérapie psychomotrice*, n°65, SNUP.

DARNAUD T., (1987), La personne âgée, usée, une maison de retraite neuve, la psychomotricité : un essai de mariage, *Le grand âge ouverture et expression psychomotrices*, *Thérapie psychomotrice*, n° 76, SNUP.

OUDOT M.-C., (1988), Dit et non dit : Corps et langage en psychomotricité, *Thérapie psychomotrice*, N°77, SNUP.

TONELLA G., (1974), Expression corporelle, mode d'expression et de changement de la personne, *Thérapie psychomotrice*, n°23, SNUP.

Cours :

FRADET VALLEE Y., Cours de psychologie, deuxième année de formation en psychomotricité, 2012-2013.

LEFEVRE C., Cours de gériatrie, troisième année de formation en psychomotricité, 2013-2014.

LESAGE B., Cours d'anatomie fonctionnelle, troisième année de formation en psychomotricité, 2013-2014.

Sites Internet:

www.larousse.fr

www.quantel-medical.fr/pathologies-dmla.php

www.francealzheimer.org

ANNEXES

ANNEXE 1

Projet de psychomotricité : un groupe d'expression corporelle

Objet :

Les personnes âgées ont tendance à s'isoler et à voir leurs capacités d'expression verbales et corporelles diminuer avec l'évolution de leurs troubles. Cet atelier fait appel à leurs capacités d'expression corporelles dans le but de les stimuler et de leur permettre de redécouvrir et de maîtriser leur corps.

Personnels concernés :

Psychomotricienne et stagiaire psychomotricienne.

Profils des résidents concernés :

Ce groupe s'adresse à :

- Des personnes dépressives ;
- Des personnes isolées, renfermées sur elles-mêmes ;
- Des personnes anxieuses ;
- Des personnes ne présentant pas d'importants troubles cognitifs.

Objectifs :

Ce groupe d'expression corporelle met en jeu les objectifs suivants :

- Développer la communication infra-verbale, émotionnelle et stimuler la communication verbale ;
- Retrouver un corps plaisir et favoriser la narcissisation ;
- Encourager une prise de conscience corporelle et favoriser l'investissement corporel ;
- Solliciter les fonctions cognitives supérieures (attention, mémoire, fonctions exécutives et instrumentales) ;
- Soutenir les interactions entre les participants.

Cadre :

-Espace/temps :

Les séances auront lieu le mercredi matin, entre 10h30 et 11h30, à la vidéothèque.

-Déroulement d'une séance type :

Les séances se dérouleront autour de différents thèmes tels que le rythme, l'espace, l'imaginaire, les émotions par exemple.

La séance démarrera autour d'un éveil corporel. Par la suite, viendra un temps d'expression groupal. Il mettra en jeu l'expression verbale, corporelle et émotionnelle. Puis, nous proposerons un temps d'exploration autour de l'expression, en plus petit groupe voire en individuel. A terme, nous inviterons les patients à participer à un temps d'improvisation. La fin de la séance comprendra un temps d'étirements ainsi qu'un moment de verbalisation, pour un retour au calme.

-Organisation de la séance :

Il sera rappelé aux résidents, la veille, que le groupe aura bien lieu aux jours et horaires prévus. De plus, des affiches seront placées dans les offices et dans les chambres des résidents. Par ailleurs, une feuille mentionnant le lieu et le jour de la semaine leur sera également fournie.

Les participants envisagés :

Il s'agit d'un groupe fermé qui peut accueillir 8 personnes au maximum.

	FONCTION
REDACTEUR	Psychomotricienne Stagiaire Psychomotricienne
VALIDATION	Médecin coordinateur

ANNEXE 2

Bilan d'observation

Etat du jour (questionnement) :

Repères temporels :

- Date de naissance :
- Date du jour (complète):
- L'heure et le moment de la journée (matin, après-midi, soirée) :
- Connaissance des saisons :
- Connaissance des mois :
 - Avant le mois de Mars, quel mois y a-t-il ?
- Connaissance des jours :
 - Avant Lundi quel est le jour ?

- Observation :

Repères spatiaux (questions/indiciage) :

- Où est-on ici ?
- Quelle est la ville où nous nous trouvons ?
- Quel est le département ?
- Quelle est la région ?
- Connaissances des notions spatiales simples (haut-bas-devant-derrrière-sur-sous) :
- Connaissance de la droite et de la gauche :
 - sur soi :
 - sur autrui :
- Pouvez-vous m'amener à (la cuisine, le salon...) ?

- Observation :

Mémoire verbale (les 3 mots : palmier-bol-abricot) :

- Répéter les 3 mots :
- Rappel immédiat :
- Récit de la journée :
- Rappel différé :

Praxies :

-Pantomimes : quel geste fait-on pour

-saluer :

-gronder :

-se brosser les dents :

-planter un clou :

-Reproduire une figure :

-Epreuve de l'horloge :

Motricité fine :

-Attraper la pièce :

-main droite :

-main gauche :

-Opposition pouce/autres doigts :

-main droite :

-main gauche :

Schéma corporel :

-Somatognosies :

-Reproduction de mouvements :

-Dessin d'une personne :

-Planches avec parties du corps manquantes :

Tonus :

-Diadococinésies :

-main droite :

-main gauche :

-Doigts/nez :

-Bras tendus (observation paratonies quand accompagnement du relâchement des bras) :

-Imprimer un mouvement et dialoguer : comment la personne se positionne ?

Equilibre statique :

-pieds joints :

-un pied devant l'autre :

Equilibre dynamique :

(Se lever, rester debout quelques instants, marcher sur 3m, faire demi-tour et retourner s'asseoir).

-Observation :

- transfert assis-debout :
- équilibre statique
- hauteur du pas
- longueur du pas :
- polygone de sustentation :
- orientation du regard :
- appui ou non pour demi-tour :
- transfert debout-assis :

ANNEXE 3

Dessin de personne de Mme R. (le 2 octobre 2013)



ANNEXE 4

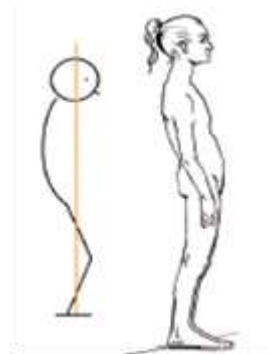
Les chaînes musculaires de Godelieve Struyf

-Les chaînes verticales

Les quatre chaînes verticales participent à la structuration de la verticalité.

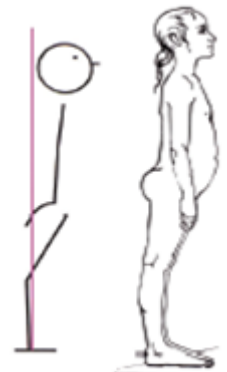
La chaîne antéro-médiane

Elle favorise l'ancrage, l'appui au sol. Elle donne lieu à une posture d'enroulement, de type statique et orientée vers l'arrière. Cette posture est principalement utilisée pour se recentrer, s'abstraire de l'agitation et se ressourcer. Elle supporte également une attitude conviviale, non agressive. Mais dans l'excès, elle devient apathique, uniquement réceptive.



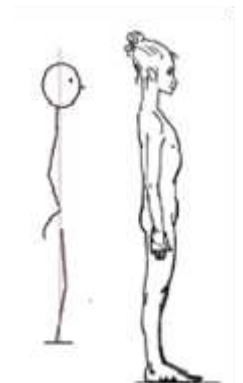
-La chaîne postéro-médiane

Cette chaîne musculaire amène le sujet à se tenir excessivement vers l'avant. Celui-ci montre une posture de redressement, de type dynamique. Cette posture reflète généralement le besoin d'action et la recherche de maîtrise de l'individu.



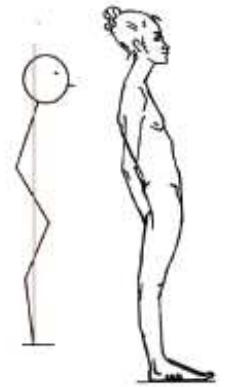
-La chaîne postéro-antérieure

Elle conduit à une extension axiale et un allongement de la colonne vertébrale. Elle est à l'origine d'une posture permettant de se saisir en tant que sujet, de se supporter soi-même.



-La chaîne antéro-postérieure

Elle implique le schème posturo-moteur du repousser auquel peut s'ajouter la dynamique déséquilibre/rééquilibration ainsi que tout le travail du rythme. Cette chaîne a donc un rôle important dans le processus de verticalisation. Enfin, elle médiatise la relation entre les chaînes antérieures et postérieures.

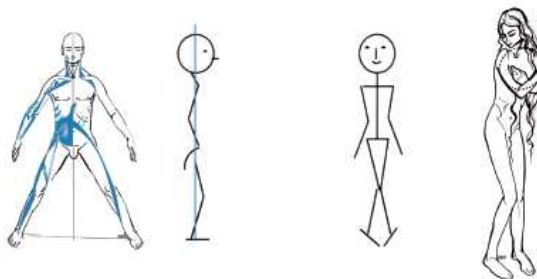


-Les chaînes latérales

Les deux chaînes latérales organisent les membres et les ceintures et soutiennent une dynamique relationnelle rythmique.

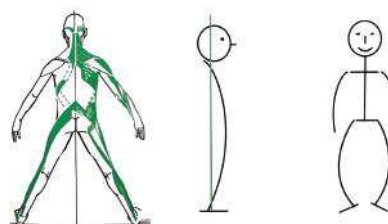
-La chaîne antéro-latérale

Elle entraîne une fermeture au niveau des ceintures en rotation médiale. Ceci est à l'origine d'une attitude de repli, de retour vers soi et d'introversion.



-La chaîne postéro-latérale

Cette chaîne implique au contraire une ouverture des ceintures en rotation latérale. L'attitude adoptée est alors une attitude de sociabilité et d'extraversion.



GLOSSAIRE

Accommodation : Changement qui s'opère dans l'œil pour rendre la vision distincte à des distances différentes.

Acuité visuelle : Grandeur mesurant la capacité de l'œil à discriminer deux points distincts, en fonction de la distance les séparant et de l'éloignement de l'observateur. Elle définit la qualité de la vue d'une personne.

Affect : En psychologie, l'affect est défini comme la subjectivité d'un état psychique élémentaire, inanalysable, vague ou qualifié, pénible ou agréable qui peut s'exprimer massivement ou sous la forme d'une nuance, d'une tonalité. A la différence du sentiment qui est dirigé vers un objet, l'affect est centré sur ce qui est primairement ressenti.

Arborisation dendritique : Prolongement arborescent du cytoplasme du neurone. Les dendrites sont les petites expansions du neurone qui transportent l'influx nerveux.

Errance : Correspond au fait d'errer, de marcher longtemps sans but précis.

Emotion: Etat particulier d'un organisme survenant dans des conditions bien définies (une situation dite émotionnelle) accompagné d'une expérience subjective et de manifestations somatiques et viscérales.

Dégénérescence neuro-fibrillaire : Elle est provoquée par la protéine TAU. Celle-ci se désagrège en filaments à l'intérieur des neurones, entravant leur survie. Physiologiquement le vieillissement entraîne une dégénérescence neuro-fibrillaire à minima. Dans la maladie d'Alzheimer, c'est un processus majeur.

Handling : Terme définit par Winnicott. Il correspond à la façon dont les soins sont apportés au bébé.

Holding : Terme également définit par Winnicott. Il s'agit de la manière dont le bébé est porté physiquement et psychiquement, par la mère.

La macula : Elle se trouve au centre de la rétine et transmet 90% des informations visuelles au cortex. C'est à cet endroit que l'acuité visuelle est maximale.

Neuroplasticité : Ensemble des manifestations traduisant la capacité des neurones à se modifier et se remodeler, tout au long de la vie. Tous ces mécanismes contribuent à une adaptation des neurones à un environnement moléculaire, cellulaire et fonctionnel extrêmement changeant et par voie de conséquence à des modifications fonctionnelles.

Paratonie : Elle correspond à l'impossibilité de résolution musculaire.

Plaques séniles : Il s'agit de petits dépôts denses de la protéine bêta-amyloïde, au niveau des neurones. Ces plaques entraînent la mort progressive des neurones.

Praxie : La praxie correspond à un geste orienté vers un but. Elle s'organise en trois étapes :

-*Phase de conception/idéation* : élaboration de la représentation mentale de l'action à accomplir, décomposée en une succession de gestes simples. Le projet moteur est ainsi établi.

-*Phase de planification* : organisation de l'action selon le plan établi. Elle comprend la transmission des informations aux aires motrices concernées.

-*Phase d'exécution* : mise en œuvre des mouvements pour réaliser l'action selon le plan élaboré précédemment. Il est possible de modifier ou d'adapter ce qui a été programmé.

Snoezelen : C'est un concept né dans les années 1970 aux Pays-Bas. Il a été créé par Ad VERHEUIL et Jan HULSEGE. Le terme snoezelen résulte de l'association de deux verbes :

-*Doezelen*, qui signifie lézarder, somnoler. Il traduit ainsi un état de somnolence. Celui-ci favorise l'ouverture de la personne à différentes sensations.

-*Snuffelen*, signifiant fureter, renifler. Il soutient la notion d'exploration active avec tous nos sens et la recherche de stimulations sensorielles.

Ainsi, le terme snoezelen définit à la fois une notion de détente et d'apaisement et une notion d'exploration active.

Substance blanche : Tissu nerveux, d'aspect blanchâtre, appartenant au système nerveux central (encéphale et moelle épinière).

Tonus : Il caractérise l'état de tension d'un muscle. Il y a trois niveaux toniques :

-*Le tonus de fond* est l'état de légère tension isométrique des muscles, permanent, involontaire et toujours présent pendant le sommeil.

-*Le tonus postural* est l'activité tonique minimale permettant de soutenir la posture. Il est le plus souvent automatique, mais nous pouvons également agir dessus.

-*Le tonus d'action* est l'ensemble des variations de tensions musculaires permettant de préparer et de soutenir le mouvement. Il peut être parfaitement conscient ou plus ou moins automatisé.

RESUME

Avec l'avancée dans l'âge, les individus voient leurs capacités diminuées. Ce phénomène est d'autant plus important lors d'un vieillissement pathologique.

Face à cette réalité, souvent difficile à accepter, certaines personnes âgées ont tendance à délaissé leur « corps vieillissant ». Par conséquent, la représentation corporelle et les capacités d'expression s'amenuisent. Les sujets âgés, se dévalorisant, des répercussions peuvent également apparaître sur le plan narcissique. De plus, ils ont tendance à s'isoler de leur environnement.

L'objectif de ce mémoire est de montrer comment un groupe d'expression corporelle peut conduire à un réinvestissement corporel et narcissique chez la personne âgée, et comment il peut aider au développement de nouveaux liens sociaux.

Mots-clés : personne âgée, expression corporelle, groupe, réinvestissement corporel/narcissique, relations.

SUMMARY

When getting on in years, people can feel their abilities lessening. This is all the more important as it deals with pathological ageing. Faced with that reality which is often difficult to put up with, some people tend to neglect their 'ageing body'. That's why the body image and the self-expression abilities get smaller. Depreciating themselves, the elderly can also suffer side-effects on a narcissistic level. Moreover, they tend to cut themselves off from their environment.

The aim of this report is to show how a self-expression through movement group can lead to bodily and narcissistic reinvestment and how it can help develop new social bonds.

Key words : elderly, body expression, group, body/narcissistic reinvestment, relationship.